

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования
Российское кардиологическое общество

Диагностика и лечение болезней сердца

Материалы межрегиональной конференции



Иркутск
23 октября 2015 года

УДК 616–036.1
ББК 54.101
Д44

Диагностика и лечение болезней сердца: сб. трудов VII научно-практической конференции «Кардиология 2015». Под ред. Ф.И.Белялова. Иркутск, 2015. 72 с.

В сборнике материалов ежегодной межрегиональной конференции «Кардиология 2015» представлены научные и практические статьи, посвященные актуальным проблемам кардиологии.

УДК 616–036.1
ББК 54.101

© ИГМАПО, 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ	6
Андреева А.А., Гопций Е.В., Голенко Т.Н. Функциональные состояния сосудистой стенки и динамики уровня эндотелиальной синтазы оксида азота у гипертензивных больных с ожирением на фоне комбинированной антигипертензивной терапии	6
Бабак О.Я., Молодан В.И., Просоленко К.А., Чирва О.В., Лапшина Е.А. Эндотелий протекторное действие фенофибрата у пациентов с гипертонической болезнью и ожирением в зависимости от полиморфизма гена PPARA	9
Гопций Е.В., Андреева А.А., Резник Л.А., Буряковская Е.А. Активность фактора некроза опухолей- α у больных артериальной гипертензией с ожирением	10
Каримова Г.А., Зубайдуллаева М.Т., Юлдашева Х.Ю. Изучение взаимосвязи показателей вариабельности сердечного ритма и частоты возникновения различных видов аритмии у больных с гипертонической болезнью	11
Zazdravnov A. Pasiyeshvili N. Antihypertensive therapy of pregnant and fetoplacental blood circulation: cardioselective beta-blockers in focus	15
ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА	16
Владимиров А.Г., Кузеев А.Н., Грицаенко К.А., Магнитский А.В. Частота неблагоприятных событий у пациентов с нестабильной стенокардией после имплантации биodeградируемых коронарных каркасов Absorb (Abbott Vascular) в течение первых 30 дней после коронарной интервенции.	16
Мацкевич С.А., Барбук О.А., Атрощенко Е.С., Соловей С.П., Карпова И.С. Возвратная стенокардия: гендерные особенности психологического статуса	17
Ирназаров А.Х. Ферменты в лейкоцитах крови у больных постинфарктным кардиосклерозом	18
Ирназаров А.Х. Содержание фосфолипидов в лейкоцитах крови у больных стенокардией	19
Мамутов Р.Ш., Нагаева Г.А., Мун О.Р., Алиева З.Х. Некоторые результаты Регистра Острого Коронарного Синдрома и Острого Инфаркта Миокарда среди населения одного из районов г. Ташкента.	20
Нагаева Г.А., Нагаев Ш.А. COMPLAINTность пациентов, липиды крови и их оценка в динамике, в зависимости от стентирования коронарных сосудов при ишемической болезни сердца	28
Нагаева Г.А., Мамутов Р.Ш., Пулатова З.Р. Корреляционная зависимость между результатами коронароангиографии и COMPLAINTностью больных с ишемической болезнью сердца	29

Нагаева Г.А. Частота сердечных сокращений и её влияние на показатели коронароангиографии у больных с хронической ишемической болезнью сердца	29
Нагаева Г.А., Юлдашев Н.П., Пулатова З.Р., Мамутов Р.Ш. Уровень триглицеридов крови, баллы по шкале SYNTAX и количество имплантируемых стентов при хронической ишемической болезни сердца	30
Турсунова М.У. Роль факторов риска в развитии впервые возникшей стенокардии	31
Халмухамедова С.М. Влияние терапии карведилолом на клинико-гемодинамические показатели, экспрессию провоспалительных цитокинов и уровень С-реактивного белка у пациентов с нестабильной стенокардией	32
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ	36
Жумамуратова Н.С, Бабажанова Н.Э. Роль обучения пациентов в формировании приверженности к лечению больных хронической сердечной недостаточности	36
Жумамуратова Н.С. Значение доказательной медицины в лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью, в условиях первичного звена здравоохранения	37
Зотова О.В., Ревтович О.П., Денисевич., Курлянская Е.К. Хроническая сердечная недостаточность: эпидемиологические аспекты в Республике Беларусь	38
Ирназаров А.Х. Ферменты в лейкоцитах крови и эффективность применения каптоприла у больных с недостаточностью кровообращения	40
Мацкевич С.А., Барбук О.А., Бельская М.И., Серченя Т.С. Показатели дисфункции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью	41
Рахматуллаева Г.К. Влияние периндоприла и бисопролола на функциональное состояние печени у больных хронической сердечной недостаточностью	42
Решина И.В., Канхарей О.В., Сопко М.В., Сергеева Е.Е., Ягудина Р.Н. Случай дилатационной кардиомиопатии у братьев, длительное время работавших на производстве по переработке алюминия	43
Шоалимова З.М. Дисфункция эндотелия и ремоделирование левого желудочка при хронической сердечной недостаточности и их коррекция карведилолом	48
НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ	52
Аминов А.А., Нагаева Г.А., Мун О.Р., Мамутов Р.Ш. Некоторые характеристики больных по обращаемости за скорой медицинской помощью в одном из районов г. Ташкента (фрагмент исследования РОКСИМ-Уз)	52
Канхарей О.В., Решина И.В., Сопко М.В., Сергеева Е.Е., Ягудина Р.Н. Клинический случай рецидивирующей тромбоземболии у пациента с меланомой кожи	53
Мун О.Р., Аминов А.А., Нагаева Г.А., Мамутов Р.Ш. Время суток и смертность от сердечно-сосудистой патологии по данным скорой	

медицинской помощи в одном из районов г. Ташкента (фрагмент исследования РОКСИМ-Уз).....	56
КОМОРБИДНОСТЬ.....	57
Юлдашева Х.Ю. Каримова М.Г. Зубайдуллаева М.Т. Особенности изменения variability сердечного ритма у больных гипертонической болезнью и в сочетании с ишемической болезнью сердца	57
Эшниязова У.Н. Изучение частоты встречаемости сердечно-сосудистой патологии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких	58
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ.....	59
Бабаджанова Н.Э., Юлдашева Х.Ю., Зубайдуллаева М.Т. Изучение тревожно-депрессивных расстройств у больных нейроциркуляторной дистонией и возможность их коррекции.	59
Баирова Т.А., Ершова О.А., Калюжная О.В., Колесников С.И.	
Безопасность варфарина: региональные аспекты	61
Белялов Ф.И. Шкалы прогноза сердечно-сосудистых заболеваний	62
Дадабаева Н.А., Рамазанова Н.А., Халмухамедов Б.Т. Взаимосвязь атеросклероза сонных артерий с факторами риска с кардиоваскулярными осложнениями	65
Махмудова М.С., Турсунова М.У. Изучение информированности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями о факторах риска и осложнениях сердечно-сосудистых заболеваний	66
Халмухамедова С.М., Бабаджанова Н.Э. Распространенность некоторых факторов сердечно-сосудистого риска среди учащихся колледжей.....	67
Suprun O. Clinical features of irritable bowel syndrome in young patients with neurocirculatory dystonia depending on the type of the dystonia.....	69

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Андреева А.А., Гопщый Е.В., Голенко Т.Н. Функциональные состояния сосудистой стенки и динамики уровня эндотелиальной синтазы оксида азота у гипертензивных больных с ожирением на фоне комбинированной антигипертензивной терапии

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра внутренней медицины №1, Украина

Актуальность. Поражение сосудов у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и ожирением, особенно при нарушениях липидного и углеводного обмена, связан с дисфункцией эндотелиальных клеток, от состояния которых в значительной степени зависит синтез ряда биологически активных веществ. В литературе достаточно широко освещен вопрос жировой ткани как эндокринного органа, способного как накапливать, так и вырабатывать множество биологических веществ, оказывающих влияние на сосудистую стенку, как прямым путем, так и опосредованным (Лупинская З.А. и др., 2008; Нетяженко В.З., 2011, Беловол А.Н., 2013). Известно, что сосудистая стенка является местом синтеза многих вазоконстрикторов и вазодилататоров. Следует отметить, что оксид азота (NO), который синтезируется эндотелием под влиянием эндотелиальной синтазы оксида азота (eNos), предотвращает повреждение сосудистой стенки (Попова А.А. и др., 2010). В настоящее время возрастает роль комбинированной антигипертензивной терапии. Главным ее достоинством является более эффективное влияние на такое звено патогенеза, как нарушение функции эндотелия. Клиническим следствием этого является повышение эффективности лечения на 20-30% по сравнению с монотерапией (Недогода С. В., 2012). Исходя из этого, исследование функционального состояния сосудистой стенки у больных с ГБ в сочетании с абдоминальным ожирением (АО) в сравнении с больными с ГБ без АО во взаимосвязи с уровнем eNos, на фоне комбинированной антигипертензивной терапии ГБ, является крайне актуальным.

Цель исследования: повышение качества диагностики и лечения больных ГБ с АО и без, на основании изучения функционального состояния сосудистой стенки и динамики уровня eNOs.

Материалы и методы: было исследовано 106 пациентов и сформировано 3 группы: 1-я - больные с ГБ (n=27), 2-я – гипертензивные больные с АО (n=52), 3-я – практически здоровые люди (n=27). Все пациенты были распределены по полу и возрасту. Средний возраст больных ГБ составил (58±3,1) лет. При сочетании ГБ с АО средний возраст больных составил - (59 ± 2,7) лет. Таким образом, исследуемые группы были сопоставимы по возрасту - F=1,36 (p=0,82) и статью - F=0,48 (p=0,61). Возрастные различия между группами обследованных пациентов оказались недостоверными.

Диагноз ГБ был установлен на основании клинико-инструментального обследования, руководствуясь приказом МЗ Украины № 384 от 24.05.2012 р., Со-

гласно рекомендациям Украинской ассоциации кардиологов и клиническими рекомендациями Европейской Ассоциации гипертензии и кардиологов (2007, 2009). АО установлен в соответствии с критериями клинического протокола оказания медицинской помощи с «артериальной гипертензии» в Украине (2012) при объеме талии у мужчин более 112 см, а у женщин - более 88 см. Критериями исключения стали больные симптоматической ГБ, с пороками сердца, острым коронарным синдромом, хроническими воспалительными процессами, сопутствующими заболеваниями щитовидной железы. Уровень eNOs в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом «Uscscn Life Inc. Wuhan» (Китай). Показатели эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД ПА) были рассчитаны методом O.Celermajer с помощью ультразвуковой системы «General Electric» (США).

После первичного обследования была назначена комбинация антигипертензивных средств: олмесартан медоксомил по 20 мг в сутки в сочетании с амлодипином 5 мг в сутки.

Статистическая обработка («StatSoftInc», США и «Microsoft Excel 2013») была произведена на персональном компьютере с исчислением: средней величины (M), средней ошибки средней величины (m), значения вероятности (p), коэффициента корреляция (r). Различия между сравниваемыми показателями считались достоверными, если значение вероятности было более или равно 95% ($p < 0,05$).

Результаты. У больных ГБ с АО и без уровень систолического артериального давления (САД) составил ($177,8 \pm 3,7$) мм рт. ст., а диастолического артериального давления (ДАД) - ($107,6 \pm 3,9$) мм рт. ст., что было значимо выше в сравнении с группой ГБ - ($166,4 \pm 2,9$) мм рт. ст. для САД и ($101,2 \pm 3,1$) мм рт. ст. В ходе исследования установлены наиболее низкие уровни eNOs у гипертензивных больных без АО, которые составили ($295,4 \pm 26,8$) нг/мл, ($p < 0,05$). При этом у гипертензивных больных с АО существенной разницы уровня eNOs в сравнении с контрольной группой установлено не было ($323,6 \pm 24,7$) нг/мл и ($431,4 \pm 34,1$) нг/мл соответственно.

Во 2-й группе пациентов наблюдается больший процент с нарушенной ЭЗВД по сравнению с пациентами 1-й группы. Так, в случае наличия АО у больных ГБ нормальная ЭЗВД наблюдалась в 1 чел. (2,2%), без изменений наблюдалась в 3 чел. (6,6%), нарушения - у 41 чел. (91,2%). При ГБ с нормальным весом такие изменения наблюдались соответственно в 2 (10%) пациентов, без изменений - у 4 (20%) чел., снижена - у 14 пациентов (70%). Установлены прямые парные корреляционные связи между уровнями eNOs и показателями ЭЗВД ПА на разных стадиях вазодилатации у гипертензивных больных с АО: ($r = 0,68$; $p < 0,05$)- на начальной стадии d ПА; ($r=0,65$; $p < 0,05$) -на 1-й минуте декомпенсации d ПА; ($r=0,76$; $p < 0,05$)- в период максимальной вазодилатации d ПА. У гипертензивных пациентов без ожирения парные корреляционные связи составили: ($r=0,77$; $p < 0,05$)- на начальной стадии d ПА; ($r=0,86$; $p < 0,05$)- на 1-й минуте декомпенсации d ПА; ($r=0,68$; $p < 0,05$)- в период максимальной

вазодилатации d ПА. В контроле данный показатель составил 13,8%. Возможно, нарушение синтеза вазодилатирующих факторов в эндотелии реализуется путем повышения реактивности микрососудов, что проявляется повышенным ответом на вазоконстрикторные факторы.

На фоне указанной терапии было выявлено достоверное снижение уровней САД и ДАД по сравнению с выходными данными в среднем по группам больных. Так, у больных ГБ с АО на фоне применения олмесартана и амлодипина установлено снижение САД с до $(144,1 \pm 3,9)$ мм рт.ст., ($p < 0,05$), ДАД – до $(93,1 \pm 3,5)$ мм рт. ст., ($p < 0,05$).

Применение комбинированной антигипертензивной терапии способствовало не только существенному снижению АД (в двух исследуемых группах), но и изучаемого вазодилататора у больных с ГБ как в сочетании с АО, так и без него, однако наиболее выраженное его снижение наблюдалось в случае ГБ без АО. При этом уровень eNOs был ниже контрольного показателя на 31,5% ($p < 0,05$) при ГБ без АО и на 24,9% при ГБ с АО ($p > 0,05$). Сопоставляя eNOs и ЭЗВД ПА можно сказать, что вероятно более высокий уровень eNOs в сыворотке крови у больных с ГБ без АО в сравнении с больными с ГБ в сочетании с АО может быть обусловлен тем, что данный показатель наиболее чувствителен при появлении атеросклеротических изменений, нежели при присоединении к патологическому процессу гормонов жировой ткани. Через год применения комбинированной антигипертензивной терапии уровень ЭЗВД ПА достоверно возрос, что свидетельствует в пользу улучшения функционального состояния эндотелия на фоне терапии олмесартаном с амлодипином. При этом более выраженным было повышение уровня ЭЗВД ПА у пациентов с ГБ в сочетании с АО, который после проведенного лечения возрос на 2,8%, а при ГБ без АО – на 3,63%. Восстановление адекватного дилатационного ответа сосудов в пробе с реактивной гиперемией является важным элементом эффективного терапевтического влияния, направленного на снижение кардиоваскулярного риска.

Выводы

1. Под влиянием применения ольмесартана амлодипина, к концу курса лечения у больных ГБ с и без АО, антигипертензивная эффективность этих препаратов составила 82% и 89% пациентов.
2. Установлено, что уровень eNOs непосредственно зависит от ЭЗВД ПА, что упрощает и может усовершенствовать диагностику гипертензивных больных как с абдоминальным ожирением, так и без;
3. У больных с гипертонической болезнью, как в сочетании с абдоминальным ожирением, так и без него, 12-месячная антигипертензивная терапия (олмесартан медоксимил с амлодипином) вызывала вероятное снижение артериального давления, а также возростание эндотелиальной синтазы оксида азота, что способствовало улучшению функциональных характеристик сосудистой стенки.

Бабак О.Я., Молодан В.И., Просоленко К.А., Чирва О.В., Лапшина Е.А. Эндотелий протекторное действие фенофибрата у пациентов с гипертонической болезнью и ожирением в зависимости от полиморфизма гена *PPARA*

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель работы. Изучить эндотелий-протекторное действие фенофибрата у больных с гипертонической болезнью и ожирением в зависимости от полиморфизма гена *PPARA*.

Материалы и методы. Обследовано 160 больных с ГБ I-II стадии, 1-2 степени и ожирением. Группу контроля составили 20 практически здоровых лиц. В сыворотке крови пациентов определяли уровень общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности, мочевой кислоты. Изучение полиморфизма гена *PPARA* проводили методом полимеразной цепной реакции. Исследование сосудодвигательной функции эндотелия проводили ультразвуковым методом на диагностическом комплексе Vivid-3 по методике D.Celermajer и соавт. (1992). Учитывая нарушения липидного обмена, больные получали фенофибрат в дозе 200 мг/сут.

Результаты. Применение фенофибрата осуществлялось на протяжении 3 месяцев. В ходе лечения было выявлено улучшение показателей липидного метаболизма. Отмечалось снижение уровня общего холестерина (с $5,75 \pm 0,16$ до $4,64 \pm 0,09$ ммоль/л ($P < 0,01$)), липопротеидов низкой плотности (с $3,76 \pm 0,10$ до $3,05 \pm 0,06$ ммоль/л), триглицеридов (с $2,01 \pm 0,04$ до $1,52 \pm 0,10$ ммоль/л ($P < 0,01$)) и повышение липопротеидов высокой плотности (с $1,06 \pm 0,02$ до $1,22 \pm 0,06$ ммоль/л ($P < 0,001$)). Наблюдение за больными включало изучение функции эндотелия ультразвуковым методом. Было установлено, что у больных возрастает эндотелий зависимая вазодилатация, в начале терапии ее прирост составил $2,26 \pm 0,9$ % к концу $2,98 \pm 0,8$ ($< 0,05$). В ходе работы мы сопоставили результаты терапии у больных с разными генотипами гена *PPARA* и выявили, что препарат более эффективен у больных с генотипом Leu162Leu. Увеличение эндотелий зависимой вазодилатации в группе с генотипом Leu162Val составило 42,7% ($p < 0,05$), а у больных с генотипом Leu162Leu – 25,4,2% ($p < 0,001$), достоверность различия между группами имела статистически достоверный характер ($p < 0,01$).

Заключение. В исследовании установлено, что фенофибрат является эффективным лекарственным средством, которое обладает не только гиполипидемическими свойствами, но так же вызывает улучшение состояния эндотелия. Эндотелий протекторное действие препарата сопровождалось повышением эндотелий зависимой вазодилатации. Лучшие результаты наблюдались у больных, которые имели генотип Leu162Leu по сравнению с генотипом Leu162Val гена *PPARA*. Гиполипидемическое действие фенофибрата сопровождалось снижением уровня общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, триглицеридов и повышением холестерина липопротеидов высокой плотности. Степень влияния препарата на триглицериды и липопротеиды высокой плотности была

наиболее выраженной и составляла (-24,3%, (P<0,01)) и (+15,0%(P<0,001)) соответственно.

Гопций Е.В., Андреева А.А., Резник Л.А., Буряковская Е.А. Активность фактора некроза опухолей- α у больных артериальной гипертензией с ожирением

Харьковский национальный медицинский университет, Институт терапии им. Л.Т. Малой,
Харьков, Украина

Целью исследования было изучение уровня фактора некроза опухолей- α (ФНО- α) в сыворотке крови больных артериальной гипертензией (АГ) с ожирением в зависимости от уровня лептина.

Материалы и методы исследования. Обследовано 123 больных АГ (47 мужчин и 76 женщин), средний возраст $53,87 \pm 0,92$ лет. Уровень лептина и ФНО- α определяли иммуноферментным методом. Всех больных АГ разделили на тертили в зависимости от уровня лептина в крови натошак: 1-й тертиль (n=41) - уровень лептина составил от 2,24 до 7,18 нг/мл ($5,47 \pm 0,21$ нг/мл); 2-й тертиль (n=41) - уровень лептина составил от 7,21 до 12,50 нг/мл ($9,69 \pm 0,25$ нг/мл), 3-й тертиль (n=41) - уровень лептина составил от 12,50 до 67,25 нг/мл ($17,71 \pm 1,33$ нг/мл).

Результаты и их обсуждение. Установлено, что уровень артериального давления (АД) у больных 3 тертиля (САД $181,46 \pm 2,75$ мм рт.ст. и ДАД $105,48 \pm 1,33$ мм рт.ст.), ИМТ ($36,48 \pm 0,79$ кг/м²), уровень ФНО- α ($9,92 \pm 0,68$ пг/мл) достоверно превышал аналогичные показатели в группах больных 2 тертиля (САД $174,41 \pm 1,92$ мм рт.ст. и ДАД $101,17 \pm 0,99$ мм рт.ст.), ИМТ ($32,80 \pm 0,79$ кг/м²), ФНО- α ($7,64 \pm 0,46$ пг/мл) и 1 тертиля (САД $162,78 \pm 2,34$ мм рт.ст. и ДАД $97,78 \pm 1,12$ мм рт.ст.), ИМТ ($27,49 \pm 0,54$ кг/м²), ФНО- α ($4,92 \pm 0,39$ пг/мл), $p < 0,05$.

При изучении взаимосвязей, установлена положительная корреляция в группе

Корреляционная связь показала прямую достоверную зависимость между уровнем лептина и уровнем ФНО- α ($R=0,37$; $p=0,001$), ИМТ ($R=0,51$; $p=0,0007$) у больных 1-го тертиля. Между уровнем лептина и количеством ФНО- α ($R=0,34$, $p=0,001$), ИМТ ($R=0,50$; $p=0,001$) у больных 2-го тертиля. Между уровнем лептина и ФНО- α ($R=0,36$; $p=0,001$), ИМТ ($R=0,47$; $p=0,001$), ОТ ($R=0,54$, $p=0,0001$) у пациентов 3-го тертиля.

Выводы. Установлено достоверное увеличение антропометрических показателей: индекса массы тела и объема талии, а также повышение цифр артериального давления у гипертензивных пациентов параллельно повышению уровня лептина в крови. У обследованных больных наблюдается увеличение активности ФНО- α при повышении уровня лептина в крови. Выявлена взаимосвязь между уровнем лептина и концентрацией ФНО- α в крови больных артериальной гипертензией с ожирением.

Каримова Г.А., Зубайдуллаева М.Т., Юлдашева Х.Ю. Изучение взаимосвязи показателей вариабельности сердечного ритма и частоты возникновения различных видов аритмии у больных с гипертонической болезнью

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время артериальная гипертония (АГ) является самым распространенным хроническим заболеванием в урбанизированных регионах мира, а заболеваемость АГ во всем мире сравнивают с пандемией. Среди комплекса патогенетических факторов развития АГ повышенный интерес вызывают нарушения нейрогуморальной регуляции сердечной функции.

Изучение состояния вегетативной нервной системы (ВНС), а также причин возникновения и клинических проявлений вегетативных расстройств является одной из актуальных проблем современной медицины. За последнее время были выявлены тесные взаимосвязи между состоянием ВНС и различными нарушениями ритма сердца, а также смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), включая внезапную сердечную смерть. Убедительно показано, что реакции ВНС могут служить провоцирующим фактором развития аритмий у больных с патологическими изменениями в сердце, например, при гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), ишемической болезнью сердца (ИБС). Изменения вегетативной иннервации часто предшествуют сердечным аритмиям, и изучение ее состояния может быть использовано для выявления больных с повышенным риском развития различных нарушений ритма сердца. Хронические стрессовые ситуации вызывают дисбаланс ВНС с преобладанием тонуса симпатической нервной системы, что в свою очередь, приводит к развитию ССЗ и нарушения сердечного ритма.

Одним из методов, позволяющих оценить риск возникновения опасных желудочковых аритмий, является анализ вариабельности сердечного ритма, отражающий влияние вегетативной нервной системы, которая играет важную роль в запуске фатальных желудочковых аритмий. Их возникновение связано с повышением тонуса симпатической и снижением тонуса парасимпатической нервной системы. (Сапожникова И.Е., 2009)

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) — это совокупность свойств динамического ряда мгновенных частот сердечных сокращений, определяемых нелинейностью симпатической, парасимпатической и гуморальной регуляции, их разветвленными связями между собой, с подкорковыми и корковыми образованиями. Существует представление о том, что ВСР является выходным сигналом системы вегетативной регуляции сердца. Соответственно, вариабельность ритма сердца отражает работу сердечнососудистой системы и работу механизмов регуляции целостного организма. Параметры ВСР исследовались у пациентов после инфаркта миокарда, в том числе, для прогнозирования заболевания. (Явелов И.С., Грацианский Н.А. и др., 2006.) В то же время при артериальной гипертен-

зии, характеризующейся повышенным риском развития инфаркта миокарда и внезапной смерти, ВРС исследовано меньше.

В связи с этим, **целью исследования** было оценить показатели суточной variability сердечного ритма и проанализировать взаимосвязи риска развития осложнений гипертонической болезни и нарушения сердечного ритма у больных с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования

Обследовано 56 пациентов с ГБ I и II стадии: в основную группу включены 32 больных, 17 мужчин и 15 женщин в возрасте 46-65 лет (средний возраст больных составил $55,5 \pm 5,6$ лет. Контрольную группу составили 19 практически здоровых лиц - 11 мужчин и 8 женщин в возрасте от 45 до 62 лет, средний возраст $53,5 \pm 6$ лет. Диагноз устанавливали после тщательного изучения анамнеза заболевания и обследования больных для исключения вторичного характера АГ. Из исследования исключали пациентов с ишемической болезнью сердца, острым нарушением мозгового кровообращения, с сахарным диабетом, выраженными нарушениями сердечного ритма и проводимости, фибрилляцией предсердий пароксизмальной и постоянной формы.

Всем исследуемым проводили суточное мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ). ХМЭКГ проводился с помощью компьютерной системы « CardioSens +V3.0» с непрерывной 24-часовой записью ЭКГ с последующим автоматизированным анализом на IBM PC совместимом компьютере. В период мониторирования пациенты соблюдали привычный для них режим двигательной активности. По данным ХМЭКГ изучались наличие нарушений ритма и проводимости сердца, ЧСС (минимальной, максимальной, средней), общее количество желудочковых эктопических сокращений (ЖЭС) и их количественное распределение в виде одиночных, парных ЖЭ, желудочковых аллоритмий (ЖА), групповых ЖЭ и неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии (ЖТ), с определением класса ЖЭ по Лауну. Изучалось общее количество наджелудочковых эктопических сокращений (НЖЭС) и их количественное распределение в виде одиночных наджелудочковых экстрасистол (НЖЭ), парных, групповых экстрасистол, неустойчивых пароксизмов наджелудочковой тахикардии. (НЖТ). Результаты автоматического анализа контролировались и редактировались для исключения ошибочных заключений. Анализ ВРС проводился автоматически согласно установленному режиму в программном обеспечении ХМЭКГ.

Выявлялись средние, минимальные и максимальные значения частоты сердечных сокращений (ЧСС), циркадный индекс (ЦИ) ЧСС: ЧСС ср. днем/ЧСС ср. ночью. На основании суточной записи ЭКГ определялись количество и разновидность аритмий, их циркадный тип. При оценке показателей ВРС опирались на рекомендации Европейского общества кардиологии и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии, где описаны стандарты измерения, физиологическая интерпретация и клиническое использование ВРС (Rifline A. 2005; Чухнин Е.В., Амиров Н.Б., 2008). Проводился временной и спектральный анализ ВРС, согласно рекомендациям рабочей группы Европейского кардиологического общества и Североамериканского общества

электрофизиологии (1996). Оценивали статистические показатели временного анализа: SDNN, мс – стандартное отклонение среднего значения интервалов RR в течение суток; SDANN, мс – среднее значение стандартных отклонений всех пятиминутных интервалов RR в течение суток; pNN50, % – процент последовательных интервалов RR, различающихся более чем на 50 мс; rMSSD, мс – корень квадратный из средней суммы квадратов разницы между соседними нормальными RR-интервалами. При спектральном анализе определяли волновую изменчивость сердечного ритма с расчетом спектральной плотности мощности по частотным диапазонам и индексам: VLF – очень низкие частоты – 0,015–0,04 Гц; LF – низкие частоты – 0,04–0,15 Гц; HF – высокие частоты – 0,15–0,4 Гц; LF/HF – симпато-вагальный индекс; Total – общая мощность спектра. Общая BCP оценивалась по показателям SDNN и Total, симпатическая активность – по SDANN, LF, LF/HF, парасимпатическая – по pNN50, rMSSD, HF, гуморальная регуляция – по VLF.

Статистическую обработку данных проводили с помощью электронных таблиц Microsoft Excel. При нормальном распределении групп сравнение средних величин проводилось по критерию Стьюдента (t).

Результаты и обсуждение

При сравнении данных суточного мониторирования ЭКГ показатели ЧСС больных ГБ и здоровых достоверных различий по значениям средней, максимальной и минимальной ЧСС не было. Показатели BCP достоверно отличались в целом у пациентов ГБ I-II стадии от показателя в контрольной группе. При сравнении групп больных ГБ I и II стадией по средним показателям временного анализа BCP - SDNN, RMSSD, PNN50 найдено равное снижение исследуемых параметров и достоверных различий не получено. Так, у больных с ГБ в отличие от здоровых выявлено достоверное снижение суммарной BCP (SDNN) и показателей, оценивающих высокочастотные составляющие спектра (RMSSD и PNN50), косвенно отражающих влияние парасимпатической нервной системы. Данные изменения свидетельствуют о снижении вагусной активности в отношении сердца, приводящие к доминированию симпатических механизмов и, возможно, к формированию электрической нестабильности миокарда. При спектральном анализе у 72% больных с ГБ 1 и 2 стадии выявлено повышение низкочастотного спектра (LF) колебаний ЧСС, у 70% - снижение высокочастотного спектра (HF) и повышение симпато-вагального индекса LF/HF, среднее значение которых у больных составило 1,5. У 56% пациентов отсутствовал ночной прирост высокочастотной составляющей BCP, что отражает угнетение циркадных вагусных влияний.

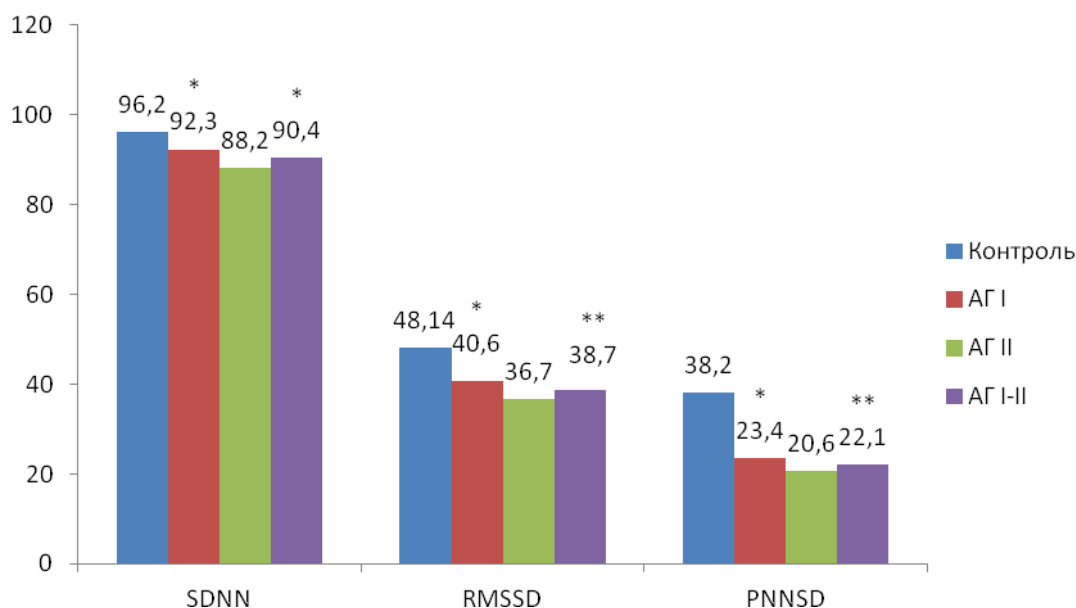


Рис. Показатели временного анализа ВСП у пациентов с гипертонической болезнью и здоровых ($M \pm SD$). Достоверность различий между группами: * - $p < 0,05$ ** - $p < 0,01$

Исследованиями ряда авторов, посвященных оценке прогностической значимости ВСП у больных, перенесших острый инфаркт миокарда и имеющих сердечную недостаточность, а также АГ, показано, что низкая вариабельность сердечного ритма значимо связана с последующими аритмическими событиями (Рябыкина Г.В. Соболев А.В., 1998; Gibelin P. et al., 1996). По данным ХМЭКГ у 35 (62,5%), больных ГБ обнаружены различные нарушения ритма нарушения сердечного ритма. Из них у 2 (5,7%) наблюдались короткие пароксизмы фибрилляции предсердий, желудочковая и наджелудочковая экстрасистолии выявлены у 16 (45,7%) и 15 (42,8%) пациентов соответственно, у 2 (5,7%) регистрировались групповые желудочковые экстрасистолии.

При исследовании циркадного ритма аритмий «дневной» тип выявлен у 20 (%) больных, «ночной» тип-у 9(%), и «смешанный» тип аритмий - у 6 (%). Выявленное преобладание дневных аритмий, по литературным данным объясняется режимом физической активности и относительной сохранностью ночных вагусных влияний. (Филиппова Т.В. и др., 2013).

Анализ спектральных показателей ВСП у пациентов с АГ при наличии у них нарушений ритма сердца в отличие от таковых с отсутствием аритмий показал, что у данной группы обследуемых выявлено более выраженное снижение ВСП. При анализе спектральных параметров выявлено снижение общей мощности спектра (TP на 15%) и его высокочастотной (HF на 23,4%) составляющей с нарастанием тяжести аритмий. Установлено, что более низкие показатели TP и HF наблюдались у тех пациентов с ГБ, у которых во время мониторинга ЭКГ зарегистрированы групповые ЖЭС. Мощность низкочастотного (LF) спектра у больных с наджелудочковой экстрасистолией и

тяжелыми желудочковыми экстрасистолами была значимо выше (на 25,7%), чем при отсутствии ЖЭС. Отмечено повышение симпато-вагального индекса LF\HF у больных с ассоциацией наджелудочных аритмий и жизнеугрожающих ЖЭС, был достоверно выше, чем при изолированных наджелудочковых экстрасистолиях, его среднее значение у больных составляло 1,7. Причины, по которым ВСП у данных больных снижена, не известны, но, с учетом полученных результатов (снижение TP и HF), можно предположить, что формируется относительное преобладание симпатического компонента над парасимпатическим, в результате чего могут провоцироваться аритмии. Данное предположение подтверждается результатами других авторов (Олишевко С.В., Быкова Е.К., 1996), которые изучали ВСП у больных с различными суправентрикулярными нарушениями ритма сердца и объясняли динамику показателей ВСП, снижением вагусной антиаритмической защиты предсердий, и провоцированием симпатической активностью электрической нестабильности.

Выводы. Таким образом у пациентов с гипертонической болезнью I – II стадии, в сравнении со здоровыми, выявлено более выраженное снижение вариабельности сердечного ритма, что является прогностическим значимым в плане развития жизненно опасных аритмий.

Zazdravnov A. Pasiyeshvili N. Antihypertensive therapy of pregnant and fetoplacental blood circulation: cardioselective beta-blockers in focus

Kharkiv National Medical University, Kharkiv Regional Clinical Perinatal Center, Kharkiv, Ukraine

Cardiovascular disease in pregnant women is the most frequent and important form of chronic extragenital pathology. Cardiovascular disease occur in 10-30% of pregnant women, and in pregnant women over the age of 40 years these diseases are observed in 50-70 % of all pregnancies. Essential hypertension is a leader in the nosological structure of cardiovascular disease. It is diagnosed in 10% of pregnant women and it is responsible for 20-33% of maternal deaths. Pregnant women with arterial hypertension constitute a group of high risk of fetoplacental insufficiency occurrence. Cardioselective beta-blockers are one of the leading positions in treatment of arterial hypertension in pregnant women. Beta-blockers are effective antihypertensive drugs. They are easy to use by doctors and patients and they have financial affordability. Beta-blockers do not have a teratogenic effect and they are used in II-III trimesters of pregnancy.

Objective: to evaluate the antihypertensive efficacy of cardioselective beta-blockers bisoprolol fumarate and betaxolol hydrochloride and investigation their effects on the fetoplacental hemodynamics.

Materials and methods. 35 pregnant women at 35-37 weeks of gestation with second stage of essential hypertension were under observation. 27 women had used bisoprolol in a daily dose of 2.5 - 5 mg, 8 - had used betaxolol in 10-20 mg per day.

Fetoplacental blood circulation was assessed by Doppler ultrasound investigation of the arteries of the umbilical cord with the calculation of systolic-diastolic ratio. The level of systolic-diastolic ratio 2.40 was used as the standard in pregnant women at gestation term 35-37 weeks.

Results. Stabilization of blood pressure in the range of normal level by using the above beta-blockers was reached in all cases. Baseline systolic-diastolic ratio of umbilical artery was $2,86 \pm 0,08$. It is displayed fetoplacental circulatory disorders. Against the background of the normalization of blood pressure with the use of bisoprolol and betaxolol there was a significant ($p < 0.01$) improvement of blood circulation in the arteries of the umbilical cord. The systolic-diastolic ratio among the examined patients decreased to $2,49 \pm 0,07$. Significant differences in the magnitude of systolic-diastolic ratio depending on the using of a specific beta-blockers (bisoprolol or betaxolol) has not been established. All patients gave birth to full term healthy babies. Status of newborn by Apgar scores equal to 8-9 points in 27 mothers and 6-7 points in 8 women. Pathological blood loss during childbirth was not observed in any case.

We believe that the improvement of fetoplacental blood flow in pregnant women with essential hypertension is the result primarily of normalization of systemic hemodynamics. At the same time, the direct positive effect of cardioselective beta-blockers on local fetoplacental hemodynamics maybe present too.

Conclusions. Use of cardioselective beta-blockers bisoprolol and betaxolol in pregnant women with arterial hypertension and placental insufficiency is safe method of treatment and it performs a positive effect on systemic hemodynamics of mothers, and on the fetoplacental circulation. In the final analysis, we are observing a positive pregnancy outcomes.

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА

**Владимиров А.Г., Кузеев А.Н., Грицаенко К.А., Магнитский А.В.
Частота неблагоприятных событий у пациентов с нестабильной стенокардией после имплантации биodeградируемых коронарных каркасов Absorb (Abbott Vascular) в течение первых 30 дней после коронарной интервенции.**

Госпиталь для ветеранов войн № 3, Москва, Россия

Цели. Изучение частоты неблагоприятных событий у пациентов, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии, которым были установлены биodeградируемые коронарные каркасы Absorb (Abbott Vascular), в течение первых 30 дней после коронарной интервенции.

Методы исследования. В группу наблюдения было включено 14 пациентов с нестабильной стенокардией, которым были имплантированы биodeградируемые каркасы Absorb (Abbott Vascular). Средний возраст пациентов составил

67.4±10.1 лет, мужчины составили 64%. Все пациенты после стентирования получали двойную антиагрегантную терапию (аспирин в сочетании с клопидогрелем или тикагрелором). Оценивались частота случаев рецидивов ишемии миокарда, раннего тромбоза коронарного каркаса, повторной реваскуляризации миокарда и частота больших кровотечений в течение первых 30 дней после коронарной интервенции.

Результаты. За период наблюдения среди пациентов не отмечено ни одного случая коронарных событий (рецидивы ишемии миокарда, ранний тромбоз коронарного каркаса и случаи повторной реваскуляризации миокарда). Также в группе наблюдения не выявлено ни одного случая развития больших кровотечений.

Заключение. В группе пациентов, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии, в течение первых 30 дней после имплантации биодеградируемых коронарных каркасов Absorb (Abbott Vascular) не выявлено ни одного случая коронарных событий (рецидивы ишемии миокарда, ранний тромбоз каркаса, повторная реваскуляризация миокарда) и больших кровотечений.

Мацкевич С.А., Барбук О.А., Атрощенко Е.С., Соловей С.П., Карпова И.С. Возвратная стенокардия: гендерные особенности психологического статуса

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: оценить гендерные особенности психологического статуса у пациентов с возвратной (постоперационной) стенокардией.

Материал и методы. Обследовано 35 женщин (средний возраст 57,79±1,78 года) и 35 мужчин (средний возраст 57,76±1,35 года) с возвратной (постоперационной) стенокардией ФК II с сердечной недостаточностью ФК II (по NYHA). Время, прошедшее после операции коронарного шунтирования, в среднем составило у женщин 17,36±1,10 месяца, у мужчин - 17,43±1,16 месяца. Симптомы стенокардии возникли у женщин и мужчин спустя 10,28±1,21 месяца от операции. Группы были сравнимы по возрасту, исходным клиническим данным, проводимому лечению. Оценка наличия и выраженности тревожно-депрессивных расстройств проводилась с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety Depression Scale), уровня ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) при помощи теста Спилбергера-Ханина. Для определения уровня и тяжести депрессивной симптоматики использовали более чувствительную клиническую шкалу депрессии А.Бека (BDI). Показатель качества жизни определяли с помощью «Сиэтлского опросника по стенокардии». Статистическую обработку проводили с использованием пакета анализа Statistica 6,0 и стандартного приложения Excel. Достоверность различий оценивали с помощью t-критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при p<0,05.

Результаты. Показатель качества жизни у мужчин был выше, чем у женщин ($p < 0,005$). Тревожно-депрессивные переживания по данным шкалы HADS определялись у 97,1% женщин и 91,4% мужчин. Депрессивные переживания были выявлены у 71,4% женщин и 48,5% мужчин, тревожные - у 97,1% женщин и 85,7% мужчин. Однако депрессивные и тревожные переживания были более выражены в группе женщин, чем в группе мужчин ($p < 0,01$). В группе женщин выявлены обратные корреляционные связи между степенью выраженности тревожно-депрессивных переживаний и показателем качества жизни ($r = 0,644$, $p < 0,01$). Данные, полученные при помощи шкалы депрессии Бека, показали, что у 65,7% мужчин и лишь у 28,6% женщин отсутствовали депрессивные симптомы. Субдепрессия отмечалась у 40% женщин и 20% мужчин, признаки умеренной депрессии имели место у 14,3% женщин и 8,5% мужчин, выраженная депрессивная симптоматика выявлена у 17,1% женщин и лишь у 5,8% мужчин. Среднее значение уровня депрессии у женщин было значительно выше, чем у мужчин ($p < 0,01$). В результате корреляционного анализа в группе женщин выявлена обратная корреляционная связь между качеством жизни и уровнем депрессии ($r = -0,53$, $p < 0,01$). Очевидно, что депрессивные расстройства выявлены со значимым преобладанием в группе женщин. По результатам теста Спилберга-Ханина среднее значение СТ у женщин и мужчин достоверно не различалось. Однако у мужчин при множественном сравнении реже встречался высокий уровень СТ: 25,7% против 40% у женщин ($p < 0,01$). Умеренная СТ определялась чаще у мужчин, чем у женщин: 71,4% против 57,1% ($p < 0,05$). Однако среди женщин значительно чаще диагностировался высокий уровень ЛТ - 57,1% по сравнению с мужчинами - 37,1% ($p < 0,01$). Умеренная ЛТ выявлялась чаще у мужчин, чем у женщин - 60% против 40% ($p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, у пациентов с возвратной стенокардией, независимо от пола, тревожно-депрессивные расстройства диагностируются часто, с явным преобладанием личностной тревожности. Однако выраженность депрессии и тревоги имеет гендерные особенности. Очевидно, что возвратная стенокардия у женщин протекает с более выраженной психологической нестабильностью и низким качеством жизни.

Ирназаров А.Х. Ферменты в лейкоцитах крови у больных постинфарктным кардиосклерозом

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Известно, что в основе всех биологических превращений, совершающихся в организме, лежит клеточное дыхание. Дыхательный фермент, впервые открытый Отто Варбургом в 1926 году и позже названный цитохромоксидазой (ЦХО) принимает самое активное участие при тканевом дыхании. Другим окислительно-восстановительным ферментом, часто встречающимся в тканях, является пероксидаза (ПО), представляющая собой особо сложный железосодержащий белок, которая разрушая образующийся в результате жизнедеятельности

клетки перекись водорода, освобождает сильнейший окислитель - атомарный кислород, принимающий участие в окислительно-восстановительных процессах в клетке. Наибольшая активность и содержание ЦХО, ПО определяется в цитоплазме сегментоядерных нейтрофильных лейкоцитов.

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

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

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

Заключение. Нарушение кровообращения изменяет цитохимическую активность ЦХО, ПО в нейтрофильных лейкоцитах крови, выявленные изменения отражают общее нарушение окислительно-восстановительных процессов в организме. Снижение активности ЦХО и ПО в лейкоцитах крови связано со степенью выраженности кардиосклероза; недостаточность кровообращения, вероятно, усугубляет снижение активности этих ферментов.

Ирназаров А.Х. Содержание фосфолипидов в лейкоцитах крови у больных стенокардией

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

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

Цель исследования - изучение цитохимических изменений содержания фосфолипидов в лейкоцитах крови у больных стенокардией.

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

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

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

Мамутов Р.Ш., Нагаева Г.А., Мун О.Р., Алиева З.Х. Некоторые результаты Регистра Острого Коронарного Синдрома и Острого Инфаркта Миокарда среди населения одного из районов г. Ташкента.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан.

Актуальность. Заболеваемость и смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) и мозгового инсульта широко варьируют в разных странах. В России, в странах СНГ показатели смертности являются одними из самых высоких. Это связано с тем, что значительная часть населения подвергается воздействию таких факторов риска (ФР) как курение, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, нарушения углеводного обмена (сахарный диабет, нарушенная толерантность к глюкозе) и другие (Марцевич С.Ю. 2014; Мазур Н.А., 1999).

На протяжении последних десятилетий подходы к лечению больных кардиологического профиля базируются на результатах больших

многоцентровых рандомизированных исследований, в которых подтверждено преимущество того или иного метода диагностики или лечения, что в последующем является основой для разработки практических рекомендаций. В тоже время эти рекомендации не всегда позволяют ответить на широкий круг клинических вопросов. Поэтому многие страны, крупные клиники разрабатывает свои стандарты ведения пациентов, основывающиеся на положениях рекомендаций и особенностях организации системы здравоохранения, личном опыте, оснащенности клиники и особенностях госпитализируемых пациентов (Пархоменко А.Н. и др., 2011).

Тем не менее, характеристика пролеченных больных, оценка соблюдения клинических рекомендаций и частоты развития осложнений на догоспитальном, стационарном и постстационарном периодах у данной категории пациентов учитывается с трудом. С этой целью удобно использовать эпидемиологические исследования по регистрации пациентов с определенной нозологией, так называемые Регистры.

Целью исследования явилось проведение регистра острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ) среди населения одного из районов г.Ташкента.

Задачи регистра

- Оценка основных клинико-anamnestические характеристик пациентов с ОКС/ОИМ, зарегистрированных в районе за период 01.01.-30.06.2015 года.
- Оценить распространенность основных факторов риска (ФР) развития ИБС.
- Проанализировать объем медицинской помощи у данной категории пациентов в 1-е сутки заболевания.
- Оценить характер медикаментозной терапии и частоту проведения реваскуляризационных процедур у пациентов с ОКС/ОИМ .
- Выявить основные проблемы организации, проведения регистра и возможные пути их разрешения.

Материал и методы. В регистр были включены данные Республиканского специализированного центра кардиологии, 2-х городских клинических больниц, центральной городской станции скорой помощи, куда в основном госпитализировались и обращались больные из района исследования. Сбор и анализ информации проводился сотрудниками отдела «Профилактики сердечно-сосудистых заболеваний» АО «Республиканского Специализированного Центра Кардиологии» в рамках реализации НИР на тему: «Разработка алгоритма прогноза ОКС/ОИМ для профилактики преждевременной смертности».

Анализ данных всех пациентов с ОКС/ОИМ при проведении регистра предполагал соблюдение следующих условий:

- Пациенты должны удовлетворять критериям включения,
- Участие пациента не должно влиять на подходы к его терапии,

- Включение пациента в регистр должно сопровождаться его регистрацией в базе данных регистра с заполнением «Карты регистра» на каждого пациента.

Критерии включения:

- В регистр включались пациенты в возрасте от 18 до 70 лет, обратившиеся в службу скорой медицинской помощи (СМП), госпитализированные в соответствующие стационары по поводу ОКС/ОИМ.
- ОКС и ОИМ диагностировались на основании общепринятых критериев:
 - a) типичный болевой синдром;
 - b) появление нового зубца Q на ЭКГ;
 - c) динамика ST-сегмента и зубца T на ЭКГ;
 - d) динамика маркеров повреждения миокарда (по мере проведения анализов)

Критерии исключения:

- Возраст младше 18 и старше 70 лет.

Результаты исследования. Всего за 1-е полугодие текущего года зарегистрировано и включено в Регистр 174 больных с ОКС/ОИМ, из них 95 (54,6%) – мужчин и 79 (45,4%) – женщин. При этом с увеличением возраста пациентов наблюдался значительный рост частоты ОКС/ОИМ, составив в старшей возрастной группе 60-70 лет в 2,2 раза выше, чем в возрастной категории 50-59 лет и в 6,2 раза больше ($p < 0,05$), чем у лиц 40-49 лет (табл.1).

Из представленных в табл.1 данных видно, что наиболее распространенными ФР развития ИБС у лиц, включенных в регистр, являлись избыточная масса тела (79,9%) и артериальная гипертензия (АГ-70,1%). Более детальный анализ показал, что избыточная масса тела была обусловлена преобладанием лиц с избыточным весом и наличием ожирения I ст., в то время как ожирение III ст. не выявлено. Удельный вес лиц с индексом Кетле = 25-30 кг/м² составил 35,6%, а число больных с индексом Кетле > 30 кг/м² - 44,3%.

Показано, что 70,1% больных имели АГ с преобладанием АГ-3 ст. при высоких значениях среднего уровня как систолического ($159,4 \pm 27,3$ мм.рт.ст), так и диастолического ($94,8 \pm 13,6$ мм рт. ст.) артериального давления (АД) (табл.1)

Распространенность таких ФР как курение, сахарный диабет (СД) и отягощенный семейный анамнез составили < 50%. Относительно низкий средний процент курения был обусловлен тем, что в нашем регионе курящими были в основном мужчины, а среди женщин число курящих составило менее 2,0%.

Относительно осведомленности пациентов о наличии у них гиперлипидемии, в частности, об уровне общего холестерина (ОХС) крови, было установлено, что 86,8% пациентов ответили «Не знаю» о существовании у них гиперлипидемии, а 13,2% лиц утвердительно ответили, что у них гиперлипидемии нет. Тем не менее, анализ крови на содержание ОХС выявил, что более 2/3 больных характеризовались его повышенными значениями (табл.1).

Сравнительно лучше была информированность респондентов относительно уровня глюкозы крови и наличия/отсутствия у них СД, тем не менее, почти у 3% пациентов впервые была обнаружена гипергликемия, что послужило основанием для диагностирования у них СД впервые выявленного (табл.1).

Анализ анамнестических данных установил, что около 1/3 больных не были осведомлены относительно наличия ИБС у ближайших кровных родственников, а каждый четвертый уверенно отрицал наличие отягощенного семейного анамнеза.

Таблица 1

Клинико-анамнестические данные пациентов, включённых в регистр ОКС/ОИМ

Показатель	Абсолютное число пациентов (n=174)	Процент (%)
Возраст, лет	59,2±7,3	
• 18-39 лет	1	0,6
• 40-49 лет	17	9,8
• 50-59 лет	48	27,6
• 60-70 лет	108	62,0
Курение:	79	45,4
• курят в настоящее время	68	39,1
• курили ранее	11	6,3
Артериальная гипертензия (АГ)	122	70,1
Ср.САД, мм рт. ст.	159,4±27,3	
Ср.ДАД, мм рт. ст.	94,8±13,6	
АГ 1ст.	37	21,3
АГ 2ст.	30	17,2
АГ 3ст.	55	31,6
Средняя частота сердечных сокращений (ЧСС), уд/мин	84,2±14,8	
ЧСС=50-80 уд/мин	70	40,2
ЧСС > 80 уд/мин	104	59,8
Сахарный диабет (СД):	40	23,0
• диета	13	7,5
• пероральные препараты	18	10,3
• инсулин	4	2,3
• вновь диагностированный	5	2,9
Гиперхолестеринемия	115	66,1
Ср.уровень ОХС, мг/дл	191,3±47,7	
Избыточная масса тела (ИМТ)	139	79,9
Средний ИМТ, кг/м ²	29,3±4,16	
Отягощенный семейный анамнез:		
• Подтверждают	83	47,7
• Не знают	50	28,7
• Отрицают	41	23,6

Нозологическая характеристика включенных в регистр больных отражала основную кардиальную патологию и представлена следующим образом. Как видно из рисунка 1, наибольший удельный вес приходился на острый инфаркт

миокарда, стенокардию напряжения, хроническую сердечную недостаточность, в которые трансформировался диагноз «острый коронарный синдром» (рис.1).

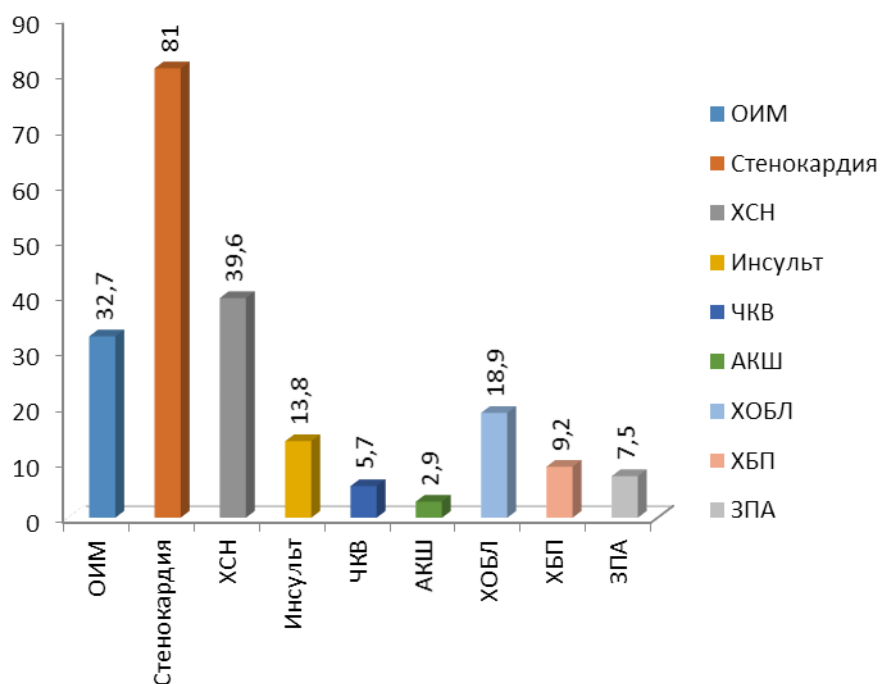


Рис.1 Нозологическая характеристика пациентов включенных в регистр ОКС/ОИМ, %

Примечания: ОИМ – острый инфаркт миокарда, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ЧКВ – чрезкожные коронарные вмешательства; АКШ – аорто-коронарное шунтирование, ХОБЛ – наличие в анамнезе хронических обструктивных заболеваний легких, ХБП – наличие в анамнезе на хронические болезни почек, ЗПА – заболевания периферических артерий

Жалобы пациентов являются основной причиной обращения за медицинской помощью, характер которых показал, что основными причинами были следующие: боли в сердце различной степени выраженности – 78,1%; сердцебиения и/или перебои в работе сердца – 7,5%; чувство дискомфорта в левой половине грудной клетки – 6,9%; одышка и чувство нехватки воздуха – 6,3%; общее недомогание – 1,2%. Из вышеизложенного следует, что наиболее частой жалобой является болевой синдром, дифференцированный анализ которого представляется целесообразным (табл. 2).

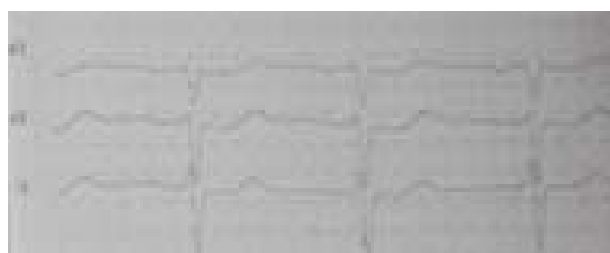
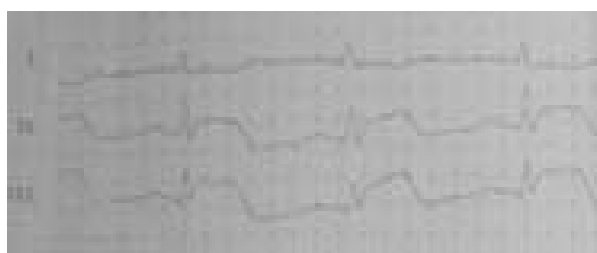
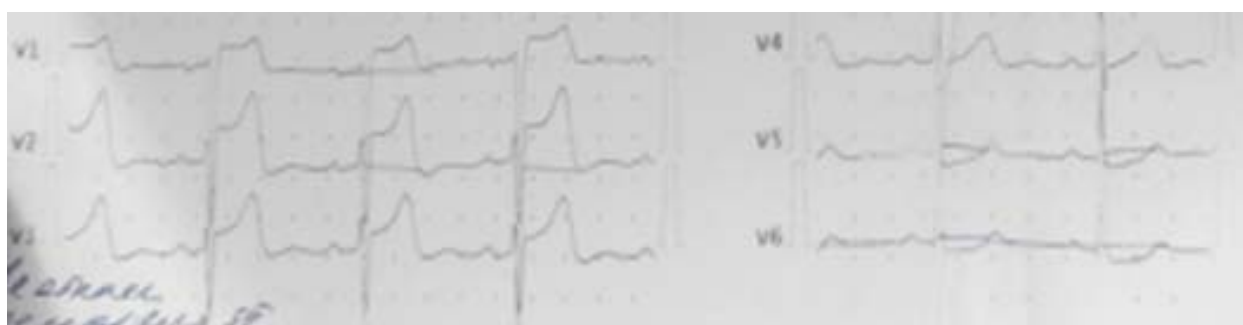
Анализ отдельных объективных данных показал, что на догоспитальном этапе при осмотре пациентов сотрудниками СМП цифры среднего АД были: систолическое АД $137,23 \pm 32,47$ мм рт. ст. и диастолическое АД $84,20 \pm 17,20$ мм рт. ст.; средняя ЧСС $89,81 \pm 27,97$ уд/мин. При госпитализации аналогичные показатели были $140,61 \pm 32,69$ мм рт. ст.; $85,01 \pm 16,72$ мм рт. ст. и $83,49 \pm 16,63$ уд/мин, соответственно.

Таблица 2

Характеристика болевого синдрома у пациентов, включенных в регистр
ОКС/ОИМ

Характеристика боли	Абсолютное число (n=148)	Процент (%)
Жгучая боль	18	12,2
Сжимающе-давящая боль	34	23,0
Колюще-ноющая боль	31	20,9
Неприятные ощущения и/или дискомфорт в области сердца	14	9,6
Иррадиирующая в спину/лопатку	13	8,8
Отдающая в левую руку	10	6,7
Холодный пот	12	8,1
Боль, сопровождающаяся тошнотой	10	6,7
Общая резкая слабость и/или потеря сознания	6	4,0

Со стороны показателей ЭКГ было установлено, что у абсолютного большинства респондентов (86,2%) основным ритмом был синусовый; у 13,2% больных фиксировалась фибрилляция предсердий. Другие нарушения сердечного ритма составили менее 1% случаев. Смещения сегмента ST регистрировались у 57,4% пациентов, из них ST-элевация наблюдалась у 25,8% и ST-депрессия – у 31,6% больных. Ниже мы привели наиболее выразительные образцы ЭКГ пациентов, включенных в данный регистр (см.рис.2А и 2Б).



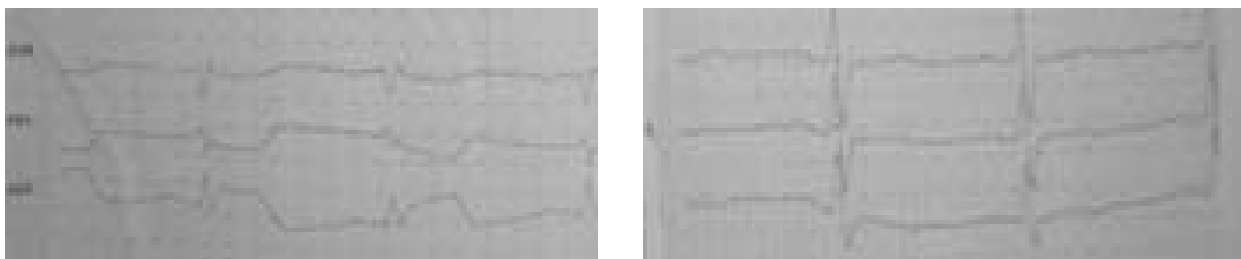


Рис.2А. ЭКГ-образцы с ST-элевацией.



Рис. 2Б. ЭКГ-образцы с ST-депрессией.

Внезапная смерть как манифестация ОКС/ОИМ была зарегистрирована в 13,2% случаях (на догоспитальном этапе). Явления острой сердечной недостаточности (ОСН) II-III класса по Killip регистрировались в 27,1% случаев, у 2 (1,1%) пациентов наблюдались явления острого кардиогенного шока.

Обсуждение. В полученных данных регистра РОКСИМ-Уз средний возраст пациентов составил 59,2 лет. При сравнении с другими регистрами возраст наших пациентов оказался гораздо моложе (Hasdai D.et al., 2002; Mandelzweig L.et al., 2006), что было обусловлено возрастными ограничениями описанных ранее критериев включения/исключения в данный регистр.

MacMahon и соавт. (1990) провели мета-анализ 9 проспективных исследований (более 400000 лиц) и установили строгую корреляцию между уровнями систолического и диастолического давления и заболеваемостью ИБС. В нашем исследовании частота АГ составила свыше 70%, при этом уровень АД характеризовался высокими значениями средних значений САД и ДАД и значительным удельным весом АГ-3ст.

По результатам РОКСИМ-Уз, на 1 месте из изучаемых характеристик больных был возраст 50-70 лет (88,5%), из других ФР наиболее распространенными оказались избыточный вес и ожирение (79,9%), АГ и курение у мужчин. При сравнении с данными других регистров, полученные нами результаты носили несколько противоречивый характер. Средние значения индекса Кетле у обследованных нами респондентов были практически

идентичны с данными украинских ученых, но превышали европейские показатели. Тем не менее, количество больных с индексом Кетле $> 30 \text{ кг/м}^2$ в нашем регистре было значительно больше, чем в других исследованиях (Пархоменко А.Н. и др., 2011).

СД значительно увеличивает риск развития атеросклероза и ИБС. Объяснить это можно следующим образом: повреждение эндотелия артерий, дисфункция которого развивается на одном из ранних этапов развития атеросклероза; атерогенная гиперлипотеинемия и выраженные процессы модификации и гликирования ЛПНП и апопротеинов ЛПВП; снижение уровня антиатерогенных ЛПВП в крови больных; наличие постпрандиальной гипергликемии; наличие АГ (обусловленной диабетической нефропатией); а также наличием у больных СД других ФР развития ИБС (в частности, ожирения, особенно абдоминального). По результатам проведенного нами анализа, 23% пациентов страдали СД, в т.ч. нарушенная толерантность к глюкозе имела место у 2,3%. По литературным данным (Мазур Н.А., 1999; Пархоменко А.Н. и др., 2011), встречаемость СД наблюдалась в 17,8-19,1% случаев, что несколько ниже наших результатов.

Повышенный уровень холестерина сыворотки крови всегда ассоциируется с увеличением риска развития ССЗ. Еще в 90-е годы Singh с соавт. и Schuler с соавт. показали, что начиная с уровня общего холестерина 4.65 ммоль/л (180 мг%), его дальнейший рост непрерывно и пропорционально коррелирует с частотой осложнений ИБС. По данным Фремингемского исследования, у людей с умеренным повышением уровня холестерина (5.2-6.7 ммоль/л) частота ИБС была в 2 раза выше, чем у людей с нормальным уровнем холестерина в крови, а при выраженном повышении (>6.7 ммоль/л) заболеваемость ИБС возрастала в 4-5 раз. В полученных нами результатах 66,1% пациентов имели гиперлипидемию, что является негативным фактором.

Хотелось бы отдельно подчеркнуть, что описанный выше показатель внезапной смерти указан по данным анализа догоспитального этапа.

Заключение. В данной статье представлены первые результаты исследования РОКСИМ-Уз, проводящегося в данный момент в одном из районов г.Ташкента. Вопросы, касающиеся медикаментозной терапии и инвазивных методов лечения на этапах (догоспитальном, стационарном и постстационарном), а также хронологические составляющие оказания кардиологической медицинской помощи и оценка госпитальной и постгоспитальной летальности находятся в стадии анализа, результаты которого позволят оптимизировать мероприятия по ведению больных ОКС/ОИМ на этапах оказания специализированной помощи. Но полученные данные свидетельствуют о недостаточной медицинской информированности населения о кардиальной патологии, что указывает на важность проведения просветительской работы, которая должна постоянно и активно проводиться как медицинскими работниками (семейные участковые врачи, терапевты и кардиологи поликлиник), так и при помощи средств массовой информации.

Нагаева Г.А., Нагаев Ш.А. COMPLAINTность пациентов, липиды крови и их оценка в динамике, в зависимости от стентирования коронарных сосудов при ишемической болезни сердца

Республиканский специализированный центр кардиологии, Научно-исследовательский институт иммунологии АНРУз, Ташкент, Узбекистан

Цель. Динамика COMPLAINTности и её влияние на липидный спектр крови у лиц с хронической ИБС, в зависимости от стентирования коронарных артерий (КА).

Материал и методы. Было проведено проспективное исследование 327 больных хронической ИБС, ср. возраст которых составил $57,84 \pm 8,84$ лет. В зависимости от стентирования КА пациенты были разделены на 2 группы: 1гр.- 159 лиц (ср. возраст $57,46 \pm 8,73$ лет) без стентирования и 2 гр. — 168 лиц (ср. возраст $58,19 \pm 8,94$ лет), которым было проведено чрескожное вмешательство со стентированием КА. Обследования включали в себя: физикальный осмотр; анализ уровня общего холестерина (ХС) крови; ЭКГ; ЭхоКГ. Для оценки COMPLAINTности пациентов к проводимой терапии использовался тест Мориски-Грина (тМГ). Динамика показателей оценивалась через 3, 6 и 12 месяцев.

Результаты. На исходном этапе группы не имели существенных различий. Через 3 мес. в 1гр. нормализовался липидный спектр крови (все $p < 0,001$), что, возможно, было обусловлено повышением COMPLAINTности пациентов (кол-во баллов по тМГ возросло более чем в 2 раза, $p < 0,001$). Через 6 мес. уровень общ.ХС составил $190,33 \pm 46,10$ мг/дл, что на 7,98% было ниже исходных значений ($p = 0,003$) и на 6,78% - больше, чем на этапе 3 мес. ($p = 0,021$). При этом кол-во баллов по тМГ $= 3,21 \pm 1,04$, что на 71,66% было выше, чем на исходном этапе и на 15,08% - ниже (все $p < 0,001$), чем через 3мес. Спустя 12 мес. уровень общ.ХС достиг почти исходных значений, составив $199,84 \pm 59,67$ мг/дл, что на 12,11% ($p < 0,05$) и на 4,99% превышало уровни 3- и 6-месячного этапов. Кол-во баллов по тМГ составило $2,69 \pm 1,11$, что было на 46,99% - выше исходных показателей. Во 2гр. снижение уровня общего ХС через 3 мес. составило 4,99%, через 6 мес. -8,15% и через 12 мес. - 4,99%, при этом динамика баллов по тМГ была: через 3 мес. $= 3,77 \pm 0,65$; через 6 мес. $= 3,17 \pm 0,93$ и через 12 мес. $= 2,83 \pm 0,85$ балла (все $p < 0,05$, по сравнению с исходными данными).

Выводы. Наибольшее снижение общего холестерина регистрировалось в обеих группах пациентов на 3-месячном этапе, что характеризовалось более чем двукратным повышением их COMPLAINTности, не зависимо от проведения интервенционных вмешательств на венечных артериях. Тем не менее, спустя 6 и 12 месяцев наблюдалось снижение COMPLAINTности, сопровождавшейся увеличением уровня липидов крови в обеих группах пациентов.

Нагаева Г.А., Мамутов Р.Ш., Пулатова З.Р. Корреляционная зависимость между результатами коронароангиографии и комплаентностью больных с ишемической болезнью сердца

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: анализ взаимосвязи между количеством сосудистых поражений (по данным коронароангиографии (КАГ)) и комплаентностью пациентов к медикаментозной терапии.

Материал и методы. Обследовано 83 (муж.-69 (83,1%)) больных с ИБС, средний возраст которых составил $58,33 \pm 6,12$ лет. Проводились обследования: физикальный осмотр, КАГ с определением количества пораженных коронарных артерий и оценкой шкалы SYNTAX. Перед проведением КАГ проводилось тестирование по опроснику Мориски-Грина. В зависимости от уровня комплаентности больные были разделены на 2 группы: 1гр. – 37 человек, набравших > 2 баллов по опроснику; 2гр. – 46 больных, набравших ≤ 2 баллов.

Результаты. Среднее число принимаемых медикаментов на 1 человека в 1гр. составило $- 3,2 \pm 0,6$ и во 2гр. $- 1,8 \pm 0,6$ ($p < 0,001$). По данным КАГ среднее количество пораженных венечных артерий в 1гр. было $1,6 \pm 0,7$ и во 2гр. $- 1,9 \pm 0,6$, соответственно ($p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа между количеством пораженных венечных сосудов и преимуществом к соблюдению врачебных рекомендаций была выявлена обратная зависимость ($r = -0,120$; $p = 0,307$). Инфаркт миокарда в 1гр. был у 3 (8,1%), во 2гр. – у 9 (19,6%) больных. По шкале SYNTAX различие в группах не достигало уровня достоверности, составив $15,2 \pm 7,3$ балла в 1гр. и $15,6 \pm 7,4$ балла во 2гр. ($p > 0,05$).

Выводы. Между преимуществом пациентов к медикаментозной терапии и количественным поражением венечных сосудов сердца имеется обратная корреляционная зависимость, т.е., чем больше комплаентность пациентов, тем меньше количество пораженных коронарных артерий и ниже заболеваемость инфарктом миокарда.

Нагаева Г.А. Частота сердечных сокращений и её влияние на показатели коронароангиографии у больных с хронической ишемической болезнью сердца

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить влияние частоты сердечных сокращений (ЧСС) на показатели коронароангиографии (КАГ) у больных с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Было обследовано 134 пациента, которым была проведена КАГ со стентированием коронарных артерий. В зависимости от ЧСС пациенты ретроспективно были разделены на 2 группы: 1 гр. составили – 96 больных с ЧСС=60-79 уд/мин и 2гр. – 38 лиц с ЧСС=80-100уд/мин. Всем респондентам проводились исследования: физикальный осмотр;

общеклинические лабораторные исследования; ЭКГ; ЭхоКГ; суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ); КАГ.

Результаты. Средний возраст лиц 1 гр. $58,57 \pm 9,36$ лет, во 2 гр. $-55,84 \pm 7,75$ лет ($p > 0,05$). Гендерные характеристики были следующими: в 1 гр. количество женщин – 26 (27,1%) и во 2 гр. – 7 (18,4%) ($p > 0,05$). Средняя ЧСС в 1 гр. $68,18 \pm 5,97$ уд/мин и во 2 гр. $=88,32 \pm 5,84$ уд/мин. На ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка в 1 гр. была $58,61 \pm 9,19\%$ и во 2 гр. – $55,75 \pm 9,84\%$ ($p > 0,05$). Средний уровень общего холестерина в 1 гр. составил $206,22 \pm 49,47$ мг/дл и во 2 гр. – $222,92 \pm 55,26$ мг/дл ($p > 0,05$); средний уровень триглицеридов крови в анализируемых группах составил $183,40 \pm 126,57$ мг/дл и $287,21 \pm 264,18$ мг/дл, соответственно ($p < 0,05$). По данным СМЭКГ желудочковая экстрасистолия в 1 гр. лиц фиксировалась у 20 (20,8%) и во 2 гр. – у 12 (31,6%) респондентов. При проведении КАГ было установлено, что средний балл по шкале SYNTAX в 1 гр. $=15,57 \pm 6,34$ и во 2 гр. $=18,26 \pm 7,69$ ($p < 0,05$), при этом среднее количество установленных стентов составило $1,52 \pm 0,75$ в 1 гр. и $1,47 \pm 0,72$ – во 2 гр. ($p > 0,05$). Количественная характеристика стентирования была следующей: 1 стент был установлен у 60 (62,5%) лиц в 1 гр. и у 24 (63,1%) – во 2 гр.; 2 стента – у 23 (24,0%) и 11 (29,0%) больных; 3 стента – у 12 (12,5%) и 2 (5,3%) респондентов и 4 стента – 1 (1,0%) и 1 (2,6%) пациентов, соответственно, в 1й и 2й группах (все $p > 0,05$).

Выводы. Лица с ЧСС ≥ 80 уд/мин характеризуются относительно низкой сократимостью сердечной мышцы, более выраженной дислипидемией (особенно гипертриглицеридемией), частой встречаемостью желудочковой экстрасистолии. Со стороны коронароангиографических данных, ЧСС ≥ 80 уд/мин сопровождалась достоверно высоким риском по шкале SYNTAX, при этом среднее количество установленных стентов было меньше, чем в группе сравнения, хотя и не достигало уровня достоверности.

Нагаева Г.А., Юлдашев Н.П., Пулатова З.Р., Мамутов Р.Ш. Уровень триглицеридов крови, баллы по шкале SYNTAX и количество имплантируемых стентов при хронической ишемической болезни сердца

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: провести сравнительный анализ данных коронароангиографии (КАГ) в зависимости от уровня триглицеридов (ТГ) крови у лиц с хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Было обследовано 159 больных, средний возраст которых составил $57,25 \pm 10,19$ лет, из них женщин – 37 (23,27%). Всем проводились исследования: физикальный осмотр, анализ липидного спектра крови с определением уровня ТГ; ЭхоКГ с вычислением фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и КАГ с определением среднего балла по шкале SYNTAX и числа имплантированных стентов. В зависимости от уровня ТГ

больные были разделены на 2 группы: 1 гр. – 109 больных с ТГ<200 мг/дл и 2 гр. – 50 больных с ТГ≥200мг/дл.

Результаты. Средний уровень ТГ в 1 гр.=130,39±38,31 мг/дл и во 2гр.=363,60±231,77мг/дл (p<0,001). При сравнении было установлено, что лица 2гр. были моложе больных 1 гр. (p<0,05), тем не менее, ФВЛЖ оказалась недостоверно ниже, чем в 1 гр. По данным КАГ, ср. количество баллов по шкале SYNTAX у лиц 1 гр.=16,49±6,72 и во 2 гр.=17,33±7,26, при этом среднее количество имплантированных стентов в 1гр. составило 1,53±0,76 и во 2 гр. - 1,44±0,68.

С целью более точного анализа, среди больных 1 и 2 групп были выделены пациенты, которым имплантировали ≥ 2 стентов: в 1 гр. – 44 (40,4%) и во 2 гр. – 17 (34,0%). Данные респонденты оказались более старшего возраста — 61,89±9,56 и 58,23±6,41 лет, соответственно. Средний уровень ТГ у данных больных составил: 130,25±37,44 мг/дл и 292,59±51,58мг/дл. Со стороны ЭхоКГ, эти респонденты также характеризовались сравнительно меньшей ФВЛЖ (56,36±11,39% vs 58,00±9,91%), а по данным КАГ – меньшим количеством имплантированных стентов (2,29±0,47 vs 2,34±0,57).

Выводы. Повышение уровня триглицеридов крови характеризуется достоверно молодым возрастом, сравнительно низкой сократительной функцией сердечной мышцы и большим количеством баллов по шкале SYNTAX, при этом какой-либо зависимости с количеством имплантируемых стентов нами выявлено не было.

Турсунова М.У. Роль факторов риска в развитии впервые возникшей стенокардии

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин госпитализации во всем мире. Факторы риска ИБС общеизвестны. Их особенности в сочетании с предикторами предшествующими развитию впервые возникшей стенокардии (ВВС) требуют дальнейшего уточнения.

Цель исследования — выявление факторов риска у пациентов с ВВС.

Материал и методы. Обследовано 48 больных, мужчин в возрасте от 42 до 65 лет (средний возраст 52,3±2,8 лет), госпитализированных в отделение кардиологии по поводу впервые возникшей стенокардии. Традиционные методы обследования включали оценку жалоб, сбор анамнеза, изучение объективного статуса и общепринятые обследования кардиологических больных (клинический анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови – протеинограмма, функциональные пробы печени, уровень сахара в крови и липидограмма, ЭКГ).

Результаты. Нестабильная стенокардия была подтверждена у половины обследованных, что свидетельствует о высокой гипердиагностике (50%) стенокардии на догоспитальном этапе.

Установлено, что ВВС в 91,6% случаев предшествовала длительная артериальная гипертензия, в 24,9% – субкомпенсированный сахарный диабет, в 62,5% – избыточная масса тела, индекс Кетле $29,2 \pm 6,5$ (в 33,4% ожирение). У 67% больных имелась отягощенная наследственность, у 29,2% – высокий уровень психоэмоционального стресса (показатель шкалы Ридера $2,0 \pm 0,6$). Кроме этого у всех пациентов имелась гипертрофия левого желудочка, более заметная у лиц с низкой приверженностью к лечению.

Заключение. Таким образом, полученные данные подтверждают необходимость совершенствования диагностики на догоспитальном этапе и значение своевременной коррекции артериальной гипертонии, сахарного диабета, психоэмоциональных расстройств, активного адекватного медикаментозного лечения для предупреждения возможного развития впервые возникшей стенокардии

Халмухамедова С.М. Влияние терапии карведилолом на клиничко-гемодинамические показатели, экспрессию провоспалительных цитокинов и уровень С-реактивного белка у пациентов с нестабильной стенокардией

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Сердечно-сосудистые заболевания в последние десятилетия продолжают оставаться ведущей причиной смертности и инвалидизации населения трудоспособного возраста в большинстве развитых стран. По данным ВОЗ, в структуре смертности от ССЗ около 47% приходится на долю ишемической болезни сердца (ИБС). В основе обострений ИБС, и в частности, нестабильной стенокардии (НС), лежит дестабилизация атеросклеротической бляшки, обусловленная протекающими в ней воспалительными процессами (Pai J.K. et al., 2004; Оганов Р.Г. и соавт., 2007). В свою очередь, основу воспаления составляет каскад биохимических и иммунных процессов, регуляция которых осуществляется очень большим числом гуморальных медиаторов, наиболее важными из которых являются цитокины (Ross R., 1999). Согласно современным представлениям о патогенезе атеросклероза, провоспалительные цитокины нарушают обмен липидов, приводя к атерогенным изменениям липопротеинов, способствуют накоплению свободных радикалов, стимулируют выработку белков острой фазы воспаления (фибриногена, С-реактивного белка [С-РБ]), приводят к активации тромбоцитов и подавлению факторов фибринолиза. Наиболее важное значение в патогенезе ИБС придается интерлейкину-6 (ИЛ-6) и фактору некроза опухолей-альфа (ФНО- α) (Lug G. et al., 2003; Ridker P.M., 2005; Баздырев Е.Д. и др., 2013). Проспективные исследования свидетельствуют, что высокие уровни медиаторов воспаления в плазме крови являются достоверными и независимыми предикторами развития инфаркта миокарда у здоровых лиц, а также общей смертности у мужчин и женщин пожилого возраста (Ramos A.M. et al., 2009; Аверин Е.Е. и др., 2010; Березин А.Е. и др., 2012).

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении больных НС, неуклонное прогрессирование заболевания, сохраняющийся высокий уровень смертности и утраты трудоспособности позволяют предполагать, что важнейшие патогенетические механизмы болезни сохраняют активность и слабо изменяются на фоне проводимого лечения. Возможно, к таким механизмам относятся иммунная активация и воспаление.

К настоящему времени опубликованы результаты единичных исследований по изучению влияния сердечно-сосудистых препаратов на состояние иммунной системы больных с ИБС (Закирова А.Н. и др., 2005; Ребров А.П. и др., 2005; Hashmi S. et al., 2006). Вопрос об эффективности бета-адреноблокаторов (БАБ) на уровень цитокинов как провоспалительных, так и противовоспалительных также окончательно не выяснен.

Способность быстрее оказывать провоспалительное действие и быстрее влиять на процессы агрегации у того или иного препарата может дать преимущество для раннего назначения его у больных НС, для которых наиболее важны быстрое уменьшение тромбообразования, воспаления и стабилизация бляшки. Учитывая вышесказанное, нами было изучено содержание медиаторов воспаления и их динамика на фоне терапии БАБ карведилолом у пациентов с нестабильной стенокардией.

Материал и методы исследований. В исследование включено 98 больных мужчин НС, средний возраст $55 \pm 7,2$ лет, в том числе 33 пациента с впервые возникшей стенокардией и 65 пациентов с прогрессирующей стенокардией, находившихся на стационарном лечении. Длительность заболевания составила $4,8 \pm 2,3$ лет. В 49 случаях имело место сочетание ИБС с артериальной гипертензией, у 22 пациентов имел место перенесенный инфаркт миокарда. Все пациенты на фоне терапии нитратами, аспирином и гепарином получали лечение неселективным БАБ карведилолом в дозе 12,5-5, мг в сутки; дозу препарата подбирали индивидуально методом медленного титрования до развития бета-блокирующего эффекта. Клинический эффект терапии оценивался по количеству приступов стенокардии и количеству таблеток нитроглицерина, потребовавшихся для купирования приступов. Кроме этого регистрировали частоту сердечных сокращений (ЧСС), систолическое АД (САД), диастолическое АД (ДАД). Эффективность лечения считалась удовлетворительной в том случае, когда количество ангинозных приступов и потребность в приеме нитроглицерина в неделю уменьшались на 50% от исходного. Проводили общепринятое обследование кардиологических больных: клинический анализ крови и мочи, биохимическое исследование крови (протеинограмма, функциональные пробы печени, уровень сахара крови, коагулограмма, липидограмма), ЭКГ. Эффективность терапии оценивали на 7-е и 14-е сутки.

В группе сравнения обследованы 25 пациентов (мужчины) со стабильной стенокардией (СС) напряжения ФК II-III (средний возраст $53,8 \pm 7,7$ лет), сопоставимые по возрасту и сопутствующей патологии с основной группой. В группу контроля вошли 15 практически здоровых добровольцев, средний возраст которых составил $52,3 \pm 6,9$ лет.

Уровни цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа, используя тест-системы и реагенты ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург). Уровень С-РБ определяли иммунотурбидиметрическим методом на автоанализаторе «DAYTONA» фирмы «RANDOX» (Северная Ирландия). В нашей работе считался нормальным уровень С-РБ равный $1,6 \pm 1,3$ мг/л.

Статистическую обработку полученного материала проводились помощью пакета программ «Biostat for Windows». Достоверность различий оценивали по t-критерию Стьюдента. Все результаты представлены в $M \pm SD$.

Результаты и обсуждение. Анализ клинического состояния пациентов НС на исходном этапе выявил увеличение интенсивности, продолжительности, а также частоты приступов стенокардии до $37,06 \pm 11,2$ и количества потребляемого нитроглицерина до $36,8 \pm 12,7$ таблеток в неделю, что превышало данные показатели в группе больных стабильной стенокардией ($13,05 \pm 4,9$ и $12,7 \pm 6,1$, $p < 0,001$). При сравнении полученных нами результатов оказалось, что все вошедшие в проводимое нами исследование больные ИБС исходно имели сопоставимые гемодинамические показатели; различия по исследуемым параметрам не достигали статистической достоверности между основной группой и группой сравнения ($p > 0,05$). Так, САД составило $140,8 \pm 14,9$ мм рт. ст. в группе больных НС и $136,2 \pm 15,3$ в группе больных СС, ДАД- $87,3 \pm 9,8$ мм рт. ст. и $85,7 \pm 10,5$ мм рт.ст. соответственно; ЧСС $77,4 \pm 7,1$ ударов в минуту и $78,2 \pm 6,3$ ударов в минуту соответственно ($p > 0,05$).

В результате исследования установлено, что терапия с включением карведилола привела к ряду клинических изменений в их состоянии. В процессе лечения у всех пациентов удалось добиться стабилизации состояния в течении 7 дней. Клиническая стабилизация заболевания характеризовалась достоверным снижением ЧПС и КТН в 2,8 и 3,1 раза соответственно ($p < 0,001$). Согласно полученным данным, на фоне терапии карведилолом произошло достоверное снижение САД, ДАД и ЧСС к концу первой недели на 12,3%, 15,2% и 16,7% соответственно.

К концу второй недели терапии было выявлено дальнейшее снижение интенсивности, продолжительности и частоты приступов стенокардии, а также потребности в нитроглицерине. Изменения гемодинамических показателей на данном этапе в сравнении с результатами недельной терапии выражались дальнейшим их снижением, однако достоверным было лишь снижение ДАД ($p < 0,05$).

Следует особо отметить, что ни в одном случае снижение АД не было чрезмерным и не потребовало полной отмены принимаемого препарата.

Как было отмечено, ИБС следует рассматривать как своеобразную форму хронического иммуновоспалительного заболевания, обострение которого проявляется НС. Для определения значимости гуморальных маркеров воспаления в развитии дестабилизации стенокардии нами были исследованы концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-6 и ФНО- α .

В табл. приведены исходные величины показателей провоспалительных цитокинов и С-РБ в группе сравнения и в основной группе. В нашем исследовании у больных СС содержание ИЛ-6 и ФНО- α в сыворотке крови оказалось существенно выше, чем здоровых лиц: $136,8 \pm 82,7$ и $185,6 \pm 127,9$ пг/мл против $82,9 \pm 31,8$ ($p < 0,05$) и $102,8 \pm 61,0$ ($p < 0,05$) пг/мл.

Таблица

Содержание провоспалительных цитокинов и С-РБ у здоровых, больных СС и НС (M \pm SD)

Группы Показатели	Больные НС, n= 98	Больные СС, n= 25	Контрольная группа, n= 15
ИЛ-6, пг/мл	$264,8 \pm 89,3^{*\circ}$	$136,8 \pm 82,7^*$	$82,9 \pm 31,8$
ФНО- α , пг/мл	$301,2 \pm 105,7^\circ$	$185,6 \pm 127,9^*$	$102,8 \pm 61,0$
С-РБ, мг/л	$11,2 \pm 6,3^{**\diamond}$	$5,8 \pm 3,9^\circ$	$1,9 \pm 1,5$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ – достоверность различий между показателями НС и СС; $^\circ p < 0,05$; $\diamond p < 0,001$ - достоверность различий с показателями группы контроля

Как видно из таблицы, у больных НС концентрация ИЛ-6 была статистически достоверно более высокой, чем у больных СС – $264,8 \pm 89,3$ и $136,8 \pm 82,7$ пг/мл соответственно ($p < 0,05$). Показатели активности ФНО- α также увеличилась до $301,2 \pm 105,7$ пг/мл при НС против $185,6 \pm 127,9$ пг/мл у больных СС и $102,8 \pm 61,0$ пг/мл в группе контроля ($p < 0,05$).

Исследование исходного уровня С-РБ показало, что у больных НС концентрация его была выше, чем у пациентов со СС; содержание данного показателя составило $11,2 \pm 6,3$ мг/л и $5,8 \pm 3,9$ мг/л соответственно ($p < 0,001$). Результаты нашего исследования подтверждают данные других авторов (Ridker P.M., 2005; Аверин Е.Е. и др., 2010; Баздырев Е.Д. и др., 2013), где также были выявлены высокие уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-6, ИЛ-1 β , ИЛ-2, ФНО- α в периферической крови больных ИБС, однако степень увеличения их была различной.

На фоне лечения БАБ отмечалась положительная динамика всех исследуемых показателей. Включение в комплексную терапию НС карведилола характеризовалось выраженным снижением всех гуморальных маркеров воспаления: С-РБ – с $11,2 \pm 6,3$ до $6,12 \pm 4,2$ мг/л ($p < 0,001$); ИЛ-6 – с $264,8 \pm 89,3$ до $131,3 \pm 82,0$ пг/мл ($p < 0,05$); ФНО- α – с $301,2 \pm 105,7$ до $188,5 \pm 94,8$ пг/мл ($p > 0,05$).

Эффективность карведилола при НС связана с тем, что данный препарат сочетает в себе дополнительную вазодилатирующую активность, которая, как и снижение ЧСС за счет β 1-адреноблокады, уменьшает потребность миокарда в кислороде и тем самым способствует предотвращению приступов стенокардии.

Положительное влияние терапии карведилолом характеризовалось снижением экспрессии цитокинов и С-РБ, достоверной в отношении ИЛ-6 и С-РБ ($p < 0,05$) и выраженной, но статистически недостоверной в отношении ФНО- α ($p > 0,05$). К концу терапии уровни всех гуморальных маркеров у больных НС,

получавших карведилол, практически достигали уровней, характерных для больных СС.

Позитивное влияние карведилола на показатели гуморальных маркеров воспаления, по нашему мнению, связано с угнетением индуцируемой свободными радикалами экспрессии апоптозопосредующих белков: Fas-протеина и ФНО- α , а также со способностью оказывать местный противовоспалительный эффект, уменьшая инфильтрацию нейтрофилами поврежденной зоны за счет подавления экспрессии молекул адгезии, активируемой свободными радикалами (Yue T.L. et al., 1995; Nessler J. Et al., 2008).

Таким образом, оценивая состояние гуморальных маркеров воспаления, мы выявили у больных НС повышение уровней ИЛ-6, ФНО- α и С-РБ, причем эти изменения были более значительными, чем у больных СС. Терапия карведилолом приводила к выраженному снижению экспрессии цитокинов и С-РБ.

Выводы

1. У больных со стабильной стенокардией отмечается достоверное повышение в периферической крови уровней провоспалительных цитокинов и С-реактивного белка в сравнении со здоровыми.

2. Дестабилизация стенокардии характеризуется в большей степени увеличением секреции цитокинов и С-РБ в сравнении со стабильным течением ИБС.

3. Включение в комплексную терапию больных НС карведилола в среднесуточной дозе $29,5 \pm 7,47$ мг способствует достижению выраженного клинико-гемодинамического эффекта и стабилизации течения стенокардии к концу первой недели терапии.

4. На фоне двухнедельной терапии карведилолом параллельно улучшению клинического состояния отмечена более выраженная тенденция к уменьшению содержания ФНО- α и достоверное снижение уровней ИЛ-6 и С-РБ.

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Жумамуратова Н.С, Бабажанова Н.Э. Роль обучения пациентов в формировании приверженности к лечению больных хронической сердечной недостаточности

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

В последние годы отмечается существенный рост числа больных с хронической сердечной недостаточностью. Об этом свидетельствуют результаты клинико-эпидемиологических исследований, проводимых как за рубежом, так и в нашей стране. Проблема недостаточной приверженности больных ХСН лечению имеет большую актуальность. Под приверженностью лечению понимают соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или образа жизни.

Цель работы: улучшить качество ведения больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) путем выявления приверженности к лечению и разработки методов коррекции обнаруженных нарушений.

Материалы и методы. Обследованы 130 больных ХСН различной степени тяжести в возрасте от 36 до 80 лет. Все обследуемые получали лечение по поводу ХСН (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, диуретики, верошпирон, сердечные гликозиды). Перечисленные препараты назначались в зависимости от стадии, ФК и особенностей течения ХСН у конкретного больного. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, стадии и ФК ХСН. Больные одной группы (110 человек) получали терапию на фоне приверженности к лечению после проведения индивидуальных бесед. Другая группа (20 человек) была контрольной, где эти мероприятия не проводились. Все больные обследовались после включения их в исследование через 3 месяца и через 1 год. Для выполнения работы мы использовали специально составленную анкету приверженности к лечению больных ХСН, которая включала в себя ряд вопросов, касающихся доверия больных врачу, правильности приема лекарств, образа жизни. Она заполнялась при обследовании больных. Также использовался Миннесотский опросник для определения качества жизни больных с ХСН и шкала оценки клинического состояния (ШОКС) (В.Ю.Мареев 2001). Полученные данные сопоставлялись с клиническим состоянием больных, результатами теста 6-минутной ходьбой, модифицированной пробы с шагомером, ЭКГ, ЭхоКГ, стадией и ФК ХСН. При оценке эффекта лечения использовались следующие критерии: частота госпитализаций, оценка качества жизни и изменения ФК, динамика данных ЭКГ, ЭхоКГ.

Результаты. Среди 110 пациентов, которые были обследованы беседы по улучшению приверженности к назначенному лечению, 63 больных продолжали терапию. Из 47 человек с низкой приверженностью к лечению 39 пациентов изменили свою точку зрения. Они стали лучше понимать необходимость лечения и начали регулярно принимать препараты и соблюдать рекомендации по диете и физическим нагрузкам.

Заключение. Приверженность — ключевая позиция, связывающая процесс и результат медицинского вмешательства. С целью реального улучшения прогноза больных нам следует существенно улучшить приверженность к терапии не только пациентов, но и врачей.

Жумамуратова Н.С. Значение доказательной медицины в лечении пациентов с хронической сердечной недостаточностью, в условиях первичного звена здравоохранения

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценить качество лечения пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), основанных на данных доказательной медицины в условиях первичного звена здравоохранения (ПЗЗ).

Методы исследования. В рамках учебной программы 10- месячного обучения врачей общей практики 2014–2015 года в 1 учебном центре ТМА, были проведены такие занятия, как доказательная медицина (ДМ), рациональное использование лекарственных средств (РИЛС) и цикл кардиология.

Обучались 97 курсантов из Сурхандарьинской, Жиззахской, Ташкентской областях и города Ташкента. До обучения курсантам провели тест на качество знаний назначения лечения ХСН, а также были проанализированы амбулаторные карты 216 пациентов с ХСН. При анализе учитывалось назначение немедикаментозного и медикаментозного лечения ХСН. У пациентов провели анкетирование для изучения приверженности к лечению. Далее проводилось занятие по доказательной медицине, РИЛС, а также был цикл кардиология, в котором были освещены медикаментозного и немедикаментозного лечения пациентов с ХСН. Через 6 месяцев курсантов протестировали и изучили амбулаторные карты пациентов с ХСН, и провели повторное анкетирование для изучения приверженности к лечению.

Результаты. Первоначальная оценка знаний врачей общей практики (ВОП) по лечению ХСН, показала низкий уровень использования базисных препаратов, эффективность и безопасность применения которых хорошо доказана (ингибиторы АПФ; β -адреноблокаторы; диуретики) и назначения немедикаментозного лечения (регулярные физические упражнения, нормализация массы тела, ограничение приёма соли, контроль выпитой и выделенной жидкости, контроль АД и пульс), что составило 35%.

После проведенного обучения ВОП, назначение базисных препаратов и немедикаментозного лечения увеличилось до 61%. При анализе по анкетированию пациентов с ХСН по приверженности к лечению показало увеличение с 27% до 48% следования рекомендациям врачей.

Заключение. ДМ и РИЛС в практике ВОП показали свое значение при ведении пациентов с ХСН на уровне ПЗЗ. На сегодняшний день у врача, принимающего решение о назначении того или иного препарата больному ХСН, есть все теоретические и клинические аргументы для использования современных схем терапии. Сочетание немедикаментозной и адекватной медикаментозной терапии с обучением как больных и их родственников, так и врачей, медицинских сестер позволило бы ускорить регресс явлений ХСН и стабилизировать ее течение.

Зотова О.В., Ревтович О.П., Денисевич., Курлянская Е.К.

Хроническая сердечная недостаточность: эпидемиологические аспекты в Республике Беларусь

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: определить распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) путем поперечного эпидемиологического исследования взрос-

лой популяции г. Минска с определением факторов риска и структуры заболеваний, приводящих к развитию ХСН.

Методы исследования. Для выявления распространенности и этиологической структуры сердечной недостаточности в г. Минске в 2012 г. было проведено эпидемиологическое одномоментное (поперечное) исследование случайной выборки неорганизованного взрослого населения (≤ 18 лет). Программа исследования состояла из 3-х этапов: 1-й – скрининг жителей г. Минска на наличие признаков ХСН с заполнением специально разработанной регистрационной формы. Оценка факторов риска и наличия сопутствующей патологии; 2-й – клинико-лабораторное обследование лиц, у которых выявлены признаки ХСН по результатам анкетирования, для подтверждения или не подтверждения диагноза ХСН; 3-й – повторное обследование пациентов с установленным диагнозом ХСН (по данным первого обследования) через 1 год. Проводили эхокардиографию, электрокардиографию, также лабораторные тесты, с определением натрийуретического гормона. Структура ХСН и ее распространенность представлены в виде интенсивных (PP – prevalence proportion) и экстенсивных показателей (относительная доля выраженная в %). Для оценки связи факторов риска с наличием ХСН был рассчитан относительный риск (ОР). Анализ полученных данных производился с помощью методов математико-статистической обработки с использованием встроенных математических функций ПЭВМ.

Результаты. Проанализированы данные анкетирования 3865 жителей г. Минска, признаки ХСН выявлены у 18,3% от общего числа. Лица с подозрением на наличие ХСН были отправлены на клинико-инструментальное и лабораторное обследование для верификации ХСН (у 71,9% лиц диагноз ХСН подтвердился). В результате распространенность данного заболевания в исследуемой популяции г. Минска на 01.12.2012 г. составила 13,2%. Причем превалирует клинически выраженная стадия заболевания (поражения) сердца по NYHA – ФК 2 (доля пациентов с данной стадией заболевания составила 61,6% среди лиц после первичного обследования). В обследованной популяции лиц с ХСН отмечаются более высокие значения PP таких факторов, как возраст старше 55 лет (ОР – 10,0 (4,07-24,65), $p < 0,001$), сердечно-сосудистая патология в анамнезе (ОР – 2,82 (1,63-4,20), $p < 0,001$) и наличие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у близких родственников (ОР – 2,13 (1,40-3,23), $p < 0,001$). Причем наличие кровных родственников с сердечно-сосудистой патологией повышает риск ХСН у лиц, имеющих ССЗ в анамнезе (ОР – 11,89 (5,84-24,16), $p < 0,001$). В этиологической структуре заболеваний, приводящих к развитию ХСН преобладает ИБС, удельный вес ее среди всех пациентов с ХСН составил 84,6%, на втором месте – АГ (71,9%).

Заключение. В анкетированной популяции г. Минска преобладают следующие факторы риска ХСН: возраст старше 55 лет (ОР – 10,0 (4,07-24,65), $p < 0,001$), сопутствующая сердечно-сосудистая патология (ОР – 2,82 (1,63-4,20), $p < 0,001$) и ССЗ у близких родственников (ОР – 2,13 (1,40-3,23), $p < 0,001$). Наличие заболеваний сердечно-сосудистой системы в семейном анамнезе повышает риск ХСН у лиц с имеющейся сердечно-сосудистой патологией (ОР – 11,89

(5,84-24,16), $p < 0,001$). В структуре ХСН превалирует ИБС (84,6%), причем наибольший удельный вес приходится на ИБС в сочетании АГ (65,5%). В общей структуре заболеваний у лиц с ХСН ИБС с сопутствующей с АГ составила 41,2%, ИБС в сочетании с АГ и СД – 24,3%, ИБС – 19,1%, АГ – 6,4%, кардиомиопатия и хроническая ревматическая болезнь сердца – 9,0%. Данные эпидемиологического исследования случайной выборки неорганизованного населения могут стать основой для целенаправленной ранней диагностики, своевременного динамического наблюдения и лечения ХСН на амбулаторно-поликлиническом уровне.

Ирназаров А.Х. Ферменты в лейкоцитах крови и эффективность применения каптоприла у больных с недостаточностью кровообращения

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Медикаментозное лечение недостаточности кровообращения основано на двух главных принципах: на повышение сократимости миокарда за счёт лекарственных препаратов, обладающих положительным инотропным действием (главным образом сердечных гликозидов) и на разгрузку сердца за счёт использования вазодилататоров, диуретиков и ингибиторов ангиотензинпревращающих ферментов (АПФ).

Цель исследования: изучение цитохимической активности цитохромоксидазы, пероксидазы и эффективность применения ингибитора АПФ каптоприла у больных с недостаточностью кровообращения.

Материалы и методы: в исследование были включены 35 больных постинфарктным кардиосклерозом осложненного недостаточностью кровообращения. У 21 больного был диагностирован III, у 14 больных — I-II функциональный класс (ФК) по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). Диагноз подтверждался анамнестически, электро- и эхокардиографически и тестом шестиминутной ходьбы. Все больные на момент включения в исследование не менее 3 месяцев получали стандартную терапию хронической сердечной недостаточности ишемического генеза, включавших аспирин 100 мг/сут, аторвастатин 20 мг/сут, бисопролол и лизиноприл (дозы зависели от гипотензивного и хронотропного ответа). Больные находились на амбулаторном лечении.

После первичного обследования всем больным дополнительно назначили каптоприл в дозе 12,5-25,0 мг/сут два раза, в зависимости от выраженности отеочного синдрома. В конце 3 месяца терапии повторно определялась цитохимическая активность ферментов. Помимо обычного клинико-лабораторного обследования проводились цитохимические исследования окислительно-восстановительных ферментов в лейкоцитах крови. Активность цитохромоксидазы (ЦХО) определяли по методу Роскина Г.Н., пероксидазе (ПО) по методу Gracham-Knoll. Цитохимический анализ ферментных показателей крови

проводили до лечения каптоприлом и после. Обработку данных осуществляли методом вариационной статистики по критерию Стьюдента.

Результаты. Исследования показали, что у всех больных отмечалось снижение активности ЦХО ($183,8 \pm 3,6$ ед) и ПО ($189,7 \pm 3,1$ ед) по отношению с нормой соответственно $198,2 \pm 4,1$ ед и $202 \pm 3,1$ ед. У большинства больных получавших каптоприл после лечения по мере исчезновения недостаточности кровообращения цитохимическая активность ЦХО ($194,1 \pm 2,3$ ед) и ПО ($198,2 \pm 4,1$ ед) нормализовалась. У этих больных ухудшились клинические данные заболевания (цианоз, одышка, отеки и др.), увеличилась толерантность к физическим нагрузкам.

Заключение. Полученные результаты показали, что применение ингибитора АПФ каптоприла в дозе 12,5-25,0 мг два раза в сутки в зависимости от выраженности недостаточности кровообращения, в дополнении к основной схеме лечения улучшает клиническое состояние больных, повышает физическую активность, нормализует показатели цитохимической активности окислительно-восстановительных ферментов - цитохромоксидазу и пероксидазу в лейкоцитах крови.

Мацкевич С.А., Барбук О.А., Бельская М.И., Серченя Т.С. Показатели дисфункции почек у пациентов с хронической сердечной недостаточностью

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Институт биоорганической химии НАН Беларуси, Минск, Республика Беларусь

Цель исследования: выявить и оценить показатели дисфункции почек при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 52 пациента (средний возраст $61,6 \pm 7,32$ года) с постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН ФК III (по NYHA). Пациенты с заболеваниями почек и/или эндокринной патологией в исследование не включались. Всем пациентам проводилось общеклиническое исследование. Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппарате Vivid-7 (GE, США-Бельгия). Биохимические исследования выполнены на анализаторе Olympus: уровень цистатина С определяли с использованием лабораторных наборов Randox (норма $0,57-1,05$ мг/л), концентрацию креатинина - с использованием наборов Vskman (норма $44,0-110,0$ мкмоль/л), содержание NT-proBNP - на иммуноферментном анализаторе mini Vidas (норма до 125 пг/мл). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по уровню креатинина (в мл/мин/ $1,73$ м²) определяли по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по уровню цистатина С - по формуле: $СКФ$ (мл/мин/ $1,73$ м²) = $-4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$. Для определения микроальбуминурии (МАУ в утренней порции мочи свыше 30 мг/л) использовался анализатор Olympus, уровня альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче - метод прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Статистический анализ прове-

ден с применением пакета программ STATISTICA 6.0, MS EXCEL XP. Результаты представлены в виде среднего арифметического и среднего квадратичного отклонения.

Результаты. Содержание NT-proBNP в среднем составило $377,2 \pm 28,2$ пг/мл, фракция выброса ЛЖ - $47,21 \pm 7,12\%$. Средние значения креатинина и цистатина С не превышали их нормальных значений: $98,9 \pm 12,19$ мкмоль/л и $0,96 \pm 0,14$ мг/л соответственно. Однако, повышенный уровень цистатина С (32,7% случаев) определялся в 1,5 раза ($p < 0,01$) чаще повышенного уровня креатинина (21,2% случаев). Средние значения СКФ по уровню креатинина и по уровню цистатина С ниже нормальных значений и составляют соответственно $80,3 \pm 11,7$ и $81,8 \pm 10,6$ мл/мин/1,73 м². Умеренное снижение СКФ (СКФ 30-59 мл/мин/1,73 м²), определяемой по уровню цистатина С, отмечалось у 9,6%, эти пациенты имеют поражение органов-мишеней при отсутствии клинической картины, легкое снижение (СКФ 60-89 мл/мин/1,73 м²) – у 57,7% пациентов. Таким образом, большинство пациентов с ХСН ФК III (67,3%) имели легкое или умеренное нарушение клубочковой фильтрации при отсутствии первичной почечной патологии. Повышенный уровень А1М в моче выявлен у 15,3% пациентов, МАУ - у 17,3% пациентов. Выявлена прямая корреляционная зависимость между МАУ и А1М ($r=0,50$, $p < 0,01$), между фракцией выброса левого желудочка и показателем СКФ, определяемой по уровню цистатина С ($r=0,51$, $p < 0,01$), а также отрицательная корреляционная взаимосвязь фракции выброса левого желудочка с уровнем цистатина С ($r=-0,51$, $p < 0,01$).

Заключение. Таким образом, у большинства пациентов с ХСН ФК III определяются признаки дисфункции почек при отсутствии первичной почечной патологии. Выявленные изменения свидетельствуют о взаимосвязи нарушения функции почек со снижением насосной функции сердца и, соответственно, со степенью выраженности ХСН. Очевидно, цистатин С, микроальбуминурию и альфа-1-микроглобулин можно рассматривать как ранние маркеры дисфункции почек при ХСН, а дисфункцию почек - как фактор прогрессирования ХСН.

Рахматуллаева Г.К. Влияние периндоприла и бисопролола на функциональное состояние печени у больных хронической сердечной недостаточностью

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить влияние терапии периндоприлом и бисопрололом на функцию печени у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 100 больных мужского пола с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения III-IV ФК, осложненной ХСН в возрасте от 45-72 лет. Средний возраст больных пациентов составил У 45 больных диагностирована ХСН III ФК, а у 55- IV ФК ХСН по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA). Боль-

ные были разделены на 2 группы: 45 больных составили 1-группу которым на фоне базисной терапии назначали ингибиторы –АПФ - периндоприл в дозе 5 мг в сутки и 55 больных (2-группа), которые на фоне аналогичной базисной терапии получали б-блокатор бисопролол в дозе 5 мг в сутки. Для оценки функционального состояния печени были проанализированы показатели содержания билирубина, АЛТ, АСТ, тимоловая пробы, щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидазы (ГГТП), холинэстеразы (ХЭ) до приема препаратов и через 6 месяцев после терапии. В эти же сроки всем больным проводили ультразвуковое исследование печени.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что базисная терапия (и-АПФ, б-блокаторы, антиагреганты) каждого пациента с ХСН включала не менее 3 групп препаратов. До начала исследования у всех больных ХСН не отмечено субъективных и объективных признаков поражения печени, однако через 6 месяцев после приема препаратов 8 пациентов (12,5%) предъявили жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, при этом у 15 больных (27,9%) отмечены увеличение размеров печени и признаки различных форм стеатогепатита, верифицированные при проведении ультразвукового исследования. На фоне базисной терапии отмечалось достоверное увеличение уровня общего билирубина $26,8 \pm 2,8$, показателей тимоловой пробы $6,5 \pm 0,6$, АЛТ $1,12 \pm 0,04$, АСТ $0,85 \pm 0,03$, щелочной фосфатазы $22,2 \pm 58,6$, ХЭ $12,3 \pm 7,5$ ($p < 0,05$). Таким образом, полученные в ходе исследования результаты, предположительно связаны с особенностями действия исследуемых препаратов на структуру печени и её функциональную активность.

Заключение. 6 месячная терапия как периндоприлом, так и бисопрололом оказывала негативное влияние функциональную активность печени, что, в свою очередь, может быть одной из причин недостаточной эффективности проводимого лечения больных с ХСН.

Решина И.В., Канхарей О.В., Сопко М.В., Сергеева Е.Е., Ягудина Р.Н. Случай дилатационной кардиомиопатии у братьев, длительное время работавших на производстве по переработке алюминия

Иркутская городская клиническая больница № 3, Иркутск, Россия.

Приводится клиническое наблюдение за двумя пациентами, проходившими стационарное лечение в кардиологическом отделении по поводу декомпенсированной сердечной недостаточности на фоне дилатационной кардиомиопатии. Оба пациента длительное время работали на Иркутском алюминиевом заводе. Дебют заболевания в возрасте 48 и 56 лет.

Больной У. 63 лет впервые поступил в кардиологическое отделение Иркутской городской клинической больницы № 3 12.10.2014 в экстренном порядке. Был доставлен бригадой скорой медицинской помощи после исключения острого коронарного синдрома с жалобами на боли в левой половине грудной

клетки, тяжесть и дискомфорт за грудиной, одышку при физической нагрузке, перебои в работе сердца.

Из анамнеза: считает себя больны с 2008 года, когда впервые появились жалобы на давящие боли в груди, был обследован в кардиологическом отделении по месту жительства, где впервые диагностирована фибрилляция предсердий (ФП) в сочетании с полной атриовентрикулярной (АВ) блокадой. По этому поводу пациенту имплантирован кардистимулятор в режиме VVI с базовой частотой 70 импульсов в минуту.

В течение длительного времени чувствовал себя хорошо, за медицинской помощью не обращался. В 2011 году в плановом порядке обследовался в региональном сосудистом центре, где проводилась коронарная ангиография, которая выявила правый тип коронарного кровотока, стеноз до 50 % до отхождения 1 диагональной ветви. Стенотических поражений огибающей и правой коронарной артерии не выявлено. Получал назначенную согласно выписке терапию: ацетилсалициловая кислота 75 мг, бисопролол 2,5 мг, эналаприл 2,5 мг 2 раза в день, статины, триметазидин.

С августа 2014 года отмечает ухудшение состояния, вновь стали беспокоить боли в груди, слабость, выросла одышка. В амбулаторных условиях проведено холтеровское мониторирование: регистрировался ритм ЭКС с частотой импульсов 66–82 в минуту. Одиночные полиморфные желудочковые 3505 в сут, короткие пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии с частотой 132–193 в мин. Ишемических изменений, значимых изменений интервала QT в течение суток не выявлено.

Объективный статус при поступлении (12.10.2014): общее состояние средней степени тяжести, положение активное, кожные покровы обычной окраски, в легких дыхание везикулярное, ослабленное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются, частота дыхательных движений 17 в мин, сатурация кислорода 96 %, сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений 82 в мин, выслушиваются экстрасистолы, систолический шум на верхушке, над мечевидным отростком, артериальное давление (АД) на обеих руках 110/70 мм рт. ст. Живот в размерах не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный, перкуторно границы печени не увеличены, при пальпации печень у края реберной дуги, селезенка пальпации не доступна, симптом поколачивания поясничной области отрицательный с обеих сторон, пастозность стоп, нижних третей голеней.

В общем анализе крови: гемоглобин 166 г/л, эритроциты $5,3 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $7,1 \cdot 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов 5 мм/ч. Биохимический анализ крови: билирубин общий 39,6 мкмоль/л, прямой 3,5 мкмоль/л, аланиновая трансаминаза 35,9 ед/л, глюкоза 5,3 ммоль/л, тропонин Т < 0,1 нг/мл, общий белок 77,2 г/л, общий холестерин 3,69 ммоль/л, креатинин 108,8 мкмоль/л, калий 4,5 ммоль/л, натрий 139 ммоль/л, скорость клубочковой фильтрации (MDRD) 63 мл/мин/1,73 м², микроальбуминурия 5,7 мг/сут, МНО: 1,7–1,8–2,4.

На флюорограмме (19.08.14): кардиомегалия, умеренный венозный застой в малом круге кровообращения. ЭКГ: искусственный водитель ритма с частотой 71 в мин, одиночная желудочковая экстрасистолия.

Эхокардиография (14.10.14): аорта 3,2 см, левое предсердие, 5,2*6,0 см, правое предсердие 4,2*5,8 см, правый желудочек 3,6 см, толщина задней стенки левого желудочка 1,1 см, толщина межжелудочковой перегородки 1,1 см, конечно-систолический размер 5,6 см, конечно-диастолический размер 6,6 см, ударный объем 70 мл, фракция выброса левого желудочка (по Тейхгольцу) 31%, индекс массы миокарда левого желудочка 164 г/м², гипокинез всех стенок левого желудочка, регургитация на митральном, трикуспидальном клапанах 2 степени.

По данным ультразвукового исследования брюшной полости (14.10.14): 4амень левой почки 0,4 см, нефроптоз 1 степени.

24.10.2014 в удовлетворительном состоянии пациент выписан из стационара с диагнозом: ИБС. Нестабильная стенокардия, низкий риск. Трепетание предсердий. АВ блокада 3 степени, постоянная кардиостимуляция VVI (2008). Хроническая сердечная недостаточность, 2А стадия, II ФК. Артериальная гипертензия, 3 стадия, риск 4.

При выписке рекомендовано: постоянное наблюдение у терапевта, кардиолога по месту жительства, консультация кардиохирурга, решение вопроса о проведении ресинхронизирующей терапии, контроль веса тела, АД и пульса ежедневно с ведением дневника, дозированные ежедневные физические нагрузки (ходьба 30-40 мин в день), ограничение поваренной соли до 3 г/сут, ограничение употребления жидкости до 1800 мл в сутки, ограничение продуктов, богатых животными жирами. Назначена терапия: аторвастатин 20 мг, варфарин 6,25 мг, бисопролол 2,5 мг, спиронолактон 75 мг, периндаприл 5 мг, торасемид 2,5 мг, Амиодарон 200 мг 2 раза в сутки, нитраты по потребности, при необходимости фуросемид.

07.11.2014 г. проведена коронарная ангиография повторно: значимой стенотической патологии не выявлено.

16.02.2015 в отделении нарушения ритма сердца и электрокардиостимуляции НИИ кардиологии Томска проведена первичная имплантация устройства CRT-D Lumax 340 HF-T.

Проведено холтеровское мониторирование (18.03.2015): в течение всего времени регистрировался ритм кардиостимулятора с частотой 59–79 в мин (днем средняя частота 73 в мин, ночью — 70 в мин), желудочковая экстрасистолия 816 днем, 600 ночью, неустойчивая полиморфная желудочковая тахикардия с частотой 108–133 в мин.

Проведено обследование функции щитовидной железы: тиреотропный гормон 19,9 мкМЕ/мл (норма 0,27-4,2 мкМЕ/мл), Тироксин свободный 8,2 пмоль/л (при норме 12,0-22,0 пмоль/л).

Учитывая выявление гипотиреоза в терапии отменен кордарон. В лечение оставлено: аторвастатин 10 мг, варфарин под контролем МНО, бисопролол 2,5 мг, спиронолактон 25 мг, рамиприл 1,25 мг, торасемид 2,5 мг.

Эхокардиография (28.07.2015): аорта 3,6 см, левое предсердие, 4,9*6,5 см, правое предсердие 4,5*6,3 см, правый желудочек 3,8 см, толщина задней стенки левого желудочка 1,0 см, толщина межжелудочковой перегородки 1,1 см, конечно-систолический размер 4,8 см, конечно-диастолический размер 6,3 см, фракция выброса левого желудочка 36%, листки перикарда не утолщены, в перикарде жидкость по правому контуру 4–5 мм.

За период наблюдения кардиовертер-дефибриллятор не срабатывал (не ощущал). Ухудшения состояния не отмечал. На фоне регулярного лечения АД держится стабильным 120-125/70-80 мм рт. ст. По данным эхокардиографии наблюдается улучшение сократительной способности миокарда, отрицательной динамики в отношении размеров полостей и легочной гипертензии не выявлено.

Второй пациент Р. 56 лет, родной брат пациента У., поступил в кардиологическое отделение в ноябре 2014 года с явлениями выраженной сердечной недостаточности III стадии с анасаркой. Жалобы при поступлении: на одышку при минимальном физическом усилии, чувство нехватки воздуха в горизонтальном положении, отеки нижних конечностей, гениталий, подкожной клетчатки до линии пупка. Работал на протяжении 34 лет на Иркутском алюминиевом заводе плавильщиком.

Из анамнеза: болеет 6 лет с 2008 года. В дебюте заболевания выявлена аритмия, но регулярного лечения не получал. В 2009 проведена коронарная ангиография: стенотических поражений коронарного русла не выявлено. В 2011 году стационарное лечение по месту жительства, где впервые установлен диагноз дилатационной кардиомиопатии, постоянной фибрилляции предсердий, желудочковой тахикардии. В августе 2012 года имплантирован однокамерный кардиостимулятор «Байкал». В октябре 2013 года замена ЭКС на кардиовертер-дефибриллятор Maximo II DR. С этого времени постоянная терапия: варфарин 2,5 мг, дигоксин ½ т., эплеренон 25 мг, торасемид 5 мг, метопролола сукцинат 12,5 мг, рамиприл 1,25 мг. Водно-солевой режим не соблюдается. Ухудшение состояния в течение 3 месяцев: выросла одышка, отеки. По данным ультразвукового исследования брюшной полости: застойная гепатомегалия, асцит. Эхокардиография: дилатация всех полостей: левое предсердие 5,3*6,3 см, правое предсердие 5,8*7,1 см, правый желудочек 4,4 см, конечно-диастолический размер левого желудочка 7,1 см, конечно-систолический размер левого желудочка 5,7 см, фракция выброса левого желудочка (по Тейхгольцу) 40 %, относительная недостаточность митрального, трикуспидального клапанов.

Объективный статус при поступлении (24.11.2014): состояние тяжелое, ортопноэ, акроцианоз верхней части тела, отеки до линии пупка, дыхание в легких везикулярное, значительно ослабленное в нижних отделах, больше справа, частота дыхания 30 в минуту, сатурация кислорода 88 %, тоны сердца глухие, ритмичные, частота пульса 90 в мин, АД на обеих руках 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, печень + 2 см.

Назначено лечение: фуросемид 120 мг в/в инфузоматом, дигоксин 25 мкг

в/в, диакарб 250 мг 3 раза в сутки, биспролола сукцинат 25 мг 2 раза в день, эплеренон 25 мг 2 раза в день, рамиприл 1,25 мг, варфарин 5 мг, кислородотерапия.

В общем анализе крови: гемоглобин 142 г/л, эритроциты $5,9 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,0 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты $181 \cdot 10^9$ /л, скорость оседания эритроцитов 4 мм/ч. Биохимический анализ крови (25.11.14): билирубин общий 88,9 мкмоль/л, прямой 29,7 мкмоль/л, аланиновая трансаминаза 34,4 ед/л, глюкоза 4,1 ммоль/л, общий белок 66,4 г/л, общий холестерин 3,0 ммоль/л, креатинин 130,3 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации (MDRD) 54 мл/мин/1,73 м², МНО при выписке 2,1.

На ЭКГ искусственный ритм кардиостимулятора с частотой 81 в мин. По данным ультразвукового исследования брюшной полости (28.11.14) косой вертикальный размер печени 8,2 см, печень неоднородная, симптом «талой льдинки», портальная вена 11 мм, в отлогих местах живота, по боковым каналам в поддиафрагмальном пространстве лоцируется свободная жидкость, в плевральной полости справа анэхогенное поле 12*19 см.

28.11.2014 зафиксирована резкая отрицательная динамика в состоянии пациента: заторможенность, нарастающие явления сердечной, дыхательной недостаточности, частота дыхания 36–38 в мин, ЧСС 90 в мин, АД 60/40 мм рт. ст, переведен в отделение интенсивной терапии и реанимации. На фоне введения кардиотонических средств (допамин инфузوماتом) стабилизация состояния. 29.11.2014 переведен для дальнейшего лечения и обследования в кардиологическое отделение. Продолжена активная диуретическая терапия. 05.12.2014 проведен торакоцентез, эвакуировано 1000 мл геморрагической жидкости. На контрольной рентгенографии: малый правосторонний гидроторакс.

В дневниковых записях в истории болезни лечащим врачом неоднократно зафиксировано нарушение пациентом водно-солевого режима. Вес тела за период госпитализации не уменьшился. Контрольное исследование 09.12.2014 показало вновь накопление жидкости в плевральной полости, по данным ультразвукового исследования анэхогенное поле 11,3*13,0 см. 10.12.2014 пациент выписан под наблюдение участкового врача с диагнозом: Дилатационная кардиомиопатия. Постоянная фибрилляция предсердий, EHRA III класс. ХСН III ст., IV ФК. Имплантированный кардиовертер-дефибрилятор Maximo II DR (10.2013).

При выписке рекомендовано: жесткое соблюдение водно-солевого режима, отказ от употребления соли, ограничение употребления жидкости до 1200 мл в сутки. Консультация кардиохирурга федерального центра лечения тяжелой сердечной недостаточности. Постоянный прием препаратов: варфарин под контролем МНО, метопролола сукцинат 12,5 мг, рамиприл 1,25 мг, дигоксин 25 мкг, эплеренон 50 мг, торасемид 40–50 мг, каждые 2 недели 3-х дневные курсы ингибиторов карбоангидразы (диакарб) 250 мг 3 раза в день.

В дальнейшем было установлено, что в феврале 2015 года наступила смерть.

Обсуждение. По последней классификации кардиомиопатии подразделяются на 2 большие группы: первичные, проявления которых ограничиваются

только поражением миокарда, и вторичные, представляющие собой поражение сердца при генерализованных мультиорганных заболеваниях. Дилатационная кардиомиопатия относится к смешанным кардиомиопатиям, и может быть следствием широкого спектра различных причин, в том числе токсических, к которым относится воздействие алюминия .

В 20–35 % случаев дилатационная кардиомиопатия относится к идиопатической. Ее развитие связывают с более чем 20 локусами и генами, то есть генетически гетерогенна. Обычно аутосомно-доминантная, но встречаются X- сцепленные аутосомно-рецессивные и митохондриальные формы.

По данным современных исследований получены данные, указывающие на тропность фторидов к органам из неминерализованных тканей, и тем самым расширяются представления о висцеропатогенности хронической фтористой интоксикации. Установлено, что у лиц с хронической фтористой интоксикацией развивается ранняя возрастная диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка, нарушение функции возбудимости и проводимости, которые являются следствием, как морфологических изменений в миокарде, так и прямого токсического влияния фторидов на кардиомиоциты.

Гистологические исследования миокарда у лиц с хронической фтористой интоксикацией обнаружило признаки избыточного образования соединительной ткани, нарушение обмена гликопротеидов с накоплением кислых его фракций и дегенеративные изменения в кардиомиоцитах в виде накопления липофусцина. Экспериментальные исследования доказывают возможность развития дистрофических и склеротических изменений в миокарде, изменений электрических и механических свойств сердца, приводящих к проаритмогенным влияниям при хронической фтористой интоксикации .

Выводы. Своевременное комплексное лечение сердечной недостаточности, соблюдение водно-солевого режима, имплантация кардиовертера-дефибриллятора улучшают прогноз пациентов с дилатационной кардиомиопатией, сдерживают прогрессирование сердечной недостаточности, улучшают насосную функцию сердца.

Шоалимова З.М. Дисфункция эндотелия и ремоделирование левого желудочка при хронической сердечной недостаточности и их коррекция карведилолом

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Современные принципы терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) требуют новых подходов, воздействующих на процессы ремоделирования сердечно-сосудистой системы, и обязательной комбинации лекарственных средств с различной фармакодинамикой, учитывая сложный и многокомплексный генез заболевания (Беленков Ю.Н. и соавт., 2003). Увеличение периферической резистентности при ХСН может только частично объясняться активацией катехоламинэргической и ренин-ангиотензиновой прессорной систем (Ferrari R.,

Ceconi C., Curello S. et al, 1998). Снижение адаптации к нагрузке - это периферический патофизиологический феномен, в котором ключевую роль играет оксид азота (NO) (COPERNICUS). ХСН характеризуется снижением насосной функции сердца с различными эффектами на приток и отток из пораженного левого желудочка. Уменьшение сердечного выброса - причина снижения АД, с тенденцией к сокращению внутреннего радиуса сосудов, так как замыкается кривая давление/объем. Однако, вопреки возможному снижению кровотока, уменьшению размера сосудов, сохраняется тенденция в поддержании константы давления растяжения и в этом главенствующая роль принадлежит эндотелию, секретирующему NO (Сумин А.Н. и соавт., 2004).

Эндотелий является источником большого количества биологически активных веществ, которые играют важную роль в регуляции сосудистого тонуса и сердечной деятельности (Сумин А.Н. и соавт., 2004; Cooke J.P., 1998). Наиболее важным из них является NO - свободный радикал, образующийся в эндотелии из L-аргинина под действием кальций/кальмодулин-зависимой изоформы фермента NO-синтазы (Cooke J.P., 1998) Активируя гуанилат-циклазу, NO увеличивает образование ц-ГМФ в гладкомышечных клетках, тромбоцитах, что обуславливает расслабление сосудов, ингибирует пролиферацию гладкомышечных клеток и тормозит активность тромбоцитов и макрофагов. Снижение синтеза NO эндотелиальными клетками сосудов является одним из патофизиологических базисов развития ХСН (Cooke J.P., 1998). Полагают, что прогрессирование ХСН может быть результатом резкого снижения выработки NO, причем дефицит NO прямо пропорционален степени тяжести ХСН (чем выше функциональный класс, тем выраженнее эндотелиальная дисфункция, связанная с дефицитом оксида азота) (Воронков Л.Г., 1995). В связи с выше изложенным, целью настоящего исследования явилось изучение влияния карведилола на процессы ремоделирование и эндотелиальную дисфункцию у больных ХСН.

Материалы и методы. Группу наблюдения составили 46 больных мужчин с ХСН II–III ФК по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (NYHA) в возрасте до 60 лет. В исследование включались больные с давностью перенесенного инфаркта миокарда от 6 мес. до 5 лет., получающие на фоне базисной терапии (иАПФ, спиронолактон, нитраты, аспирин), неселективный бета-адреноблокатор с альфа-блокирующим эффектом карведилол (Дилатренд фирмы Roche) в дозе 3,125 мг/сут с увеличением дозы с недельным интервалом до 12,5 и/или 50 мг/сут при хорошей переносимости. Эхокардиографическое исследование проводили с помощью ультразвукового аппарата Acuson 128 XP/10 (США) с рекомендациями Американской Ассоциации Эхокардиографии [8]. Для оценки эндотелиальной дисфункции проводили доплерографию плечевой артерии на аппарате Kranzbuhler Logidor 4 (ФРГ). Исследование проводили до назначения препарата, через 3 и 6 мес наблюдения.

Результаты исследования. Через 1 месяц наблюдения статистически достоверные изменения касались лишь показателей АД и ЧСС: через 12 недель общее снижение систолического давления составило 17,1 % и диастолического - 15,3%. карведилол урежал ЧСС в среднем на 14,6 удара/мин. Весь дальнейший

период наблюдения эти показатели сохранялись приблизительно на одинаковом уровне.

Изменения КСО, КДО и ФВ имели тенденцию к улучшению, наиболее выраженную к 6 месяцу лечения. Так, КСО снизился на 22,4%, КДО - на 13,5% и ФВ увеличилась на 33,8% (рис.).

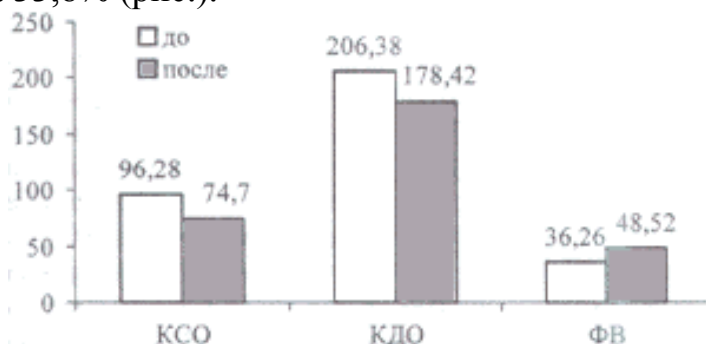


Рис. Динамика КСО, КДО, ФВ левого желудочка в процессе терапии карведилолом

При применении карведилола наблюдалось положительное влияние на параметры ремоделирования левого желудочка (ЛЖ). Индексы диастолической и систолической сферичности ЛЖ снижались на 9,6 и 12,2%, соответственно, что свидетельствует об уменьшении степени эксцентрической гипертрофии.

Анализ данных доплерографии показал, что у всех больных с ХСН кровотока в плечевой артерии был исходно снижен, составляя V_{max} $0,34 \pm 0,11$ и V $0,30 \pm 0,08$ м/с, в контрольной группе - соответственно, $0,74 \pm 0,16$ и $0,57 \pm 0,11$ м/с. Индекс Пурсела в контрольной группе был $0,65 \pm 0,12$, в группе наблюдения - $0,96 \pm 0,11$ (табл. 1). Через 6 месяцев наблюдения величина максимального и среднего кровотока в плечевой артерии составила $0,62 \pm 0,08$ м/с и $0,56 \pm 0,10$ м/с, соответственно ($p < 0,05$). Индекс сосудистой резистентности снизился в 1,4 раза ($p < 0,05$) при снижении общего периферического сопротивления сосудов на 21,7%.

Обращает на себя внимание зависимость кровотока в плечевой артерии от дозы карведилола: при дозе 12,5 мг максимальный кровоток увеличился на 78,1%, при дозе 25-50 мг - на 85,7%; средний кровоток, соответственно, увеличился на 79,3% и 87,1%. Индекс Пурсела снизился на 25,8% и 30,5% при дозе карведилола 12,5 и 25-50 мг/сут (табл.). После 4 недель терапии карведилолом был продемонстрирован сопоставимый гемодинамический эффект препарата на САД и ЧСС, которые снизились на 16,3% и 22,7%, соответственно. Однако, при применении карведилола в дозе 6,25 наблюдалось незначительное изменение кровотока в плечевой артерии. Некоторые изменения коснулись лишь индекса сосудистой резистентности: через 3 месяцев лечения он снизился на 5,7% и через 6 месяцев - на 10,2%, при этом общее сосудистое сопротивление вначале терапии повышалось на 10,6%, а далее возвращалось к исходному уровню. В совокупности эти данные указывают на то, что карведилол влияет на гемодинамические показатели, как все классические неселективные бета адреноблокаторы, для которых характерно отрицательное инотропное действие, снижение работы

левого желудочка и умеренное повышение периферического сосудистого сопротивления. Некоторое снижение индекса Пурсела под влиянием карведилола можно объяснить уменьшением силы кинетического стресса на сосудистую стенку. Четыре гемодинамических параметра определяют гемодинамический стресс: кровяное давление, скорость тока крови, ЧСС и размер сосуда. Под влиянием карведилола снижается САД, ЧСС и скорость тока крови.

Таблица

Показатели кровотока в плечевой артерии на фоне терапии карведилолом

Показатель	исходно	через 3 месяцев	через 6 месяцев
В целом по группе (46 больных)			
V _{max} , м/с	0,34±0,08	0,57±0,09	0,62±0,08*
V, м/с	0,30±0,08	0,44±0,11	0,56±0,10*
Ri	0,96±0,11	0,79±0,09	0,70±0,09*
Доза карведилола 12,5 мг (24 больных)			
V _{max} , м/с	0,32±0,09	0,54±0,08	0,57±0,08*
V, м/с	0,29±0,09	0,42±0,10	0,52±0,08*
Ri	0,97±0,09	0,83±0,09	0,72±0,08*
Доза карведилола 25-50 мг (22 больных)			
V _{max} , м/с	0,35±0,10	0,61±0,11	0,65±0,09*
V, м/с	0,31±0,11	0,47±0,09	0,58±0,08*
Ri	0,95±0	0,98±0,08	1,02±0,07

Заключение. Таким образом, терапия карведилолом способствует уменьшению размеров ЛЖ, повышению сократительной способности, приводя к регрессу патологического ремоделирования ЛЖ у больных с ХСН. Установлено достоверное увеличение эндотелий зависимую вазодилатацию у пациентов получавших терапию карведилолом. Наиболее ярко эти эффекты выражены при применении препарата в суточной дозе 25-50 мг. Следовательно, включение карведилола в комплексную терапию ХСН решает проблемы и эндотелиальной протекции.

НЕОТЛОЖНАЯ КАРДИОЛОГИЯ

Аминов А.А., Нагаева Г.А., Мун О.Р., Мамутов Р.Ш. Некоторые характеристики больных по обращаемости за скорой медицинской помощью в одном из районов г. Ташкента (фрагмент исследования РОКСИМ-Уз)

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучение структуры заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) по данным обращаемости в скорую помощь (СМП) за период с 01.01.15 по 30.06.15 (исследование РОКСИМ-Уз).

Материал и методы. За период исследования зарегистрировано и проанализировано 16800 сигнальных листов СМП, из них было отобрано 386 случаев с кардиологической патологией, характерной для включения в регистр острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ). В исследование включались лица от 18 до 70 лет. Анализ проводился на основании, описываемых в сигнальных листах жалоб, проведенных лечебных мероприятиях и имеющихся ЭКГ.

Результаты. средний возраст включенных в исследование лиц составил $57,4 \pm 8,7$ лет, из которых 207 (53,6%) были лица мужского пола со средним возрастом $56,9 \pm 9,1$ лет; 179 (46,4%) – были женщины со средним возрастом $58,0 \pm 8,2$ лет.

Установлено, что из 386 лиц острые случаи ИБС составили: 19 (4,9%) – острый инфаркт миокарда (ОИМ); 21 (5,4%) – острый коронарный синдром (ОКС); 53 (13,7%) – прогрессирующая стенокардия; 73 (18,9%) – нестабильная стенокардия напряжения; 12 (3,2%) – впервые возникшая стенокардия; в 53 (13,7%) случаях была зафиксирована смерть до прибытия сотрудников СМП; у 56 (14,5%) респондентов обострение ИБС регистрировалась в виде различных форм нарушений ритма сердца. В 56 (14,5%) случаях вызов СМП был обусловлен стабильной стенокардией напряжения и в 43 (11,2%) случаях – другими сердечно-сосудистыми причинами.

Выводы. Структура кардиологической патологии по обращаемости за скорой помощью в 10,3% были обусловлены ОКС/ОИМ; явления нестабильной стенокардии составили – 35,7% и смерть до прибытия сотрудников СМП зарегистрирована в 13,7%, что требует высокой кардиологической настороженности при оказании помощи на догоспитальном этапе.

Канхарей О.В., Решина И.В., Сопко М.В., Сергеева Е.Е., Ягудина Р.Н. Клинический случай рецидивирующей тромбоземболии у пациента с меланомой кожи

Иркутская городская клиническая больница № 3, Иркутск, Россия

Частым осложнением у пациентов с опухолевидными заболеваниями является венозная тромбоземболия, которая в себя включает глубокий тромбоз вен и тромбоземболию легочной артерии. Венозная тромбоземболия независимый фактор прогноза у пациентов с опухолевыми заболеваниями, которая повышает вероятность смерти у данных пациентов. Предупреждение развития венозной тромбоземболии — один из важных шагов для увеличения выживаемости у пациентов с раком. Тромбоземболические осложнения могут развиваться под воздействием гормональных препаратов, применяемых в онкологии, таких как эстрогены, синтетические прогестины, тамоксифен и ингибиторы ароматазы. Применение препаратов с молекулярно-направленным (таргетным) механизмом действия считается одним из наиболее перспективных направлений современной лекарственной терапии злокачественных опухолей, что позволило значительно увеличить как выживаемость без прогрессирования, так и общую выживаемость пациентов. Однако к настоящему времени появилось много сообщений об увеличении тромбоземболических осложнений при использовании таргетных препаратов, в частности сунитиниб и сорафениб существенно повышают риск развития артериальных тромбоземболических осложнений, а бевацизумаб повышает риск венозных тромбоземболических осложнений.

Пациент М, 42 лет, поступил в кардиологическое отделение Иркутскую городскую клиническую больницу №3 11 сентября 2014 года с жалобами на выраженную одышку при малейшем физическом усилии: ходьбе менее 10 м, разговор, повороте в постели, резкую слабость, головокружение, приступы сжимающих, тянущих болей слева от грудины, иррадиирующие в спину, шею, правое надплечье, кашель с прожилками крови, ломоту в кистях.

Из анамнеза болезни выяснено, что ранее заболеваний сердца не имел. В феврале 2013 года диагностирована меланома кожи лопаточной области слева, по поводу которой было проведено хирургическое удаление опухоли и регионарных подмышечных лимфоузлов слева. Был диагностирован флеботромбоз подмышечной вены, в связи с чем получал прадаксу 150 мг 2 раза в день. В ноябре 2013 года были обнаружены метастазы в печень и тело Th₅ позвонка.

С декабря 2013 года получал химиотерапию аналогом сунитиниба в клинике Южной Кореи. В августе 2014 года перенес правостороннюю внебольничную пневмонию, лечился амбулаторно амоксиклавом и левофлоксацином. По данным мультиспиральной компьютерной томографии от 18.08.14: нижнедолевая сегментарная пневмония. 9 сентября 2014 года после очередного курса терапии и обследования в Корее появилась сильная одышка, сердцебиение, слабость, кашель с прожилками крови. Со слов пациента, по электрокардиографии (ЭКГ) и эхокардиографии, в анализах крови патологии не выявлено и пациент в

тот же день улетел в Иркутск. Во время перелета отмечал приступы боли за грудиной, иррадиирующие в спину, левое плечо, сохранялась одышка и сердцебиение (связывал с побочным эффектом химиотерапии). 11 сентября 2014 года в связи с сохраняющимся плохим самочувствием вызвана скорая помощь и пациент был доставлен в Иркутскую городскую клиническую больницу №3.

Объективно при поступлении: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, повышенной влажности, лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации; одышка с частотой дыхания 22 в мин; сатурация кислорода 70 %; дыхание везикулярное, справа в задненижних отделах ослабленное, хрипов нет; границы сердца в норме; тоны ритмичные, приглушены, учащены до 136 в мин, АД 100/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена, периферических отеков нет.

В общем анализе крови: эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 147 г/л, лейкоциты $11,1 \cdot 10^9/л$, скорость оседания эритроцитов 15 мм/ч. Биохимический анализ крови: сахар 6,9 ммоль/л, креатинин 100,6 мкмоль/л, СКФ (по MDRD) 76 мл/мин/1,73м², общий холестерин 3,5 ммоль/л, тропонин Т 0,019 нг/мл, растворимый фибрин-мономерный комплекс 14 мг%, Д-димер 2,2 пг/мл. В общем анализе мочи: белок 0,13 г/л, лейкоциты 15–17 в поле зрения, эпителий — значительное количество. Мокрота белая с прожилками крови, слизистая, вязкая, умеренное количество лейкоцитов 19–41 в поле зрения, эритроцитов 3–8 в поле зрения.

Рентгенография грудной клетки от 11.09.14: очагово-инфильтративных теней не определяется. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 125–130 ударов в мин, признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса, снижение общего вольтажа QRS, выраженные нарушения процессов реполяризации в нижней, передней-перегородочной стенке, верхушке левого желудочка по типу очаговых.

По эхокардиографии: признаки начальной легочной гипертензии (расчетное давление в правом желудочке 35 мм рт. ст.), зон диссенергии нет, диастолическая дисфункция левого желудочка. По данным ультразвукового исследования брюшной полости: метастазы печени (3 см), нижняя полая вена коллабируется. Ультразвуковая доплерография артерий и вен нижних конечностей без патологии. Ультразвуковая доплерография вен верхних конечностей: флеботромбоз левой подключичной вены, патологии артерий верхних конечностей и нарушений кровотока по ним не выявлено.

Учитывая анамнез, клиническую картину, данные лабораторно-инструментального обследования, выставлен диагноз: Рецидивирующая тромбоземболия ветвей легочной артерии. Дыхательная недостаточность II степени.

Проводилась лечение: инфузия гепарина со скоростью 1000 Ед/ч в течение 2 суток, с последующим переходом на ривароксабан 15 мг 2 р/д, кораксан 47,5 мг 2 р/д, оксигенотерапия, антибиотикотерапия амоксиклавом 0.875 г в/в 2 р/д. На фоне лечения динамика положительная: одышка, сердцебиение уменьшились, кровохарканье исчезло, боли за грудиной не беспокоят. Наблюдалась положительная динамика лабораторных показателей: нормализовались лейкоциты в анализе крови (до $6,6 \cdot 10^9/л$), растворимый фибрин-мономерный комплекс

снизилось до 6 мг%, Д-димер до 0,17 пг/мл. По ЭКГ ритм синусовый с частотой 59 в мин, сохраняются отрицательные зубца Т в отведениях III, V1–4.

При выписке рекомендовано продолжить терапию ривароксабаном 15 мг 2 раза в день до 3 недель с последующим переходом на поддерживающую дозу 20 мг в сут, длительно.

9 января 2015 года пациент М. вновь был госпитализирован в кардиологическое отделение Иркутской городской клинической больницы №3. Ухудшение состояния отметил со 2 января 2015 года: резко выросла одышка, появилось массивное кровохарканье, повысилась температура тела до 37,2°C, тяжесть в правом подреберье, общая слабость. Из объективных данных: одышка с частотой дыхания 18 в мин, сатурация кислорода 87%, тоны сердца учащены до 88 в мин, АД 100/70 мм рт. ст., печень выходит из-под реберной дуги на 2 см, болезненная, периферических отеков нет.

В лабораторных показателях: лейкоцитов $7,6 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин 141 г/л, скорость оседания эритроцитов 39 мм/ч, растворимый фибрин-мономерный комплекс 28 мг%, Д-димер 1,93 пг/мл, сахар крови 5,4 ммоль/л., креатинин 160 мкмоль/л, СКФ 45 мл/мин/1,73 м² (по СКД-ЕРІ). Мокрота коричневая с прожилками крови, слизистая, вязкая, с большим количеством лейкоцитов, эритроцитов 10–12 в поле зрения, атипичных клеток не обнаружено.

На ЭКГ: синусовая тахикардия с частотой 86 в мин, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, признаки повышенной нагрузки на правый желудочек. Ультразвуковое исследование брюшной полости: гепатомегалия (косой вертикальный размер печени 175 мм), метастазы правой доли печени.

Мультиспиральная компьютерная томографическая ангиография от 09.01.2015: дефект наполнения правой легочной артерии, непрерывно прослеживающийся в нижнедолевой ветви, картина тромбоза правой легочной артерии, нижнедолевой ветви. Признаки метастаза печени (40*37 мм), метастаза тела Th₅, правосторонней нижнедолевой инфаркт-пневмонии, правосторонний гидроторакс. Ультразвуковое исследование вен верхних конечностей в триплексном режиме: «старый» тромбоз подмышечной вены слева, фаза полной реканализации. Патологии вен нижних конечностей не выявлено. По эхокардиографии: диастолическая дисфункция левого желудочка.

Проведено лечение: инфузия гепарина со скоростью 1000 Ед/ч в течение 2 суток, ривароксабан 15 мг 2 р/д, караксан 7,5 мг 2 р/д, оксигенотерапия, цефтриаксон 2,0 г в/в 1 р/д, левофлоксацин 0,5 г 1 р/д, амброксол внутрь. Был оценен риск венозных тромбозов: 11% по шкале Padua (6 баллов), что указывает на необходимость антикоагулянтной терапии, риск рецидива ТЭ за 6 мес составил 13%. Был рекомендован варфарин, от приема которого пациент отказался из-за невозможности контроля МНО. При выписке с целью профилактики ТЭ был рекомендован эноксапарин 0,4 п/к ежедневно.

В настоящий момент пациент продолжает специфическое лечение на фоне профилактической дозы низкомолекулярного гепарина. Таким образом, описанный случай демонстрирует развитие венозной тромбоза у пациента с меланомой кожи на фоне лечения таргетными препаратами и необходимости

профилактики тромбообразования для повышения эффективности лечения в целом. Венозная тромбоэмболия является одним из тяжелых осложнений у пациентов с онкопатологией, что определяет течение заболевания, требует динамического наблюдения за показателями гемодинамики и своевременного назначения средств профилактики тромбообразования. Предупреждение развития венозной тромбоэмболии является одним из важных шагов для увеличения выживаемости пациентов с раком. Для практической деятельности и оценки риска тромбоэмболий при раке рекомендуется пользоваться шкалой Khorana, оценкой риска венозных тромбоэмболий по шкале Padua, для прогноза тромбоэмболии легочной артерии помогает расчет индекса PESI и оценка рецидива тромбоэмболии по шкале Ottawa.

Мун О.Р., Аминов А.А., Нагаева Г.А., Мамутов Р.Ш. Время суток и смертность от сердечно-сосудистой патологии по данным скорой медицинской помощи в одном из районов г. Ташкента (фрагмент исследования РОКСИМ-Уз)

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить взаимосвязь между суточным циркадным ритмом и смертельными случаями от острого коронарного синдрома и острого инфаркта миокарда (ОКС/ОИМ) по данным скорой медицинской помощи (СМП) в одном из районов г. Ташкента.

Материал и методы. Ретроспективно за период 01.01.15-30.06.15г. было проанализированы все обращения населения за скорой помощью (16800 сигнальных листов) на станции СМП в экспериментальном районе г.Ташкента. 1621 (9,6%) случаев были связаны с сердечной патологией, из которых для дальнейшего анализа было отобрано 386 (23,8%) с подозрением на ОКС/ОИМ. В исследование были включены лица от 18 до 70 лет. Проводились: расшифровка имеющихся ЭКГ, оценка жалоб и анамнестических данных из сигнальных листов СМП. Диагноз ОКС/ОИМ выставлялся согласно определению ВНОК (2009).

Результаты. Из включенных в исследование 386 случаев обращений в службу «03» в 45 (12,7%) – была диагностирована смерть до прибытия сотрудников СМП. Из 45 зарегистрированных случаев смерти – 32 были мужчины (71,1%) и 13 – женщины (28,9%). Средний возраст всех умерших составил $58,98 \pm 7,33$ (от 41 до 70) лет, при этом средний возраст мужчин – $58,6 \pm 7,4$ лет; женщин – $59,6 \pm 7,3$ лет.

Анализ смертельных случаев в зависимости от циркадности ритма установил, что пик летальности приходился на 11 часов дня (13,3%) и 21 часов вечера (11,1%), в то время как наибольшее количество вызовов отмечается в 13 часов (55,6%). В процентном соотношении эти данные составили: из 22 вызовов в 11 часов дня – в 27,3% и из 21 вызова в 21 час вечера – в 23,8% случаях была диагностирована смерть до прибытия медиков. От общего числа умерших (45 случаев) на указанные промежутки времени приходится всего 24,4%, т.е. почти

¼ часть всех смертельных случаев.

Выводы. По показателям циркадности суточного ритма наиболее угрожаемыми в плане смертельных исходов являются 11 часов дня и 21 час вечера, а со стороны прогрессирования явлений ИБС – 13 часов дня, что целесообразно учитывать при проведении индивидуальной профилактики кардиологических больных.

КОМОРБИДНОСТЬ

Юлдашева Х.Ю. Каримова М.Г. Зубайдуллаева М.Т. Особенности изменения вариабельности сердечного ритма у больных гипертонической болезнью и в сочетании с ишемической болезнью сердца

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Артериальная гипертензия (АГ), признанная важнейшим элементом сердечно-сосудистого континуума, является результатом поражения не только регулируемых структур (сердце, сосуды), но и регуляторных систем, одной из которых является вегетативная нервная система (ВНС).

Цель исследования: изучение параметров показателей вариабельности сердечного ритма у больных с гипертонической болезнью и у больных с ГБ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы исследования. Было обследовано 60 пациентов: 1 группа - 25 больных с изолированной ГБ (средний возраст $58,7 \pm 8$ лет, 12 мужчин и 13 женщин) и 2-группа - 35 пациента с ГБ в сочетании с ИБС (средний возраст $60,5 \pm 10,5$ лет, 17 женщин и 18 мужчин).

Методы исследования включали оценку общепринятых клинико-инструментальных и лабораторных параметров. При оценке показателей ВРС опирались на рекомендации Европейского общества кардиологов и Североамериканского общества кардиостимуляции и электрофизиологии, где описаны стандарты измерения, физиологическая интерпретация и клиническое использование ВРС. Временные характеристики – SDNN для оценки общей вариабельности ритма, SDANN – низкочастотный компонент вариабельности, rMSSD и pNN50 – количественные маркеры высокочастотных компонентов для оценки вагусной активности. Спектральный анализ проводился по диапазонам очень низких (VLF – характеризует гуморальные влияния, активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы), низких (LF-характеризует симпатические влияния) и высоких (HF-характеризует парасимпатические влияния). Результаты исследования обрабатывались статистическими методами с помощью пакета программного обеспечения Excel 2000.

Результаты. При анализе спектральных показателей ВРС выявлены следующие особенности: В 1 группе симпатическое влияние ВНС сопровождалось повышением регуляции волн LF- $7,2 \pm 0,8$ и уменьшением HF волн - $3,8 \pm 0,9$.

Во 2 группе было отмечено значительное увеличение показателей волн VLF - $9.3 \pm 0,5$, влияния надсегментарных (в первую очередь гипоталамических) структур и отражает, по мнению большинства исследователей, состояние нейрогуморального и метаболического уровней регуляции. Выявлено также снижение волн LF- $3,9 \pm 0,9$ и HF – $4,1 \pm 0,9$., что доказывает снижение активности симпатической и парасимпатической регуляции.

Выводы. Таким образом при ГБ без ишемической болезни сердца значимым является нарушение вегетативной нервной регуляции, а при присоединении ИБС начинает превалировать влияние нейрогуморальной и метаболической регуляции сердечной деятельности при снижении значения симпатической и парасимпатической регуляторной активности.

Эшниязова У.Н. Изучение частоты встречаемости сердечно-сосудистой патологии у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – единственная среди основных причин заболеваемости и смертности патология, распространенность и летальность при которой продолжают возрастать. ХОБЛ часто сопровождают сопутствующие заболевания, которые могут существенно ухудшить прогноз. Некоторые заболевания развиваются независимо от ХОБЛ, другие имеют причинную связь с ХОБЛ. Сердечно-сосудистая патология является основной патологией, которая сопутствует ХОБЛ. Ограничение скорости воздушного потока и особенно гиперинфляция оказывают отрицательное влияние на работу сердца и газообмен. Циркулирующие в крови воспалительные медиаторы могут провоцировать или усугублять течение сопутствующих заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца (ИБС), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), артериальная гипертензия (АГ), диабет.

Цель. Изучить распространенность сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и провести анализ электрокардиографических изменений у больных с ХОБЛ.

Материалы методы. Был проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов с ХОБЛ различных степеней тяжести получивших лечение в отделении пульмонологии 2-й клиники Ташкентской медицинской академии за истекший 2014 год. В исследование были включены больные с ХОБЛ I-II-III-IV стадии ($n=204$; 112 мужчин 92 женщин; средний возраст $52,4 \pm 8,6$ года: от 36 до 74 лет). ХОБЛ диагностировалась согласно Глобальной стратегии диагностики, лечения, профилактики ХОБЛ (GOLD, 2011): диагностика, лечение и профилактика ХОБЛ.

Среди 204 больных с ХОБЛ у 130 (63,7%) были выявлены ССЗ, причем у женщин частота ССЗ составила 63%, у мужчин 64,3%. Из них больных с сопут-

ствующей АГ оказалось 119 (58,3%): у мужчин 61 (54,5%) и у женщин 58 (63%). Большинство пациентов (87%) страдали АГ II степени.

Стабильная стенокардия напряжения (ССН) разных функциональных классов была диагностирована у 52 (25,5%) больных, причем среди женщин ССН встречалась в 19,6% случаев, а среди мужчин в 30,6% случаев. ХСН была выявлена у 42 (20,6%) больных с ХОБЛ: у женщин 22,8%, у мужчин 18,7%.

Электрокардиограммы (ЭКГ) записывали со скоростью 50 мм/с в 12 общепринятых отведениях с калибровочной волной 10 мм. Исследование ЭКГ проводилось независимым врачом функциональной диагностики, аттестованным ежегодно.

По данным ЭКГ у 204 пациентов с ХОБЛ были выявлены следующие изменения: гипертрофия и перегрузка правого предсердия у 26 (12,7%) больных; гипертрофия левого желудочка - у 101 (49,5%); гипертрофия обоих желудочков – у 21 (10,3%); блокады правой ножки пучка Гиса – у 18 (8,8%); блокады левой ножки пучка Гиса и ее ветвей у 5 (2,5%); синусовая тахикардия у 28 - (13,7%); синусовая брадикардия у - 3 (1,5%); мерцательная аритмия (МА) у - 26 (12,7%); экстрасистолия у - 19 (9,3%); атриовентрикулярная блокада I степени – менее 1%; метаболические изменения в миокарде желудочков – 83 (40,6%); гипоксия миокарда – 6%; рубцовые изменения – у 15 (7,3%) больных.

Заключение. ИБС и АГ встречается у пациентов с ХОБЛ чаще, чем в общей популяции. Отчасти это связано с неблагоприятным профилем риска развития ИБС и АГ у пациентов с ХОБЛ. Сердечная недостаточность – распространенное заболевание и примерно у 30% пациентов со стабильным течением ХОБЛ можно ожидать наличия ХСН той или иной степени выраженности. Мерцательная аритмия является самым распространенным видом нарушения ритма сердца, а у пациентов с ХОБЛ МА встречается чаще, чем в общей популяции.

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

Бабаджанова Н.Э., Юлдашева Х.Ю., Зубайдуллаева М.Т. Изучение тревожно-депрессивных расстройств у больных нейроциркуляторной дистонией и возможность их коррекции.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Нейроциркуляторная дистония (НЦД) — функциональное нейрогенное заболевание сердечно-сосудистой системы, обусловленное расстройством нейроэндокринной регуляции и проявляющееся множеством симптомов, усиливающихся на фоне стрессовых влияний, и отличающееся доброкачественным течением и благоприятным прогнозом. Нейроциркуляторная дистония (НЦД) является одним из наиболее распространенных заболеваний. Вегетативные нарушения в популяции имеют место у 25–80 % лиц. Клинические проявления заболевания более выражены в молодом возрасте (20-40 лет). У женщин НЦД встречается в 3 раза чаще, чем у мужчин. Причины возникновения НЦД – влия-

ние хронического эмоционального стресса, гормональные расстройства (пубертантный период, беременность, климакс), смена климата, физические, умственные, эмоциональные перегрузки, обострение соматических или эндокринных заболеваний.

Цель исследования – изучение наличия и степени выраженности тревожно-депрессивных и психовегетативных расстройств и эффективности применения адаптола у больных нейроциркуляторной дистонией (НЦД).

Материал и методы. Наблюдали 56 женщин в возрасте 22-35 лет (средний возраст $28,5 \pm 3,7$ года.) с диагнозом нейроциркуляторная дистония. Для оценки психовегетативного состояния проводилось тестирование с использованием шкалы HADS. Субклиническая зона с 7 до 10 баллов, клиническая — с 11 баллов. Пациенты после установления диагноза, получали адаптол. Адаптол обладает умеренной анксиолитической активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Приём препарата пациентками не сопровождался сонливостью, седацией, миорелаксацией и нарушением координации движений, не вызывал привыкания и синдрома отмены. Для оценки эффективности терапии использовались общепринятые клинические методы исследования, измерения АД, электрокардиография и функциональные пробы с физической нагрузкой до и после лечения.

Результаты и обсуждение. При поступлении в стационар пациентки жаловались на: общую слабость – 27(48,2%), головокружение – 21(37,5%), повышенную утомляемость – 29(51,8%), нарушение сна – 7(12,5%), плохое самочувствие в транспорте (головокружение, тошнота, головная боль) – 8(14,3%), кардиалгию – 13(23,2%), расстройства желудочно-кишечного тракта (диарея, запор, эпизодические мигрирующие боли и вздутие живота, отрыжка) – 15(26,8%). У всех пациентов отмечалось снижение АД (уровень систолического АД колебался в пределах 92 ± 10 мм рт. ст., диастолического 72 ± 8 мм рт. ст.) Частота пульса - от 68 до 100 ударов в минуту. Т.е., у пациентов до лечения были диагностированы астенический и болевой синдромы, а так же разнообразные вегетативные расстройства. После проведенного лечения (адаптол в течение 4 нед в суточной дозе 1500 мг, разделенной на 3 приема) у пациенток была отмечена позитивная динамика: уменьшились симптомы астенического синдрома, уровень АД повысился в среднем на 15 ± 3 мм рт. ст., частота пульса снизилась на 12 ± 2 ударов в минуту, субъективное улучшение самочувствия отмечалось на 5-10 день приема адаптола. В конце лечебного процесса наличие жалоб распределилось соответствующим образом: общая слабость - 4(7,1%), головокружение - 2(3,6%), повышенная утомляемость - 4(7,1%), нарушение сна - 1(1,8%), плохое самочувствие в транспорте - 2(3,6%), наличие кардиалгии - 1(1,8%), расстройства желудочно-кишечного тракта - 3(5,4%).

Выводы. Таким образом, в результате лечения с использованием препарата адаптол, зарегистрирована положительная динамика показателей уровня АД, пульса и улучшение субъективного самочувствия пациентов. Вышеприведенные данные свидетельствуют о выраженном положительном эффекте лечения паци-

енток с использованием адаптола. Поэтому применение данной терапии у больных с гипотонической формой НЦД является целесообразным.

Баирова Т.А., Ершова О.А., Калюжная О.В., Колесников С.И.

Безопасность варфарина: региональные аспекты

Научный центр проблем здоровья семьи и репродукции человека, Иркутская городская клиническая больница №10, Иркутск, Россия

Генетические особенности пациента, определяющие чувствительность к варфарину, связаны с полиморфизмами (вариантами) генов, кодирующими активность ферментов, участвующих в фармакокинетике непрямых антикоагулянтов. К наиболее изученным следует отнести варианты гена *CYP2C9*. У носителей нефункционального аллеля *2 активность ферментов снижена, в то время как у носителей *3 фермент не синтезируется, что приводит к снижению клиренса непрямых антикоагулянтов и повышению риска геморрагических осложнений. Пациенты, являющиеся носителями аллелей *2 и *3, могут демонстрировать внезапное повышение МНО как в период подбора дозы, так и длительном приеме непрямых антикоагулянтов.

Цель: изучить распространённость нефункциональных аллелей *2 и *3, определяющих геморрагические осложнения, у пациентов, принимающих варфарин, и имеющих разные показатели МНО.

Методы исследования: всего обследовано 92 пациента, в том числе принимающих варфарин по поводу нарушения ритма — 64,70%, механического клапана — 14,28%, ишемической болезни сердца (ИБС) — 6,72%, иных клинических тромбозов — 5,04%, состояние после аорто-коронарного шунтирования - 0,84%, не указано — 8,42%. Средний возраст — 65,11 ±12,64 лет. Пол: мужской - 47,06%; женский — 52,94%. Все пациенты были разделены по показателю МНО на 3 группы: менее 2 — 45 пациентов (48,91%), 2–3 — у 33 пациентов (35,87%), выше 3 — у 14 пациентов (15,22%).

Результаты: достоверных различий частот встречаемости нефункциональной аллели *2 у пациентов с разными показателями МНО не выявлено: среди пациентов, имеющих МНО менее 2, аллель *2 зарегистрирована с частотой 6,67%; у пациентов с МНО от 2 до 3 — 4,55%; у пациентов с МНО выше 3 — 3,57% ($\chi^2=0,590$; $p=0,744$). Статически значимые различия выявлены при сравнении частот встречаемости нефункциональной аллели *3: в группе пациентов, имеющих МНО менее 2, аллель *3 встречалась с частотой 5,56%; у пациентов с МНО от 2 до 3 — 7,57%; у пациентов с МНО выше 3 — 28,57% ($\chi^2=15,01$; $p=0,000$).

Заключение: у пациентов-носителей нефункциональной аллели *3 гена *CYP2C9* достоверно чаще параметры МНО превышают целевой показатель.

Белялов Ф.И. Шкалы прогноза сердечно-сосудистых заболеваний

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск, Россия

Прогнозирование течения заболеваний у пациентов — одна из важных и трудных задач, которую решают практикующие кардиологи. Оценка степени риска жизнеопасных сердечно-сосудистых событий позволяет выделить пациентов с низким и высоким риском осложнений и смерти.

При низком риске обычно проводится амбулаторная плановая медикаментозная терапия, направленная на контроль симптомов и замедление повреждения органов. В случаях высокого риска осложнений и смерти показана активная медикаментозная терапия, нередко в палате интенсивного лечения, а также инвазивное лечение.

Оценка прогноза заболеваний и соответствующая тактика лечения включены практически во все современные рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Удобными инструментами оценки рисков в клинической практике являются специальные шкалы, которые позволяют количественно оценить риск неблагоприятных событий. Наблюдается тенденция использовать шкалы в качестве обязательных диагностических инструментов, наряду с традиционными лабораторными тестами.

Шкалы разрабатываются на основе анализа данных больших групп пациентов с оценкой частоты развития сердечно-сосудистых событий и смерти при длительном наблюдении. В шкалы обычно включаются хорошо изученные, легко определяемые показатели состояния здоровья пациента. С помощью математических методов, например, регрессионного анализа, производится выделение наиболее значимых для прогноза факторов и строится шкала, адаптированная для практики.

Часто для применения шкалы достаточно подсчитать количество баллов нескольких признаков и получить соответствующую величину риска. При этом необходимо знать определения используемых в шкале признаков. Например, в модели претестовой вероятности обструктивной коронарной болезни сердца Duke критерий дислипидемии включает только уровень общего холестерина >6.5 ммоль/л (Pryor D.V. et al., 2015).

Детальное изучение прогностической ценности каждого фактора, включенного в шкалу, может помочь в принятии оптимального клинического решения. Например, при наличии 1 балла по шкале CHA₂DS₂-VASc величина риска инсульта может варьировать от небольшой (сердечная недостаточность, диабет, сосудистые болезни) до почти 10-кратной (артериальная гипертензия) (Huang D.U. et al., 2014).

С целью оценки эффективности прогностической системы обычно используется С-статистика, которая включает оценку площади под кривой ROC (receiver operating characteristic). Кривая ROC представляет собой функцию частоты истинно положительных результатов (чувствительность) от частоты ложно положительных результатов (100–специфичность). Каждая точка кривой ROC

представляет пару чувствительность/специфичность соответствующую принятому порогу. Площадь под кривой (AUC) позволяет оценить как хорошо шкала различает диагностические группы. С-статистика <0.7 характеризует неадекватное разграничение данным, величина от 0.7 до 0.8 — приемлемое, а от 0.8 до 0.9 — отличное разграничение (Hosmer D.W., Lemeshow S., 2000).

Безусловно, прогностические шкалы не лишены недостатков. Одним из принципиальных ограничений шкал является невозможность индивидуальной оценки, т.к. шкалы могут лишь дать вероятностную оценку риска для группы пациентов с данными уровнями факторов риска.

Шкала может достаточно эффективно работать в популяциях сходных с теми, которые использовались для создания или валидации инструмента и давать существенные смещения оценок в других популяциях. Например, у азиатов липидный статус, вероятность тромбозов и кровотечений могут отличаться от европейцев (Goto S. et al., 2014; Morris A. et al., 2009; Palaniappan L.P. et al., 2010). Если использовать шкалы для оценки прогноза острых тромбозов у пациентов с тяжелой печеночной недостаточностью, то прогноз может быть неточным, т.к. не учитывает повышенного риска кровотечений и тромбозов, ограничений в противотромботической терапии (Loewen P. et al., 2011). Шкала оценки риска кровотечений CRUSADE не применима для пациентов, получающих оральные антикоагулянты (Subherwal S. et al., 2009). Другая шкала HAS-BLED позволяет оценить риск кровотечений у пациентов, принимающих варфарин, но не другие оральные антикоагулянты. Всем пациентам с гипертрофической кардиомиопатией и фибрилляцией/трепетанием предсердий назначаются оральные антикоагулянты ввиду повышенного риска тромбоэмболий, хотя в большинстве случаев у молодых пациентов не будут выполняться критерии шкалы CHA₂DS₂-VASc.

При использовании шкалы важно знать для каких вариантов заболеваний она применима. Например, модель претестовой вероятности ишемической болезни сердца Duke позволяет оценивать вероятность обструктивной формы заболевания со стенозами крупных коронарных артерий $>75\%$, а модифицированная модель претестовой вероятности Diamond-Forrester включает оценку вероятности стеноза ствола левой коронарной артерии $>50\%$ и $>70\%$ других крупных артерий (Genders T.S.S. et al., 2012). Эти инструменты не учитывают ишемию миокарда иной природы, микроваскулярные формы заболевания, нестабильность бляшек небольшой величины, бляшки растущие вдоль эндотелия или кнаружи. В этой связи важно учитывать, что по результатам крупного регистра у 58% пациентов, которым была проведена коронарная ангиография, выявлена необструктивная форма коронарной болезни сердца (Patel M.R. et al., 2014).

Важное значение для снижения смертности в популяции имеют шкалы оценки риска сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, сердечная недостаточность, смерть), которые позволяют выделить группы низкого и высокого риска. В последнем случае целесообразна первичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, включающая прием статинов. Вместе с тем, шкалы с 10-летним прогнозом недооценивают риск в течение жизни у молодых

и женщин с выраженными модифицируемыми факторами риска. Кроме того, шкалы могут переоценивать или недооценивать сердечно-сосудистый риск в ряде расовых/этнических групп, например у азиатов. В ряде шкал исключен диабет (HeartSCORE, Framingham [АТР III]), которые приравниваются к наличию сердечно-сосудистого заболевания.

Определение принадлежности пациентов к группе высокого риска не всегда позволяет существенно повлиять на прогноз заболевания. Например, пациенты с тромбоэмболией легочной артерии высокого риска по шкале PESI могут не получить ожидаемой пользы при более активном лечении (Stamm J.A . et al., 2014).

Для многих заболеваний разработаны несколько шкал, которые обладают разной степенью надежности и валидизации. Эксперты авторитетных профессиональных организаций выбирают наиболее эффективные для клинической практики инструменты. Например, для оценки риска инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий рекомендована модифицированная бирмингемская шкала CHA2DS2-VASc, которая по результатам оценки С-статистики превосходит остальные шкалы, включая CHADS2, ATRIA и другие (Hobbs F.D.R . et al., 2011; Lip G.Y.H. et al., 2014).

Прогностическая ценность многих шкал не высока. Шкала оценки риска кровотечений HAS-BLED лучше разграничивает риск чем шкалы HEMORR2HAGES или ATRIA, однако имеет С-статистику меньше 0.70, что указывает на невысокую предсказательную точность и ограниченную применимость (AHA/ACC/HRS; Burgess S . et al., 2013; Loewen P . et al., 2011).

Многие шкалы постоянно совершенствуются и желательно использовать последние версии прогностических шкал. Например, для оценки тяжести и прогноза пациентов в критических состояниях во многих современных госпиталях используется уже четвертая модификация шкалы APACHE.

Одним из направлений совершенствование медицинских шкал является корректировка оценок в зависимости от расовой/этнической группы. Например, оптимальный порог возраста для оценки риска инсульта в уже обсуждавшейся шкале CHA2DS2-VASc для азиатов может быть ниже 65 лет (Chao T . et al., 2015).

Современные версии ряда прогностических шкал стали весьма сложными. Например, вместо достаточно простой шкалы GRACE для оценки риска пациентов с острыми коронарными синдромами, предложена вторая версия шкалы, которая включает нелинейную связь между непрерывными факторами риска и исходами, поэтому может использоваться лишь в форме программы для компьютера или мобильных устройств (Fox K.A.A . et al., 2014). В рекомендациях для практических врачей нередко предпочтение отдают более простым версиям шкал (AHA/ACC). Например, в первые часы острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST можно использовать шкалу PURSUIT, включающую лишь клинические признаки и данные электрокардиограммы. В то же время, в упрощенные шкалы могут быть менее точными. Так шкала mini-GRACE для острых коронарных синдромов без подъема сегмента ST (без креатинина и клас-

са Killip) занижает величину риска при высоких величинах шкалы (Simms A.D. et al., 2013).

Оценка риска сердечно-сосудистых событий врачом, на основании своего клинического опыта и знаний, может существенно отличаться от расчетных оценок при использовании шкал (Steinberg V.A. et al., 2014). Стандартизированный подход, используемый в шкалах, наряду с очевидными положительными сторонами, не лишен недостатков. Поэтому разумно использовать шкалы в качестве ценного подспорья для принятия клинического решения с учетом особенностей клинической ситуации, условий жизни и предпочтений пациента, возможностей системы здравоохранения.

В практике врача наиболее удобно использовать мобильные устройства (смартфоны, планшеты), которые можно носить с собой. Для мобильных устройств созданы многочисленные программы для расчета отдельных шкал. Примером могут служить программы для расчета риска острых коронарных синдромов GRACE или риска сердечно-сосудистых заболеваний ASCVD, основанной на Pooled Cohort Equations.

Более удобны для практической работы программы, включающие несколько шкал для наиболее распространенных заболеваний, например QxMD и Medical Tools. Пока существует большой дефицит русскоязычных медицинских программ. С целью помощи практикующим кардиологам была разработана программа КардиоЭксперт, включающая наиболее востребованные шкалы прогноза для основных сердечно-сосудистых заболеваний, а также полезные калькуляторы. Программа написана на языке Java и создана для устройств на базе операционной системы Android, которая используется почти в 85% всех современных мобильных устройствах. Программу можно скачать с хранилища программ для мобильных устройств Google Play.

Таким образом, современные медицинские шкалы могут помочь врачам в оценке прогноза заболеваний, выборе оптимального лечения пациентов, но требуют знания возможностей и ограничений данных инструментов.

Дадабаева Н.А., Рамазанова Н.А., Халмухамедов Б.Т. Взаимосвязь атеросклероза сонных артерий с факторами риска с кардиоваскулярными осложнениями

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

В последние годы с внедрением ультразвуковых методов исследования большое внимание стали уделять проблеме сосудистых поражений брахиоцефального ствола.

Цель: определить взаимосвязь состояния сонных артерий (СА) с факторами риска и кардиоваскулярными осложнениями (инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения).

Методы исследования. Исследование проведено у 72 пациентов, 43 мужчин и 29 женщин в возрасте 46–78 лет. 76% больных были курильщиками в те-

чении длительного времени. Помимо обще-клинического обследования было проведено ЭКГ, ЭХОКГ, консультация невропатолога и дуплексное сканирование СА. Критериями исключения были острые сосудистые катастрофы, диффузные болезни соединительной ткани.

Результаты. В результате были выявлены следующие изменения: извитость СА у 22 (31%) больных, стеноз у 50 (69%). Из них у 28 (39%) незначительный и у 22 (31%) значительный. Внутренняя СА (ВСА) в процесс была вовлечена у 46 (64%) больных, бифуркация у 16 (22%), наружная СА у 10 (14%). У 51 (71%) больных изменения были двухсторонние, у 21 (29%) односторонние (у 19-26% слева и у 12-17% справа). Степень атеросклеротического поражения СА с возрастом нарастала. На ЭКГ у 34 больных (47%) выявлялись рубцовые изменения, в основном у больных со стенозом СА. В анамнезе у больных с извитостью СА сосудистые катастрофы отмечались у 32% больных, при незначительном стенозе у 46% и при значительном у 93%, чаще всего в виде нарушения мозгового кровообращения.

Заключение. В исследовании преобладали мужчины старшего возраста. У 69% был обнаружен атеросклероз, преимущественно значимый стеноз ВСА с двухсторонней локализацией. Осложнения были почти у всех больных при значительном стенозе и меньше всего при извитости СА. Атеросклероз сосудов имел тенденцию к прогрессированию и делает заболевания сердца и ЦНС основными причинами летального исхода этих пациентов.

Таким образом наибольшее влияние на атеросклероз сонных артерий оказывает пол, возраст, курение. Осложнения чаще всего отмечались со стороны нарушения мозгового кровообращения преимущественно при значительном атеросклеротическом поражении СА.

Ультразвуковой метод является амбулаторным, широко доступным, информативным и безопасным исследованием. Ремоделирование СА может служить индикатором прогноза тяжести состояния больных.

Махмудова М.С., Турсунова М.У. Изучение информированности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями о факторах риска и осложнениях сердечно-сосудистых заболеваний

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) на сегодняшний день остаются одной из основных причин смертности населения во всем мире. Высокий уровень смертности в первую очередь обусловлен отсутствием мер по первичной и вторичной профилактике ССЗ путем снижения влияния факторов риска и предупреждения их возникновения.

Цель: изучить оценку пациентами состояния своего здоровья в отношении наличия у них факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и знаний об их осложнениях.

Методы исследования. В исследование были включены случайно отобранные 156 пациентов с артериальной гипертензией (АГ), из которых 33 (51,5%) страдали ишемической болезнью сердца (ИБС). Возраст больных варьировал от 35 до 72 лет. Исследование проводилось в семейных поликлиниках №16 и №18 г. Ташкента с участием 5 врачей общей практики (ВОП) и 5 патронажных медсестер. Информированность пациентов по ФР развития ССЗ выявлялась путем задавания открытых вопросов - пациенты самостоятельно формулировали ФР развития АГ и ИБС.

Результаты. В ходе исследования выявлено, что 78% пациентов считали ФР ССЗ стресс, 56,4% - наследственную отягощенность по ССЗ, 28% - избыточную массу тела и ожирение (но только 11,5% знали свой вес и окружность талии), 21,8% - курение, 17,2% - потребление алкоголя, 23% отметили низкую физическую активность, 34% - нерациональное питание (избыточное употребление поваренной соли, животных жиров, легкоусвояемых углеводов), 23,4% указали метеорологические и экологические факторы. Лишь 7,8% отметили гиперхолестеринемию и дислипидемию. Никто из них не знал, что АГ является ФР ИБС, а сахарный диабет 2 типа является одним из распространенных ФР ССЗ. Что касается осложнений, то более 79% больных знают, что осложнением АГ является мозговой инсульт, 58,9% знают, что может развиваться инфаркт миокарда. 9,6% в совокупности отметили такие осложнения АГ, как гипертонический криз, нарушения зрения, нарушения функции почек. Также мы интересовались у пациентов, как они контролируют свой уровень артериального давления (АД) и в результате установили, что только 22,4% имеют домашний тонометр. При этом ежедневно измеряют АД только 18,5% и при плохом самочувствии измеряют более 60%. 23% пациентов знают о том, что повышенным считается уровень систолического АД ≥ 140 мм рт. ст. и диастолического АД ≥ 90 мм рт. ст.

Заключение. По полученным данным можно сделать вывод о низкой информированности пациентов с АГ и АГ+ИБС по ФР ССЗ, что в свою очередь приводит к неправильной оценке состояния своего здоровья и низкой приверженности к лечению, не соблюдению рекомендаций врача по изменению образа жизни, которое является основной частью вторичной профилактики ССЗ. ВОП и средний медицинский персонал должны быть основным источником информации для пациентов по ФР и осложнениям ССЗ, обучать больных контролировать АД и вести пропаганду здорового образа жизни.

Халмухамедова С.М., Бабаджанова Н.Э. Распространенность некоторых факторов сердечно-сосудистого риска среди учащихся колледжей

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Ранняя диагностика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) своевременно и правильно проводимые профилактика и лечение имеют, большое значение

для предупреждения и развития их тяжелых осложнений. За последние десятилетия отмечается рост частоты встречаемости факторов риска ССЗ в популяции и, по мнению многих авторов, манифестирует преимущественно в молодом возрасте.

Цель исследования: Оценить распространенность факторов сердечно-сосудистого риска среди учащихся колледжей.

Материал и методы: В исследовании участвовали 115 учащихся колледжей, средний возраст $17,6 \pm 0,9$ лет. Всем респондентам проводилось анонимное анкетирование, с целью определения факторов риска. Учитывались такие факторы риска как курение, артериальная гипертензия (АГ), избыточный вес, гиподинамия, наследственность, сахарный диабет, гиперхолестеринемия. Обследование включало опрос по стандартной анкете для выяснения паспортных данных, семейного анамнеза, наличия вредных привычек, определение антропометрических параметров, измерение АД традиционным и мониторным методами, оценка липидного статуса крови. Для характеристики ИМТ использовали классификацию ВОЗ (1998), в которой степень избытка или недостатка массы тела оценивается по индексу Кетле. Измерение АД непрямым методом Н.С. Короткова (офисное измерение) производили на обеих руках трижды с 5-минутным интервалом в положении сидя в удобной позе. Наследственность обследуемого считали отягощенной, если имелись указания на развитие ранних ССЗ у близких родственников (<65 лет у женщин, <55 лет у мужчин). Курящим считался человек, выкуривающий хотя бы 1 сигарету в день в течение последнего месяца и более или бросивший курить менее чем 1 год назад.

Результаты исследования. Среди обследованного контингента лиц девушки составили 48,6%, средний возраст $17,4 \pm 1,2$ лет, юноши — 51,4%, средний возраст $17,8 \pm 0,7$ лет. Частота встречаемости артериальной гипертензии среди юношей и девушек в целом не отличалась и составила 8,5% и 8,9% соответственно, при этом уровень АД в среднем у обследованных составил $118,4 \pm 3,7$ мм рт. ст. Распространенность курения среди учащихся колледжей превалировала среди юношей -33,4% и 0,8% среди девушек. Наличие избыточной массы тела зарегистрировано у 19,3% юношей и 12,1% девушек. Наследственность по ССЗ отметили 10,2% юношей и 12,3% девушек. Наличие нарушения толерантности к глюкозе и сахарного диабета наблюдалось у 4,5% юношей и 2,2% девушек, средний уровень глюкозы крови составил $4,2 \pm 1,1$ ммоль/л. Изучение уровня общего холестерина (ОХС) показало, что у 1,2% юношей и 0,5% девушек содержание ОХС было выше нормальных значений, а в среднем показатель составил $3,9 \pm 1,4$ ммоль/л. Гиподинамия, по данным анкетирования, наблюдалась у 34,1% юношей и 28,6% девушек, большинство респондентов вели активный образ жизни.

Заключение. Таким образом, лидирующими факторами ССЗ среди учащихся колледжей были курение, которое чаще регистрировалось среди юношей, гиподинамия и избыточный вес. Возможно, что сведения о рациональном питании, вреде курения, активном образе жизни, распространяемые среди населения, могли бы уменьшать частоту и выраженность вышеуказанных факторов риска.

Могут быть эффективны программы профилактики ожирения, разъясняющие вред этого заболевания и обучающие рациональному питанию и двигательной активности в рамках первичной профилактики ССЗ.

Suprun O. Clinical features of irritable bowel syndrome in young patients with neurocirculatory dystonia depending on the type of the dystonia

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Neurocirculatory dystonia (NCD) and irritable bowel syndrome (IBS) are the most common outpatient diseases of therapeutic profile. These diseases are formed as a complex of psychoneurotic and somatoform disorders. Pathogenic similarity defines a significant expression of SPK patients NCD - 39%. On the other hand, patients with IBS symptoms are NCD symptoms in 75% of all cases. Thus, the combination of IBS and NCD is a combination of two chronic functional nosology with similar pathogenesis, psychoneurotic and visceral presence of clinical manifestations. This combination of diseases not affect on life expectancy, but substantially degrades quality of life.

Objective: To investigate the clinical features of IBS in young patients with different types of NCD.

Materials and methods. In an outpatient conditions 32 patients (9 men and 23 women) with IBS and NCD at the age of 20 to 39 years were examined. 18 patients have hypertensive type of NCD (Group 1), the remaining patients have hypotonic type of NCD (Group 2). In all cases, the diagnosis of NCD chronologically preceded the diagnosis of IBS. In the statistical analysis of the results non-parametric test χ^2 was determined for comparison of expected and observed count data. The critical level of significance of the differences in the statistical hypothesis testing was 0.05.

Results. The main IBS – specific complaints for patients of both groups (observed in 100% of all cases) were abdominal pain syndrome and violation of defecation. It should be noted that the objective state of the examined patients in both groups had never corresponded to the severity of their complaints. Abdominal pain was the diverse nature (diffuse, cramps, oppressive etc.). It had different intensity and duration, was not connected with the use of food, however, was dependent on defecation. The localization of abdominal pain depend on the type of dystonia. In patients with hypertensive type of NCD the diffuse pain was detected in 50% of cases, the right-sided pain was detected in 27.8% of all cases, left-sided pain was detected in 22.2% of all cases in Group 1. In patients with hypotonic type the left-sided abdominal pain was predominant (57.2% of patients), right-sided pain and diffuse pain was not common (21.4% for each). Differences in the frequency of detection of localization of abdominal pain between patients Group I and Group II were significant ($df = 2$, $\chi^2 = 6,479$, $p = 0.039$). Violation of defecation were observed in tested patients were distributed by following way. In the Group 1 diarrhea troubled 50%

patients, constipation troubled 33.3% patients, mixed disorders of defecation were found in 16.7% of patients. Defecation disorder in patients of Group 2 were distributed 35.7%, 35.7% and 28.6% respectively. No significant differences in the expression of certain disorders of defecation between the groups of surveyed persons have been identified ($df = 2, \chi^2 = 0,891, p = 0.641$). Bloating disturbed 15 (83,3%) surveyed persons of Group I and 12 (85,7%) patients of Group II, mainly in the first half of the day.

It should be noted a clear link between the deterioration of the bowel (IBS) and an increase of expressivity of cardiovascular manifestations (NCD) in patients of Group 1. 14 (77.8%) patients reported a combination of abdominal pain with palpitations, irritability, hot flashes. The relationship between the manifestations of IBS and NCD noted only 42.9% of patients of group 2. These differences between the groups of patients were significant ($df = 1, \chi^2 = 4,097, p = 0.043$). 66.7% patients of Group I and 42.9% patients of Group II indicated to stressful situations as a trigger factor of aggravation IBS. However, the differences in the performance between the groups were not significant - $df = 1, \chi^2 = 1,814, p = 0.178$.

Conclusions. The clinical picture of IBS in patients with NCD has its peculiarities and, in a certain way, it depending on the type of NCD. Diffuse abdominal pain is prevalent in patients with IBS on background on hypertensive type of NCD. Left-sided abdominal pain is the more frequent variant of localization for patients with the IBS and hypotonic type of NCD. Also, patients with the IBS and hypertensive type of NCD notes the link between the occurrence of abdominal pain and cardiovascular manifestations of NCD.


Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования
Иркутское отделение Российского кардиологического общества

ПРОГРАММА

Байкальская научно-практическая
конференция

КАРДИОЛОГИЯ 2015

Новое в кардиологической науке и практике



23 октября 2015 года
Иркутск

23 октября 2015 года, конференц-зал отеля «Марриотт».

Лекции 14:00–18:00.

14:00

Кофе–брейк

14:30

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ
РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ФОРМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

14:30

Татарский Борис Алексеевич, руководитель Научно-исследовательской лаборатории нарушений ритма сердца федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург.

15:10

ИНФАРКТ МИОКАРДА

15:20

Ярохно Наталья Николаевна, профессор кафедры неотложной терапии, эндокринологии и профпатологии НГМУ, Новосибирск.

16:00

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

16:10

Давидович Илья Михайлович, профессор кафедры факультетской терапии ДВГМУ, Хабаровск.

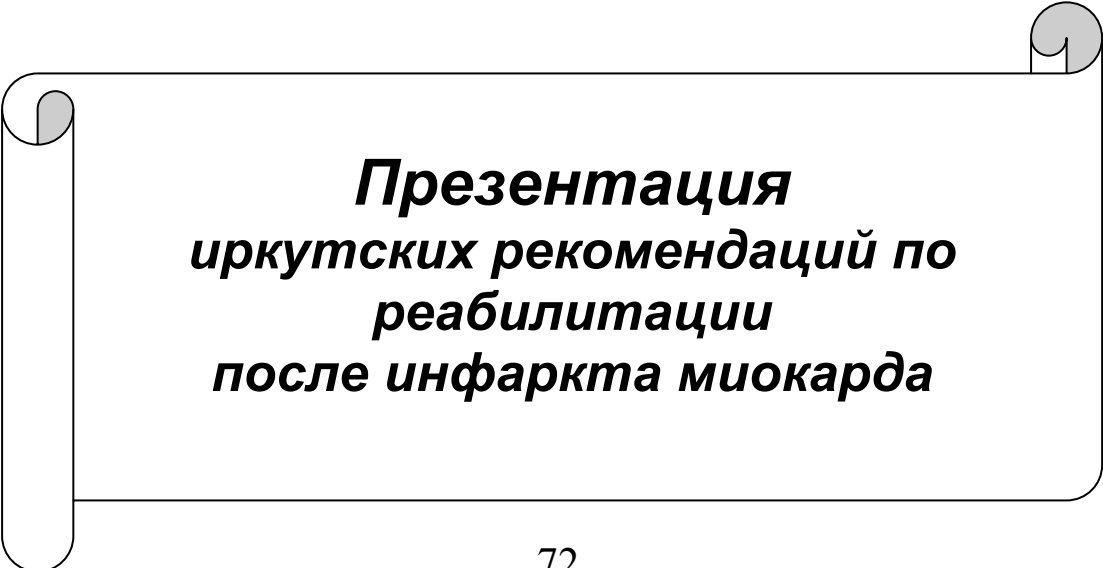
16:50

**НОВОЕ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

17:00

Белялов Фарид Исмагильевич, профессор кафедры геронтологии и гериатрии ИГМАПО, Иркутск.

17:40



**Презентация
иркутских рекомендаций по
реабилитации
после инфаркта миокарда**

Формат 60x84 1/16. Гарнитура Times New Roman.
Печать трафаретная. Бумага SvetoCpoі.
Усл. п. л. 3,3. Уч.–изд. л. 2,4. Тираж 100. Заказ 1/133.