



III ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ  
РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА  
«НИЖЕГОРОДСКАЯ ЗИМА»

**КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ  
ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ:  
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

НИЖНИЙ НОВГОРОД, ПРОСПЕКТ ГАГАРИНА, 27, ГК «ОКА»

**8-9**  
**ФЕВРАЛЯ**  
**2019 ГОДА**

*Кардиологический форум  
«Практическая кардиология: достижения и перспективы»  
8-9 февраля 2019 года  
г. Нижний Новгород*



**III Всероссийская научно-практическая конференция  
Российского кардиологического общества  
«Нижегородская зима»**

**КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ**

**«ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ:  
ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ»**

**8-9 февраля 2019 года**

**Нижний Новгород,  
проспект Гагарина, 27, ГК «Ока»**

---

*Кардиологический форум  
«Практическая кардиология: достижения и перспективы»  
8-9 февраля 2019 года  
г. Нижний Новгород*

**Редакционная коллегия:**  
Н.Ю. Боровкова, Н.Н. Боровков

Представлены материалы докладов по актуальным вопросам терапевтической кардиологии, кардиохирургии и эндоваскулярной интервенционной кардиологии.

Предназначено для врачей-терапевтов, кардиологов, кардиохирургов, интервенционных хирургов, научных сотрудников в области кардиологии, врачей общей практики и врачей-ординаторов.

Материалы печатаются в авторской редакции. За достоверность опубликованных авторами данных издательство и редакционная коллегия ответственность не несет.

## СОДЕРЖАНИЕ

**Аксаков Н.С., Зотагин В.В., Боровкова Н.Ю., Кузьменко Е.А., Боровков Н.Н., Ковалева Г.В., Миронов Н.Н.**

ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ..... 11

**Александров В.А., Никитина Н.В., Шилова Л.Н., Александров А.В.**

ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ АНГИОПОЭТИН-ПОДОБНЫХ БЕЛКОВ 3 И 4 ТИПОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ..... 12

**Аминов С.А., Бекметова Ф.М., Джаббарова Д.Х.**

СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ..... 13

**Артемьев В.Н., Горбунова М.Л.**

СЛУЧАЙ ВАЗОСПАТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ДАННЫМИ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНАРОАНГИОГРАФИИ ..... 14

**Беленков Ю.Н., Лукушкина Е.Ф., Вдовина Н.В., Мансфельд А.Д.**

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПЕДИАТРИИ ..... 15

**Бестававшили А.А.**

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИГГТ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ..... 16

**Боровкова Л.В., Колобова С.О., Боровкова Н.Ю.**

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ..... 16

**Боровкова Л.В., Колобова С.О., Боровкова Н.Ю.**

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКТАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ..... 18

**Булаева Ю.В., Наумова Е.А., Семенова О.Н., Степанцова Ю.Н., Канаева Т.В.**

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ..... 19

**Бушуева А.В., Починка И.Г., Ботова С.Н.**

ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ГОСПИТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА ..... 20

- Буянова М.В., Боровкова Н.Ю.**  
ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АСПИРИНИНДУЦИРОВАННЫХ  
ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ  
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ..... 21
- Буянова М.В., Боровкова Н.Ю., Бакка Т.Е.**  
ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У  
ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ  
ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ..... 22
- Власова Т.В., Горбунова М.Л., Соловьева Е.В., Макарова Т.Ю., Кравец Е.Г.**  
СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА У ПАЦИЕНТКИ С  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ..... 23
- Голубкина Е.С., Починка И.Г., Ботова С.Н., Гвоздулина М.В.**  
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПРЕХОДЯЩИМИ  
ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ..... 24
- Горбунова М.Л., Кулузаде Л.К., Волкова А.Т.**  
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПО ДАННЫМ  
СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНАРОГРАФИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ..... 25
- Горбунова М.Л., Попова Н.А.**  
СЛУЧАЙ МАЛОБОЛЕВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА ..... 26
- Горбунова М.Л., Починка И.Г., Кулузаде Л.К., Аманбаев И.**  
СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИОКАРДИТА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ ..... 27
- Гудим А.Л., Митрясова Н.Б., Новицкая Н.В.**  
КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЕ НАГРУЗОЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ В  
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ..... 28
- Давидян Н.Р., Сафиулов А.Н., Крайнов С.Н., Боровкова Н.Ю.**  
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ  
ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА БАЗЕ ЧУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ  
БОЛЬНИЦА «РЖД-МЕДИЦИНА» Г. МУРОМ» ..... 29
- Дурыгина Е.М., Некрасов А.И.**  
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СОСТОЯНИЕМ  
АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ СЕРДЦА ПРИ  
СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТЕРИОЗЕ ..... 30
- Жидкова И.И., Шибанова И.А., Иванов С.В., Сумин А.Н., Самородская И.В.  
Барбараш О.Л.**  
ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СМЕРТНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА  
ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ..... 31

- Землянская О.В., Рябова А.Ю.**  
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ..... 32
- Иевлев Е.Н., Казакова И.А.**  
АНАЛИЗ СИНДРОМА ДЕПРЕССИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ УРЕМИЕЙ..... 33
- Изюмов А.Д.**  
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ....  
..... 34
- Казакова И.А., Попова И.В.**  
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ ..... 36
- Кайдалова Н.А., Королёва Л.Ю., Волкова А.Т., Корязина А.М., Ковалёва Г.В., Пайкова Н.Н., Носов В.П.**  
ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: МЕСТО НОВЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ..... 37
- Калинина М.Л.**  
ТЭЛА: ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ..... 38
- Касалинская В.В., Мензоров М.В.**  
ШКАЛА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ  
..... 39
- Коротаяева Е.С., Королева Л.Ю., Носов В.П., Ковалева Г.В., Кузьменко Е.А.**  
ПРИЧИНЫ РАННЕГО ТРОМБОЗА СТЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ..... 40
- Корягина Н.А., Мелехова О.Б., Шадрин А.А., Наумов С.А., Иванюк Г.Ю.**  
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В ПЕРМСКОМ КРАЕ..... 41
- Корягина Н.А., Мелехова О.Б., Энгаус Р.Е., Шадрин А.А., Прохоров К.В.**  
ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: РИСКИ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ ..... 42
- Корягина Н.А., Шадрин А.А., Прохоров К.В., Мелехова О.Б., Наумов С.А.**  
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПОЛИКЛИНИКЕ ..... 43

- Косоногов А.Я., Косоногов К.А., Никольский А.В., Поздышев В.И.**  
ОСЛОЖНЕНИЯ И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С  
ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭКС..... 44
- Косоногов А.Я., Косоногов К.А., Майорова М.В.**  
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ  
ОБЛАСТИ ..... 44
- Косоногов К.А., Косоногов А.Я., Никольский А.В., Лобанова Н.Ю., Демченков  
С.М.**  
ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЭКС. ЧТО ДЕЛАТЬ?..... 46
- Кузнецова Т.Е.**  
ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО  
СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХСН С ХБП..... 46
- Курашин В.К., Боровкова Н.Ю., Курашина В.А., Бакка Т.Е.**  
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ  
ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА..... 48
- Лабзенкова М.А., Филиппова М.П., Анисимова В.Н.**  
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ  
УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПРЯМЫЕ ИНГИБИТОРЫ  
ТРОМБИНА И ИНГИБИТОРЫ СВЕРТЫВАНИЯ ХА ..... 49
- Линникова Е.В.**  
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭМБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ РИСКОВ  
У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ....  
..... 50
- Линникова Е.В., Починка И.Г., Ботова С.Н.**  
СООТВЕТСТВИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ  
ПРЕДСЕРДИЙ КРИТЕРИЯМ ВКЛЮЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С  
ПРЯМЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ ..... 51
- Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.**  
КАРДИОПЕЙДЖИНГ В ДИАГНОСТИКЕ ТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У  
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ..... 52
- Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.**  
МОБИЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ .54
- Медведев А.П., Федоров С.А., Иванов Л.Н., Журко С.А., Демарин О.И., Миронов  
Е.А., Юрасова Е.В., Пименова П.В., Целуосова Л.М.**  
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА .... 55

**Мензоров М.В., Касалинская В.В., Кабанова В.Н., Ребровская М.М., Волкова В.Н.**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИУРЕЗА И КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ..... 56

**Мещерякова В.В., Лукушкина Е.Ф., Масленникова И.Р., Чернова А.Ю., Араева Г.И.**

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ ..... 57

**Милютина М.Ю., Пластинина С.С, Макарова Е.В., Елизарова А.А., Щерина А.В.**  
ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ..... 58

**Мошорина М.А., Куртина Т.Д.**

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ВТОРОМ СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ ..... 59

**Никольский А.В., Косоногов К.А., Косоногов А.Я., Квачадзе Н.В., Лобанова Н.Ю., Рождественская Т.А., Майорова М.В., Осипов Г.В., Золотых Н.Ю.**

МОБИЛЬНЫЕ КАРДИОРЕГИСТРАТОРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ..... 60

**Папшицкая Н.Ю., Субботина В.Г., Сулковская Л.С., Мыльников А.М.**

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ОДНА ИЗ ФОРМ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ..... 62

**Погодина Е.В., Лукушкина Е.Ф., Сухарева Г.Э.**

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ..... 63

**Попова Н.А., Горбунова М.Л.**

ВЛИЯНИЕ СОМНИЧЕСКИХ И ПОСТСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ..... 64

**Потапова К.В., Носов В.П., Аминова Н.В.**

КОМБИНАЦИЯ АМИОДАРОНА С ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ..... 66



- Руденко И.Б., Казакова И.А., Кононова Н.Ю.**  
 АНАЛИЗ РИСКОВ РАЗВИТИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ..... 67
- Садулаев А.Х., Филиппова М.П., Анисимова Е.Н.**  
 ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ..... 68
- Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В.**  
 ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У ПАЦИЕНТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ - НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ..... 69
- Семина А.И., Неповинных Н.В., Лямина Н.П., Новокшанова А.Л.**  
 ПРОДУКТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКА В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДИЕТОТЕРАПИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ..... 70
- Смирнова Н.В., Кургина Т.Д.**  
 АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ВТОРОМ ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ НА БАЗЕ САНАТОРИЯ «ЗЕЛЁНЫЙ ГОРОД» ..... 71
- Телицина Е.В., Починка И.Г., Ботова С.Н., Гвоздулина М.В.**  
 БРЕМЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ..... 72
- Токарева А.С., Боровкова Н.Ю., Линева Н.Ю.**  
 СТРУКТУРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ..... 73
- Требунский К.С.**  
 ЗНАЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛЕКТИНА-3 В КАРДИОЛОГИИ..... 74
- Туличев А.А.**  
 АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ..... 76
- Туличев А.А., Боровкова Н.Ю., Спаский А.А., Максимова И.Ю., Зубова С.Ю.**  
 ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА ..... 77

**Федоров С.А., Медведев А.П., Журко С.А., Чигинев В.А., Гамзаев А.Б., Лашманов Д.И., Калинина М.Л., Целоусова Л.М., Дунаева В.В., Фролова О.Л., Пестрикова, Н.В. Фомина И.Ю., Федотова О.О.**

**БИОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ..... 77**

**Фомина И.Ю., Федотова О.О.**

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АГ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА..... 79**

**Халтурина (Завьялова) Ю.В., Боровков Н.Н., Занозина О.В.**

**ПАРАМЕТРЫ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ..... 80**

**Хмелевская А.А., Квиткова Л.В., Барбараш О.Л., Хиль Е.Г., Агафонкина Е.В., Власова В.В.**

**РОЛЬ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА В НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ВИДЕ РАЗВИТИЯ ОТДАЛЕННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ..... 81**

**Ходжиев С.Э., Рахимова М.Б., Разиков А.А., Рахимова М.Э.**

**ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ..... 82**

**Цыпленкова Н.С., Панова Е.И.**

**АССОЦИАЦИЯ АДРОИДНОГО ОЖИРЕНИЯ И КОМОРБИДНОСТИ С АРИТМОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ..... 84**

**Шаленкова М.А., Иванов А.В., Беяева О.П.**

**РОЛЬ ФАКТОРА РОСТА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ GDF-15 В КАРДИООНКОЛОГИИ..... 85**

**Шмойлова А.С.**

**ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СЕРДЦА И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ И ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ-ВETERАНОВ.... 86**

## ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ЧРЕЗКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Аксаков Н.С., Зотагин В.В., Боровкова Н.Ю., Кузьменко Е.А., Боровков Н.Н.,  
Ковалева Г.В., Миронов Н.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко»,  
Нижний Новгород

Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в РФ остается высокой и составляет 48% от всех летальных исходов. Половину в этой структуре составляет острый инфаркт миокарда (ОИМ) [В.И. Скворцова, 2017]. В последние годы вместе с повышением эффективности медикаментозного лечения ОИМ с подъемом сегмента ST (ОИМпST), все большее значение приобретают чрезкожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В России отмечается ежегодное увеличение выполняемых ЧКВ (В.А. Кузнецов с соавт., 2016). В связи с этим возникает необходимость оценки результатов проводимых вмешательств. В работах последних лет обсуждаются вопросы отдаленных результатов ЧКВ у больных с различными формами ИБС.

**Цель работы:** проанализировать отдаленные исходы ЧКВ у больных с ОИМпST на примере регионального сосудистого центра НОКБ им. Н.А. Семашко.

**Материалы и методы.** Проводился анализ историй болезни, а также телефонный опрос 75 пациентов с ОИМпST через 12 месяцев (мес.) после ЧКВ. Все они были госпитализированы в период трех мес. (январь-март включительно) 2017 года в отделении неотложной кардиологии регионального сосудистого центра НОКБ им. Н.А. Семашко. Они или их родственники ответили по истечению этого срока. Из них мужчин было 52 (69,3%), женщин – 23 (30,7%). Средний возраст пациентов составил  $59,9 \pm 7,1$  лет. При проведении ЧКВ 67 больным (89,3%) для установки был выбран голометаллический стент, у 8 (10,7%) пациентов использовался стент с лекарственным покрытием. Многососудистое стентирование (2 стента) было проведено в 7 случаях (9%). У 25 пациентов (33%) проводилась тромболитическая терапия перед первичным ЧКВ (19 – пуролаза, 6 – фортелизин). Последняя была обоснована показаниями. Всем больным при выписке из стационара была рекомендована терапия, согласно рекомендациям ЕОК (2017). Она включала использование двойной антиагрегантной терапии и статинов. Оценивались приверженность к проводимой медикаментозной терапии, повторные коронарные события и повторные вмешательства на коронарных артериях, а также выживаемость за период 12 месяцев у этих пациентов. Анализ проводился в количественном и процентном соотношении. Кроме того использован статистический пакет программ «Statsoft Statistica 12.0» (США).

**Результаты.** Из 75 человек (чел.) у 66 (88%) ОИМпST был впервые, у остальных 9 (12%) - повторный. Ишемическую болезнь сердца (ИБС) в анамнезе имели 29 (39%) пациентов. Частота факторов сердечно-сосудистого риска распределялась следующим образом. Артериальную гипертензию (АГ) имели 69 чел. (92%), сахарный диабет (СД) – 21 чел. (28%), хроническую болезнь почек – 5 чел. (6,6%), гиперлипидемию – 37 чел. (49,3%), курили 22 чел. (29,3%). Таким образом подавляющее большинство исследуемых имели

высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск. По истечении 12 мес. были констатированы следующие исходы у больных с ОИМпСТ, перенесших ЧКВ. Ранняя постинфарктная стенокардия сразу после ОИМпСТ развилась у 13 чел. (17%). В дальнейшем с течением времени количество пациентов, имеющих стенокардию напряжения увеличивалось. Так через 6 мес. ее имели 37 пациентов (49,3%). К концу года (12 мес.) – 45 чел. (60%). Повторные ОИМ наблюдались у 3 чел. (4%) из них двое (67%) имели инфаркт в анамнезе до ЧКВ. Повторное ЧКВ потребовалось 18 (24%) пациентам. Все они имели многососудистое поражение коронарного русла. В течение 12 месяцев после ЧКВ погибло 7 чел. (9,3%). Из них СД встречался у 3 чел. (42,9%), ХБП у 2 чел. (28,6%), АГ у 7 чел. (100%), гиперлипидемия у 4 чел. (57,1%). Из погибших пациентов ОИМпСТ был повторным у двоих больных (28,6%). Анализ приверженности пациентов к рекомендованной терапии после выписки из стационара показал следующее. Прием статинов в течение 12 месяцев продолжили 58 чел. (85,3%). Прервали на различных сроках (от 1 до 9 мес.) 3 чел. (4,4%). Отказались полностью – 7 чел. (10,3%). Двойную антиагрегантную терапию продолжили до 12 мес. 62 чел. (91,2%). Прервали её на 3 - 7 мес. 4 чел. (5,9%). Полностью отказались от использования антиагрегантов 2 (2,9%) пациента. Последние аргументировали свой отказ стоимостью препарата (тикагрелор). У погибших лиц выяснить факт лечения не удалось.

**Выводы.** Проведенное исследование свидетельствует о том, что все пациенты с ОИМпСТ исходно имели высокий и очень высокий сердечно-сосудистый риск. У 1/3 была документированная ИБС в анамнезе, в том числе ОИМ (12%). Очевидно имело место недостаточное лечение этих лиц. В целом результаты согласуются с данными литературы. Это касается частого возврата стенокардии и летальности. Последнее обусловлено очень высоким сердечно-сосудистым риском. При этом можно отметить следующие особенности. Улучшилась приверженность к приему статинов и двойной антиагрегантной терапии.

### **ВОЗМОЖНОСТИ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ УРОВНЕЙ АНГИОПОЭТИН- ПОДОБНЫХ БЕЛКОВ 3 И 4 ТИПОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СУБКЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

Александров В.А., Никитина Н.В., Шилова Л.Н., Александров А.В.

ФГБНУ «НИИ КиЭР им. А.Б. Зборовского»; кафедра госпитальной терапии  
ВолгГМУ, Волгоград

**Цель** – повышение качества неинвазивной диагностики поражения сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных ревматоидным артритом (РА).

**Материалы и методы.** 57 больным РА (7 мужчин и 50 женщин в возрасте от 26 до 70 лет; по DAS28 низкая активность заболевания выявлена в 3,5%, средняя – в 86%, высокая – в 10,5% случаев) было проведено комплексное лабораторное обследование, включающее определение IgM-ревматоидного фактора (IgM-РФ), С-реактивного белка (СРБ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (ЦЦП) и виментину (ЦЦВ), антител класса IgG к антигену RA33 (анти-RA33), а также уровней ангиопоэтин-подобных белков 3

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

(ANGPTL3) и 4 (ANGPTL4) типов в сыворотке крови. При оценке состояния структур сердца использовали данные трансторакальной эхокардиографии, магнитно-резонансной (МРТ) и компьютерной (КТ) томографии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов запястья проводили по стандартной методике с использованием линейного датчика с частотой 5–12 МГц на ультразвуковой диагностической системе Accuvix V10 (Samsung Medison, Южная Корея). Особенности кровотока изучали посредством энергетической доплерографии (ЭД).

**Результаты и обсуждение.** У 28 (49,1%) больных РА диагностирована патология ССС. По данным УЗИ (подтвержденным, как правило, данными КТ и/или МРТ) признаки дисфункции клапанов сердца были обнаружены у 21 (36,8%) пациента с РА: в большинстве случаев выявляли недостаточность митрального и/или аортального клапанов, существенно реже – стеноз аорты. Высокая частота митрального пролапса (28,6%) в данной группе больных РА может быть связана с наличием хронического воспалительного процесса, который способен ускорять развитие атеросклероза и сердечных заболеваний у больных с данной патологией.

Была установлена достоверная связь ANGPTL3 с поражением органов ССС ( $r=0,24$ ,  $p=0,027$ ). Кроме того, тенденция к росту распространенности митрального пролапса была обнаружена при наличии высоких уровней сывороточного ANGPTL4 ( $p=0,058$ ) и у пациентов с более длительной продолжительностью РА ( $p=0,062$ ). Следует отметить отсутствие статистически значимых корреляций между поражением клапанного аппарата сердца и основными клиническими характеристиками РА (активность, тяжесть заболевания, наличие эрозий, серопозитивность по IgM-РФ, антителам к ЦЦП, ЦЦВ, анти-RA33). Наряду с этим, показатели гиперваскуляризации по ЭД у больных РА достоверно коррелировали с уровнем ANGPTL4 ( $r=0,38$ ,  $p=0,002$ ), С-реактивного белка ( $r=0,52$ ;  $p=0,008$ ) и СОЭ ( $r=0,26$ ,  $p=0,012$ ). Ангиопоэтин-подобные белки и, в первую очередь, ANGPTL4, участвуя в различных процессах (включая ангиогенез и метаболизм липопротеинов) и выступая в роли сильнодействующего ингибитора эндотелиальной липопротеинлипазы, по-видимому, способен подавлять высвобождение неэтерифицированных жирных кислот и их перенос к сердечной мышце.

**Выводы.** Для раннего выявления признаков поражения ССС при РА целесообразно использование методов визуализации в сочетании с иммунологическими маркерами, способными служить в качестве объективных индикаторов поражения клапанного аппарата сердца, процессов неоваскуляризация и др.

## СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аминов С.А., Бекметова Ф.М., Джаббарова Д.Х.

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

**Цель исследования:** изучение возможностей высокотехнологического метода диагностики стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) в выявлении нарушений локальной

сократимости миокарда и зоны ишемического поражения у пациентов со стабильной стенокардией напряжения перед коронароангиографией (КАГ).

**Материал и методы:** Были обследованы 23 больных со стабильной стенокардией напряжения поступившие в клинику Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии для проведения КАГ. Все пациенты прошли общеклинические обследования, лабораторные исследования. На 1-2 сутки пребывания в клинике больным проведена исходная стресс-ЭхоКГ с применением нагрузочной пробы на велоэргометре. По результатам исследования больные были разделены на 2 группы: в 1-группу вошли 11 пациентов с положительной пробой стресс-эхокардиографии. Во 2-группу вошли 12 пациентов с отрицательной или сомнительной пробой стресс-ЭхоКГ. При отсутствии противопоказаний всем больным проведена КАГ. Результаты данного исследования сопоставили с результатами стресс-ЭхоКГ.

**Результаты и обсуждения:** Средний возраст пациентов составил  $60,3 \pm 6,2$  лет в 1-ой группе,  $51,4 \pm 10,7$  лет во 2-ой группе. Длительность ишемической болезни сердца (ИБС) составило  $3 \pm 0,5$  лет в 1-ой группе,  $2 \pm 1,6$  лет во 2-ой группе. Отмечена статистически значимая ( $p < 0,05$ ) встречаемость перенесённого в анамнезе ИМ в клинических исследованиях в 1-ой группе (55%,  $n=6$ ) по сравнению со 2-ой группой (17%,  $n=2$ ). В 1-ой группе отмечалась статистически значимая ( $p < 0,05$ ) низкая толерантность к физическим нагрузкам ( $75 \pm 13,4$  Вт;  $4,8 \pm 0,6$  МЕТ) в сравнении со 2 группой ( $100 \pm 29,6$  Вт;  $5,3 \pm 0,9$  МЕТ). При стресс-ЭхоКГ конечно-диастолический объем левого желудочка после нагрузки в обеих группах незначительно снизился (с  $112,6 \pm 24,8$  мл до  $104,8 \pm 30,6$  мл в 1 группе, с  $117,8 \pm 71,2$  мл до  $106 \pm 65,3$  мл во 2 группе), но конечно-систолический объём левого желудочка после нагрузки увеличился в 1-ой группе, в этой же группе отмечено снижение ФВ ЛЖ (с  $60,4 \pm 6,7$  % до  $58,0 \pm 5,2$  % в 1 группе и с  $57,7 \pm 14,0$ % до  $60,3 \pm 13,0$  % во 2 группе). Во 2 группе после КАГ выявлено статистически значимое многососудистое поражение коронарных артерий (стеноз на 70 % и более), из которых 4 больным в последующем проведено стентирование коронарных артерий, 7 больным проведено аортокоронарное шунтирование. В 1-ой группе у 2 больных выявлено однососудистое поражение коронарных артерий, которым не требовалось проведение реваскуляризации.

## СЛУЧАЙ ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИИ, ПОДТВЕРЖДЕННЫЙ ДАННЫМИ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНОАНГИОГРАФИИ

Артемьев В.Н., Горбунова М.Л.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Известно, что вазоспастическая стенокардия клинически проявляется приступами жжения за грудиной, часто в состоянии покоя, при этом физическую нагрузку пациенты переносят хорошо, что затрудняет верификацию диагноза ишемической болезни сердца.

Больной С., 54 лет обратился в клинику с жалобами на жгучие боли в области сердца, возникающие как при физической нагрузке, так и вне связи с ней, держащиеся около 5-15 минут, без иррадиации. Во время приступов принимал нитроглицерин с положительным эффектом, приступы купировались. Наследственность отягощена по гипертонической

болезни и ишемической болезни сердца. При обследовании выявлена гиперлипидемия. При проведении пробы с физической нагрузкой (велоэргометрия) на нагрузке 100 Вт зарегистрирована элевация сегмента ST на 2,7 мм в V5, пациент жаловался на жжение за грудиной, в связи с чем проба расценена как положительная. Пациент направлен на селективную коронароангиографию (СКГ) для верификации диагноза вазоспастической стенокардии.

При проведении СКГ выявлено сужение передней нисходящей артерии (ПНА) в проксимальном сегменте более 90% и замедление кровотока по ПНА. Оценка по шкале расчета скорости кровотока TIMI 1. Пациенту был введен нитрат (раствор изокета) с повторной оценкой скорости кровотока. Получено увеличение скорости кровотока, нормализация просвета сосуда. Оценка TIMI 3 балла.

Таким образом, у пациента был подтвержден диагноз вазоспастической стенокардии. На практике, у пациентов с такой патологией при проведении проб с физической нагрузкой характерным является элевация сегмента ST, а не его депрессия, что должно насторожить врача на предмет диагностики коронарного вазоспазма. Проведение СКГ является диагностически значимым исследованием и по его результатам определяется дальнейшая лечебная тактика.

## **СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПЕДИАТРИИ**

Беленков Ю.Н., Лукушкина Е.Ф., Вдовина Н.В., Мансфельд А.Д.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, Нижний Новгород

Сейчас трудно себе представить, что еще в 50-е годы XX века в кардиологии вообще не использовались ультразвуковые методы диагностики.

Первым ультразвуковым методом диагностики был метод ультразвуковой локации сердца в непрерывном режиме с использованием эффекта Доплера. Первые работы появились в Японии, чуть позже во многих странах мира, в том числе в СССР.

Очень скоро самые прогрессивные разработки начались в г. Горьком (ныне Нижний Новгород), причем уже лабораторный макет был эхокардиографом, сочетавшим возможности ультразвуковой локации в одномерном режиме и импульсной доплерэхокардиографии. Импульсная доплерэхокардиография была значительным шагом вперед в сравнении с непрерывным режимом доплеровской локации.

Разработка ультразвуковой кардиологической диагностической аппаратуры связана с именем прежде всего профессора Греховой М.Т., возглавлявшей отдел Института прикладной физики АН СССР. Разработкой прибора занимались научные сотрудники А.Д. Мансфельд, Ю.Л. Симонов, А.Г. Санин.

Клиническая апробация прибора проходила на кафедре факультетской педиатрии Горьковского мединститута (зав.каф.проф. Е.А. Ефимова) и ряде других кафедр.

## ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ИГГТ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТОЙ ЖЕСТКОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Беставашили А. А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России кафедра  
Профилактической и неотложной кардиологии, УКБ №1, Москва

**Цель.** Целью данного исследования была оценка влияния интервальных гипокси-гипероксических тренировок на факторы риска метаболического синдрома (МС), показатели артериальной жесткости, а также лабораторные показатели: липидного спектра, высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) и оценка эффектов ИГГТ на отложение абдоминального жира у пациентов с МС в группе ИГГТ в сравнении с контрольной группой, прошедшей тренировки в нормоксических условиях.

**Материалы и методы.** В исследование включено 20 пациентов с МС: 10 пациентов, проходящих курс ИГГТ, и 10 пациентов контрольной группы. Участникам проводился курс тренировок в течение 5 дней в неделю, в течение 3 недель, при гипокси-гипероксических и нормоксических условиях, в среднем в течение 45 минут. До курса процедур ИГГТ и после их завершения все пациенты проходили обследование, включающее ЭКГ, ЭХО-КГ, антропометрические измерения, оценку АЖ с помощью скорости распространения пульсовой волны, биохимический анализ крови, включающий показатели липидного спектра, глюкозы плазмы крови натощак и высокочувствительный СРБ.

**Результаты.** Было выявлено, что применение ИГГТ приводит к значимому уменьшению массы тела пациентов, окружности талии, толщины абдоминального жира, снижению скорости распространения плече-лодыжечной пульсовой волны, а также улучшению лабораторных показателей: высокочувствительного С-РБ и липидного спектра, которые после тренировки были значительно ниже в группе гипоксии, чем в группе нормоксии.

**Выводы.** Наши результаты показывают, что регулярные интервальные гипокси-гипероксические тренировки имеют определенные перспективы в лечении пациентов с метаболическим синдромом и могут более эффективно уменьшать показатели артериальной жесткости и, таким образом, предотвращать атеросклероз, и развитие сердечно-сосудистых заболеваний.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ФАКТОР РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Боровкова Л.В., Колобова С.О., Боровкова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», Нижний Новгород

В современном обществе как в мире, так и в России, отмечается тенденция к деторождению в позднем репродуктивном возрасте (35 лет и старше).

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*



Согласно данным литературы, за последние 20 лет средний возраст первородящей женщины увеличился на 3-5 лет и достиг в Нидерландах 29 лет, в Германии, Франции, Швеции, Испании и Японии – 28, в Греции, Португалии – 26, в России – 29-30 лет.

С 2000 по 2012 год в Западной Европе и России значительно увеличился и возрастной коэффициент рождаемости: среди женщин в возрасте 25-29 лет – в 1,4 раза, 30-34 лет – в 2 раза, старше 40 лет – в 1,6-2 раза.

У беременных старших возрастных групп наблюдается высокая частота развития экстрагенитальной патологии, которая в 30-34 года составляет 16,9%, в 35-39 лет – 24,8%, в 40 лет и старше – 44,9-79,8%.

Одним из наиболее частых осложнений беременности является артериальная гипертензия (АГ). АГ – состояние, при котором у беременных регистрируется САД  $\geq 140$  мм рт.ст. и/или ДАД  $\geq 90$  мм рт.ст.

По данным разных авторов, гипертензивные расстройства в мире осложняют 10-20% беременностей, в России – 5-30%.

Следует отметить, что за последние два десятилетия частота АГ повысилась на 40-50% в связи с увеличением среднего возраста первородящих, распространенности ожирения у женщин, широким применением вспомогательных репродуктивных технологий.

В мире, по данным ВОЗ, в структуре причин материнской смертности в 2014 году гипертензивные расстройства при беременности занимали второе место (14%). В России, по данным Минздрава РФ, данный показатель находится на третьем месте, составив в 2014 году 18%, в 2015 – 10,8%, в 2016 – 13,1%.

Артериальная гипертензия повышает частоту отслойки нормально расположенной плаценты, эклампсии, задержки роста плода, преждевременных родов, цереброваскулярных нарушений, полиорганной патологии, отслойки сетчатки, массивных коагулопатических кровотечений, развитие ДВС-синдрома, заболевания нервной и сердечно-сосудистой системы у детей.

Перинатальная смертность при гипертензивных расстройствах достигает 30-100%.

С гипертензивными нарушениями у беременных связано около 16% мертворождений: 11% случаев гибели плода приходится на хроническую АГ, 5% - на преэклампсию/эклампсию.

Гипертензивные расстройства во время беременности являются фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин в будущем: в последующие 20 лет после родов риск инсульта и ишемии миокарда возрастает в 2 раза, гипертензии – в 4 раза.

В структуру гипертензивных нарушений во время беременности входят: хроническая артериальная гипертензия (ХАГ), включающая гипертоническую болезнь, симптоматические АГ, гипертонию «белого халата», маскированную артериальную гипертонию; гестационную (индуцированную беременностью) АГ; преэклампсию/эклампсию; преэклампсию/эклампсию на фоне ХАГ.

Учитывая сложные патогенетические и патоморфологические механизмы развития гипертензивных расстройств актуальным вопросом современного акушерства и кардиологии остается поиск достоверных ранних маркеров гестационных и сердечно-сосудистых осложнений с целью разработки профилактических мероприятий у беременных с АГ.

## ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Боровкова Л.В., Колобова С.О., Боровкова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет», Нижний  
Новгород

Одной из значимых форм гипертензивных расстройств при беременности является хроническая АГ (гипертоническая болезнь), на долю которой, по данным разных авторов, приходится 30-51% случаев.

Одним из тяжелых осложнений ХАГ, вызывающим серьезные нарушения течения гестации, состояния плода и новорожденного, является преэклампсия (ПЭ).

ПЭ – мультисистемное патологическое состояние, которое развивается во второй половине беременности (после 20-й недели), характеризуется артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ( $\geq 0,3$  г/л в сутки), нередко, отеками, и признаками полиорганной/полисистемной дисфункции/недостаточности.

Частота развития ПЭ на фоне ХАГ достигает 75% случаев, при этом риск возникновения преэклампсии в последующей беременности увеличивается в 2 раза.

Критериями преэклампсии/эклампсии на фоне ХАГ являются:

- появление впервые после 20 недель протеинурии ( $\geq 0,3$  г белка в сутки) или прогрессирование уровня ранее имеющегося белка в моче;
- нарастающее повышение АД и/или нестабильность АГ (при постоянном контроле АД до 20 недели беременности);
- появление после 20 недель признаков полиорганной недостаточности.

На основании результатов многоцентровых исследований выделены факторы риска ПЭ, которые следует оценивать всем женщинам в период предгравидарной подготовки, а также при наступлении беременности.

К факторам высокого риска ПЭ относятся:

- хроническая артериальная гипертензия
- хронические заболевания почек
- коллагенозы
- заболевания сосудов
- сахарный диабет
- антифосфолипидный синдром
- гипертензия при предыдущих беременностях

К факторам умеренного риска развития ПЭ относятся:

1. первая беременность
2. возраст 40 лет и старше
3. интервал между последними родами и настоящей беременностью 10 лет и более
4. ИМТ более  $35 \text{ кг/м}^2$
5. преэклампсия в семейном анамнезе
6. многоплодная беременность

Профилактика преэклампсии показана всем беременным группы высокого риска, а также женщинам, имеющим 2 и более факторов умеренного риска и включает назначение

низких доз аспирина в дозе 75-162 мг/сут (А-1а) с 12 недель до родов (с обязательным информированным согласием женщины после 36 недель).

Беременным с низким потреблением кальция (<600 мг в день) показано назначение препаратов кальция в дозе не менее 1 г в день (А-1а).

На сегодняшний день профилактика преэклампсии у женщин группы риска – вопрос достаточно спорный и является предметом активных исследований, поскольку в клинической практике факторы риска лишь в 30% прогнозируют развитие преэклампсии. Ведение беременности должно учитывать индивидуальные особенности каждой пациентки и включать совместное наблюдение не только у акушера-гинеколога, но и у профильного специалиста (кардиолога, нефролога, гематолога, эндокринолога и др.).

## **КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ**

Булаева Ю.В., Наумова Е.А., Семенова О.Н., Степанцова Ю.Н., Канаева Т.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Россия,  
Саратов.

**Цель** - изучение взаимосвязи клинических и социальных факторов, и приверженности длительной лекарственной терапии пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

**Материалы и методы.** Проспективное исследование определения приверженности пациентов через 6,12 месяцев после выписки пациентов отделения кардиологии городской клинической больницы г. Саратова. Включались пациенты, находившиеся на госпитализации в связи с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, давшие свое согласие принять участие в работе, и не имевшие критериев исключения. Поводом для обращения послужили декомпенсация сердечной недостаточности, возникновение гипертонических кризов, нестабильной стенокардии, инфаркта миокарда.

**Результаты.** Дали согласие на заполнение опросника 129 респондентов (61% от числа приглашенных), однако, лишь 70 (33% от числа приглашенных) пациентов ответили практически на все вопросы анкеты. Медиана возраста составила 67 лет, 58(83%) достигли пенсионного возраста, 40(57%) – мужчины, 30(42%) имеют среднее образование, 32(46%) указали, что преимущественно профессия связана с умственным вариантом трудовой деятельности, 34(49%) респондентов считают называют свой доход ниже среднего. Ожирение выявлено у 61 (83%), артериальная гипертензия - 62(89%), стенокардия напряжения – 54(77%), инфаркт миокарда – 24(34%), ХСН – 52(74%), перенесенный инсульт – 12(17%), сахарный диабет 12(17%). Через 6 месяцев продолжали лечение 54%, через 12 месяцев - 50% пациентов. Продолжили лечение через 6 месяцев - 8 (100%) пациентов с высшим образованием, через 12 месяцев - 14(64%) со средне-специальным образованием ( $p<0.001$ ). Из числа клинических характеристик достоверные взаимосвязи между продолжением терапии выявлены при наличии перенесенных сосудистых катастроф - перенесенного инфаркта миокарда и инсульта. ИМ в анамнезе - продолжили 14(78%), как через 6, так и через 12 месяцев ( $p<0.001$ ). Спустя 6,12 месяцев после выписки продолжали прием препаратов 6(78%) пациентов с перенесенным инфарктом головного мозга. Через 12

месяцев – пациенты с ожирением 2,3 степени чаще прекращали терапию (32(67%)) (( $p < 0.005$ ).

**Заключение.** Показатели приверженности пациентов лекарственной терапии спустя, как 6, так и 12 месяцев после выписки из стационара невысоки, составляют около 50%. Из клинико-социальных факторов положительное влияние на дальнейшее продолжение оказывают перенесенные сердечно-сосудистые катастрофы.

## ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ГОСПИТАЛЬНУЮ ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Бушуева А.В., Починка И.Г., Ботова С.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский медицинский исследовательский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО ГКБ №13, Нижний Новгород

**Актуальность:** Распространенность сахарного диабета (СД) среди больных инфарктом миокарда (ИМ) выше, чем в общей популяции [1]. Отмечается рост распространенности СД среди пациентов ИМ [2-4]. Госпитальная летальность среди больных ИМ, страдающих СД выше, чем у пациентов не имеющих СД. Достижения в лечении ИМ связаны с использованием первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ), применением современных антитромбоцитарных препаратов и статинов, что делает актуальным современную оценку влияния СД на госпитальную летальность при ИМ.

**Цель:** Оценить влияние сахарного диабета на летальность при инфаркте миокарда по данным госпитального регистра острого коронарного синдрома за последние 5 лет.

**Материалы и методы:** Проведен анализ госпитального регистра острого коронарного синдрома (ОКС) Регионального сосудистого центра на базе городской клинической больницы №13 Нижнего Новгорода, включающего сведения о всех последовательно поступивших пациентах с ОКС с 1 января 2013 года по 31 декабря 2017 года.

**Результаты:** Регистр включает 5047 случаев инфаркта миокарда. В 1302 случаях у больных имелся сахарный диабет, что составило 25,8%. С увеличением возраста растет доля больных СД.

Среди больных СД, достоверно большая доля характеризовалась острой сердечной недостаточностью Killip II-IV, достоверно чаще встречались тяжелые варианты поражения коронарного русла. Госпитальная летальность у больных с сочетанной патологией в 1,5 раза выше, чем у пациентов без сахарного диабета. Проведение многофакторного анализа выявило, что наличие СД сопровождается повышением летальности на 36%. Среди пациентов, подвергнутых ЧКВ, влияние СД на риск летального исхода недостоверно, в подгруппе больных, не подвергнутых ЧКВ, СД увеличивает риск смерти на 45%.

### **Выводы:**

По данным госпитального регистра распространенность СД при ИМ составляет 25,8% и увеличивается с возрастом.

У пациентов, не подвергнутых ЧКВ, наличие сахарного диабета повышает риск госпитальной летальности при ИМ в 1,5 раза. Влияние СД на госпитальную летальность в случае выполнения ЧКВ не достигает достоверного уровня.

Для улучшения исходов стационарного этапа лечения ИМ необходимо стремиться к внутрисосудистой реваскуляризации в большинстве случаев вне зависимости от наличия или отсутствия СД.

**Список литературы:**

Larsson S. C., Wallin A., Håkansson N. et al. Type 1 and type 2 diabetes mellitus and incidence of seven cardiovascular diseases. *Int J Cardiol.* 2018. №262. P. 66-70.

Letino M., Andell P., Zeymer U. et al. Diabetic patients with acute coronary syndromes in contemporary European registries: characteristics and outcomes. *European Heart Journal. Cardiovascular Pharmacotherapy.* 2017. №3 (4). P.198–213.,

Arnold S. V., Lipska K. J, Li Y. et al. Prevalence of Glucose Abnormalities Among Patients Presenting with an Acute Myocardial Infarction. *American heart journal.* 2014. №168(4). P.466-470.

Эрлих А. Д., Грацианский Н. А. Острый коронарный синдром у больных сахарным диабетом: реальная практика российских стационаров (по результатам регистра RECORD). *Сахарный диабет.* 2012. №2. С.27–31.

Radke P.W., Schunkert H. Diabetics with acute coronary syndrome: advances, challenges, and uncertainties. *European Heart Journal European Heart Journal.* 2010. №31. P.2971–2973.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АСПИРИНИНДУЦИРОВАННЫХ ГАСТРОДУОДЕНОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

Буянова М.В., Боровкова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко»,  
Нижегород

**Цель.** Оценить эффективность использования препарата стимулятора выработки эндогенного простагландина в лечении эрозивно-язвенных процессов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у больных стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС).

**Материалы и методы.** В исследование вошли 30 человек (чел) с СИБС и эрозивно-язвенным процессом в ЖКТ на фоне длительного приема ацетилсалициловой кислоты (АСК), при этом исключались пациенты с хеликобактер-ассоциированным поражением ЖКТ. Среди них мужчин было 20 (66,6%), а женщин-10 (33,3%). Средний возраст по группе составил 60,7±12,3 лет. Диагноз СИБС устанавливался по клинико-инструментальной картине. Всем больным проводились электрокардиография, холтеровское мониторирование эхокардиография, селективной коронарография. Поражения ЖКТ диагностировались при помощи фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС) до и после лечения препаратом ребамипид (PRO.MED.CS. Praga a.s.) в стандартной дозировке по одной таблетке (100мг) три раза в день в течение двух месяцев.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

При этом у всех пациентов продолжалась терапия АСК, а ингибиторы протонной помпы не назначались. Анализ полученных данных осуществлялся при помощи программы статистика 10.0 и в процентном соотношении.

**Результаты.** Все пациенты длительное время (более 12 месяцев) получали терапию ацетилсалициловой кислотой (АСК) в защищенных формах. При помощи ФЭГДС были выявлены следующие изменения слизистой оболочки ЖКТ. Эрозии тела и антрума желудка у 16 чел (53,3%), эрозии двенадцатиперстной кишки у 6 чел (20%). У четырех (13,3%) пациентов была диагностирована геморрагическая гастропатия. У двух пациентов было обнаружено сочетание эрозивного гастрита и дуоденита (6,6%). По одному случаю пришлось на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, что составило 3,3% соответственно. В результате проведенного лечения отмечались положительные изменения в эндоскопической картине. Из всех 30 больных с СИБС, имеющих признаки эрозивно-язвенного поражения ЖКТ у десяти человек определялась слизистая оболочка без патологических изменений (33,4%). У 20 чел (66,6%) выявлялись признаки поверхностного гастрита.

**Выводы:** Стимулятор выработки эндогенных простагландинов ребамипид показал хорошую эффективность в терапии аспирииндуцированных гастродуоденитов у пациентов с СИБС.

## **ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИЕМЕ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ**

Буянова М.В., Боровкова Н.Ю., Бакка Т.Е.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко»,  
Нижний Новгород

**Цель.** Оценить частоту эрозивных и язвенных поражений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у пациентов со стабильной ишемической болезнью сердца (СИБС) при длительном приеме ацетилсалициловой кислоты (АСК).

**Материалы и методы.** В исследование вошли 387 больных. Все пациенты имели СИБС. Больные длительное время (более 12 месяцев) получали терапию защищенными формами АСК, согласно рекомендациям ЕОК (2013). Диагноз стабильной ИБС устанавливался по клинической и инструментальной картине на основании электрокардиографии, эхокардиографии, холтеровского мониторирования, селективной коронарографии. Всем пациентам проводилось обследование фиброэзофагогастродуоденоскопия с определением бактерии *Helicobacter pylori* (Hр). Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы статистика 10.0 и в процентном соотношении.

**Результаты.** Среди больных СИБС, принимающих АСК было отмечено 30 (7,7%) случаев эрозивных и язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). При этом в исследование не включались пациенты с Hр-ассоциированными поражениями

ЖКТ. Из них было 20 лиц мужского пола (66,6%) и 10 женского (33,3%). Средний возраст пациентов составил  $60,7 \pm 12,3$  года. Поражение слизистой ЖКТ было следующим. 24 (80,1%) пациента имели эрозивный процесс. Эрозии тела и антрума желудка были выявлены у 16 человек (53,3%), эрозии двенадцатиперстной кишки 6 человек (чел) [20%]. У четырех (13,3%) пациентов была диагностирована геморрагическая гастропатия. У двух пациентов было обнаружено сочетание эрозивного гастрита и дуоденита (6,6%). По одному случаю пришлось на язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, что составило 3,3% соответственно. Стоит отметить, что характерной особенностью данной категории пациентов является отсутствие каких-либо жалоб (19 чел-63,3%).

**Выводы.** Эрозивно-язвенные поражения ЖКТ у больных СИБС, принимающих АСК встречаются до 7,7% случаев. В структуре данных поражений превалирует эрозивный процесс тела и антрума желудка (53,3%). Язвенные поражения встречаются редко.

### СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНАЯ ЯЗВА У ПАЦИЕНТКИ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Власова Т.В., Горбунова М.Л., Соловьева Е.В., Макарова Т.Ю., Кравец Е.Г.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Минздрава России, ДКБ на ст. Нижний Новгород ОАО «РЖД», Нижний Новгород

На прием к гастроэнтерологу обратилась пациентка Е., 65 лет с жалобами на слабость, одышку при физической нагрузке, головокружение, похудание, дискомфорт в эпигастрии после еды, изжогу, вздутие живота.

Е. считала себя больной около 10 лет, страдала гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, ожирением II степени, перенесла геморрагический инсульт в левой гемисфере с частичной моторной афазией, умеренно выраженным правосторонним гемипарезом.

Объективно общее состояние удовлетворительное. ИМТ  $36 \text{ кг/м}^2$ . Кожные покровы бледные, чистые, сухие. Отеки отсутствуют. Частота пульса – 78 ударов в 1 мин. АДд=148/90 mmHg. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединноключичной линии. Ритм сердечной деятельности правильный, частота сердечных сокращений – 78 ударов в 1 мин. Тоны сердца приглушены, шумы не выслушиваются. В легких дыхание везикулярное, частота дыхания – 18 в 1 мин. Язык влажный, обложен белым налетом. При пальпации живот мягкий, болезненный в пилородуоденальной зоне. Размеры печени по Курлову в норме, при пальпации печень не выходит из-под реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

Данные лабораторных исследований без отклонений от нормы. По результатам ЭГДС – аксиальная диафрагмальная грыжа; рефлюкс-эзофагит I ст. по Savary-Miller; язва желудка в нижней трети тела 4 мм и пилорическом канале – 14x7 мм, язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК) 2x3 мм; кровотечение по FORREST IIb; рубцово-язвенная деформации привратника и ДПК. Н.pylogi++. При УЗИ органов брюшной полости – стеатоз печени, перегиб желчного пузыря, диффузные изменения поджелудочной железы.

Больной Е. был выставлен окончательный диагноз:

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

**Основное заболевание:** Гипертоническая болезнь III стадии, степень АГЗ, восстановительный период геморрагического инсульта в левой гемисфере с частичной моторной афазией, умеренно выраженным правосторонним гемипарезом, риск 4 (очень высокий). **Фоновые заболевания:** Сахарный диабет 2 типа, целевой HbA1c менее 7%, субкомпенсированный. Диабетическая дистальная полинейропатия нижних конечностей. Ожирение II ст. **Осложнения:** Симптоматические язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенное кровотечение по FORREST Ib. **Сопутствующие заболевания:** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: рефлюкс-эзофагит I ст. Неалкогольный стеатоз печени.

По поводу СГДЯ пациентке были назначены рабепразол, 20 мг 2 раза в сутки; висмута трикалия дицитрат, 120 мг 4 раза в сутки; итоприда гидрохлорид, 50 мг 3 раза в сутки. Через 7 дней от начала терапии отмечалось улучшение, к лечению были присоединены амоксициллин, 1000 мг 2 раза в сутки и кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки на 10 дней, висмута трикалия дицитрат и рабепразол продлены до одного месяца.

Заключение контрольной ЭГДС – аксиальная диафрагмальная грыжа, рефлюкс-эзофагит I ст. по Savary-Miller, стадия рубцевания язвы пилорического канала желудка и луковицы ДПК, гастрит без признаков атрофии слизистой, язвенная деформация привратника.

После окончания основного курса лечения больной Е. были рекомендованы: длительный поддерживающий курс ингибиторами протонной помпы в стандартной дозе в сутки до шести мес. для профилактики рефлюкс-эзофагита и НПВП-индуцированной гастропатии в случае возобновления назначения дезагрегантов; контроль эффективности эрадикационной терапии через 4-6 недель после ее окончания.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПРЕХОДЯЩИМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Голубкина Е.С., Починка И.Г., Ботова С.Н., Гвоздулина М.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

**Цель:** описать клинический профиль пациентов, направленных в экстренном порядке в стационар в связи с подозрением на переходящую форму фибрилляции предсердий (ФП).

**Материал и методы:** анализировались все случаи поступления в ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13» в экстренном порядке в связи с подозрением на пароксизмальную или персистирующую форму ФП в течение 1 месяца (март 2018), всего 124 случая. Данные представлены в виде Mean  $\pm$  SD и Median [Q1; Q3], при сравнении количественных переменных использовали тест Mann-Whitney.

**Результаты:** средний возраст пациентов составил  $70 \pm 10$  лет, из 124 больных женщины составили 67 % (83 случая). Отсутствовали жалобы в 5 случаях (4%), жалобы на сердцебиение наблюдались в 106 случаях (85%), на одышку – в 49 случаях (40%), на боли в грудной клетке - в 26 случаях (21%), на головокружение - в 9 случаях (7%). Переносимость аритмии по EHRA I-Па – в 3 случаях (2%), Ib – в 47 случаях (38%), III – в 73 случаях (59%), IV – в 1 случае (1%). Среднее число сердечных сокращений (ЧСС) на момент



поступления составило  $105 \pm 20$  в 1 минуту, среднее систолическое артериальное давление –  $135 \pm 25$  мм рт. ст. Случаев аритмического шока, острой левожелудочковой недостаточности или синкопальных состояний не зарегистрировано. Впервые выявленная ФП наблюдалась в 10 случаях (8%), в 114 случаях (92%) имелось повторное поступление в связи с ФП. В 21 случае (17%) было признано наличие постоянной формы ФП, в 103 случаях (83%) – преходящие формы ФП. Длительность анамнеза ФП составила 4 [3; 5] лет. Продолжительность текущего приступа аритмии составила 4 [2; 11] часа. Оценка по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 3 [2; 4] балла, по шкале HAS-BLED 1 [1; 2] балла. Статус по предшествующей регулярной терапии оральными антикоагулянтами (ОАК) удалось установить в 110 случаях: в 93 случаях (85%) пациенты не принимали ОАК, в 6 случаях использовали варфарин (5%), в 11 случаях (10%) использовались прямые ОАК. Из числа больных с CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc  $\geq 2$  без терапии ОАК оставались 83 % (74 случаев из 89 больных). Предшествующую антиаритмическую терапию получали 79 пациентов (64%), в том числе  $\beta$ -блокаторы использовались в 41 случае (33%), амиодарон в 19 случаях (15%), соталол в 6 случаях (5%), препараты I класса в 12 случаях (10%), 4 пациентов (3%) подвергались абляции ФП в анамнезе. На момент обращения в 40 случаях (32%) принято решение о первичной стратегии контроля ЧСС, попытка восстановления ритма предпринята в 84 случаях (68%). Из числа последних в 70 случаях (83%) удалось восстановить устойчивый синусовый ритм с помощью медикаментозной кардиоверсии, причем в 68 случаях этого удалось добиться на уровне приемного отделения. В 62 случаях (74%) для кардиоверсии использовался амиодарон внутривенно. В 102 случаях после оказания медицинской помощи в приемном отделении не имелось показаний к госпитализации, в 22 случаях потребовалась госпитализация. Основанием для госпитализации являлись первый приступ аритмии, неэффективность медикаментозной кардиоверсии на этапе приемного отделения и неэффективность контроля ЧСС при сохраняющейся ФП: у госпитализированных пациентов отмечалась достоверно большее ЧСС на момент обращения 120 [100; 130] по сравнению с 100 [90; 120] в 1 минуту у пациентов, не нуждающихся в госпитализации ( $p = 0,02$ ).

**Выводы:** основной поток больных, направляемых в стационар с подозрением на преходящие формы ФП, представлен пациентами с повторными приступами и давностью текущего эпизода аритмии менее 48 часов. В подавляющем большинстве случаев медикаментозная кардиоверсия на уровне приемного отделения оказывается эффективной, и пациенты не нуждаются в госпитализации. Пациенты характеризуются высокими рисками эмболических осложнений и низкими рисками кровотечений. Трое их четверых пациентов имеют показания к терапии ОАК, но только 17% из них регулярно используют ОАК в амбулаторных условиях.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА ПО ДАННЫМ СЕЛЕКТИВНОЙ КОРОНОАНГИОГРАФИИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ**

Горбунова М.Л., Кулузаде Л.К., Волкова А.Т.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, Нижний Новгород

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

Известно, что селективная коронароангиография (СКГ) является золотым стандартом в диагностике ишемической болезни сердца (ИБС).

**Целью** исследования являлось оценить взаимосвязь особенностей клинической картины ИБС с объемом поражения коронарного русла.

Нами проанализировано 25 историй болезни пациентов с диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС), который был поставлен впервые и подтвержден при проведении СКГ.

**Результаты:** Средний возраст пациентов составил  $57,3 \pm 4,5$  г. Мужчин среди пациентов было 20, женщин 5. При оценке коронарного русла у 14 человек был выявлен критический стеноз правой коронарной артерии (ПКА) (свыше 90%), у 11 человек - критический стеноз передней нисходящей артерии (ПНА). Всем пациентам было проведено стентирование коронарной артерии. При сопоставлении клинических данных было выявлено, что у пациентов со стенозом ПКА в клинике стенокардии ведущим симптомом была одышка, тогда как у пациентов с поражением ПНА проявления стенокардии соответствовали классическому ангинозному статусу. При оценке анамнеза выяснилось, что в группе с поражением ПКА пациенты ранее жаловались на приступообразную одышку, снижение артериального давления при физической нагрузке. При этом, большинством пациентов (9 человек) подобные проявления были расценены как детренированность и пациенты не обращались к врачу, либо обращались к пульмонологу, что увеличивало время постановки диагноза ИБС. У пациентов с поражением ПНА были жалобы на приступообразное жжение за грудиной во время физического усилия, либо на холоде. Пациенты при обращении к врачу сразу направлялись на кардиологическое обследование.

Известно, что, одышка является эквивалентом ишемии. По данным нашего наблюдения выявлено, что одышка характерна для больных с поражением ПКА, тогда как пациенты со стенозом ПНА имели типичную картину приступа стенокардии.

Таким образом, результаты работы показывают, что пациенты с жалобами на одышку, без анамнеза ИБС нуждаются в тщательной дифференциальной диагностике и в первоочередном кардиологическом обследовании.

## СЛУЧАЙ МАЛОБОЛЕВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Горбунова М.Л., Попова Н.А.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Известно, что часть инфарктов миокарда (ИМ) имеет атипичную клиническую картину. К атипичным формам инфаркта относят гастралгический вариант, астматический, аритмический и ряд других редких форм, что часто затрудняет диагностику ИМ. Симптоматика абдоминальной формы обусловлена расположением инфарктированного участка рядом с диафрагмой, а именно в нижней стенке миокарда или в верхушке. Абдоминальная форма ИМ может сопровождаться симптомами отравления и протекать с отсутствием болей.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

Больная Ч. 62 лет, не работает. 05.11.18 внезапно почувствовала боль в эпигастрии, одышку, слабость, липкий пот. Связав свое состояние с погрешностью в диете, обратилась амбулаторно к гастроэнтерологу, у которого много лет наблюдается по поводу хронического холецистита. При обследовании АСАТ 87 Ед, АЛАТ 94 Ед, на УЗИ ОБП признаки хронического бескаменного холецистита. ОАК: Лей 11,4, остальные параметры в пределах нормы. Назначено консервативное лечение холецистита (спазмолитики, холеретики, ферменты). В ряду назначений была электрокардиография (ЭКГ), но пациентка отказалась проводить исследование, сославшись на плохое самочувствие и нежелание лишней раз посещать врачей. На фоне лечения самочувствие улучшилось, при повторном взятии анализов, уровень ферментов нормализовался, что было расценено как положительная динамика холецистита. Тем не менее, врач настаивал на проведении ЭКГ и пациентка пришла на исследование 21.11.12. На исследовании зарегистрирован подострый период Q-инфаркта миокарда передне-верхушечной области. Выполнено экстренно ультразвуковое исследование сердца, где выявлен акинез верхушки сердца. Больная госпитализирована в стационар с диагнозом ИБС: Q-инфаркт миокарда передне-верхушечной области, подострая стадия. На селективной коронароангиографии выявлен 90% стеноз правой коронарной артерии и пациентке установлен стент с лекарственным покрытием.

Таким образом, врачу необходимо помнить об атипичных формах ИМ. Абдоминальная форма ИМ может сопровождаться резкой и сильной болью в области желудка и печени – вверху живота, под ребрами справа. Может напоминать приступ панкреатита. Заметные признаки гастралгической формы инфаркта миокарда: передняя стенка живота сильно напряжена, ритм сердца изменен. Требуется ЭКГ в начале обследования пациента для исключения острой коронарной патологии.

## СЛУЧАЙ ОСТРОГО МИОКАРДИТА С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ

Горбунова М.Л., Починка И.Г., Кулузаде Л.К., Аманбаев И.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Известно, что миокардиты имеют большую этиологическую группу и могут протекать от медленно прогрессирующих форм до молниеносного течения.

Приведенный клинический случай иллюстрирует инфарктоподобный вариант миокардита с летальным исходом.

Пациентка Д., 49 лет была доставлена в стационар СМП 14.01.2018 с диагнозом: ОКС без подъема ST. Жалобы при поступлении на боли в левой половине грудной клетке, чувство нехватки воздуха, слабость, холодный липкий пот. Больной себя считает в течение 2 дней, с 12.01.18 когда появилась лихорадка до 38,7, а 13.01.18 появились боли в грудной клетке. В анамнезе гипертоническая болезнь, хронический бронхит.

При поступлении состояние тяжелое, АД 100\60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. SaO<sub>2</sub>86%



Анализы крови: Тропонины 27,09, МВ-КФК >80, Лей 15,1 АСТ 122 Ед, АЛТ 284 Ед, глюкоза 12,0, креатинин 136 мкмоль/л, На ЭКГ – инфарктоподобные переднеперегородочной стенки. Селективная коронарография – данных за стеноз не получено. КТ-ангиопульмонография – данных за ТЭЛА нет.

Несмотря на интенсивную терапию, больная погибла через несколько часов поступления в стационар от нарастания острой сердечной недостаточности (отек легкого, кардиогенный шок)

Гистологическое исследование миокарда: кардиомиоциты увеличены в объеме, фрагментированы, цитоплазма их мутная, потеря поперечно полосатой исчерченности. Диффузная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация стромы. В легких картина полнокровия, отека. Изменения других органов неспецифичны.

Заключительный диагноз: Острый серозно-гнойный миокардит. Острая левожелудочковая недостаточность. Кардиогенный отек легких. Гипертоническая болезнь 3 стад., Хронический бронхит, вне обострения.

Таким образом, приведенный случай миокардита манифестировал как острый коронарный синдром. Больной был проведен полный комплекс обследований для верификации диагноза. Были исключены инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии. Хотелось обратить внимание на существование молниеносных форм миокардита, что требует настороженности врачей в отношении этого заболевания.

## **КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОЕ НАГРУЗОЧНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Гудим А.Л., Митрясова Н.Б., Новицкая Н.В.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №38», Нижний Новгород

Кардиопульмональное нагрузочное тестирование (КПНТ) с дополнительным измерением параметров газообмена является надежным диагностическим инструментом, который предоставляет значимую диагностическую и прогностическую информацию о состоянии дыхательной и сердечно-сосудистой систем организма здоровых лиц и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и болезнями органов дыхания. Метод широко используется в спортивной медицине для определения резервных возможностей спортсменов и разработки индивидуальных тренировочных программ. Накопленные за

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

последние 50 лет знания в области физиологии человека позволили расширить перечень показаний к его использованию и внедрить этот способ исследования в клиническую практику. КПНТ позволяет объективизировать функциональное состояние кардиореспираторной системы пациента, оценить толерантность к физической нагрузке и в случае ограничения определить ведущий патофизиологический механизм, что особенно важно при разграничении сердечной и легочной одышки. В кардиологии метод используется для оценки исходного состояния сердечно-сосудистой системы и ее резерва при самых различных заболеваниях сердца: приобретенных и врожденных пороках, постинфарктном кардиосклерозе, миокардитах, кардиомиопатиях и т.д. По результатам тестирования отбирают пациентов для хирургического лечения, оценивают эффективность лечения и подбирают индивидуальную программу физической реабилитации. Непрерывная регистрация газообмена при проведении нагрузочного тестирования дает возможность дополнительного анализа таких показателей как удельное потребление кислорода ( $VO_2$ -WR slope) и уровень кислородного пульса ( $VO_2/HR$ ), что способствуют повышению чувствительности и специфичности метода в диагностике ишемической болезни сердца до 87% и 74% соответственно. В работах зарубежных авторов показано, что низкий уровень максимального потребления кислорода ( $VO_2$  peak) и конечно-экспираторного парциального давления углекислого газа ( $PetCO_2$ ) на пике физической нагрузки в сочетании с высоким индексом  $VE-VCO_2$  выступают предикторами плохого прогноза при хронической сердечной недостаточности.

Таким образом проведение КПНТ в сочетании с другими методами диагностики значительно расширяет возможности оценки функционального статуса сердечно-сосудистой и дыхательной систем кардиологических больных.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСТАНЦИОННОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА БАЗЕ ЧУЗ «КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА «РЖД-МЕДИЦИНА» Г. МУРОМ»**

Давидян Н.Р., Сафиулов А.Н., Крайнов С.Н., Боровкова Н.Ю.

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Муром», Муром

**Цель работы:** изучить эффективность дистанционного диспансерного наблюдения при лечении артериальной гипертензии (АГ) на базе ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Муром».

**Материалы и методы.** Общая численность диспансерной группы в ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Муром» по заболеванию «Артериальная гипертензия» составляет 2968 человек. В период с 26.06 по 01.12.2018 приняли участие в апробации 97 пациентов. Из них мужчин было 45 человек (46,4%). Соответственно, женщин – 52 (53,6%). Исходно все пациенты с АГ находились на рутинном диспансерном учете и получали антигипертензивную терапию. Для проведения дистанционного мониторинга использовался персональный тонометр INME (Рег. уд. № РЗН 2017/5503 от 05.05.2017г.) для измерения артериального давления и частоты пульса, оснащенный функцией передачи диагностических измерений центру дистанционного мониторинга по каналам сотовой связи в количестве 50 единиц техники. В среднем, продолжительность

наблюдения за 1 человеком составила 2 месяца. Для оценки эффективности дистанционного диспансерного наблюдения при лечении АГ учитывали среднесуточные значения артериального давления (АД) исходно на первой неделе наблюдения и по результатам – на 7-8 неделях. Данный метод являлся домашним измерением с помощью автоматического прибора. Соответственно, пороговые значения АД считались 135/85 мм.рт.ст. (ЕОК, 2018). Учитывались среднесуточные параметры АД. Центр дистанционного наблюдения обеспечивал сбор результатов диагностики пациентов с персональных устройств и обрабатывал поступающие медицинские данные в режиме реального времени. Результаты оценивались в процентном соотношении.

**Результаты.** Возрастной состав пациентов выглядел следующим образом. Молодых лиц (21-45 лет) с АГ было 33 (34,0%), среднего возраста (46-60 лет) - 59 (60,8%), пожилых (61-75 лет) – 5 (5,2%). Исходно, среди 97 пациентов с АГ, находящиеся на рутинном диспансерном учете и получающие традиционную антигипертензивную терапию, лишь в 18 % имели АД ниже или равно 135/85 мм.рт.ст. (ЕОК, 2018). В дальнейшем, при тщательном наблюдении лечившихся с использованием персональных телеметрических технологий тонометром INME были достигнуты положительные результаты. В течение всего периода дистанционного мониторинга артериального давления пациенты находились под наблюдением врача кардиолога, который просматривал ежедневные показатели артериального давления в режиме онлайн в личном кабинете на сайте [pmonline.ru](http://pmonline.ru). Центр Мониторинга обеспечивал круглосуточное наблюдение и поддержку, в т.ч. в случае экстренных ситуаций. В итоге достигнутые среднесуточные значения АД ниже или равно 135/85 мм рт ст. к 7-8 неделе составляло 70%.

**Выводы.** Дистанционное диспансерное наблюдение при лечении АГ на базе ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Муром». С использованием персональных телемедицинских технологий показало высокую эффективность. Данный метод с успехом можно рекомендовать для диспансерного наблюдения и лечения больных с АГ.

## **КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ СОСТОЯНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ СЕРДЦА ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ**

Дурыгина Е.М., Некрасов А.И.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, ГБУЗ НО «ГКБ № 5», Нижний Новгород

Субклинический гипотиреоз (СГ) может ассоциироваться с начальными нарушениями сократимости миокарда, патогенез которых неясен, а также с артериальной дисфункцией.

**Целью работы** стало изучение клинико-патогенетических взаимосвязей между систолической функцией сердца и состоянием артериального русла при СГ.

**Материалы и методы:** наблюдали 47 женщин до 45 лет, без сердечно-сосудистых заболеваний, с аутоиммунным тиреоидитом и СГ. Проводили тканевое доплеровское исследование сердца для выявления ранних нарушений сократимости по снижению пиковых скоростей продольного движения атриовентрикулярных колец; ультразвуковым методом оценивали показатели эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) и

эластичность артерий (по модулю Юнга). При статистической обработке использовали однофакторный анализ в модели логистической регрессии, корреляционный анализ Спитмена.

**Результаты:** Риск ранних систолических нарушений возрастал при увеличении ТТГ в субклиническом диапазоне (ОШ 1,4 [1,1; 1,8],  $p=0,002$ ). Наличие эндотелиальных сдвигов ( $\text{ЭЗВД}<10\%$ ) увеличивало его в 3,9 раза ( $p=0,010$ ), а превышение модулем Юнга границ нормы - в 5,2 раза ( $p=0,012$ ). В свою очередь, факт выявления увеличенного модуля Юнга и снижение ЭЗВД обнаруживали слабые, но достоверные прямые корреляции с уровнем ТТГ ( $p<0,05$ ).

**Выводы:** риск ранних систолических нарушений при СГ значимо взаимосвязан со степенью минимальной тиреоидной недостаточности и возрастает по мере ее усугубления. Кроме того, возможен негативный патогенетических вклад в их формирование характерных для СГ нарушений эндотелиальной функции и эластичности сосудов, выраженность которых также зависит от степени тиреоидной дисфункции.

## **ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ СО СМЕРТНОСТЬЮ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ**

Жидкова И.И., Шибанова И.А., Иванов С.В., Сумин А.Н., Самородская И.В.  
Барбараш О.Л.

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», Кемерово, ГБУЗ «Кемеровский областной клинический кардиологический диспансер имени академика Л.С. Барбараша», Кемерово, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава России, Москва

**Актуальность.** Коронарное шунтирование (КШ) является эффективным способом оперативного лечения ишемической болезни сердца (ИБС) и ассоциируется с улучшением качества и продолжительности жизни пациентов. Однако, несмотря на значительный прогресс в хирургическом лечении данной категории больных, проведение кардиохирургического вмешательства сопряжено с высоким риском развития неблагоприятных исходов как в раннем, так и в отдаленном периодах наблюдения. По данным современной литературы, имеются неоднозначные результаты проводимых исследований в отношении значимых факторов риска развития послеоперационных осложнений КШ и смертности.

**Цель и задачи исследования:** изучение факторов риска развития смертельных исходов в течение года после КШ.

**Материал и методы исследования:** на основе базы данных регистра коронарного шунтирования (КШ) ФГБНУ НИИ КПССЗ проведен анализ годовой смертности [общая смертность (госпитального + постгоспитального этапов наблюдения) и постгоспитальная смертность] у 680 пациентов [538 мужчин (79,10% и 142 женщин (20,90%), прооперированных в период 2011-2012г.г. (одноцентровое регистровое проспективное исследование). Средний возраст больных составил  $59,12 \pm 7,98$  лет (от 33 до 78 лет). Многофакторный анализ выполнен методом бинарной логистической регрессии.

Статистический анализ выполнен с помощью программы SPSS 20.0.1. Статистически значимыми считали различия при значении  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Летальный исход зарегистрирован у 2,06% человек на госпитальном этапе наблюдения и 3,06% - на постгоспитальном этапе в течение года наблюдения после КШ. Риск постгоспитальной смертности на годовом этапе возрастает в 7,86 раз при наличии мультифокального атеросклероза (МФА) в анамнезе перед КШ [ОШ=7,86 95% ДИ 1,73-35,65 ( $p=0,007$ )]. Риск общей смертности (госпитального + постгоспитального этапов наблюдения) годового периода по данным многофакторного анализа возрастает в 60 раз при наличии периперационного инфаркта миокарда (ИМ) на госпитальном этапе [ОШ=60,99 95% ДИ 12,52-297,19 ( $p < 0,0001$ )] и в 4,87 раз при наличии МФА [ОШ=4,87 95% ДИ 1,61-14,75 ( $p=0,005$ )].

**Заключение.** МФА является значимым фактором риска, увеличивающим в 4,87 раз риск развития смертельных исходов после проводимого КШ на годовом этапе наблюдения. Периперационный ИМ имеет самый высокий риск в отношении наступления летальных исходов в течение года после КШ.

## КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Землянская О.В., Рябова А.Ю.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

**Цель.** Выявить клинически значимые гендерные различия у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССЗ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

**Материал и методы.** Было проведено поперечное клинико-ретроспективное исследование архивных историй болезни 419 пациентов, находившихся на госпитализации с обострением ХОБЛ в пульмонологическом отделении ГУЗ «Саратовской ГКБ №8» в период с 1 января по октябрь 2017 гг. Методом независимой целевой выборки, с учетом мультиморбидности и гендерной принадлежности, в исследование были включены 169 пациентов с ХОБЛ и ССЗ, у которых проводился сбор и анализ паспортных данных, информации о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, данных объективного осмотра, лабораторно-инструментальных данных. Обследование было проведено в соответствии со стандартами оказания бесплатной медицинской помощи.

**Результаты.** Пациенты, включенные в исследование, были разделены на четыре группы в соответствии с полом и уровнем ОФВ<sub>1</sub>. В первую и вторую группы вошли пациенты мужского пола, среди которых 54 чел (31,5%) с ОФВ<sub>1</sub> > 50% должной величины (ДВ) и 50 чел (29,5%) с ОФВ<sub>1</sub> < 50% ДВ. Третью и четвертую группы составили женщины, в том числе 52 чел (31%) с ОФВ<sub>1</sub> > 50% и 13 чел (8%) с ОФВ<sub>1</sub> < 50% ДВ. Средний возраст обследованных составил 63,1 ± 0,08 года у мужчин и 65 ± 0,12 года у женщин. У большей части пациентов была выявлена артериальная гипертония (АГ). Так, среди мужчин первой и второй групп АГ была обнаружена в 84% и 90% случаев соответственно. У женщин АГ встречалась значительно чаще: в третьей группе – у 50 чел (96%), в четвертой – у 13 чел

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*



(100%). И у мужчин ( $r=0,54$ ), и у женщин ( $r=0,48$ ) с утяжелением ХОБЛ нарастала степень АГ. ИБС наиболее часто встречалась у женщин (у 80% женщин и 57% мужчин). Напротив, стенокардия напряжения была выявлена только у пациентов мужского пола (21%). Перенесенные инфаркты миокарда, аналогично, чаще отмечались у мужчин (36% против 15% у женщин). ХСН встречалась одинаково часто как у мужчин, так и у женщин (71% и 70% соответственно), однако функциональный класс ХСН у пациентов мужского пола был выше. При нарастании бронхообструктивного синдрома и у мужчин, и у женщин наблюдалось утяжеление ХСН ( $r=0,64$  и  $r=0,58$ , соответственно). У женщин в большинстве случаев отмечалась ХСН с сохраненной фракцией выброса (70%), у мужчин – с промежуточной (57% случаев). Фибрилляция предсердий наиболее часто встречалась у женщин (20%, против 6% у пациентов мужского пола). Препараты, рекомендованные для терапии ССЗ, значительно чаще принимали женщины (92% женщин и 67% мужчин). В полном объеме – только женщины (20%), из них с эффектом – 38%.

**Заключение.** Таким образом, выявлены клинически значимые гендерные различия у пациентов с коморбидной патологией.

## АНАЛИЗ СИНДРОМА ДЕПРЕССИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ УРЕМИЕЙ

Иевлев Е.Н., Казакова И.А.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Ижевск

**Введение.** Депрессия и личностная тревожность часто встречаются у диализных пациентов. Выраженность симптомов депрессии после начала диализной терапии является независимым прогностическим фактором выживаемости. В то же время, коморбидность депрессии и артериальной гипертензии (АГ) составляет 30% и лечение её способно предотвратить более 11% инсультов. Больным с терминальной уремией с депрессивной реакцией необходима ориентация на психофармакотерапию или психотерапию (как правило, требуется их сочетание).

**Цель исследования:** изучить структуру синдрома депрессии при АГ у больных с терминальной уремией.

**Материалы и методы исследования.** Обследовано 248 больных, получавших лечение в отделении гемодиализа города Ижевска. Из них женщин почти в 2 раза больше, что составило 65,4%; мужчин 34,6%. Средний возраст пациентов  $45,3 \pm 5,4$  лет (от 21 до 65 лет). Длительность диализной терапии в среднем составила  $5,9 \pm 2,1$  лет; длительность АГ –  $15,4 \pm 6,5$  лет. Процедуры гемодиализа выполнялись 3 раза в неделю на аппаратах 4008S («Fresenius», Германия), средняя продолжительность 4 часа. Все пациенты с АГ получали базисную антигипертензивную терапию: препараты группы ингибиторов АПФ, блокаторов медленных кальциевых каналов и  $\beta$ -блокаторов. Для оценки выраженности депрессии использовался опросник шкалы депрессии Бека (1961). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2010.

**Результаты исследования.** При анализе данных шкалы депрессии Бека установлено, что у больных с АГ депрессия встречалась у 167 (96,5%) пациентов; у больных с нормальным АД у 17 (60,7%), с пониженным АД у 23 (48,9%). Тяжелая степень депрессии

встречалась: у 16 (9,2%) пациентов с повышенным АД, у 2(7,1%) с нормальным АД, у 3 (6,4%) с пониженным АД. Выраженность депрессии у пациентов с АГ составила в среднем  $20,6 \pm 1,1$  балла, с нормальным АД –  $18,6 \pm 2,7$ , с пониженным АД -  $11,6 \pm 1,5$  ( $p_{1-3} < 0,001$ ;  $p_{2-3} < 0,001$ ). Симптомы депрессии выявлены у 114 (95%) пациентов с АГ 1 степени и у всех (100%) пациентов со 2 и 3 степенью. У пациентов с АГ 1 и 2 степени субдепрессия встречалась у 42 (35%) и 12 (28,6%), соответственно. У пациентов с АГ 1 степени превалировала умеренная и выраженная депрессия, с АГ 2 и с 3 степени – выраженная и тяжелая. Процент пациентов с тяжелой депрессией увеличивался с повышением степени АГ. Эта же закономерность прослеживалась и в средних баллах депрессии: с АГ 1 степенью -  $17,9 \pm 1,3$  балла, со 2 степенью -  $20,9 \pm 2,5$  балла и с 3 степенью -  $26 \pm 2,7$  балла ( $p_{1-3} = 0,0003$ ). Выявлено, что для выраженной депрессии характерно присутствие большинства проявлений депрессивного симптомокомплекса, в т.ч. суицидальных мыслей и попыток, возможны психотические проявления (с бредовыми идеями вины); выраженное нарушение профессионального и социального функционирования. Нами была выявлена корреляционная зависимость между продолжительностью диализного лечения и выраженностью депрессии ( $r=0,78$ ;  $p>0,05$ ), а также между выраженностью депрессии и уровнем систолическим ( $r= -0,34$ ;  $p>0,04$ ) и диастолическим ( $r= -0,36$ ;  $p>0,05$ ) АД.

**Выводы:** Таким образом, больные с терминальной уремией при АГ имеют бóльший риск возникновения депрессии. Степень тяжести симптомов депрессии увеличивается с увеличением степени АГ. В связи с этим у пациентов с АГ, находящихся на гемодиализе, требуется не только коррекция АД, но и проведение психотерапевтического и психофармакологического лечения. Эта группа пациентов нуждается в психологическом обследовании для последующего психофармакологического и психотерапевтического лечения.

## ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНВОЛЮТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Изюмов А.Д.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, Областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород

**Введение.** В последние десятилетия отмечается увеличение продолжительности жизни во всех странах и повышается роль заболеваний, присущих старческому возрасту. Одним из них является сенильный стеноз (СС) аортального отверстия (АО). Его длительное латентное течение на ранних стадиях может быть не заметным, пока не наступит обструкция выходного тракта левого желудочка сердца. Вместе с этим наличие ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, у больных пожилого возраста может отягощать течение сенильного поражения аортального клапана (Г.Н. Верещагина с соавт., 2012). В свою очередь СС АО приводит к гемодинамическим нарушениям, требующих хирургического вмешательства, которое у лиц пожилого возраста является проблематичным. До настоящего времени в доступной литературе можно встретить лишь единичные сведения о сенильных изменениях

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

аортального клапана (АК) у больных с ИБС. Мало изучены гендерные особенности при наличии инволютивных изменений АК.

**Цель исследования:** изучить гендерные особенности инволютивных изменений АК у больных со стабильной ИБС по данным кардиологического отделения стационара областной больницы.

**Материалы и методы.** Было проанализировано 585 историй болезни лиц, лечившихся в кардиологическом отделении ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко за период 6 месяцев 2015 года. Из них были отобраны пациенты старше 50 лет, имеющие стабильную ИБС. Оценивали инволютивные изменения АК и выходного отдела аорты по данным ультразвуковой эхокардиографии. Результаты анализировали в абсолютных, процентных значениях, а также с помощью пакета статистических программ «StatSoft STATISTICA 10.0» (США)

**Результаты.** Из 585 случаев было зарегистрировано 210 человек старше 50 лет со стабильной ИБС. Из них 110 лиц (52,4%) имели признаки инволютивных изменений АК и АО. Под последними понимали признаки кальциноза и дегенеративных изменений АК и АО. Средний возраст больных, имеющих инволютивные изменения АК, составил  $69,8 \pm 7,4$  [54;95] лет. Среди них преобладали женщины (65 человек (чел.) – 59%). Их средний возраст был  $71,8 \pm 7,1$  [57;95]. Мужчин оказалось несколько меньше – 41% (45 чел.) и они были моложе, чем женщины ( $66,7 \pm 6,6$  [54;86],  $p < 0,05$ ).

С увеличением возраста частота сенильных изменений АК и АО увеличивалась (корреляция возраста и наличия сенильных изменений  $r = 0,35$ ;  $p < 0,05$ ). Так в группе лиц 50-59 лет это встречалось у 27% (13 чел.), 60-69 лет у 52,6% (50 чел.), 70-79 у 66% (27 чел.), а у лиц старше 80 лет до 80% (20 чел.). Была выявлена связь между возрастом пациентов и диаметром раскрытия АК ( $r = -0,27$ ;  $p < 0,05$ ). СС АО регистрировался у 21 человека - 19% случаев. При этом женщин, имеющих СС, было в 2 раза больше, чем мужчин (15 чел. против 6). Они оказались старше по возрасту ( $76,9 \pm 7,7$  [64;95]), чем мужчины ( $68,1 \pm 3,8$  [64;75],  $p < 0,05$ ). Среди больных со стабильной ИБС, имеющих инволютивные изменения АК и АО в подавляющем большинстве встречалась артериальная гипертензия (108 чел. – 98%). Все они имели признаки хронической сердечной недостаточности. У 39% (43 чел.) выявлялось нарушение углеводного обмена, преимущественно сахарный диабет (33 чел. – 30%). У 36 чел. (32,7%) было ожирение. В анамнезе инфаркт миокарда имели 27,2% (30 чел.). Постоянную форму фибрилляции предсердий – 36,3% (40 чел.). Взаимосвязи между диаметром раскрытия створок АК и частотой сердечных сокращений, величиной артериального давления, уровнем общего холестерина у исследуемых выявлено не было. Возможно, отсутствие корреляции с уровнем артериального давления могло быть связано с изменением гемодинамики при наличии стеноза выходного тракта левого желудочка сердца, характерного для данной патологии.

**Выводы.** При сравнительном анализе историй болезни пациентов со стабильной ИБС старше 50 лет, признаки инволютивных изменений АК были выявлены у 52,4%. Среди них преобладают женщины. У женщин чаще, чем у мужчин, возрастные изменения АО осложнялись СС. Наличие артериальной гипертензии может быть важным фактором развития инволютивных изменений АК у мужчин и женщин.

## КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ СИНДРОМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК В ПЕРИОД РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИИ

Казакова И.А., Попова И.В.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
Ижевск

**Актуальность темы:** Острое повреждение почек (ОПП) представляет собой синдром внезапной потери почечной функции, часто протекающей с олигурией и с повышением ранней, отдалённой заболеваемости и смертности пациентов, с последующим развитием хронической болезни почек (ХБП).

При правильной диагностике и терапии, ОПП может закончиться полным выздоровлением. В связи с чем необходимо изучение и своевременное проведение терапии синдрома ОПП в различные периоды заболевания.

**Цель исследования:** Изучить особенности синдрома ОПП в период реконвалесценции.

**Методы и материалы:** Проведен анализ 27 случаев исходов синдрома ОПП с различной патологией: терапевтического, хирургического, гинекологического, урологического профилей (12 мужчин и 15 женщин, в возрасте от 20 до 59 лет).

Диагноз ОПП был поставлен согласно критериям KDIGO 2012 г.; Проекта национальных рекомендаций «Острое повреждение почек», 2018 г. Исследование восстановления функции почек проводилось в течение 3 месяцев с момента выписки пациентов из стационара. Были проведены стандартные обследования: суточная протеинурия, микроскопия осадка мочи, тест на альбуминурию, УЗИ почек, биохимическое исследование крови, расчет СКФ по СКД-ЕPI.

**Результаты исследования и их обсуждение:** У пациентов диагностированы следующие стадии ОПП: 1 стадия - 21 человек (78%), из них у 15 отмечается повышенный уровень сывороточного креатинина  $131,5 \pm 41,5$  мкмоль/л при сохраненном диурезе. У 6 человек (22%) 1 стадия ОПП диагностирована только по сниженному суточному диурезу в 1,5-2 раза от должного, из расчета по объёму мочи  $< 0,5$  мл/кг/ч в течении 6 часов, 2 стадия ОПП не была выявлена ни у одного пациента, 3 стадия - 6 пациентов, уровень креатинина составил  $604,0 \pm 128,0$  мкмоль/л при сниженном суточном диурезе менее 0,3 мл/кг/ч в течение 24 часов, или анурия в течение 12 часов.

У всех пациентов по результатам стандартного обследования в период реконвалесценции, не было выраженных отклонений от нормальных значений, в то же время, тест на альбуминурию был изменен.

К 3 месяцу после выписки из стационара уровень альбуминурии у пациентов с 1 стадией ОПП составил  $25,34 \pm 2,15$  мг/24 в суточной моче, СКФ -  $77,6 \pm 3,0$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, с 3 стадией показатели соответствовали патологической альбуминурии  $34,75 \pm 4,75$  мг/24 в суточной моче, СКФ -  $26,5 \pm 4,5$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup>.

**Выводы:** Синдром ОПП полиэтиологическое состояние, чаще диагностируется 1 и 3 стадии заболевания. Тест на альбуминурию является индикатором повреждения почек в период реконвалесценции. После выписки из стационара у большинства пациентов ренальная функция полностью не восстанавливается и наблюдается через 3 месяца переход

в ХБП. Пациенты, перенесшие ОПП, нуждаются в динамическом наблюдении за функцией почек и нефропротективной терапии на этапе реконвалесценции.

## **ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: МЕСТО НОВЫХ ПЕРОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ В ТРОЙНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

Кайдалова Н.А., Королёва Л.Ю., Волкова А.Т., Корязина А.М., Ковалёва Г.В.,  
Пайкова Н.Н., Носов В.П.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»,  
Нижний Новгород

**Цель** – изучить распространенность фибрилляции предсердий среди пациентов с ОКС, определить частоту назначения «двойной» и «тройной» анти тромботической терапии и её состав, оценить эффективность контроля МНО у пациентов, получающих варфарин, на стационарном этапе.

**Материалы и методы.** В проспективное наблюдательное исследование были включены 402 пациента, проходившие лечение в 2014-2017гг. на базе РСЦ №2 ГБУЗ НО НОКБ им. Семашко, с сочетанием постоянной, пароксизмальной или персистирующей ФП с ОКС как с подъемом (68 пациентов, 16,9%), так и без подъема сегмента ST (334 пациента, 83,1%) из них мужчины – 227 пациентов (56,5%), средний возраст больных - 69,7(± 9,6) лет.

**Результаты:** Распространенность ФП среди пациентов с ОКС составила 7,98% (402 пациента из 5037). У 40% (161 пациента) ФП была выявлена впервые, у 60% (241 пациента) - имелась ранее. Из 241 пациента, у которых ФП имелась ранее, подавляющее большинство не получали анти тромботического лечения до поступления в стационар: дезагреганты до госпитализации принимали 38 больных из 241 (15,7%), антикоагулянты – всего 18 человек (7,5%).

В стационаре чаще всего была назначена тройная анти тромботическая терапия, что соответствует современным рекомендациям [7], при этом доля тройной анти тромботической терапии увеличилась с 59,1% в 2014-2015гг. до 82,6% в последующем наблюдении. Увеличение частоты назначения антикоагулянтной терапии может быть связано с более широким внедрением в клиническую практику новых пероральных антикоагулянтов. Если ранее их доля в антикоагулянтной терапии составляла всего 19,4%, то к 2017г. она возросла до 47,1% и составила почти половину назначений.

За весь период наблюдения варфарин был назначен 216 больным, среди них к моменту выписки из стационара целевое МНО было достигнуто только у 62 пациентов (28,7%).

**Заключение:** В исследовании было выявлено, что пероральные антикоагулянты в составе анти тромботической терапии стали назначаться чаще, а доля НОАК в структуре антикоагулянтной терапии увеличилась к 2017г., поскольку эти препараты не требуют лабораторного контроля, более безопасны по частоте развития геморрагического инсульта и внутричерепных кровотечений и могут считаться перспективной альтернативой варфарину у обсуждаемой группы пациентов.

## ТЭЛА: ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Калинина М.Л.

ГБУЗ НО «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница»,  
Нижний Новгород

Быстрая и своевременная диагностика тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) определяет адекватное лечение, от которого зависит судьба пациента. Однако, инструментальные методы обследования, имеющие высокую диагностическую чувствительность и специфичность (КТ, сцинтиграфия легких, пульмонангиография), могут быть отсрочены из-за тяжести состояния больного или недоступности в данном медицинском учреждении.

**Цель** настоящего исследования - определение возможностей эхокардиографии (ЭхоКГ) в экстренной диагностике ТЭЛА. Материал и методы. С марта 2008г. по май 2017г. ультразвуковое трансторакальное исследование выполнено 600 пациентам с легочной гипертензией, из них 125 пациентов с ТЭЛА. Данные ЭхоКГ верифицированы с результатами пульмонангиографии, КТ с контрастированием и/или интраоперационными данными (оперировано 125 пациентов с ТЭЛА высокого риска, выполнена эмболэктомия из ветвей легочной артерии проф. А.П. Медведев). Скрининговое ультразвуковое исследование пациента с подозрением на ТЭЛА включало: оценку состояния правого желудочка (ПЖ), правого предсердия, трехстворчатого клапана (ТК), легочной артерии (ЛА); выявление признаков перегрузки ПЖ, оценку диастолической и систолической функции ПЖ ( амплитуда смещения кольца трикуспидального клапана - TAPSE, скорость движения фиброзного кольца трикуспидального клапана); определение характера кровотока и расчет давления в легочной артерии (среднее давление по времени ускорения потока в выводном отделе правого желудочка (ВОПЖ) (Kitabatake A.1983 г) и максимальное систолическое давление по градиенту потока трикуспидальной регургитации (Yock PG et. al. 1984)); поиск возможных причин легочной гипертензии; по возможности установление источника тромбоэмболии.

**Результаты.** У всех пациентов с ТЭЛА высокого риска наблюдалось увеличение полости правого желудочка и правого предсердия ( $35 \pm 4,34$  мм и  $46,3 \pm 4,28$  мм, соответственно), расширение ствола легочной артерии ( $30 \pm 2,1$  мм), признаки перегрузки правого желудочка разной степени выраженности (систолическое уплощение МЖП, парадоксальное движение МЖП, регургитация на ТК 2 степени, повышение давление в ЛА). У 9 пациентов выявлены тромбы в ПЖ, ПП; у 4 пациентов тромбы в стволе, бифуркации ЛА. В ВОПЖ регистрировался двухфазный кровоток с выраженной инцизурой, иногда только в виде пика в раннюю фазу изгнания ( $V_{\text{пик}} 0,56 \pm 0,08$  м\сек) с последующей низкоскоростной фазой ( $V 0,22 \pm 0,07$  м\сек) и даже с реверсией в конце фазы. Расчетное среднее давление в легочной артерии составило  $56,8 \pm 5,6$  мм Hg

**Заключение:** Эхо-КГ - информативный неинвазивный метод диагностики ТЭЛА высокого риска. Основными диагностическими критериями являются двухфазный характер кровотока в ВОПЖ в сочетании с симптомами перегрузки ПЖ. Преимуществами метода является доступность, быстрота исследования и возможность выполнения у постели больного, находящегося в нестабильном состоянии; дифференциально-диагностический поиск и определение показаний к тактике ведения: тромболизису или хирургическому

лечению, а также динамическая оценка состояния легочного кровотока на фоне проведенного лечения.

## ШКАЛА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Касалинская В.В., Мензоров М.В.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки России,  
Ульяновск

**Цель исследования.** Разработать систему оценки риска развития острого повреждения почек (ОПП) у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН).

**Методы исследования.** Обследован 171 больной с ОДХСН. Мужчин было 113 (66%), женщин – 58 (34%), средний возраст составил 65±11 лет. Диагностику сердечной недостаточности осуществляли согласно Рекомендациям Общества специалистов по сердечной недостаточности (2017). Диагностику ОПП выполняли согласно Рекомендациям KDIGO (2012). Проводили анализ анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных параметров и применяемых медикаментозных препаратов. Для идентификации предикторов ОПП использовали бинарную логистическую регрессию и ROC-анализ. Для выявления многомерных зависимостей между признаками выполняли многофакторный регрессионный анализ.

**Полученные результаты.** ОПП было выявлено у 52 (31%) пациентов. При проведении логистической регрессии наиболее значимыми факторами риска развития данного осложнения оказались: фракция выброса левого желудочка (ФВ) менее 45% (ОР 2,31; 95% ДИ 1,12–4,73;  $p=0,02$ ), инфаркт миокарда в анамнезе (ПИКС) (ОР 2,94; 95% ДИ 1,32–6,53;  $p=0,007$ ), повышение АЛТ > 2 верхних границ нормы (ВГН) (ОР 3,80; 95% ДИ 1,26–11,41;  $p=0,02$ ), QRS на ЭКГ  $\geq 150$  мсек (ОР 4,19; 95% ДИ 1,29–13,65;  $p=0,02$ ), уровень шкалы оценки клинического состояния больного ХСН (ШОКС) > 9 баллов (ОР 5,03; 95% ДИ 2,43–10,40;  $p < 0,001$ ), увеличение креатинина сыворотки крови, взятой в момент госпитализации, относительно базального (расчетного, соответствующего СКФ 75 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>) более 44 мкмоль/л (почечная дисфункция) (ОР 5,48; 95% ДИ 2,51–11,98;  $p < 0,001$ ), значение визуальной аналоговой шкалы самостоятельной оценки состояния здоровья (ВАШ) менее 25 % (ОР 7,39; 95% ДИ 2,85–19,11;  $p < 0,001$ ), использование симпатомиметиков (ОР 12,03; 95% ДИ 2,47–58,62;  $p=0,002$ ), опиатов (ОР 2,69; 95% ДИ 1,22–5,92;  $p=0,01$ ), введение рентгеноконтрастных средств (РКС) (ОР 3,29; 95% ДИ 1,14–9,46;  $p=0,03$ ). Последующее проведение многофакторного регрессионного анализа позволило исключить те параметры, которые являлись составной частью других предикторов, либо были тесно связаны с более значимыми факторами. С целью формирования шкалы риска развития ОПП у больных ОДХСН и для цифрового представления (в баллах) роли каждого из учитываемых факторов, производилось умножение коэффициента уравнения регрессии на 10, с последующим округлением до целого числа. В итоге в систему оценки риска были включены 6 параметров: ВАШ < 25% - 4 балла; почечная дисфункция - 3 балла; ШОКС

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

более 9 баллов, АЛТ > 2 ВГН, введение РКС, ФВ менее 45% (по 2 балла). Разработанная шкала надежно прогнозировала ОПП у больных ОДХСН, в случае ее значения более 5 баллов (чувствительность - 65%, специфичность - 88% (AUC=0,82);  $p < 0,0001$ ). Указанный уровень был ассоциирован с высоким риском развития острого повреждения почек (ОР 13,89; 95% ДИ 6,21–31,07;  $p < 0,0001$ ).

**Выводы.** Разработанная шкала риска развития острого повреждения почек у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности позволяет оптимизировать прогнозирование ОПП. Значение шкалы более 5 баллов ассоциировано со значимым увеличением риска развития ОПП. Высокая специфичность разработанной шкалы не позволяет дать положительный результат в отсутствие осложнения, что важно в прогнозировании ОПП.

## ПРИЧИНЫ РАННЕГО ТРОМБОЗА СТЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Коротаева Е.С., Королева Л.Ю., Носов В.П., Ковалева Г.В., Кузьменко Е.А

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» МЗ России, кафедра Госпитальной терапии имени В.Г. Вогралика, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко», Региональный сосудистый центр №2, Нижний Новгород

**Введение.** Тромбоз стента (ТС) является редким, но серьезным осложнением чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Согласно классификации Академического исследовательского консорциума (2006 г.) понятие раннего тромбоза стента объединяет острый тромбоз - возникший до 24 ч после имплантации стента и подострый тромбоз, возникший от 24 ч до 30 дней. Последствиями ТС могут стать инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия или внезапная сердечная смерть, поэтому исследования клинической практики смогут внести свои коррективы в понимание данной проблемы.

**Цель исследования.** Изучить факторы, влияющие на развитие раннего тромбоза стента у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) после ЧКВ на фоне двойной антитромбоцитарной терапии (ДАТТ).

**Материалы и методы.** В проспективное исследование включены 181 пациент с ОКС после ЧКВ из 2316 пациентов госпитального регистра в период с сентября 2016 г. по август 2018 г. Период наблюдения составил 30 дней после имплантации стента в инфаркт-зависимую артерию (ИЗА). Пациенты были разделены на две группы в зависимости от развившегося ТС. Основную группу составили пациенты с определенным ранним ТС, зарегистрированным в течение 30 дней после ЧКВ по данным повторной коронарной ангиографии (КАГ) ( $n=23$ , из них 4 (17,4%) случая – острого ТС и 19 (82,6%) случаев - подострого ТС, группа сравнения – пациенты без определенного ТС ( $n=158$ ). Анализировались клинические, лабораторно-инструментальные и ангиографические параметры пациентов. Исходно все пациенты получали ДАТТ (аспирин в комбинации с тикагрелором (нагрузочная доза 180 мг перед ЧКВ, далее 90 мг 2 раза в сутки) или с клопидогрелом (нагрузочная доза 300-600 мг перед ЧКВ, далее 75 мг 1 раз в сутки)), низкомолекулярные гепарины, бета-блокаторы, статины и ингибиторы АПФ.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*



Статистическую обработку данных выполняли с помощью пакета прикладных программ Statistica version 10.0 (Stat Soft, Inc. [www.statsoft.com](http://www.statsoft.com)), программы MedCalc Software version 10.

**Результаты.** Пациенты в группе ТС были статистически значимо старше против группы сравнения, средний возраст составил  $65 \pm 13,3$  и  $60 \pm 10,3$  года соответственно ( $p=0,047$ ). В обеих группах преобладали мужчины (65,2% ТС против 81,9 % - без ТС;  $p=0,07$ ). Среди факторов сердечно-сосудистого риска преобладали артериальная гипертензия (100% и 91,8%;  $p=0,29$ ), дислипидемия (84,3% и 72,8%;  $p=0,34$ ), курение (43,6% и 58,2%;  $p=0,14$ ) и ожирение (48,6 % и 34,2 %;  $p=0,27$ ). В группе ТС значимо преобладали пациенты с сахарным диабетом (СД) 2 типа (43,5% против 19,6%;  $p=0,02$ ), в особенности, получающие инсулинотерапию (21,7 % и 4,4 %;  $p=0,008$ ). При проведении корреляционного и регрессионного анализа выявлены следующие факторы, влияющие на развитие раннего ТС: 1) факторы, связанные с состоянием пациента - сахарный диабет 2 типа (отношение шансов (ОШ) 3,15, ДИ 95% 1,26-7,85,  $p=0,02$ ); пожилой возраст  $\geq 70$  лет (ОШ 3,28, ДИ 1,31-8,2,  $p=0,01$ ); сниженная фракция выброса левого желудочка  $\leq 45\%$  (ОШ 9,5, ДИ 3,66-24,75,  $p<0,0001$ ); 2) факторы, связанные с характером поражения коронарного русла и особенностями процедуры КАГ и ЧКВ – острая окклюзия ИЗА (ОШ 5,12, ДИ 2,03-12,92,  $p<0,0001$ ); диссекция коронарной артерии (ОШ 6,61, ДИ 2,43-17,9,  $p=0,0002$ ); наличие феномена no-reflow (ОШ 7,75, ДИ 1,46-41,03,  $p=0,02$ ); 3) лабораторными показателями на момент госпитализации - высокий уровень сердечного тропонина (ОШ 1,07, ДИ 1,04-1,11,  $p<0,0001$ ); фибриногена (ОШ 1,46, ДИ 1,10-1,93,  $p=0,0082$ ).

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют о многофакторном влиянии на развитие раннего тромбоза стента, включая факторы, связанные с клиническим состоянием пациента, с особенностями поражения коронарного русла и техникой вмешательства, а также с высокими значениями лабораторных показателей - тропонина и фибриногена.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

Корягина Н.А., Мелехова О.Б., Шадрин А.А., Наумов С.А., Иванюк Г.Ю.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь

**Цель исследования.** Изучить частоту артериальной гипертонии у беременных.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 520 карт беременных, состоящих на учете в Перми в 2017-2018 годах. Статистическая обработка проводилась с использованием редактора электронных таблиц Statistica for Windows 6.0. Анализ данной группы показал, что за исследуемый период в женской консультации наблюдались беременные от 16 до 41 года, средний возраст составил 26 лет (26,2–26,9). С первой беременностью состояли на учете 252 (48,4%) женщин, 268 чел. (51,5%) – с повторной беременностью. Отягощенный акушерский анамнез установлен у 320 женщин (61,5%), 401 чел. (77%) имели соматическую патологию. Все беременные были разделены на группы в зависимости от наличия или отсутствия синдрома артериальной гипертонии.

**Результаты исследования.** Всего выявлено 80 (15,3%) беременных с артериальной гипертонией, из которых 52,5% (42 чел.) женщин имели ХАГ (1 группа) и у 47,5% (38 чел.

артериальной гипертензии по возрастным группам у беременных различалась и составила 2,7% в возрасте до 20 лет, 21,6% в возрасте от 20 до 24 лет, 24,3% – от 25 до 29 лет, 27% – от 30–34 лет, 18,9% – от 35–39 лет и 2,7% в возрасте 40 лет и старше. Анализ во 2-ой подгруппе показал, что наиболее часто гестационная гипертензия развивалась в возрасте от 20 до 24 лет и составляла 16,2% случаев, в равной степени наблюдалась в возрасте от 25 до 29 лет и от 34 до 39 лет – 10,8% и в 2,7% в возрастных группах до 20 лет и от 30 до 34 лет. В 1-ой группе в возрасте от 20 до 24 лет ХАГ диагностировалась у 5,4% беременных, от 25 до 29 лет – 16,2%, от 30 до 34 лет – 24,3%, от 35 до 39 лет – 8,1% и от 40 лет и старше – 2,7%. Возраст беременных с АГ (37 чел.), был больше, чем возраст беременных без АГ – 28 и 26,4 года соответственно ( $p=0,0007$ ). У беременных с АГ чаще встречался ИМТ больше 30 кг/м<sup>2</sup>, по сравнению с группой без АГ – 13,5% и 4,7% соответственно ( $p=0,04$ ).

**Выводы.** Данный анализ показал, что синдром артериальной гипертензии был диагностирован у 15,2% беременных, при этом в 56,8% случаев преобладала хроническая артериальная гипертензия. В целом, частота АГ увеличивалась с возрастом беременных, достигая наибольших значений в возрастной группе от 30 до 34 лет, при этом гестационная гипертензия наиболее часто встречалась в возрастной группе от 20 до 24 лет, а ХАГ в возрастной группе от 30 до 34 лет. Сравнение частоты АГ в двух группах (ХАГ и гестационной гипертензией) показал, что только в возрасте от 30 до 34 лет – 24,3% и 2,7% соответственно эта разница достигала статистической значимости ( $p=0,01$ ).

## **ПАЦИЕНТЫ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: РИСКИ И БЕЗОПАСНОСТЬ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ**

Корягина Н.А., Мелехова О.Б., Энгаус Р.Е., Шадрин А.А., Прохоров К.В.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А.  
Вагнера» Минздрава России, Пермь

**Цель.** Оценить эффективность, безопасность и приверженность терапии антикоагулянтам у пациентов старше 65 лет в поликлинике.

**Материал и методы.** Оценены результаты наблюдения за 74 пациентами с персистирующей ( $n=42$ ; 54,7%) и перманентной ( $n=32$ ; 45,3%) формой фибрилляции предсердий, средний возраст –  $71,4 \pm 3,4$  года. Наблюдение составило от 6-24 месяцев в течение 2016-2018 годов. Все пациенты имели более трёх факторов риска ишемического инсульта при этом CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc составил  $5,1 \pm 2,4$ . 24% пациентов имели опыт применения варфарина до включения в наблюдение. Инсульт в анамнезе обнаружен у 27,7%, инфаркт миокарда у 34,5%, сахарный диабет у 29,1% пациентов, при этом более 35% пациентов имели сочетания инфаркта миокарда или инсульта с сахарным диабетом.

**Результаты.** Варфарин принимали 23,0% ( $n=17$ ), дабигатран – 19,0% ( $n=14$ ), ривароксабан – 46,0% ( $n=34$ ), апиксабан – 12,0%, ( $n=9$ ) пациентов, причём 40% принимали сниженные дозы оральных антикоагулянтов, при приеме варфарина только 20% находились в референсных интервалах МНО. Частота инсульта составила 3,0%, при этом все случаи в группе, принимающей варфарин, в год, крупных кровотечений – 5,0% в год, внутричерепных кровоизлияний за период наблюдения не было, малых кровотечений –

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

15%. При анализе ситуации выявлено, что имеется нарушение схемы приёма (изменение дозы, кратности, постоянства приёма, самостоятельная отмена) наблюдались у 40% на фоне варфарина, 27% дабигатрана, 15% на фоне ривароксабана и 30% на фоне апиксабана, в виде снижения дозировки.

**Выводы:** на амбулаторном этапе необходим контроль проводимой оральной терапии антикоагулянтами, чтобы не происходило необоснованное изменение дозы, кратности, постоянства приёма. Необходимо обратить внимание на самостоятельную отмену антикоагулянтной терапии в поликлинике.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ПОЛИКЛИНИКЕ**

Корягина Н.А., Шадрин А.А., Прохоров К.В., Мелехова О.Б., Наумов С.А.

ФГБОУ ВО «Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь

**Цель:** Проанализировать взаимосвязь факторов риска, структурно-функциональных показателей сердца с характером и тяжестью течения фибрилляции предсердий (ФП) у лиц пожилого возраста.

**Материал и методы:** в городской поликлинике обследовано 45 больных с ФП (мужчин 40%), средний возраст –  $64,5 \pm 2,4$  года. У 5 (11%) из обследованных лиц эпизод ФП был зафиксирован впервые на приеме в поликлинике у участкового терапевта, у 18 (40%) диагностирована пароксизмальная форма по данным суточного мониторирования ЭКГ, у 13 (28,8%) – персистирующая и у 9 (20%) человек ФП длительно персистирующая. В зависимости от длительности ФП все больные были разделены на 2 группы (гр.). В 1 гр. ( $n = 36$ ) вошли пациенты с впервые выявленной, пароксизмальной и персистирующей формами ФП, во вторую ( $n = 9$ ) – больные с длительно персистирующей ФП. Всем провели общеклиническое и лабораторное обследование, эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ.

**Результаты исследования:** На этапе включения в исследование группы не имели достоверных отличий по возрасту, полу, уровню систолического и диастолического АД и исходной ЧСС. Индекс EHRA в обеих группах был сопоставим ( $p > 0,05$ ). В отличие от 1 гр. у больных с длительно персистирующей формой ФП был значимо выше функциональный класс хронической сердечной недостаточности. При эхокардиографии было выявлено, что размеры левого предсердия, конечный диастолический размер левого желудочка у больных 2 гр. были значимо больше ( $p < 0,05$ ). Признаки нарушения регионарной сократимости (а- и гипокинез) выявлены у 5 человек 1 гр. (13,8%), во 2 гр. – у 4 больных (44,4%, ( $p < 0,01$ )). При этом у этих пациентов выявлены высокие значения расчетного давления в легочной артерии в независимости от формы ФП. Тяжесть ФП имеет прямую связь средней силы с частотой желудочковых сокращений, фракцией выброса левого желудочка, расчетным давлением в легочной артерии.

**Вывод.** Наиболее значимыми факторами, определяющими течение ФП в пожилом возрасте, являются структурно-функциональные изменения сердца и сопутствующая тяжесть проявлений сердечной недостаточности.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

## **ОСЛОЖНЕНИЯ И ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭКС**

Косоногов А.Я., Косоногов К.А., Никольский А.В., Поздышев В.И.,  
Майорова М.В., Квачадзе Н.В.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5», Нижний Новгород

По данным ежегодного выпускаемого сборника статистики под редакцией академика РАН Л.А. Бокерия в 2017 г в России имплантировано более 42 тысяч ЭКС и ИКД. Такое количество операций сочетается с определенной долей осложнений и летальности (0,54%). Суммарное количество ААУ имплантированных в клиниках г. Нижнего Новгорода в 2017 г составило 1420 ЭКС и ИКД или 443 устройства на 1 млн населения Нижегородской области.

При увеличении количества имплантированных устройств, несмотря на приобретение колоссального опыта врачами, количество всех осложнений остается достаточно высоким. По данным Датского регистра за 2014 г количество всех осложнений составило более 10%.

Осложнения после имплантации ЭКС возникают чаще, чем было общепризнано. Тщательная оценка состояния больного может выявить пациентов с особо высоким риском осложнений. Эта информация должна быть принята во внимание при индивидуальной терапии пациента, и при планировании имплантации более сложных типов ИВР. Необходим правильный подбор типа ЭКС, чтобы не производить апгрейд системы в ближайшей перспективе. Центры и врачи с меньшим объемом операций имеют более высокий риск осложнений. Минимальный объем для врача в 50 процедур в год наиболее целесообразен.

Одним из решений призванных сократить осложнения кардиостимуляции в процессе эксплуатации ААУ, является динамическое наблюдение за оперированными пациентами.

Динамическое наблюдение за пациентами с имплантированными ААУ.

Первое посещение планируется через 3 мес. после имплантации ААУ, (в случае с ИКД – также через 3 мес., но если раньше произойдет нанесение шокового разряда, то явка должна быть на следующий день). Второе и последующие посещения не реже одного раза в 6 месяцев. Современные устройства имеют специальную удаленную телеметрию (отсутствует в настоящее время в российских ЭКС). Наличие отдельного кабинета с телефоном для записи пациентов на консультацию и проверки ААУ.

## **СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

Косоногов А.Я., Косоногов К.А., Майорова М.В.

ГБУЗ НО Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород,

Фибрилляция предсердий (ФП) это наиболее частое нарушение сердечного ритма, ответственное за определенную долю заболеваемости, инвалидизации и смертности населения. Распространенность ФП в общей популяции составляет 1—2%, и этот показатель, вероятно, увеличится в ближайшие 50 лет. Фибрилляция предсердий может долго оставаться не диагностированной (бессимптомная ФП), а многих больных с ФП

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

никогда не госпитализируют в стационар. Соответственно истинная распространенность ФП в общей популяции, скорее всего, приближается к 2%. Распространенность ФП увеличивается с возрастом — от 0,5% в возрасте 40—50 лет до 5—15% в возрасте 80 лет. У мужчин ФП развивается чаще, чем у женщин. Риск развития ФП на протяжении жизни составляет около 25% в возрасте после 40 лет.

В Нижегородской области, исходя из сказанного выше, ежегодно страдают фибрилляцией предсердий от 30 до 60 тысяч пациентов, что соответствует населению некоторых районов области или райцентров! Сколько пациентов из них находится на учете у кардиолога, получает антиаритмическую и антикоагулянтную терапию? Какое количество и сколько времени находится на листе нетрудоспособности и какие средства затрачиваются на лечение данной категории пациентов? Сколько пациентов нуждается в интервенционном лечении?

Риск инсульта у больных с нелеченной ФП — около 35%. Эпидемиологические и клинические данные свидетельствуют о том, что ФП — один из основных независимых факторов риска инсульта, увеличивающий вероятность его развития в 3—5 раз даже после учета других факторов риска. Относительный риск — постоянный во всех возрастных группах, и в отличие от других факторов риска влияние ФП на частоту возникновения инсульта не изменяется с увеличением возраста: частота инсульта у лиц с ФП составляет около 5% в год.

Экономические аспекты лечения фибрилляции предсердий

Фибрилляция предсердий налагает значительные расходы на систему здравоохранения в связи с повышенной заболеваемостью и летальностью, а также с лечением данной аритмии. Для Нижегородской области, на основании ретроспективного анализа, расходы на госпитализацию ежегодно составляют 1,268 млрд. руб., на амбулаторное лечение и диагностику 0,505 млрд. руб. Лекарственное обеспечение амбулаторного лечения 0,398 млрд. руб. Косвенные затраты 0,256 млрд. руб. Всего 2,426 млрд. руб. в год. Расходы на госпитализацию 1,268 млрд. руб. Амбулаторное лечение и диагностику 0,505 млрд. руб. Лекарственное обеспечение амбулаторного лечения 0,398 млрд. руб. Косвенные затраты 0,256 млрд. руб. Всего 2,426 млрд. руб. в год.

В результате старения населения и улучшения выживаемости пациентов с ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью и артериальной гипертензией увеличение распространенности ФП в обозримом будущем может стать экспоненциальным. Это накладывает существенное бремя на общество, которое связано с заболеваемостью и летальностью от инсульта и сердечной недостаточности. Экономические отчеты, направленные на повышение эффективности предоставляемой помощи больным с ФП, приводят к снижению частоты дорогостоящей госпитализации. Профилактические мероприятия по устранению или сведению к минимуму факторов риска развития ФП могут стать эффективным способом в борьбе с ФП.

Эффективность транскатетерных методик достигает в среднем 94-97%, с летальностью менее 2%. При использовании открытых методик эффективность может быть выше, но нередко сопровождается большей летальностью, т.к. подобные операции выполняются у более тяжелых пациентов.

## ИНФЕКЦИЯ У ПАЦИЕНТА С ЭКС. ЧТО ДЕЛАТЬ?

Косоногов К.А., Косоногов А.Я., Никольский А.В., Лобанова Н.Ю., Демченков С.М.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 5», Нижний Новгород

Имплантация инородного тела в организм человека может привести к развитию инфекции в разные сроки после операции. Количество инфекции после имплантации антиаритмических устройств, по данным разных авторов, колеблется от 0,1% до 5 %. Факторы, которые могут привести к подобным состояниям многообразны. От коморбидного фона пациента, до опыта клиники и оперирующего врача.

Инфекция, развившаяся в течение года после имплантации устройства, считается послеоперационным осложнением. Инфекция, возникающая у пациента в более поздние сроки, чаще обусловлена другими причинами.

Поверхностная инфекция в области кармана ААУ, не связанная с имплантированным устройством или электродами, лечится консервативно – обработка и санация раны антисептиками и антибактериальная терапия. Общеизвестно во всем мире, что инфекция в области кармана ЭКС, захватывающая само устройство, должна лечиться с полным удалением системы стимуляции. До года процедура эксплантации электродов и устройства не представляет трудностей.

При развитии инфекции в поздние сроки для удаления электродов используются различные устройства и методы. В более чем 95% случаев применяется трансвенозная методика удаления электродов. Более редкого используется операция с применением искусственного кровообращения. Чаще в случае развития электродного сепсиса с вегетациями на клапанах сердца, при разрушении клапана, хронических перфорациях, массивных венозных тромбозах.

## ОСОБЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХСН И ХБП

Кузнецова Т.Е.

ООО «КОМПАНИЯ «ФЕСФАРМ»

**Актуальность.** На прогноз и исход ХСН большое влияние оказывает функциональное состояние почек (А.М. Шутов, 2012; L.M. Ruilope et. al., 2001). В свою очередь почечная дисфункция может приводить к формированию хронической болезни почек (ХБП).

**Цель.** Изучить особенность клинической картины и функционального состояния почек у больных ХСН с ХБП.

**Задачи.** Изучить особенности клинической картины у больных с ХСН и ХБП. Оценить функциональное состояние почек у больных с ХСН.

**Методика исследования.** Обследовали 110 больных на базе кардиологического отделения НОКБ им. Н.А. Семашко. Из них 78 - с ХСН и ХБП, 32 – с ХСН. Средний возраст составил  $64,5 \pm 8,1$  лет. Для оценки тяжести клинических проявлений болезни использовалась российская шкала оценки клинического состояния больного ХСН (ШОКС)

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

(Мареева В. Ю., 2000). Оценку толерантности к физической нагрузке проводили с помощью теста 6-минутной ходьбы. Определяли мочевины и креатинин крови, определялся показатель цистатина С в сыворотке крови; рассчитывали СКФ по формулам MDRD, СКД-ЕРІ и по цистатину С. Statistica 6.0.

**Результаты.** Основными заболеваниями у больных с ХСН и ХБП были: эссенциальная АГ (36,8 %), ИБС (23,7 %), а также АГ и ИБС (39,5 %). АГ в группе больных с ХБП, встречалась чаще, чем у пациентов без нее (76,3 % против 62,5 %,  $\chi^2 = 4,59$ ;  $p < 0,05$ ). Признаки ХБП у больных с ХСН встречались в 39 % случаев. Среди лиц с ХСН и ХБП чаще отмечались: одышка при физической нагрузке (у 91,0%,  $p < 0,05$ ), плохая переносимость последней (у 92,3%,  $p < 0,05$ ), быстрая утомляемость (у 95,8%  $p < 0,05$ ), увеличение веса более 2 кг в неделю (у 23,1%,  $p < 0,05$ ), сердцебиения (у 57,7%,  $p < 0,05$ ) и тахикардия (у 79,5%,  $p < 0,05$ ). Среди больных ХСН и ХБП было значимо меньше лиц, имеющих І ФК, чем у исследуемых без нарушения функций почек (3,1% против 15,6%;  $p < 0,05$ ), а по остальным ФК ХСН больные с ХБП преобладали: при ІІ ФК - 39,2% против 34,4%,  $p < 0,05$ ; при ІІІ - 47,5% против 40,6%,  $p < 0,05$ ; при ІV - 11,2% против 9,4%,  $p < 0,05$ . По результатам теста 6-мин ходьбы толерантность к физической была ниже среди больных с ХСН и ХБП. Так при І ФК больные ХСН с ХБП проходили в среднем  $436,6 \pm 13,2$  метра (м), а без ХБП  $535,5 \pm 12,3$  м ( $p = 0,003$ ); при ІІ ФК -  $342,8 \pm 20,8$  и  $365,3 \pm 18,1$  м ( $p = 0,04$ ); при ІІІ ФК -  $177,9 \pm 15,1$  м и  $267,2 \pm 12,3$  м ( $p = 0,007$ ), а при ІV ФК -  $66,5 \pm 11,1$  м и  $77,6 \pm 14,1$  м ( $p = 0,012$ ). СКФ по MDRD и СКД-ЕРІ была ниже у пациентов с ХБП ( $65,4 \pm 11,9$  мл/мин/ $1,72\text{м}^2$  и  $64,3 \pm 9,1$  мл/мин/ $1,72\text{м}^2$ ,  $p < 0,043$  и  $p < 0,012$ ). Показатель цистатина С у больных с ХСН и ХБП оказался выше, чем у больных ХСН без ХБП ( $1,4 \pm 0,3$  мг/л и  $0,61 \pm 0,2$  мг/л,  $p < 0,026$ ). СКФ, рассчитанная с помощью цистатина С была ниже у больных с ХБП ( $57,7 \pm 15,2$  мл/мин/ $1,72\text{м}^2$ ,  $p < 0,017$ ) и имела еще более низкие показатели, чем СКФ, рассчитанная по креатинину крови. С утяжелением ФК ХСН у больных с ХБП увеличивался показатель цистатина С ( $1,31$  мг/л,  $1,45$  мг/л,  $1,62$  мг/л соответственно ІІ, ІІІ, ІV с І ФК;  $p < 0,05$ ;  $p < 0,041$ ;  $p < 0,017$ ). СКФ, рассчитанной по трем формулам, снижалась с увеличением ФК ХСН от І к ІV с  $91,1 \pm 12,1$  до  $58,2 \pm 10,1$  мл/мин/ $1,72\text{м}^2$  и с  $85,2 \pm 11,2$  до  $62,2 \pm 11,1$  мл/мин/ $1,72\text{м}^2$ ,  $p = 0,01$  для формул MDRD и СКД-ЕРІ и с  $73,8 \pm 15,1$  до  $53,3 \pm 11,1$  мл/мин/ $1,72\text{м}^2$ ,  $p = 0,001$  для формулы по цистатину С крови), что могло свидетельствовать о более тяжелом повреждении почек с утяжелением ХСН.

**Выводы.** Признаки ХБП у больных с ХСН встречаются в 39 % случаев в виде повышения показателей цистатина С в сыворотке крови, снижения СКФ. С утяжелением ХСН показатели функции почек ухудшаются. Для больных ХСН при наличии ХБП характерны прогрессирующее снижение толерантности к физической нагрузке, утомляемость и усталость, увеличение веса более 2 кг в неделю, сердцебиения и тахикардия.

**Список литературы. 1.** Больные с хронической сердечной недостаточностью в российской амбулаторной практике: особенности контингента, диагностики и лечения (по материалам исследования ЭПОХА-О-ХСН) / Ф.Т. Агеев [и др.] // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2004. – Т. 5, № 1. – С. 4-7. **2.** Мухин, Н.А. Снижение скорости клубочковой фильтрации – общепопуляционный маркер неблагоприятного прогноза / Н.А. Мухин // Тер. архив. – 2007. - № 6. – С. 5-10. **3.** Резник Е.В. Почечная гемодинамика у больных хронической сердечной недостаточностью / Е.В. Резник [и др.] // Журнал Сердечная Недостаточность. – 2007. – Т. 8, № 3. – С. 118-123. **4.** Хроническая болезнь почек: основные принципы скрининга, диагностики, профилактики и подходы к лечению.

Национальные рекомендации. – издательство «Левша. Санкт-Петербург». – 2012. – 51 с. 5. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC / J.J. McMurray [et al.] // Eur Heart J. – 2012. – Vol. 33, N 14. – P. 1787-1847. 6. Hoek, F.J.A comparison between cystatin C, plasma creatinine and the Cockcroft and Gault formula for the estimation of glomerular filtration rate / F.J. Hoek, F.A. W. Kemperman, R.T. Krediet // Nephrol Dial Transplant. – 2003. – Vol. 18. – P. 2024—2031. 7. Mosterd, A. Clinical epidemiology of heart failure / A. Mosterd, A.W. Hoes // Heart. – 2007. – Vol. 93, N 9. – P. 1137-1146.

## **КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Курашин В. К., Боровкова Н. Ю., Курашина В. А., Бакка Т. Е.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница имени Н.А. Семашко», Нижний Новгород

**Цель исследования:** проанализировать клинико-патогенетические особенности фибрилляции предсердий (ФП) по данным стационара областной клинической больницы.

**Материалы и методы.** Проанализировано 1164 историй болезни кардиологического отделения ГБУЗ НО «НОКБ им. Н. А. Семашко» за 2017 год. Учитывали случаи ФП. Анализировали гендерный, возрастной состав пациентов. Оценивали основное заболевание, приведшее к развитию ФП. Определяли риск тромбоэмболических по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и геморрагических осложнений (ТО и ГО) по шкале HAS-BLED (ESC, 2017). Также проводили анализ приема антикоагулянтов в зависимости от показаний и противопоказаний на догоспитальном и госпитальных этапах. Для обработки материала использовали программу «Statsoft Statistica 12.0» (США). Результаты представлены в процентном соотношении.

**Результаты.** Среди 1164 случаев ФП регистрировалась у 331 пациента (28,4%). Таким образом, данное нарушение ритма сердца составляло более четвертой части в структуре кардиологической патологии стационарных больных. Среди них было 179 (54%) мужчин и 152 (46%) женщины. Средний возраст составил 63,2±10,0 лет. В подавляющем большинстве ФП имела неклапанную этиологию. Так, 63,8% (211 человек (чел.)) имели сочетание артериальной гипертензии (АГ) с ишемической болезнью сердца (ИБС). В 8,2% (27 чел.) основным заболеванием являлась АГ и в 5,4% (18 чел.) – ИБС. В 4,2% (14 чел.) причиной развития ФП были миокардиты, а в 3,6% (12 чел.) – кардиомиопатии (КМП). В 3,6% (12 чел.) регистрировалось хроническое легочное сердце (ХЛС), а в 3% (10 чел.) – миокардиодистрофия. В 1,2% (4 чел.) случаев замечена тиреогенная миокардиодистрофия. Очень небольшую часть представляли лица с врожденной и клапанной патологией: 5,8% (19 чел.) – хроническую ревматическую болезнь сердца и 0,3% (1 чел.) – тетраду Фалло. Инфекционный эндокардит имели 2 чел. (0,6%). Зарегистрирован 1 случай миксомы левого предсердия с ФП (1 чел. – 0,3%). Среди всех случаев ФП превалировала постоянная форма

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*



(193 чел. – 58,3%). Соответственно, пароксизмальная регистрировалась в 122 случаях (36,8%) и персистирующая у 16 чел. – 4,9%. Анализ риска по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc свидетельствовал, что в подавляющем большинстве пациенты с ФП имели риск ТО более 2 баллов (294 чел. – 88,8%). Лишь у 2 чел. (0,6%) количество баллов по этой шкале равнялось нулю, а у 35 чел. (10,6%) – было не более 1. Серьезным ограничением использования ОАК у больных с ФП являются ГО. Среди исследуемого контингента пациентов с ФП 2 чел. (0,6%) имели 4 балла риска ГО по шкале HAS-BLED, 19 чел. (5,7%) – 3 балла, 84 чел. (25,3%) – 2 балла и 148 чел. (44,8%) – 1 балл. Лишь 78 чел. (23,6%) не имели риска (0 баллов) ГО. Важно отметить то, что до поступления в стационар более половины лиц (206 чел. – 62,2%), имеющих ФП, не принимали оральные антикоагулянты (ОАК). В стационаре ОАК были назначены всем пациентам, имеющим к ним показания. Это составило 78,6% (260 чел.). В 21,4% (71 чел.) эти препараты не использовались в связи с противопоказаниями или низким риском ТО. Среди ОАК в стационаре преимущественно использовались современные препараты (157 чел. - 60,4%). Из них применялись ривароксабан (ксарелто) и дабигатран (прадакса) [соответственно 57,3 и 39,5%]. В небольшом проценте был назначен апиксабан (3,2%). При этом в 39,6% (103 чел.) был назначен варфарин. Данный выбор в основном определяла экономическая составляющая со стороны пациента.

**Выводы.** ФП составляет более четверти среди нозологий у пациентов кардиологического стационара. В подавляющем большинстве она обусловлена неклапанной этиологией и ассоциирована с АГ и ИБС. Большинство (89%) таких пациентов имеют высокий риск ТО, но на догоспитальном этапе не в должной мере получают ОАК. В структуре антикоагулянтной терапии, инициируемой в стационаре, широко используются современные препараты (ривароксабан и дабигатран). Применение варфарина в большей степени определяется экономической составляющей со стороны пациента.

### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ПАЦИЕНТОВ, ИСПОЛЬЗУЮЩИХ ПРЯМЫЕ ИНГИБИТОРЫ ТРОМБИНА И ИНГИБИТОРЫ СВЕРТЫВАНИЯ Ха**

Лабзенкова М.А., Филлипова М.П., Анисимова Е.Н.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

**Актуальность.** Наиболее безопасными и удобными в применении являются новые оральные антикоагулянты (дабигатран, ривароксабан, апиксабан). Широкое внедрение данных лекарственных средств в клиническую практику требует определения риска развития кровотечений после операции удаления зуба у пациентов, использующих прямые ингибиторы тромбина и ингибиторы свертывания Ха.

**Цель.** Оценка риска развития кровотечений после операции удаления зуба у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию прямыми ингибиторами тромбина и ингибиторами фактора свертывания Ха.

**Материалы и методы:** 20-ти пациентам проводилось удаление зубов по поводу хронического апикального периодонтита (K04.5), которых разделили на две

группы: 10 пациентов, получавших ривароксабан (Ксарелто) и 10 пациентов, получавших дабигатрана этексилат. Перед вмешательством проводились: сбор анамнеза, в том числе лекарственного, определение функционального состояния, на основе полученных предварительно лабораторных данных, расчет рисков развития кровотечения после операции удаления зуба: (протромбиновое время (ПВ), активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)), а также по шкале HAS-BLED (~3 балла).

Во время проведения вмешательств соблюдалась осторожность при обращении с мягкими тканями, создание условий для регенерации первичным натяжением, тщательное удаление грануляционной ткани, а также использование местных гемостатических средств (Альвостаз, Немосcollagene). Безопасность проведенного обезболивания определялась мониторингом показателей: САД и ДАД (мм.рт.ст.), ЧСС (уд./мин.) и сатурации крови кислородом (%).

**Результаты и выводы:** До проведения операции удаления зуба данные гемостазиограммы составили: удлинение протромбинового времени (~22 сек) у пациентов, принимающих Ривароксабан, а также удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (~60 сек) у пациентов, принимающих Дабигатран.

На фоне приема ривароксабана удлиняется протромбиновое время и незначительно активированное частичное тромбопластиновое время (преимущественно при проведении скринингового теста на максимальной концентрации препарата в плазме крови). На фоне дабигатрана удлинены показатели активированного частичного тромбопластинового времени. Данные показатели могут быть использованы для оценки уровня гипокоагуляции, достигнутой на прямых ингибиторах тромбина и ингибиторах свертывания Ха.

После операции удаления зуба отсутствовало продолжительное кровотечение у пациентов, получающих антикоагулянтную терапию. В 30% случаев использовались местные гемостатические средства.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭМБОЛИЧЕСКИХ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ РИСКОВ У ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ**

Линникова Е.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, Нижний Новгород

**Цель:** сравнить и оценить эмболические и геморрагические риски у госпитализированных пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП)

**Материал и методы:** проведено ретроспективное исследование. Анализировались случаи госпитализации пациентов с ФП в течение октября и ноября 2017 в отделения кардиологического, терапевтического и неврологического профиля ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13». Исследуемую группу составили 120 женщин (57%) и 91 (43%) мужчина, средний возраст  $68 \pm 10$  лет. Поводом для госпитализации послужили декомпенсация хронической сердечной недостаточности на фоне хронической ИБС в 131 случае (62,1%), острый коронарный синдром в 16 случаях (7,6%), кардиомиопатия в 3 случаях (1,4 %), тромбоз легочной артерии в 4 случаях (1,9%), ишемический

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

инсульт в 36 случаях (17,1%), транзиторная ишемическая атака в 7 случаях (3,3%), другие причины в 14 случаях (6,6%). Оценка риска эмболических осложнений ФП проводилась по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc, оценка риска кровотечений на фоне применения оральных антикоагулянтов (ОАК) проводилась по шкале HAS-BLED.

**Результаты:** медиана и интерквартильный интервал CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc в исследуемой группе составили 4 [3; 5] балла, причем показания к применению ОАК ( $\geq 2$  баллов по CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc) имели 208 пациентов (98,6%). Уровень HAS-BLED составил 3 [2; 4] балла, при этом высокий риск кровотечений ( $\geq 3$  баллов) имели 132 пациента (62,56%). Выявлена прямая зависимость между уровнями CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc и HAS-BLED, коэффициент корреляции составляет  $r = 0,47$  ( $p < 0,001$ ). Среди 208 больных, имеющих показания к ОАК, доля пациентов с низким геморрагическим риском (HAS-BLED  $< 3$ ) составила 37 % (76 человек), доля пациентов с высоким геморрагическим риском (HAS-BLED  $\geq 3$ ) составила 63 % (132 человека).

**Выводы:** увеличение риска эмболических осложнений фибрилляции предсердий сопровождается соответствующим ростом риска геморрагических осложнений. Подавляющее большинство (более 98 %) пациентов с фибрилляцией предсердий, госпитализированных в многопрофильный стационар, имеют высокий риск эмболических осложнений. Из них приблизительно в 2/3 случаев имеется высокий риск геморрагических осложнений и только в 1/3 случаев применение оральных антикоагулянтов можно считать относительно безопасным.

## **СООТВЕТСТВИЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ КРИТЕРИЯМ ВКЛЮЧЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ С ПРЯМЫМИ ОРАЛЬНЫМИ АНТИКОАГУЛЯНТАМИ**

Линникова Е.В., Починка И.Г., Ботова С.Н.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, Нижний Новгород

**Цель:** оценить соответствие госпитализированных пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) критериям включения в рандомизированные клинические исследования (РКИ) с прямыми оральными антикоагулянтами (ПОАК).

**Материал и методы:** проведено ретроспективное исследование. Анализировались случаи госпитализации пациентов с ФП в течение октября и ноября 2017 в отделения кардиологического, терапевтического и неврологического профиля ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №13». Исследуемую группу составили 120 женщин (57%) и 91 (43%) мужчина, средний возраст  $68 \pm 10$  лет. Поводом для госпитализации послужили декомпенсация хронической сердечной недостаточности на фоне хронической ИБС в 131 случае (62,1%), острый коронарный синдром в 16 случаях (7,6%), кардиомиопатия в 3 случаях (1,4 %), тромбоэмболия легочной артерии в 4 случаях (1,9%), ишемический инсульт в 36 случаях (17,1%), транзиторная ишемическая атака в 7 случаях (3,3%), другие причины в 14 случаях (6,6%). Кроме того, 45 пациентов (21,3%) имели ишемический инсульт в анамнезе, в 61 случае (28,9%) имелся сахарный диабет 2 типа. Изучались 1) доля пациентов, полностью соответствующих критериям включения в РКИ с прямыми оральными антикоагулянтами RE-LY, ROCKET-AF и ARISTOTLE, 2) доля больных,

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

имеющих клинические или лабораторные параметры, соответствующие критериям исключения в указанных выше РКИ, 3) доля больных, имеющих прямые противопоказания к применению ПОАК.

**Результаты:** медиана и интерквартильный интервал CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc составили 4 [3; 5] балла, причем  $\geq 2$  баллов имели 208 пациентов (98,6%). Уровень HAS-BLED - 3 [2; 4] балла. Противопоказания к назначению ПОАК (скорость клубочковой фильтрации  $< 15$  мл/мин, цирроз печени классов В или С по Чайлд-Пью) имели 5 больных (2,4 %). Систолическое артериальное давление (АД) при поступлении более 180 мм рт ст наблюдалось в 46 случаях (21,8%), уровень гемоглобина менее 100 г/л выявлен у 10 больных (4,7%), уровень тромбоцитов менее  $90 \cdot 10^9$  – у 2 больных (0,9%), обострение язвенной болезни в течение последних 30 дней - в 11 случаях (5,2%), геморрагический синдром – в 12 случаях (5,7%), ишемический инсульт в течение последних 14 дней – в 36 случаях (17,1%), геморрагический инсульт в анамнезе – в 6 случаях (2,8%), повышение печеночных трансаминаз более 3 нормальных значений – в 4 случаях (1,9 %), скорость клубочковой фильтрации менее 25 и более 15 мл/мин – в 9 случаях (4,3 %), хирургическое лечение в течение последних 30 дней – в 2 случаях (0,9 %), желудочное кровотечение в течение 6 месяцев – не наблюдалось, онкологические заболевания в стадии активного наблюдения или лечения – в 16 случаях (7,6 %), выраженное ограничение жизнедеятельности (2-3 степени) в виде неспособности к самообслуживанию и самостоятельному передвижению – в 15 случаях (7,1 %), частое применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) – в 42 случаях (19,9%). С формальной точки зрения – 135 пациентов (64%) на момент госпитализации имели 1 или более критериев исключения из РКИ с ПОАК. Если не учитывать относительно легко контролируемые или краткосрочные параметры (превышение АД, частое использование НПВП, недавние ишемический инсульт или хирургическая операция), то 52 пациента (24,6 %) не соответствовали критериям включения в РКИ.

**Выводы:** подавляющее большинство (98,6%) госпитализированных пациентов с ФП имеют показания к применению оральных антикоагулянтов. При этом абсолютные противопоказания к применению ПОАК имеют только 2,4 % больных, но еще как минимум каждый четвертый пациент не соответствует критериям включения в исследования с оральными антикоагулянтами.

## КАРДИОПЕЙДЖИНГ В ДИАГНОСТИКЕ ТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.

НИИ кардиологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. Разумовского» Минздрава  
России, Саратов

Применение современных высокоэффективных схем химиотерапии онкологических заболеваний в 5-35% сопровождается кардиотоксическим эффектом, от бессимптомных изменений при электрокардиографии (ЭКГ) до развития острого коронарного синдрома (ОКС) и сердечной недостаточности (СН), понижающих вероятность положительного результата терапии и ухудшающий жизненный прогноз пациента. Оценка реальной

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

распространенности кардиотоксичности затруднена и связана, в первую очередь, с коротким периодом наблюдения в рамках рутинного обследования пациента и недостаточной скрининговой чувствительностью традиционно применяемого в России метода ЭКГ.

**Цель.** Оценка возможностей применения кардиопейджинга с целью повышения эффективности диагностики кардиотоксического эффекта у онкологических пациентов.

**Материал и методы исследования.** Изучение эффективности дистанционного ведения пациентов с СН проводилось у 22 кардиоонкологических пациентов (12 мужчин и 10 женщин в возрасте  $52,6 \pm 5,5$  лет; ФК NYHA  $2,04 \pm 0,25$ ; ФВ  $48,6 \pm 6,5\%$ ). Сроки включения в наблюдение: от 2 до 12 месяцев с момента начала химиотерапии; продолжительность наблюдения 6 мес. Кардиопейджинг выполнялся по принципу аутотрансляции с использованием мобильных устройств и интернет-приложения ECG Dongle («Нордавинд-Дубна», Россия). Для хранения, анализа информации и телемедицинского консультирования использована асинхронная телекардиологическая платформа «CardioCloud». В группе ХСН/химиотерапия проводилась стандартная терапия, назначенная с учетом клинического статуса. Условия регистрации ЭКГ: частота 5 раз/неделю; дополнительно при наличии симптоматики и желания пациента; продолжительность 10-20 мин. Данные ЭКГ анализировались внешним врачом (сотрудником НИИ кардиологии). Оценивались: ЧСС<sub>ср.</sub>, наличие нарушений ритма и проводимости, динамика с.СТ; продолжительность QT. При необходимости назначалась лекарственная терапия.

**Результаты.** В течение 6 мес. у всех пациентов группы ХСН/химиотерапия были дистанционно зарегистрированы ранее не документированные ЭКГ-изменения. В структуре значительно преобладала синусовая тахикардия (88%); на фоне которой регистрировались: желудочковая экстрасистолия различных градаций (38%), наджелудочковая экстрасистолия (24%), переходящие тахизависимые блокады ножек п.Гиса (9%). Пароксизмы фибрилляции предсердий были зарегистрированы у 2-х пациентов. У 55% пациентов были выявлены сложные ЭКГ-нарушения в форме сочетания синусовой тахикардии и наджелудочковых нарушений ритма (экстрасистолия, эпизоды фибрилляции предсердий) и синусовой тахикардия, желудочковой экстрасистолии и депрессии с.СТ. 65% выявленных нарушений были симптомными, в остальных случаях пациенты не предъявляли жалоб. В рамках офисного консультирования у 7 (70%) пациентов была выявлена артериальная гипертензия (АГ) I-III степени. С целью коррекции выявленных нарушений и АГ назначались Б-блокаторы и ингибиторы АПФ.

**Выводы.** Удаленное динамическое наблюдение пациентов с онкологическими заболеваниями, получающих химиотерапию, со схемой регистрации ЭКГ ( $\geq 5$  раз/неделю, 10-20 мин) на базе мобильного кардиопейджинга в сочетании с консультированием специалиста является достаточно эффективным и недорогим методом диагностики феномена кардиотоксичности. Основным достоинством метода является возможность ранней медикаментозной коррекции бессимптомных кардиоваскулярных нарушений.

## МОБИЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СИСТЕМЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Лямина Н.П., Котельникова Е.В., Сенчихин В.Н., Липчанская Т.П.

НИИ кардиологии ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. Разумовского» Минздрава  
России, Саратов

Потребность в организации III (амбулаторного) этапа кардиологической реабилитации (КР) пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) может быть удовлетворена путем «удаленного» управления лечебно-реабилитационным процессом, включающим самопомощь, телемедицинское наблюдение и дистанционный мониторинг (ДМ).

**Цель.** Оценка возможностей использования дистанционной модели наблюдения на базе мобильных технологий у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМсСТ и ХСН I-III ФК NYHA на амбулаторно-поликлиническом этапе реабилитации).

**Материал и методы исследования.** В исследование включались 24 пациента: 22/91,7% мужчин; средний возраст  $55,3 \pm 8,3$  лет; ФК NYHA  $2,04 \pm 0,25$ ; 75% перенесли ЧКВ в связи с острым ИМсСТ; средний балл по шкале GRACE  $92 \pm 12$ . В программах домашней КР использована дозированная ходьба; частота занятий 5 раз/неделю. Дистанционное реабилитационное наблюдение (3 месяца) включало аутотрансляцию ЭКГ, контроль физической активности (ФА) и физиологических показателей, асинхронное телемедицинское и офисное консультирование. Телемониторинг ЭКГ выполнялся по принципу аутотрансляции с использованием мобильных устройств и интернет-приложения ECG Dongle («Нордавинд-Дубна», Россия). Объем ФА оценивался с помощью цифрового шагомера Beurer AS80 с возможностью переноса данных на смартфон и мобильного приложения Easyfit (GmbH, Германия). Переносимость ФА оценивалась в баллах по шкале Борга. Диагностика типа отношения к болезни производилась по опроснику ЛОБИ. Дистанционная коррекция реабилитационных назначений проводилась в режиме асинхронного телемедицинского консультирования; коррекция лекарственной терапии – в рамках офисного консультирования. Эффективность КР оценивалась по дистанции теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и динамике ФК NYHA, а также показателям активности пациента в системе ДМ и динамике личностного реагирования на болезнь.

**Результаты.** Пациенты включались в программу ДМ на  $31 \pm 5$  сутки ИМсСТ. Реабилитационная характеристика соответствовала критериям среднетяжелой группы ИМсСТ и высокого/промежуточного риска осложнений на этапах КР. Исходно превалировали дезадаптивные поведенческие реакции (87%) при незначительной доле пациентов с отсутствием признаков личностной дезадаптации (12,5%). Через  $4 \pm 1,2$  недели, по данным ДМ, передачу данных прекратили 3 пациента (12,5% участников). После 3 мес КР наблюдалась динамика дистанции ТШХ ( $443 \pm 32$  м против  $352 \pm 27$ ;  $p < 0,05$ ) и ФК ХСН ( $1,71$  против  $2,04$ ;  $p < 0,05$ ) при продолжительности ходьбы  $37 \pm 5$  мин/день при среднем числе  $3223,6 \pm 27,7$  шагов/день, общем пройденном расстоянии около  $9,9 \pm 2,7$  км/нед и стабильной субъективной реакции ( $0,6 \pm 0,3$  и  $0,7 \pm 0,2$  балла по шкале Борга). При аутотрансляции ЭКГ бессимптомные эпизоды ишемии миокарда зарегистрированы у 2 пациентов (9,5%); нарушения ритма – у 8 (38,1%). Увеличилась доля пациентов с минимальными проявлениями социальной дезадаптации до 33,3% против исходных 12,5%;

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

$p < 0,001$ ; при небольшом снижении до 61,9% от 66,7% числа пациентов с интрапсихической направленностью нарушений.

**Выводы.** Система ДМ на основе мобильной связи может быть использована в качестве модели реабилитационной помощи при амбулаторном ведении больных ХСН. Комплексным благоприятствующим фактором ее применения является повышение мотивированности пациентов путем вовлечения их в процесс самопомощи и улучшения качества коммуникации «врач-пациент».

## СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ТЭЛА

Медведев А.П., Федоров С.А., Иванов Л.Н., Журко С.А., Демарин О.И., Мионов Е.А., Юрасова Е.В., Пименова П.В., Целоусова Л.М.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница», Нижний Новгород

**Цель исследования:** Провести сравнительную клиническую оценку применяемых методов хирургической профилактики ТЭЛА и разработать алгоритм ведения пациентов с ТГВ.

**Материалы и методы:** 30 дневная смертность после ВТЭО составляет 10,6%, смертность в течении 1 года – 23%, что безусловно определяет вымокий процент пациентов нуждающихся в оказании хирургического пособия. В исследование включено 172 пациентов с эмболоопасным острым тромбозом вен нижних конечностей и малого таза.

Женщин было 94 (55,69%), мужчин 78 (44,31%). Средний возраст пациентов составил  $54,21 \pm 6,08$  лет (от 21 до 82 лет). В зависимости от применяемого метода профилактики пациенты были разделены на две гр.: В (I) гр. вошли 48 (27,9%) пациента, которым была выполнена пликация вен. При этом пликация в сочетании с тромбэктомией из дистальных отделов венозного русла выполнена 24 (13,9%), а их комбинация с кроссэктомией – в 6 (14%) случаях. Во второй (II) гр. в 124 случаях был имплантирован кава – фильтр. При постановке кава – фильтра (КФ) в 50 случаях (29,94%) использовался верхний доступ. Съёмные КФ применялись в 58 случаях, в том числе у двух пациентов устанавливались выше устьев почечных вен в связи с распространенным тромбозом. Использовали модели «Cordis Trap Easy», «COOK Select».

**Результаты:** На госпитальном этапе летальных исходов, эпизодов ретромбоза и ТЭЛА не было. В отдаленном периоде наблюдения, сроком до 11 лет охват наблюдения пациентов 1 гр. составил 87 %, 2 гр. 55 %. Среди пациентов 1 гр. был отмечен один летальный исход от массивной ТЭЛА. Летальность среди представителей 2 гр. составила 6 человек.

**Заключение:** Хирургическая профилактика ТЭЛА является высокоэффективным и надежным методом, позволяющим спасти жизни пациентов с ТГВ. При локализации тромбоза ниже уровня паховой связки считаем методом выбора - пликацию вены выше уровня флотирующей головки тромба (с тромбэктомией из дистальных отделов венозного русла). При тромбозах затрагивающих илеокавальную зону – методом выбора является имплантация кава – фильтра, что при соблюдении режима антикоагулянтной терапии



позволяет предотвратить массивную ТЭЛА, но достоверно усугубляет развитие и течение хронической венозной недостаточности

## ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИУРЕЗА И КРЕАТИНИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК И ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Мензоров М.В., Касалинская В.В., Кабанова В.Н., Ребровская М.М., Волкова В.Н.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет» Минобрнауки России,  
Ульяновск

**Цель исследования.** Оценить возможности использования диуреза и креатинина сыворотки крови в диагностике острого повреждения почек (ОПП), а так же определить прогностическую значимость указанных критериев у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

**Методы исследования.** Обследовано 484 больных ОКС (мужчин - 315(65%), женщин – 169(35%), возраст  $62 \pm 11$  лет). Диагностику ОКС с подъемом сегмента ST и без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ осуществляли согласно Рекомендациям Европейского общества кардиологов (2017 и 2015 г.г., соответственно). ОПП диагностировали согласно Рекомендациям KDIGO (2012). У подавляющего большинства обследуемых больных не было показаний для катетеризации мочевого пузыря, поэтому диурез определяли, основываясь на свободном мочеиспускании. В исследование не включались пациенты, подвергавшиеся введению рентгеноконтрастных средств, что исключало развитие контраст индуцированного ОПП, профилактика которого требует проведения гидратации, которая искажает оценку диуреза.

**Полученные результаты.** Только у 477 из 484 больных с ОКС удалось оценить креатинин сыворотки крови в динамике, поскольку в семи случаях наблюдалась досуточная летальность. ОПП по креатинину (ОППк) было выявлено у 125 (26%) пациентов. ОПП по диурезу (ОППд), основанному на свободном мочеиспускании за 6 часов, диагностировано у 333 (69%) больных, что более чем в 2 раза превышало частоту указанного осложнения по креатинину ( $p < 0,001$ ). Из 333 пациентов, у кого было обнаружено ОППд, только 80 (24%) одновременно с этим имели ОПП по креатинину. У больных с ОППд доза диуретиков, введенных в/в в первые 48 часов госпитализации, была меньше, чем у тех, кто не имел ОППд (0,0 (0,0-30,0) и 20,0 (0,0-40,0), соотв.,  $p = 0,049$ ). Увеличение периода оценки диуреза с 6 до 24 часов, сопровождалось уменьшением частоты диагностики острой дисфункции почек до 33%. За период госпитализации умерло 38 (8%) больных с ОКС. Две трети умерших имели ОППк, тогда как среди выживших подобное осложнение выявлялось в 3 раза реже (21 (68%) и 104 (23%), соотв.  $\chi^2 = 29,58$ ;  $p < 0,0001$ ). Относительный риск смерти, ассоциированной с ОПП по креатинину, составил 6,91 (95% ДИ: 3,14-15,16;  $p < 0,0001$ ). Острое повреждение почек, диагностированное по диурезу, основанному на свободном мочеиспускании за период 6 часов, не коррелировало с госпитальной летальностью ( $\chi^2 = 0,97$ ;  $p = 0,32$ ). При увеличении периода оценки объема выделенной мочи до традиционных 24 часов, относительный риск смерти, ассоциированный с олигоурией, возрастал и составлял 3,50 (95% ДИ: 1,64-7,49;  $p < 0,001$ ).

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*



**Выводы.** У больных с острым коронарным синдромом острое повреждение почек, диагностированное по критерию «креатинин», наблюдается у каждого 4-го пациента и ассоциировано с увеличением внутригоспитальной летальности. Изолированное использование критерия «диурез», основанного на свободном мочеиспускании за период 6 часов, у данной категории пациентов ведет к гипердиагностике указанного осложнения. ОПП, диагностированное таким образом, не коррелирует с госпитальной летальностью. Диуретики ограничивают использование диуреза в качестве критерия ОПП, поскольку ведут к изменению объема мочи и искажению результатов оценки. Не следует отказываться от «традиционного» измерения суточного объема мочи, поскольку наличие олигоурии является прогностически неблагоприятным фактором.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА КАВАСАКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В НИЖЕГОРОДСКОМ РЕГИОНЕ**

Мещерякова В.В., Лукушкина Е.Ф., Масленникова И.Р., Чернова А.Ю., Араева Г.И.

ФГБОУ ВО «Приволжский медицинский исследовательский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО «Нижегородская областная детская клиническая больница», Нижний Новгород

**Введение.** Несмотря на широкую распространенность синдрома Kawasaki (СК) в странах Азии, в России синдром Kawasaki стал диагностироваться чаще.

**Цель.** Анализ особенностей течения СК у детей раннего возраста.

**Материалы и методы.** Анализ медицинских карт стационарного больного (уч.ф. №003/у) детей с СК, находившихся на лечении в педиатрических отделениях ГБУЗ НО НОДКБ.

**Результаты.** За последние 6 лет СК диагностирован у 54 детей в возрасте от 2 месяцев до 15 лет (у 26 (48%) мальчиков и 28 (52%) девочек). У 33 больных (61%) БК манифестировала в возрасте до 3-х лет, у 15 (28%) - с 3-х до 7 лет, у 6 (11%) - с 7 до 15 лет. У 4-х больных (7%) - СК закончился летально. Средний возраст манифестации наиболее многочисленной группы детей раннего возраста (n=33) составил  $16,97 \pm 9,89$  месяцев. У 3-х детей раннего возраста (9%) - СК закончилась летально. Срок диагностики СК у детей с благоприятным исходом (n=30) в среднем составил  $13,3 \pm 7,5$  день заболевания. Срок диагностики СК у погибших детей (n=3) в среднем -  $20,5 \pm 7,89$  день заболевания. Диагнозы, выставляемые при первичной обращаемости детей раннего возраста (n=33): ОРВИ - 18 чел. (55%), ангина - 3 чел. (9%), ОКИ - 3 чел. (9%), сепсис - 2 чел. (6%), лимфаденит - 2 чел. (6%), скарлатина - 1 чел. (3%) и токсико-аллергический дерматит - 2 чел. (6%), поствакцинальная реакция - 1 чел. (3%) и реакция на прорезывание зубов - 1 чел. (3%). Основные симптомы СК, наиболее часто встречающиеся у детей раннего возраста: лихорадка до  $39-40^{\circ}\text{C}$  более 5 дней - 33 чел. (100%), двусторонняя инъекция сосудов конъюнктивы - 23 чел (70%), сухость, эритема, трещины губ - 20 чел. (60%), шелушение пальцев ладоней и стоп - 16 чел. (48%), диффузная и полиморфная сыпь - 26 чел. (79%), шейный лимфаденит 18 чел. (55%), гиперемия и расчесы вокруг рубчика БЦЖ - 8 чел. (24%), артралгия и артриты - 7 чел. (21%). Лихорадка на уровне  $39,2 \pm 0,6^{\circ}\text{C}$  держалась в среднем  $11,8 \pm 5,2$  дней. Появление основных симптомов СК в среднем составило:

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

конъюнктивит  $4,3 \pm 3,2$  дн., хейлит  $5,6 \pm 2,8$  дн., сыпь  $4,2 \pm 2,9$  дн., шелушение пальцев рук и стоп  $11 \pm 2,5$  дн. Поражение сердечно-сосудистой системы в виде изолированного коронарита наблюдалось у 11 чел. (33%), кардита – у 19 чел. (58%), в том числе в сочетании с коронаритом у 15 человек. У трех детей (9%) изменений со стороны сердечно-сосудистой системы не было отмечено. То есть, поражение коронарных артерий имело место у  $\frac{3}{4}$  всех больных (26 чел.-79%). Коронарит диагностировался в случае истончения и размытости контуров коронарных артерий по доплерЭХО-КГ. Расширение коронарных артерий у детей раннего возраста было на уровне  $3,4 \pm 0,7$  мм (от 2,6 до 4,6 мм). Микроаневризмы коронарных артерий диагностированы у двух детей раннего возраста. Тромбоцитоз, лейкоцитоз, ускорение СОЭ были характерны для всех больных. Причем уровень тромбоцитов достигал в среднем  $695,7 \pm 271,3 \cdot 10^9/\text{л}$  (от 272 до  $1226 \cdot 10^9/\text{л}$ ) на  $16,8 \pm 7,2$  день заболевания.

**Выводы.** Больше половины детей переносят СК в раннем возрасте. Заболеваемость СК снижается с увеличением возраста больных. Имеет место поздняя диагностика СК. До поступления в специализированный стационар чаще диагностируется ОРВИ. При сохранении температуры тела выше  $39^{\circ}\text{C}$  и дольше 5 дней должна быть настороженность в отношении СК. Микроаневризмы развиваются редко. Риск летального исхода выше у детей раннего возраста

### **ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ ГИПЕРГЛИКЕМИИ**

Милютин М.Ю., Пластинина С.С., Макарова Е.В., Елизарова А.А., Щерина А.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, Нижний Новгород

**Цель исследования:** Оценить особенности ремоделирования миокарда у больных ОЗЛ (бронхиальной астмой - БА и хронической обструктивной болезнью легких - ХОБЛ) на фоне хронической гипергликемии.

**Материалы и методы:** Проведен ретроспективный анализ 93 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу обострения ОЗЛ (ХОБЛ и БА). Из них выделены 2 группы пациентов, сопоставимых по возрасту, полу и продолжительности патологии легких: 1 группа – 35 пациентов с диагностированными нарушениями углеводного обмена (28 женщин и 7 мужчин, в возрасте  $67,7 \pm 8,2$  лет со средней продолжительностью заболевания  $9,2 \pm 8,1$  лет), что составило 37,6% от обследованных; 2 группа - 30 пациентов (25 женщин и 5 мужчин в возрасте  $61,7 \pm 7,2$  лет со средней продолжительностью заболевания  $10,2 \pm 7,4$  лет) без нарушений углеводного обмена. У всех пациентов оценивались наличие сопутствующей сердечно-сосудистой патологии и показатели ЭХО-КГ

**Результаты и обсуждение:** Анализ коморбидных состояний показал, что у пациентов 1 группы гипертоническая болезнь (ГБ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС) регистрировались достоверно чаще, чем во 2 группе (82,8% и 74% соответственно – ГБ, 68,5% и 56% соответственно - ИБС). При оценке ЭХО-КГ показателей, характеризующих правые отделы сердца, достоверных различий выявлено не было: имелась тенденция к

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

большему размеру правого предсердия у 1 группы больных по сравнению со 2 группой, при этом показатели у пациентов обеих групп были в пределах нормы (49 [46;52] мм и 47 [45,5;48] мм соответственно); размеры правого желудочка также не превышали норму у пациентов 1 и 2 групп (67 [64;68] и 64 [62;67] мм соответственно). Диаметр ствола легочной артерии у пациентов ОЗЛ с сопутствующими углеводными нарушениями был достоверно больше (19 [19;21] мм.рт.ст.), чем у больных с патологией легких без углеводных нарушений (18,5 [18;19] мм.рт.ст.),  $p=0,04$ . Наибольшие изменения выявлены при анализе ЭХО-КГ показателей левых отделов сердца: у больных 1 группы конечный систолический объем левого желудочка был больше по сравнению с пациентами 2 группы (45,5 [34;55] и 36,5 [33,5;37] мм соответственно,  $p=0,003$ ), имелась тенденция к увеличению конечного диастолического объема в 1 группе пациентов. Кроме этого, у пациентов 1 группы по сравнению со 2 группой отмечалась более выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка: толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП) были достоверно больше (ТЗСЛЖ 11 [11;12] мм и 10 [9;11] мм соответственно,  $p=0,0004$ , ТМЖП - 12 [11;12] и 10 [9;11,5] мм соответственно,  $p=0,01$ ). Показатель фракции выброса находился в пределах нормы и не имел достоверных различий в обеих группах.

**Выводы:** У больных ОЗЛ в условиях гипергликемии более выражено ремоделирование миокарда, преимущественно левого желудочка, что может быть связано с большей частотой сопутствующей патологии.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ВТОРОМ СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ**

Мошорина М.А., Куртина Т.Д.

ООО «Санаторий «Зелёный город», Нижний Новгород, к.п. Зелёный город.

**Цель:** оценка класса тяжести, коморбидности, реабилитационного потенциала, уровня подготовленности к физическим тренировкам и проведения физической реабилитации с учетом этих характеристик.

**Методы исследования:** проведен анализ 203 МКСБ, индивидуальных карт ЛФК, дневников самоконтроля, данных функциональной диагностики.

Физическая реабилитация продолжает быть основной в системе кардиореабилитации. Наряду с задачами увеличения физической активности, толерантности к физическим нагрузкам, повышению эффективности функционирования системы кровообращения физическая реабилитация приводит к повышению социального, психологического статуса и качеству жизни. Кроме этого физические нагрузки являются ведущими в коррекции ФР, как звена вторичной профилактики ИБС.

Особенностью пациентов, поступивших на второй этап кардиореабилитации, являются:

1. снижение уровня подготовленности к физическим нагрузкам, часто не превышающим III уровня двигательной активности. Это обусловлено сокращением сроков стационарного лечения,
2. повышения уровня коморбидного фона, частым сочетанием у одного пациента 3-4 сопутствующих заболеваний.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

### 3.увеличения возрастного ценза.

Все эти факторы сделали необходимым соблюдать: строгую дозированность и этапность физических нагрузок с учетом разделения больных на 3 КФГ:

- 1.больные, перенесшие инфаркт миокарда, прогрессирующую стенокардию с последующей реваскуляризацией миокарда.
- 2.больные, перенесшие инфаркт миокарда без операционной коррекции.
- 3.послеоперационные больные, перенесшие АКШ и МКШ коронарных артерий.

Первая группа больных отличалась избыточной приверженностью к ФТ. Гемодинамика характеризовалась тахикардией, увеличением длительности восстановительного периода, неустойчивостью АД. Физические нагрузки у второй группы выполнялись в полном объеме с адекватными реакциями. У третьей группы физические тренировки отличались меньшей интенсивностью и объемом, начало их было более отсроченным, гемодинамика отличалась гиподинамией, нарушениями ритма, длительным восстановительным периодом, признаками СН.

Физическая реабилитация включала дозированную ходьбу, лечебную гимнастику, дыхательную гимнастику, тренировки по лестнице, тренажеры, скандинавскую ходьбу. Перед назначением ФТ проводились: 6-минутный тест, телебиометрия, ЭКГ-контроль.

В третьей группе пациентов дозированная ходьба проводилась 3 дня в палате или зале ЛФК, начиная с 4-го дня – на открытой местности. ЛГ и ДГ первые 3-4 дня проводилась в палате, с 5-го дня – в зале ЛФК. Тренировки по лестнице начинались с 4-5 дня.

У этой группы чаще наблюдались пороговые и неадекватные реакции, метеопатии. Это потребовало более тщательного индивидуального контроля геодинамики, более длительного периода обучения самоконтролю, детального учета метеоусловий при проведении ФТ.

**Выводы:** физические тренировки второго этапа стационарной кардиореабилитации следует проводить с учетом этих особенностей.

## **МОБИЛЬНЫЕ КАРДИОРЕГИСТРАТОРЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА**

Никольский А.В., Косоногов К.А., Косоногов А.Я., Квачадзе Н.В., Лобанова Н.Ю.,  
Рождественская Т.А., Майорова М.В., Осипов Г.В., Золотых Н.Ю.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5», ННГУ им. Н.И. Лобачевского,  
Нижний Новгород

**Цель исследования:** Оценка возможностей современных мобильных кардиорегистраторов для автоматической диагностики нарушений ритма сердца.

**Материалы и методы:** Получены результаты регистрации ЭКГ в одном (V2) грудном отведении в режиме реального времени. Регистрация ЭКГ проводилась с помощью носимого миниатюрного датчика разработанного совместно с ННГУ им. Н.И. Лобачевского. Для передачи данных ЭКГ с датчика на смартфон применялся канал

Bluetooth далее со смартфона сигнал передавался по каналам мобильного интернета на удаленный сервер диагностики и мобильное устройство врача.

Для разработки программы автоматической диагностики ЭКГ использовались методы машинного обучения – основанные на большой выборке «размеченных данных», т.е. базе ЭКГ с известными заключениями. Для тестирования системы автоматической расшифровки ЭКГ была собрана база данных, включающая 5234 записи стандартной 12-канальной ЭКГ покоя.

Все ЭКГ были описаны врачами-экспертами (кардиологами и врачами функциональной диагностики) с формированием структурированного врачебного заключения, которое принималось как эталонное.

Далее все записи ЭКГ в архиве программы были использованы в качестве обучающей выборки с последующим сопоставлением результатов машинной диагностики с врачебными заключениями.

Обследовано 480 пациентов-добровольцев с различными нарушениями ритма сердца. Среди исследуемых пациентов, 152 человека перенесли в анамнезе различные операции на сердце по поводу нарушений ритма.

ЭКГ были получены от взрослых пациентов в возрасте от 18 до 80 лет, при этом мужчины составили 243 чел. (50,6%), женщины - 237 чел. (49,4%). Длительность съема ЭКГ варьировала от 10 секунд до 25 часов, среднее время исследования составило 4 часа 13 минут.

**Результаты:** Во всех 480 исследованиях удалось реализовать механизм удаленной передачи данных одноканальной ЭКГ в режиме «реального времени» для оценки врачом аритмологом. Программа диагностики автоматически формировала доврачебное заключение. Доврачебное заключение включало анализ типа ритма: синусовый, фибрилляция предсердий, трепетание предсердий, суправентрикулярная тахикардия, ритм атриовентрикулярного соединения, желудочковая тахикардия, фибрилляция желудочков. Автоматически проводился подсчет частоты сердечных сокращений, пульса, оценка количества предсердных и желудочковых экстрасистол по часам, оценка пауз сердечного ритма более 2,0 секунд и более 3,0 секунд.

Для сравнительного анализа результатов с применением автоматического анализа, программа была протестирована на открытых международных базах данных ЭКГ: Arrhythmia Data Set, PhysioNet PTBDB, PhysioNet Competition 2017. Оценка качества происходила с помощью пятикратного перекрестного контроля по метрике ROC-AUC.

В различных классах признаков точность диагностики классов аритмий составила от 83,8% до 94,5% ( $p=0,001$ ).

**Выводы:** Использование мобильных кардиорегистраторов в амбулаторной практике повысит выявляемость бессимптомных и редко манифестирующих пароксизмальных нарушений ритма сердца.

Применение кардиорегистраторов у пациентов в раннем послеоперационном периоде позволит своевременно диагностировать нарушения ритма сердца и оптимизирует программирование имплантируемых устройств.

Полученные результаты автоматической диагностики ЭКГ с помощью методов машинного обучения были сравнимы по качеству с мировыми аналогами.

## ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА ОДНА ИЗ ФОРМ НЕСОВЕРШЕННОГО ОСТЕОГЕНЕЗА. ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Папшицкая Н.Ю., Субботина В.Г., Сулковская Л.С., Мыльников А.М.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.  
Разумовского» Минздрава России, Саратов

Большинство наследственных и врождённых аномалий соединительной ткани связаны с её дисплазией. Диспластические нарушения сердечно-сосудистой системы часто проявляются клапанным, аритмическим синдромами, ложными хордами левого желудочка, синдромом торако-диафрагмального сердца. Наиболее часто (в 70 % случаев) встречается пролапс митрального клапана (ПМК). Поскольку центральным патогенетическим звеном в развитии первичного ПМК считают дисплазию соединительной ткани (ДСТ), то у таких пациентов могут выявляться признаки поражения соединительной ткани не только со стороны сердца, но и со стороны других систем. В связи с этим пациент может обращаться к врачам разных специальностей, но зачастую вариант единой системной патологии даже не рассматривается. В качестве примера сложности диагностики нами описан клинический случай наблюдения в течении 3 лет за пациенткой Т.Т., 55 лет, которая поступила в терапевтическое отделение с клиническими проявлениями прогрессивно нарастающей тотальной недостаточности кровообращения. В анамнезе заболевания: около 20 лет повышение артериального давления, перенесенные дважды инфаркты головного мозга, около 5 лет постоянная форма фибрилляции предсердий. Но обращали на себя внимание данные анамнеза жизни: с 6 лет частые переломы костей (всего в течении жизни около 20), явления остеопороза, выявленные при денситометрии, снижение слуха. При выяснении родословной: у отца пациентки множественные переломы костей, голубые склеры, глухота. Сын пациентки тоже имеет множественные переломы костей, снижение слуха, голубые склеры. При объективном осмотре больной помимо проявлений недостаточности кровообращения обращали внимание ярко-голубое окрашивание склер, изменение цвета зубов (серые), деформация костей, суставов стоп и рук, снижение слуха. При Эхо-КГ-исследовании выявлены миксоматозная дегенерация створок митрального клапана, дефект межпредсердной перегородки, множественные ложные хорды, отрыв хорд митрального клапана, митральная регургитация 4 степени. Все вышеперечисленные симптомы: повышенная ломкость костей, понижение слуха, голубые склеры, поражение сердца (первичный миксоматозный ПМК, дефект межпредсердной перегородки, множественные ложные хорды), системный остеопороз, изменение цвета зубов, наличие сходных симптомов в семье – свидетельствует о таком наследственном заболевании, как несовершенный остеогенез (НО). НО – редкое моногенное заболевание, относится к группе наследственных нарушений соединительной ткани, одним из проявлений которых является синдром Лобштейна – Ван-дер-Хеве (синдром «синих склер»), включающий триаду симптомов: голубые склеры, повышенную ломкость костей, тугоухость и другие множественные проявления ДСТ. У нашей больной данная триада симптомов встречается у отца и сына, что подтверждает генетический характер заболевания. Тяжесть состояния больной на момент последней госпитализации была обусловлена возникновением и быстрым нарастанием митральной регургитации вследствие отрыва хорд митрального клапана. Данный случай демонстрирует трудности и позднюю диагностику

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

наследственного заболевания соединительной ткани, относящегося к группе редких в клинике внутренних болезней. Однако, сегодня нам представляется, что растёт частота и выявляемость этих редких заболеваний, что обусловлено внедрением в клинику новых диагностических технологий. Цель данного сообщения – привлечь внимание широкого круга врачей (кардиологов, терапевтов, ортопедов, неврологов, окулистов и др.) к наследственным нарушениям соединительной ткани, к значимости их клинической диагностики на ранних этапах развития.

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА**

Погодина Е.В., Лукушкина Е.Ф., Сухарева Г.Э.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

Последние годы, по данным Росстата, отмечается неуклонный рост заболеваемости врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями, как в целом в популяции, так и среди детей (с 1,5 на 1000 населения РФ в 2000 году до 2,1 на 1000 населения в 2016 году). Выявлен рост на 9,8% общей заболеваемости подростков врожденными аномалиями в 2011-2016 гг. (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., 2018). Среди всех врожденных пороков развития пороки сердца являются самой частой врожденной патологией и составляют порядка 30-31,5%. В тоже время смертность от ВПС, в том числе и младенческая снизилась благодаря развитию современных кардиохирургических технологий. При этом дети с ВПС, оперированные в возрасте до одного года стали самой многочисленной группой - 46,8% от числа всех оперированных детей с данной патологией. В связи с этим, вопрос о реабилитации в первую очередь детей оперированных по поводу ВПС, стоит очень остро.

При осуществлении реабилитационных мероприятий детям, с оперированными ВПС, необходимо учитывать ее этапы применительно к данной патологии: I этап - проводится в отделениях реанимации и интенсивной терапии хирургического стационара при подтвержденной перспективе восстановления функций и отсутствии противопоказаний; II этап – проводится в ранний восстановительный период в стационарных условиях, в реабилитационном отделении/центре; III этап – проводится в ранний и поздний реабилитационный периоды при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных или амбулаторных условиях. Т. о., понятно, что I и II этапы реабилитации включают фармакологическую терапию согласно клиническим рекомендациям и стандартам лечения, III этап проводится в основном амбулаторно и включает не медикаментозные воздействия. Кроме того, все оперированные пациенты с ВПС делятся на группы с учетом тяжести самого порока и прогнозирования отдаленных результатов: дети практически здоровые после оперативной коррекции ВПС; дети с устраненным дефектом, хорошим непосредственным результатом, но нуждающиеся в наблюдении; пациенты с остаточными нарушениями функции сердца и сосудов; больные, требующие постоянного наблюдения (Милеевская Е.Б., 2016).

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

Для большей части пациентов с ВПС, особенно с тяжелыми, комбинированными, осложненными легочной гипертензией пороками характерно отставание в физическом развитии, дефицит массо-ростовых показателей. Осуществление оценки нутритивного статуса пациентов, грамотная нутритивная поддержка с расчетом энергетических потребностей, введение в питание специализированных лечебных смесей, обогащенных СЦТ, обогатителей грудного молока - позволяет нормализовать темпы физического развития. Задержка же физического развития, негативно воздействует на психическое и социальное развитие, резистентность организма ребенка, снижение когнитивных функций и способности к концентрации внимания, нарушение внутрисемейных отношений.

Важным является нормализация физической активности оперированных по поводу ВПС детей. И если на I и II этапах реабилитации активно используется массаж, дыхательная и лечебная гимнастика, расширение двигательного режима, то в дальнейшем подключаются различные виды нагрузок: дозированная ходьба, лечебная гимнастика в расширенном объеме, велоэргометрические тренировки, возобновление занятий физкультурой в школе по ограниченной или обычной программе и т. п. Физическая реабилитация основывается на уровне физической работоспособности и реакции сердечнососудистой системы при велоэргометрической пробе. Кроме того, необходимо помнить о первой группе пациентов с ВПС, которые после коррекции порока становятся практически здоровыми и не нуждаются в ограничениях, в т.ч. спортивных.

Психологическая реабилитация – неотъемлемая часть комплексной программы реабилитации пациента после оперативного лечения ВПС на всех ее этапах. Важны и мероприятия для улучшения психологической поддержки семей пациентов с ВПС.

Социальная реабилитация детей, направленная на улучшение качества жизни, способствует избавлению от неуверенности, от чувства неполноценности. Эксперты ВОЗ указывают, что целью реабилитации является не только восстановление социальной активности, но и достижение, и сохранение независимой жизни.

## **ВЛИЯНИЕ СОМНИЧЕСКИХ И ПОСТСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ**

Попова Н.А., Горбунова М.Л.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

В исследование включены данные по 52 пациентам. Все пациенты на момент обследования имели различные степени ожирения. Ни один из них не имел органической патологии. Практически все пациенты обследовались амбулаторно, практически в условиях привычного образа жизни.

На момент исследования ни один из пациентов не получал препаратов, влияющих на длительность и качества сна, что могло бы исказить полученные данные. Каждому было проведено комплексное обследование: изучение жалоб, сбор анамнеза и осмотр больного на предмет выявления сопутствующих заболеваний и наличия органической патологии. Также были проведены клиничко – функциональные (суточное мониторирование АД, а также эхо-КГ сердца) и лабораторные исследования. Качество сна изучалось с помощью



тестирования и анкетирования пациентов. По выявлению сомнических и постсомнических нарушений заполнялся опросник. Для проведения анализа полученных результатов использовался корреляционный анализ с применением показателя Спирмена, кластерный анализ, а также канонический корреляционный анализ.

При проведении анкетирования пациентов у лиц разного пола, была выявлена степень распространенности сомнических и постсомнических нарушений. Наиболее выражены нарушения отмечены у пациентов с III степенью ожирения. 62,5% мужчин и 70,4% женщин предъявляли жалобы на головную боль. Нарушение засыпания встречались у 57,5% мужчин и 63% женщин. Частые ночные пробуждения сопровождали 58% мужчин и 74% женщин. Чуткий сон и чувство «разбитости» по утрам наблюдалось у 57% мужчин и 78% женщин. Дневная сонливость отмечалась у 77,5% мужчин и 85,2% женщин.

Из полученных данных видно, что у женщин чаще, чем у мужчин распространены различные нарушения сна. Они дольше засыпают, а также чаще жалуются на чуткий сон, частые ночные пробуждения, чувство «разбитости» по утрам, головную боль и дневную сонливость. Также выявлено, что качеством своего сна удовлетворены 35% мужчин и только 23% женщин независимо от степени ожирения. Неоспорим факт влияния качества сна на его продолжительность, что доказывается наличием взаимосвязи времени сна и ночными пробуждениями ( $r = -0,2908$ ,  $p = 0,018$ ).

На ситуацию стресса и психоэмоциональное напряжение различные психологические типы пациентов реагируют разной по силе нейрогормональной реакцией, что обуславливает выраженное различие гемодинамических реакций организма.

У пациентов с нарушениями дыхания во сне и ожирением выявляется нарушение циркадного ритма АД. У 36% пациентов наблюдалась артериальная гипертония и нарушение циркадного ритма по типу non-dippers и night-reakers. У 48 % пациентов артериальная гипертония протекала без нарушения циркадного ритма АД. У 16% обследуемых было зарегистрировано нарушение циркадного ритма по типу non-dippers при отсутствии артериальной гипертонии.

По данным Эхо – КГ, проведенное пациентам, обследуемой группы, дополнительно выявлялась взаимосвязь гипертрофии ЛЖ с сомническими и постсомническими нарушениями. Это подтверждается высокой степенью корреляции между нарушениями дыхания во сне и гипертрофией ЛЖ ( $r = -0,3102$ ,  $p = 0,034$ ). У 14% пациентов с нарушениями циркадного ритма АД без артериальной гипертонии по данным Эхо – КГ выявлялась гипертрофия ЛЖ.

Выводы. Сомнические и постсомнические расстройства у пациентов с ожирением активируют нейрогормональные реакции, являющиеся контргипотензивными. В результате, у пациентов формируются гемодинамические нарушения в виде артериальной гипертонии и нарушение циркадного ритма по типу non-dippers и night-reakers. Данные нарушения усугубляются как с повышением индекса массы тела, так и со степенью выраженности сомнических и постсомнических нарушений.

## КОМБИНАЦИЯ АМИОДАРОНА С ЧРЕСПИЩЕВОДНОЙ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЕЙ С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИПИЧНОГО ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС

Потапова К.В., Носов В.П., Аминова Н.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, кафедра госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика, Нижний Новгород

На долю трепетания предсердий (ТП) приходится около 10% всех суправентрикулярных нарушений ритма сердца. Хотя частота выявления данной аритмии в 10-20 раз меньше, чем фибрилляции предсердий (ФП), трепетание также приводит к увеличению смертности в 1,5-2 раза у больных с органической патологией сердца.

Не смотря на высокую эффективность интервенционного лечения типичного ТП – до 95% после первой процедуры радиочастотной катетерной абляции каватрикуспидального истмуса, консервативная терапия сохраняет свое первостепенное значение в купировании пароксизмов данной аритмии.

Целью работы явилось изучение эффективности и безопасности консервативных методов восстановления синусового ритма, к которым относятся медикаментозная кардиоверсия (МКВ), чреспищеводная электрическая кардиостимуляция (ЧПЭКС) и наружная электроимпульсная терапия (ЭИТ), при типичном ТП у больных ИБС, а также возможности повышения их эффективности.

Материалы и методы. Нами обследовано 101 больных ИБС с типичным ТП. Приступ аритмии продолжался от нескольких часов – суток до 8 месяцев. Средний возраст пациентов составил 57,3 года. Больные обследовались по общеклиническому протоколу, включавшему липидный профиль, параметры системы гемостаза, уточнение функции щитовидной железы, эходоплерокардиографию (ЭхоДПКГ), холтеровское ЭКГ – мониторинг. Критериями исключения из исследования были: ТП, возникшее в острый период инфаркта миокарда, при миокардите, перикардите, тромбоэмболии легочной артерии, гипертиреозе; наличие пороков сердца, кардиомиопатии, тяжелой сердечной недостаточности и выраженной легочной гипертензии. Всем пациентам с ТП, длительностью более 48 часов, перед кардиоверсией проводилась 2-3-х недельная антикоагулянтная подготовка варфарином до достижения значения МНО 2,0 – 3,0.

Для проведения кардиоверсии использовались: амиодарон в/в капельно (у 47% обследованных); наружная электрическая кардиоверсия (ЭДС – у 15%); чреспищеводная ЭКС (у 38%). При неэффективности последней нами был разработан следующий метод: внутривенно струйно вводился амиодарон в дозе 150 мг, через 10-15 минут попытка восстановления синусового ритма с помощью ЧПЭКС повторялась.

Результаты: медикаментозная кардиоверсия оказалась эффективной лишь в 54% случаев. С помощью ЭДС ритм был восстановлен почти в 95% случаев. ЧПЭКС по стандартной методике (без амиодарона) была эффективна у 67% пациентов, после введения амиодарона удалось повысить ее эффективность до 86%. Частота возникновения стойкой ФП составила 8%, при этом использование амиодарона не приводило к статистически значимому изменению вероятности трансформации ТП в ФП. Других нарушений ритма и осложнений не было зарегистрировано. После проведения ЭДС у 7% обследованных

наблюдалась частая наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, которая купировалась на фоне проводимой профилактической антиаритмической терапии.

Выводы: 1) для восстановления ритма при типичном ТП у больных ИБС предпочтительнее применять электрическую кардиоверсию, чем медикаментозную. 2) эффективной альтернативой ЭДС является метод ЧПЭКС в сочетании с однократным внутривенным струйным введением амиодарона, который в условиях правильного подбора и подготовки пациентов является более безопасным способом электрической кардиоверсии.

Потапова Ксения Васильевна, заочный аспирант кафедры госпитальной терапии им. В.Г. Вогралика ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России; врач-терапевт, кардиолог ГБУЗ НО «ЦГБ города Арзамаса».

## **АНАЛИЗ РИСКОВ РАЗВИТИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ**

Руденко И.Б., Казакова И.А., Кононова Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
ОАО санаторий «Металлург», Ижевск

**Цель.** Провести анализ факторов риска развития и профессиональной деятельности больных с острым коронарным синдромом (ОКС)

**Материалы и методы.** Проведен анализ 340 медицинских карт пациентов, получивших реабилитацию после перенесенного ОКС в специализированном кардиологическом отделении на базе ОАО санаторий «Металлург» города Ижевска за период с марта по декабрь 2016 года. Были выделены 4 группы пациентов по принципу лечения ОКС: у 35 % (119 пациентов) проведена чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика; у 32 (110 пациентов) - резекция аневризмы сердца и баллонная ангиопластика коронарных сосудов; у 20 % (67 пациентов) проведено аортокоронарное шунтирование; консервативную терапию получили 13% (44 пациента). Среди общего числа пациентов было 75 % мужчин и 25 % женщин. Средний возраст женщин составил  $56,69 \pm 0,44$  года, а мужчин -  $55,49 \pm 0,44$ .

**Полученные результаты.** Согласно возрастной классификации ВОЗ, большинство больных, получавших санаторно-курортную реабилитацию, были среднего возраста - 64 %, молодого возраста - 9%, пожилые составили 27 %. Среди всех пациентов с ОКС 51 % имели избыточную массу тела, 25 % страдали ожирением I-III степени, лишь у 24% больных масса тела входила в среднестатистические нормальные показатели. Среди всех групп наблюдения можно выделить модифицируемые факторы риска: артериальная гипертония наблюдалась у всех пациентов, сахарный диабет был у 10%, 89 % пациентов в анамнезе отмечали вредные привычки – табакокурение и употребление алкоголя. Также имелись и немодифицируемые факторы- у 45 % пациентов отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы.

При оценке профессиональной деятельности 45% пациентов - это работники умственного труда, среди которых преобладали инженеры, врачи и педагоги. Физическим трудом занимались 17 % пациентов, профессии которых - электромонтажники, слесаря,

мастера. Малоподвижные профессии составили 25 %, среди которых чаще были отмечены водители и охранники.

**Вывод.** Острый коронарный синдром чаще развивается у лиц мужского пола, среднего возраста, занимающихся умственным трудом, с отягощенной наследственностью по заболеваниям сердечно-сосудистой системы, наличием вредных привычек и избыточной массой тела.

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Садулаев А.Х., Филиппова М.П., Анисимова Е.Н.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва

Заболевание сердечно сосудистой системы являются одной из основных причин смертности во всем мире. По оценкам ВОЗ в 2014 году от ССЗ умерло 17,5 миллионов человек, что составило 31% от общего числа смертей. Из них 7,4 миллиона человек погибло от ишемической болезни сердца. Ряд исследований доказал связь между хроническими очагами инфекции полости рта и риском развития повторных ишемических атак. (Daniel Skaar, 2012]. Важным остается вопрос о возможности оказания неотложной стоматологической помощи в остром периоде инфаркта миокарда и информированности врачей-кардиологов, и врачей-стоматологов об этой проблеме

**Цель:** Определение стоматологического статуса пациентов в остром периоде инфаркта миокарда, а также информированности врачей-стоматологов и врачей-кардиологов о возможности и необходимости оказания неотложной стоматологической помощи этой группе пациентов.

**Материалы и методы:** На базе регионального сосудистого центра ГКБ им. Ф.И. Иноземцева было осмотрено 100 пациентов в возрасте от 38-65 лет в острой стадии не осложнённого инфаркта миокарда. Для оценки стоматологического статуса были использованы гигиенический индекс РНР и индекс развития хронического орального сепсиса РХОС (для оценки влияния стоматологического статуса на общее состояние пациента). Для проведения соц.опроса были разработаны анкеты в электронном формате для определения информированности врачей-стоматологов и врачей-кардиологов относительно возможности оказания стоматологической помощи пациентам в остром периоде инфаркта миокарда.

**Результаты и выводы:** Определение стоматологического статуса показало, что у 95,5 пациентов индекс РНР в среднем составил 2,1, что соответствует неудовлетворительному уровню гигиены, а индекс РХОС в среднем составил 13,7, что соответствует высокому риску развития хронического орального сепсиса. Анализ социологического исследования показал, что подавляющее большинство врачей-стоматологов и врачей-кардиологов расходятся во мнениях относительно возможности оказания стоматологической помощи пациентам, перенёсшим инфаркт миокарда. Так 73,7% опрошенных врачей-стоматологов и 66,7% опрошенных врачей-кардиологов считают невозможным оказание неотложной стоматологической помощи в остром периоде инфаркта миокарда.

Проведенные исследования обосновали необходимость разработки алгоритма оказания безопасной стоматологической помощи пациентам, перенесшим инфаркт миокарда, как составляющей в комплексной программы реабилитации.

## **ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ ТРИГЛИЦЕРИДОВ У ПАЦИЕНТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ - НЕЗАВИСИМЫЙ ПРЕДИКТОР НЕДОСТАТОЧНОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДЛИТЕЛЬНОМУ ЛЕЧЕНИЮ И ВЫПОЛНЕНИЮ ВРАЧЕБНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

Семенова О.Н., Наумова Е.А., Булаева Ю.В.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

**Цель:** провести когортное проспективное исследование влияния клинических характеристик пациентов с сердечно-сосудистой патологией для уточнения их влияния на степень выполнения рекомендаций пациентами и развитие сердечно-сосудистых событий.

**Материалы и методы:** включались все согласившиеся госпитализированные пациенты кардиологического стационара. Причины госпитализации: нестабильная стенокардия - 40(57,1%), острый инфаркт миокарда - 10(14,3%), декомпенсация хронической сердечной недостаточности - 10(14,3%), гипертонический криз - 4(5,7%), пароксизмальные нарушения ритма - 6(8,5%). Исследование проводилось после стабилизации состояния. Критериям включения соответствовало 210 пациентов, согласилось – 120, из них пригодных для анализа – 70 анкет пациентов: 40(57,1%) мужчин, 58(82,9%) пенсионного возраста, медиана возраста 67 лет. В анамнезе у 62(88,6%) пациентов - артериальная гипертония, у 54(77,1%) - гипертонические кризы, у 54(77,1%) – ишемическая болезнь сердца, у 38(54,3%) – нестабильная стенокардия, у 24(34,3%) - перенесенный инфаркт миокарда, у 52(74,3%) – хроническая сердечная недостаточность, у 26(37,1%) – нарушения ритма, у 12(17,1%) – перенесенный инсульт. Из лабораторных показателей: общий холестерин >4 ммоль/л у 48(68,6%), липопротеины низкой плотности  $\geq 1,5$  ммоль/л у 44(62,8%), триглицериды  $\geq 1,7$  ммоль/л у 20(28,6%), глюкоза натощак >7,0 ммоль/л у 12(17,1%), хроническая болезнь почек 3-й стадии (GFR <60 мл/мин) у 16(22,8%), гипертрофия левого желудочка (ИММЛЖ  $\geq 125/110$  г/м<sup>2</sup> мужчины/женщины) у 26(37,1%), низкая фракция выброса левого желудочка (<40%) у 8(11,4%). Контрольные звонки через 6 и 12 месяцев после выписки пациента оценивали продолжение терапии, регулярность приема препаратов, изменения в состоянии здоровья, в том числе госпитализации.

**Результаты:** через 6 месяцев удалось связаться по телефону с 52(74,3%) пациентами, через 12 месяцев – с 48(68,5%). В ходе опроса через 6 месяцев 19% опрошенных заявили, что прекратили прием всех препаратов, через 12 месяцев – 14%, продолжили терапию в полном объеме через 6 месяцев 53,8% и 50% – через 12 месяцев. Изменения в состоянии здоровья произошли у 57,7% пациентов через 6 месяцев и у 76,9% - через 12 месяцев. Частота повторных госпитализаций по поводу декомпенсации ССЗ через 6 составила 19,2%, через 12 месяцев 54,1%. С продолжением терапии ассоциировались мужской пол ( $p=0,082$ ), перенесенный инфаркт миокарда ( $p=0,003$ ), нарушения ритма ( $p=0,004$ ), фибрилляция предсердий ( $p=0,07$ ), избыток массы тела ( $p=0,036$ ) поступление в стационар по поводу нестабильной стенокардии ( $p=0,005$ ) и нарушенная толерантность к углеводам

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

на момент проведения опроса ( $p=0,046$ ). Гипергликемия натощак  $>7$ ммоль/л ( $p=0,076$ ), гипертриглицеридемия ( $p=0,005$ ), выявленная гипертрофия левого желудочка ( $p=0,003$ ) и перенесенный инсульт ( $p=0,016$ ) ассоциировались с прекращением терапии. Анализ с помощью логистической регрессии был проведен для уточнения связи между продолжением терапии, отдельными клиническими факторами пациента и развитием всех нежелательных явлений, в том числе госпитализаций. Отмечено, что женский пол, гипертриглицеридемия на момент госпитализации в сочетании с прекращением терапии, ассоциированы с большей частотой сердечно-сосудистых событий, таких как повторные госпитализации, декомпенсация ХСН, гипертонический криз ( $p = 0,00000$ ).

**Выводы:** врачу-кардиологу следует обращать внимание на высокий уровень триглицеридов у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, который может рассматриваться как независимый индикатор плохого выполнения врачебных рекомендаций.

### **ПРОДУКТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ С ПОВЫШЕННЫМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКА В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ ДИЕТОТЕРАПИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

Семина А.И., Неповинных Н.В., Лямина Н.П., Новокшанова А.Л.

ФГБОУ ВО Саратовский ГАУ, Саратов, Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, НИИ кардиологии, Саратов, ФГБОУ ВО Вологодская ГМХА, Вологда

**Цель работы** – оценка эффективности применения нового кислородного коктейля с повышенным содержанием белка (гидролизат белков подсырной сыворотки) в поддерживающей диетотерапии кардиологических пациентов. Углеводный компонент продукта представлен моно- и дисахаридами фруктово-ягодных соков, и углеводом молочной сыворотки – лактозой, обладающей невысоким гликемическим индексом (46). Часть содержащегося в продукте белка гидролизована до пептидов и свободных аминокислот, что будет повышать его усвояемость. Жиры в составе продукта содержатся в незначительном количестве, что не вызывает метаболических изменений. Содержание натрия в продукте минимально, при этом калия содержится в 3 раза больше.

В локальное открытое проспективное исследование было включено 30 пациентов (17 мужчин и 13 женщин) в возрасте 60-75 лет, удовлетворяющих следующим критериям: пациенты с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I – II А стадии I – II функциональных классов, ишемического генеза находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении, получающих медикаментозную терапию, не имеющие противопоказаний к энтеральной оксигенотерапии и подписавшие информированное согласие на исследование. Переносимость продукта кардиологическими пациентами оценивали по отсутствию развития у них нежелательных и побочных явлений, оценки общего состояния и самочувствия ежедневно в течение 10 дней приема данного продукта. Пациенты в комплексе со стандартной терапией принимали по 250 мл продукта утром в период активной деятельности, во время второго завтрака.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

**Результат.** Ежедневные осмотр и опрос пациентов не выявили побочных реакций при потреблении продукта. Пациенты высоко оценили качества кислородного коктейля. Переносимость продукта была хорошая, пациенты не отмечали побочных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта, прием продукта не вызывал явлений метеоризма, вздутия живота, изжоги, дискомфорта, боли. Досрочного прекращения приема продукта наблюдаемыми пациентами не было. 90 % пациентов отметили снижение утомляемости, уменьшение отеков, одышки и эмоциональной лабильности, увеличение физической работоспособности, повышение настроения, и наблюдалось уже после 4 процедур. У трех пациентов данные изменения были достоверно менее выражены и развивались позднее, в среднем через 7 дней приема кислородного коктейля с повышенным содержанием белка ( $p < 0,05$ ). Применение в ежедневном рационе 250 мл кислородного коктейля, приготовленного из 100 г белково-углеводной основы, обеспечивает поступление 4,53 % от рекомендуемого уровня суточного потребления белка, 1,64 % – усвояемых углеводов, 0,24 % – жира.

**Выводы.** Кислородный коктейль с повышенным содержанием белка (гидролизат белков подсырной сыворотки) может быть рассмотрен, как функциональное питание в диетотерапии пациентов с ХСН I-II А стадии.

*Работа выполнена при финансовой поддержке гранта Президента РФ № МД-2464.2018.8.*

## АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ВТОРОМ ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОЙ КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ НА БАЗЕ САНАТОРИЯ «ЗЕЛЁНЫЙ ГОРОД»

Смирнова Н.В., Куртина Т.Д.

ООО «Санаторий «Зелёный город», Нижний Новгород, к.п. Зелёный город.

**Цель исследования:** изучение динамики факторов риска (ФР) у больных ИБС за 5-летний период кардиореабалитации в санатории.

**Методы исследования:** проведён анализ 205 медицинских карт стационарного больного (МК СБ), индивидуальных карт ЛФК, дневников самоконтроля, данных анкетирования.

Непосредственной целью кардиореабалитации является оптимизация физического психологического и социального функционирования пациентов с ИБС. В то же время кардиореабалитационные программы являются эффективным средством вторичной профилактики ИБС. Выполнение этих задач четко связано с динамикой факторов риска с течением времени, изменением тактики воздействия на факторы риска и оценку прогноза течения ИБС.

Анализ был проведен по основным факторам риска ИБС:

1. артериальная гипертония,
2. курение,
3. сахарный диабет,
4. нарушение липидного обмена,
5. ожирение и избыточная масса тела,
6. гиподинамия.

**Полученные результаты:** за последние 5 лет факторы риска имеют следующую динамику:

1. АГ составила 89%, по сравнению с 5-летним периодом увеличение составило 27%,
2. курение составило 24%, ранее было 67%, снижение составило – 43%
3. сахарный диабет увеличился на 4%,
4. нарушение липидного обмена остались на прежнем уровне у 70%,
5. ожирение и ИМТ увеличились на 14%,
6. гиподинамия увеличилась с 57 до 68%.

**Таким образом, по нашим данным:** в рамках системы кардиореабилитации, выполняя задачи по вторичной профилактике ИБС, медперсонал, продолжая работу «Школ здоровья», должны уделять особое внимание приверженности пациентов к контролю артериального давления, гипотензивной терапии, увеличению двигательной активности, диетпитанию, контролю массы тела.

Значительное снижение уровня курения явилось результатом совместных усилий медицинского персонала в свете выполнения ФЗ №15.

## **БРЕМЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ В СТРУКТУРЕ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

Телицина Е.В., Починка И.Г., Ботова С.Н., Гвоздулина М.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава  
России, Нижний Новгород

**Цель:** оценить частоту наличия фибрилляции предсердий (ФП) в случаях наступления летального исхода в многопрофильном стационаре.

**Материал и методы:** для определения распространенности ФП у госпитализированных больных проведено одномоментное исследование всех госпитализированных пациентов различного профиля в ГБУЗ НО Городская клиническая больница №13 дважды разницей в 3 месяца (ноябрь 2017, февраль 2018), всего 1776 случаев госпитализации. Также проведен анализ всех летальных исходов в стационаре, наступивших в течение 3 месяцев (январь-март 2017), всего 209 летальных исходов. Данные представлены в виде Mean  $\pm$  SD и Median [Q1; Q3], при сравнении количественных переменных использовали тест Mann-Whitney, при сравнении долей - тест Chi-square Pearson.

**Результаты:** из 1776 случаев госпитализации в 11 % (195) имелась ФП, из 209 летальных исходов ФП имелась в 77 случаях, что составило 36 % (для различия долей  $p < 0,001$ ). В том числе: при декомпенсации хронической сердечной недостаточности ФП встречалась у 25 % госпитализированных (86/373) и в 75% летальных исходов (15/20),  $p < 0,001$ , при ишемическом инсульте в 22 % случаев госпитализации (38/175) и в 51 % летальных исходов (39/77),  $p < 0,001$ , при остром коронарном синдроме – в 11 % случаев госпитализации (14/130) и в 37 % случаев летальных исходов (19/51),  $p = 0,001$ , у 4 % госпитализированных хирургического профиля (18/435) и в 8% летальных исходов (2/25),  $p = 0,38$ . Средний возраст госпитализированных с ФП составил  $71 \pm 11$  лет, среди умерших с ФП  $75 \pm 11$  лет ( $p = 0,002$ ). Женщины составили 62 % в группе госпитализированных с ФП (120/195) и 69 % среди умерших с ФП (53/77),  $p = 0,39$ . Медиана и интерквартильный

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*



интервал оценки по шкале CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc у госпитализированных с ФП составили 4 [3; 5], у умерших с ФП 5 [4; 6],  $p < 0,001$ . Медиана и интерквартильный интервал оценки по шкале HAS-BLED как у госпитализированных с ФП, так и у умерших с ФП, составили 3 [2; 4].

**Выводы:** распространенность ФП среди случаев с летальным исходом в 3 раза превышает распространенность ФП среди госпитализированных пациентов в многопрофильном стационаре. У больных терапевтического профиля наличие фибрилляции предсердий ассоциируется с повышенным риском летального исхода в стационаре.

## СТРУКТУРА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ПРОГРАММНЫМ ГЕМОДИАЛИЗОМ

Токарева А.С., Боровкова Н.Ю., Линева Н.Ю.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко», Нижний Новгород

**Цель исследования.** Дать клиническую характеристику пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), получающих лечение программным гемодиализом (ГД), оценить частоту и структуру сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, а также характер проводимой лекарственной терапии.

**Материалы и методы.** Проведено ретроспективное исследование 189 амбулаторных карт пациентов, получавших лечение программным ГД в период с января 2014 г. по декабрь 2016 г. на базе отделения диализа и гравитационной хирургии крови ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко». Анализ полученных данных выполнен с использованием стандартных методов описательной статистики пакета прикладных программ IBM SPSS Statistics 20.

**Результаты.** Все пациенты получали заместительную почечную терапию (ЗПТ) методом программного ГД: по 3 сеанса в неделю, каждый сеанс длительностью по 4 часа в день в бикарбонатном режиме. Средний возраст пациентов составил 58 [47,5; 64,0] лет, диализный стаж – 4,5 [2,1; 7,7] года. Соотношение полов было почти равным: 49% мужчин и 51% женщин.

В исходе первичной патологии почки ТПН развилась у 69% пациентов, диабетической нефропатии – 22%, ревматических болезней – 4%, в структуре причин ТПН также имели место 3 случая миеломной нефропатии, 1 случай ВИЧ-ассоциированной нефропатии и 1 случай ишемической болезни почек. Основными первичными почечными заболеваниями были: хронический гломерулонефрит – 61,5%, поликистоз почек – 18%, мочекаменная болезнь – 13%, хронический пиелонефрит – 5,5%, врожденные аномалии мочевыводящей системы – 2%.

Сопутствующая сердечно-сосудистая патология встречалась у 179 (95%) пациентов. В 96% случаев пациенты имели артериальную гипертензию (АГ), из них 78,5% получали регулярную гипотензивную терапию. С этой целью одинаково часто использовались бета-

адреноблокаторы (БАБ) и блокаторы кальциевых каналов (БКК) – в 75% случаев, 45% пациентов получали антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРАII), 18,5% – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ). Широкое применение в лечении АГ в диализной популяции нашел агонист I<sub>1</sub>-имидазолиновых рецепторов моксонидин, рекомендованный 48% лиц. Диуретики были назначены 7% пациентов, имеющим остаточную функцию почек. У 15,5% пациентов проводилась монотерапия, во всех остальных случаях терапия АГ требовала назначения двух и более препаратов.

У 53% диализных пациентов в качестве сопутствующей сердечно-сосудистой патологии выступала хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Диагноз стабильной ишемической болезни сердца (ИБС) имели 33% пациентов, кардиомиопатии уремиического/смешанного генеза – 14,5%. 12% пациентов перенесли инфаркт миокарда, 11% – острое нарушение мозгового кровообращения. Пациенты с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) в 76% получали БАБ, в случае же сопутствующей ХСН частота назначения БАБ снижалась до 60%, при этом только в одном случае из пяти достигались эффективные терапевтические дозы используемых препаратов. Ещё одной особенностью применения БАБ явилось редкое использование пролонгированных форм препаратов – менее чем у 39% диализных пациентов. АРАII и иАПФ получали 35 и 13% пациентов с ХСН соответственно. В то время, как приём иАПФ характеризовался достижением кардиопротективных доз в 92% случаев, АРАII были оттитрованы до необходимых значений лишь у каждого десятого пациента на ГД.

Различные нарушения ритма были диагностированы у 18,5% пациентов, при этом на долю фибрилляции предсердий (ФП) пришлось 73% от общего числа аритмий. Среди пациентов с ФП антиагреганты были назначены в 29%, антикоагулянтная терапия – в 20% случаев (4 пациента принимали варфарин, 1 – дабигатран). Положительное решение в отношении гиполипидемической терапии статинами было принято в 19% случаев как для пациентов с ИБС, так и для пациентов с ПИКС.

**Заключение.** Диализные пациенты характеризуются высокой частотой сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, адекватная терапия которой требует, как соблюдения общепопуляционных подходов, так и максимальной индивидуализации тактики лечения в каждом конкретном случае. Пациенты с ТПН традиционно исключаются из крупных клинических исследований, поэтому до настоящего момента предметом дискуссий остаются вопросы эффективности отдельных гипотензивных препаратов, безопасности антикоагулянтной терапии, а также целесообразности использования статинов в целях первичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у данной категории лиц.

## **ЗНАЧЕНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГАЛЕКТИНА-3 В КАРДИОЛОГИИ**

Требунский К.С.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5», ГБУЗ НО «Городская клиническая  
больница №38», Нижний Новгород

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) – основная причина смертности, как в мире, так и в Российской Федерации (РФ). Несмотря на то, что за 2017 год, по данным Росстата РФ, количество смертей от острого коронарного синдрома (ОКС) снизилось, в структуре общей смертности доля ишемической болезни сердца (ИБС) по-прежнему остается на высоком уровне, в основном, за счет ее хронических форм.

Для прогнозирования острых форм ИБС разработаны шкалы (GRACE, TIMI и др.), включающие, в том числе различные биомаркеры, которые широко используются в клинической практике.

Одним из наиболее перспективных является такой биомаркер, как галектин-3 (Гал-3). Это протеин, входящий в состав b-галактозид связывающих протеинов. Он способен связываться с широким спектром протеинов экстрацеллюлярного матрикса, чем и обусловлены его многочисленные регуляторные механизмы. Гал-3 участвует в реакциях защиты организма от патогенов, регулирует провоспалительные сигналы, обладая хемотаксическими свойствами по отношению к макрофагам и моноцитам, активирует адгезию нейтрофилов, участвует в фагоцитозе нейтрофилов.

Гал-3 изучали как в экспериментальных, так и клинических исследованиях.

Доказано что в интактном миокарде, вне клетки, Гал-3 не обнаруживается, тогда как фибробласты миокарда экспрессируют его высокие уровни.

Данные экспериментальных исследований, полученные с помощью применения разных моделей ССЗ, свидетельствуют о возможной биомаркерной функции Гал-3, являющегося индуктором фиброза и ремоделирования миокарда левого желудочка (ЛЖ).

Ряд работ по исследованию Гал-3 посвящен краткосрочному и долгосрочному прогнозированию осложнений острой сердечной недостаточности (ОСН), хронической сердечной недостаточности (ХСН), ОКС. В большинстве выполненных работах было установлено, что изначально высокий уровень Гал-3 ассоциировался с плохим прогнозом и имел прямую корреляцию с общей смертностью, но не с сердечно-сосудистой.

В ряде исследований доказано непосредственное участие Гал-3 в развитии фиброза миокарда. В исследованиях, посвящённых изучению уровня Гал-3 у пациентов ХСН с разными величинами фракции выброса (ФВ) ЛЖ, полученные данные противоречивы. В ряде работ отмечено, что уровень Гал-3 был выше у пациентов с ХСН с сохраненной ФВ. Другие авторы показали обратную картину: уровень Гал-3 в крови напротив был выше при ХСН с низкой ФВ.

Таким образом, по данным литературы, Гал-3 не информативен для первичной диагностики СН. В тоже время Гал-3 может использоваться в комплексной оценке клинической картины, в качестве вспомогательного маркера, в оценке прогноза у пациентов ХСН и использоваться, как медиатор кардиального фиброза и ремоделирования сердца для оценки прогноза у пациентов с ХСН.

Ряд авторов доказывают возможность использования Гал-3 в оценке прогноза рисков возникновения смерти в ближайшие 6 месяцев у пациентов с ОКС. Имеются единичные работы доказывающие возможность использования Гал-3 в качестве маркера среднесрочного прогноза осложнений при инфаркте миокарда.

Уровень Гал-3 выше 17,8 нг/мл ассоциирован с повышенным риском сердечно-сосудистых событий, а так же высоким уровнем смертности от любых причин у больных различными формами ИБС.

Таким образом, несмотря на довольно большой ряд экспериментальных и клинических работ по изучению роли Гал-3 при ИБС, некоторые вопросы все же остаются без ответов. Что требует дальнейшего изучения данного маркера.

## АРТЕРИАЛЬНАЯ РИГИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Туличев А.А.

ФГБОУ «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»  
Минздрава РФ, Нижний Новгород

**Цель работы:** оценить состояние артериальной ригидности (АР) у больных с ревматоидным артритом (РА) и артериальной гипертензией (АГ).

**Материалы и методы:** на базе ревматологического отделения ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко обследованы больные с РА и гипертонической болезнью (ГБ). Основную группу составили 30 больных РА с АГ, группы сравнения - 20 нормотензивных лиц с РА и 20 лиц с гипертонической болезнью (ГБ). Выборки были сопоставимы по возрасту и полу. Всем проводили суточное мониторирование АД с исследованием суточной АР с помощью прибора «VPLab», Пётр Телегин, Россия с программным комплексом Vasotens24. Измеряли следующие показатели:  $A_{ix}$  – индекс аугментации, ASI – индекс жёсткости, PVWao – скорость распространения пульсовой волны в аорте (СРПВ). Всем проводили общеклиническое обследование. Больным РА лабораторно определяли С-реактивный белок. Активность РА оценивали по шкале Disease Activity Score 28, DAS28 (ACR, 2018). Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием программы Statistica v.6.0, Statsoft, США.

**Результаты:** в ходе проведенного исследования получены следующие данные. Среднесуточные показатели АР у больных РА с АГ оказались выше по сравнению с нормотензивными лицами с РА и больными ГБ. Так,  $A_{ix}$  у больных РА с АГ была выше, ( $A_{ix} = -17,71 [-99,00; 44,00]$ , при  $p < 0,05$ ) против лиц РА без АГ ( $A_{ix} = -30,90 [-58,00; 1,00]$ , при  $p < 0,05$ ) и ГБ ( $A_{ix} = -27,15 [-73,00; 13,00]$ , при  $p < 0,05$ ). Величина ASI была также больше у лиц РА с АГ, нежели чем у больных ГБ и РА без АГ. ASI составил 184,42 [110,00; 290,00], 136,50 [60,00; 198,00] и 161,50 [125,00; 290,00] соответственно при достоверном различии между группами  $p < 0,001$ . Было замечено, что у больных РА с АГ определяется зависимость показателей АР от активности процесса. Так, СРПВ нарастала с увеличением степени активности заболевания. СРПВ у гипертензивных лиц с РА 3-ей степени активности составляла 10,48 м/с, против 9,48 м/с при 2-ой и 9,46 м/с при 1-ой, при  $p < 0,001$ . Зависимость выраженности АР от активности аутоиммунного воспаления подтверждалась положительной корреляцией между активностью по DAS28 и ASI ( $r = 0,37$ ,  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** у больных РА с АГ регистрировались более высокие значения артериальной ригидности по сравнению с нормотензивными лицами с РА и пациентами с ГБ. При этом определялась зависимость жесткости сосудистой стенки от активности аутоиммунного процесса.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

## ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ДАННЫМ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО СТАЦИОНАРА

Туличев А.А., Боровкова Н.Ю., Спасский А.А., Максимова И.Ю., Зубова С.Ю.

ФГБОУ «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава РФ, Нижний Новгород, ГБОУ ВПО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, Москва, ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко» Минздрава РФ, Нижний Новгород

**Цель работы:** оценить частоту развития сопутствующей патологии у больных ревматоидным артритом (РА) с артериальной гипертензией (АГ) по данным специализированного стационара.

**Материалы и методы:** на базе ревматологического отделения ГБУЗ НО НОКБ им. Н.А. Семашко проведено обследование больных с РА. Основную группу составили 30 больных РА с АГ, группу сравнения - 20 лиц с РА без АГ. Всем проводили общеклинический минимум, а также исследовали иммунологические маркеры. Активность РА оценивали по шкале Disease Activity Score 28, DAS28 (ACR, 2018). Оценивали структуру сопутствующей патологии у исследуемых. Статистическую обработку полученных данных проводили в программе Statistica v.6.0, Statsoft, США.

**Результаты:** средний возраст больных РА и АГ составил 55±10 лет. Серопозитивность у них выявлялась в 19 (63,3%) случаях. Среди лиц с РА и АГ регистрировалась высокая степень активности заболевания по DAS28: 5,3 [3,2; 8,8] баллов. При этом С-реактивный белок по группе в среднем составил 36,5 мг\л [0,8; 365,2]. По данным исследования, у больных РА с АГ по сравнению с нормотензивными лицами чаще регистрировалась сопутствующая патология. Так, анемию хронических заболеваний (АХЗ) выявляли в 32% случаев, атеросклероз сонных артерий - в 35%, симметричную полинейропатию - в 12%, вторичный остеоартроз (ОА) - в 42%, гиперурикемию - в 6%, а системный остеопороз в 12%. Полинейропатии, гиперурикемия и системный остеопороз у нормотензивных лиц не регистрировались. АХЗ у больных РА без АГ встречалась лишь в 16% случаев, атеросклероз сонных артерий - в 15%, а ОА только в 18%.

**Выводы:** у больных РА с АГ чаще встречалась сопутствующая патология по сравнению с нормотензивными лицами.

## БИОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА: ОЦЕНКА НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Федоров С.А., Медведев А.П., Журко С.А., Чигинев В.А.,  
Гамзаев А.Б., Лашманов Д.И., Калинина М.Л., Целоусова Л.М., Дунаева В.В.,  
Фролова О.Л., Пестрикова Н.В.

ФГБОУ ВО "Приволжский исследовательский медицинский университет" Минздрава России, ГБУЗ НО «Специализированная кардиохирургическая клиническая больница»,  
Нижний Новгород

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

**Цель исследования:** Провести сравнительную клиническую и гемодинамическую оценку непосредственных и отдаленных результатов имплантации ксеноаортального биологического протеза «Vascutec Aspire» и ксеноперикардильного биологического протеза «ЮниЛайн» при коррекции дегенеративных пороков аортального клапана.

**Материалы и методы:** С октября 2012 г. по июль 2016г. замещение нативного аортального клапана различными моделями БП было выполнено 130 пациентам. В зависимости от типа БП всех пациентов разделили на две группы. В 1-ю группу вошли 65 человек, которым был имплантирован ксеноаортальный БП «ASPIRE» (Vascutek, Великобритания) (65% мужчин, 35% женщин, средний возраст — 66,4±5,5 года). 85% пациентов этой группы имели степень недостаточности кровообращения (НК) ПА по Стражеско–Василенко, 94% больных находились в III функциональном классе (ФК) недостаточности кровообращения по NYHA. 2-ю группу составили 65 человек (58% мужчин и 42% женщин, средний возраст — 66,5±3,65 года), которым для коррекции порока был использован каркасный ксеноперикардильный БП «ЮниЛайн» (NeoCor, Россия). Все пациенты данной группы имели НК ПА по Стражеско–Василенко и находились в III ФК по NYHA.

**Результаты:** На госпитальном этапе умерли 2 пациентов I гр. Нелетальные осложнения с которыми мы столкнулись на госпитальном этапе носили общий характер, характерный для пациентов перенесших операцию на сердце. В отдаленном периоде наблюдения была отслежена судьба 86 % пациентов I гр. в сроки до 5 лет и 96 % пациентов обследуемых II гр. в сроки до 4 лет. Выживаемость пациентов I гр. составила 97,0 %. Имели место 2 летальных исхода. Первый в следствии ОНМК, развившегося в раннем послеоперационном периоде после выполнения супракоронарного протезирования восходящего отдела аорты через 12 мес. после ПАК. Причиной второго летального исхода явилась электротравма. Выживаемость пациентов II гр. так же составила 97,0%. Первый летальный исход произошел через 12 мес. после ПАК в следствии прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности, развившейся во время нахождения пациента в ОРИТ по поводу реПАК в следствии протезного инфекционного эндокардита.

**Заключение:** Имплантация ксеноперикардильных и ксеноаортальных моделей БП при пороках АК различного генеза позволяет адекватно корригировать нарушения внутрисердечной гемодинамики и достигать хороших клинических и гемодинамических результатов. Низкий риск тромботических и геморрагических осложнений, а так же отказ от постоянного приема оральных антикоагулянтов делает выбор в сторону БП. А развитие методик транскатетерного протезирования (TAVI) и развитие техник повторного биопротезирования ранее установленного БП по методике «протез в протез» существенно расширяет показания для имплантации БП.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИСТАНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АГ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Фомина И.Ю., Федотова О.О.

ГБУЗ НО «Городская поликлиника №1 Приокского района», ФГБОУ ВО  
«Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний  
Новгород

**Введение.** В настоящее время перед здравоохранением стоит задача создания новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь. Для этого необходимо комплексное внедрение современных методов менеджмента, принципов бережливого производства, способствующих созданию пациент-ориентированной системы, совершенствующих логистику предоставления медицинских услуг и комфортность пребывания пациентов в поликлинике, а также повышающих ресурсную эффективность медицинских организаций.

**Цель исследования:** В настоящей статье авторы попытались доказать на примере внедрения в условиях городской поликлиники дистанционного диспансерного наблюдения (ДДН) за пациентами, страдающими артериальной гипертензией (АГ) эффективность и целесообразность данного метода.

**Материалы и методы исследования:** На данный момент в проекте ДДН участвовали/участвуют 73 человека в возрасте от 20 до 91 года. Средний возраст  $53,9 \pm 11,5$  лет. Из них 25 мужчин и 48 женщин. Работающих - 54 человек (73,9%) пенсионеров - 14 человек (19,1%) неработающих - 1 человек (1,3%), инвалидов - 3 человека (4,11%), ветеранов ВОВ - 1 человек (1,3%). Коморбидный фон у пациентов: у 5 пациентов (6,8%) была 1 степень АГ, остальные 68 чел. (93,2%) имели 3 степень АГ. Также 34 пациента (46,5%) имели риск 4, 31 (42,4%) – риск 3, 8 пациентов (10,9%) – риск 2. У 50 чел. (68,4%) место клинические ассоциированные состояния: у 27 пациентов (36,9%) - ИБС, у 22 (30,1%) – ХСН, у 1 (1,3%) – фибрилляция предсердий, 12 чел. (16,4%) с СД 2 типа. Длительность заболевания составила от 2 до 19 лет (среднее – 8,6 года).

**Результаты исследования:** Стандартная длительность ДДН при достижении эффекта составляла 1,5 - 3 месяца, однако при необходимости оно продолжалось свыше 3 месяцев. При этом уже на первой неделе ДДН среднесуточное САД снизилось по группе на 6,6 мм рт. ст. (5% от исходного АД). Оценивались такие ключевые параметры:

- количество пациентов, достигших целевых уровней при подборе ЛТ – 48% (35 пациентов)
- количество пациентов, скорректированных в длительном периоде – 9,6% (7 пациентов)
- количество пациентов приверженных к выполнению назначений врача – 100% (73 пациента) – все пациенты получали индивидуальную многокомпонентную антигипертензивную терапию.

Дополнительные параметры:

- количество осложнений (кол-во гипертензивных кризов, госпитализаций, вызовов СМП и НП, ИМ, ОНМК, смерти) – ГК – 20 случаев, остальное - 0
- количество дней нетрудоспособности (по больничным листам) – 0 дней.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

На первой неделе исследования только у 14 человек (19%) из 73 зафиксированы целевые уровни АД, не превышавшие 120/80 мм. рт. ст.

На последней неделе наблюдения у 48% (35чел) пациентов достигнуто целевое АД  $\leq 120/80$  мм. рт. ст.

**Заключение:** Метод ДДН является элементом бережливого производства, основанном на применении телемедицинских технологий и позволяющим сократить целый ряд видов временных потерь. Достигнут целевой уровень АД ( $\leq 120/80$  мм.рт.ст.) у 48% пациентов, согласно современным жестким критериям. Основные принципы метода ДДН и опыт, полученный при наблюдении пациентов с АГ, могут быть распространены на другие группы пациентов с социально значимыми неинфекционными заболеваниями (СД, ИБС, ХСН, ХОБЛ, БА).

## ПАРАМЕТРЫ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА У БОЛЬНЫХ АКРОМЕГАЛИЕЙ

Халтурина (Завьялова) Ю.В., Боровков Н.Н., Занозина О.В.

ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

**Цель работы:** оценить показатели липидного профиля и толщины комплекса интима-медиа у пациентов с акромегалией.

**Методы и материалы:** Обследовано 46 пациентов (21 мужчина и 25 женщин) с диагнозом акромегалия в активной фазе. Средний возраст пациентов- 58,7 лет (от 29 до 68 лет). По данным анамнеза длительность акромегалии составляла от 5 до 20 лет, средняя длительность- 8,6 лет.

Для подтверждения диагноза акромегалия пациентам проводилось МРТ гипофиза, определяли уровни СТГ и ИФР-I. У всех пациентов с акромегалией определялись повышенные уровни соматотропного гормона и инсулиноподобного фактора роста 1. Содержание СТГ колебалось от 4,1 до 87,9 (средний уровень  $9,9 \pm 2,2$ ), уровень ИФР-1 составлял от 320 до 1600 (средний-  $812,9 \pm 256,7$ ).

Группу сравнения составили 59 пациентов, из них 34 с эссенциальной гипертензией и 25 пациентов без акромегалии и с нормальными показателями артериального давления. Все группы пациентов были сопоставимы по возрасту и полу.

У всех обследуемых определяли содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), коэффициент атерогенности. Определение данных показателей проводилось прямым количественным энзиматическим калориметрическим методом с использованием реактивов фирмы «Roche».

Всем обследованным была оценена толщина комплекса интима-медиа. Всем больным выполнено суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью «Statistica 6.0».



**Результаты и обсуждение:** В ходе исследования выявлено, что основные параметры липидного обмена у больных акромегалией не зависимо от наличия артериальной гипертензии, практически не отличались от аналогичных показателей у пациентов с эссенциальной гипертензией, за исключением ХС ЛПОНП, которые у больных акромегалией статистически значимо были выше.

При анализе корреляционных связей получена зависимость уровня триглицеридов от длительности акромегалии ( $p=0,001$ ). Выявленные связи между различными фракциями липидов крови и показателями СМАД как в дневные так и в ночные часы, а также достоверные связи с морфо-функциональными параметрами миокарда.

Результаты транскраниальной доплерографии с дуплексным сканированием сосудов шеи показали, что у пациентов с акромегалией и артериальной гипертензией величина комплекса интима-медиа достоверно больше, чем во всех остальных группах. При анализе корреляционных взаимоотношений выявлена зависимость величины интима-медиа от уровня гормона роста ( $p=0,0005$ ).

**Выводы:** 1. Для больных акромегалией характерно наличие дислиппротеидемии в виде повышения уровня общего холестерина, преобладания уровня липопротеидов низкой и очень низкой плотности.

2. Уровень триглицеридов у данных пациентов напрямую зависит от длительности акромегалии.

3. Толщина комплекса интима-медиа у пациентов с акромегалией выше по сравнению с группами контроля и зависит от активности заболевания.

4. Особенности липидного обмена, которые зависят от длительности и активности акромегалии, вносят определенный вклад в повышении риска сердечно-сосудистых осложнений у данных пациентов.

## **РОЛЬ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И ДРУГИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА В НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ИСХОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ВИДЕ РАЗВИТИЯ ОТДАЛЕННЫХ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ СОБЫТИЙ**

Хмелевская А.А., Квиткова Л.В., Барбараш О.Л., Хиль Е.Г., Агафонкина Е.В., Власова В.В.

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет», кафедра факультетской терапии, профессиональных болезней и эндокринологии, Кемерово

**Цель:** оценить роль свободных жирных кислот (СЖК) и других показателей липидного спектра в развитии неблагоприятного исхода (НИ) инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМспST).

**Материал и методы:** обследовано 136 человек с диагнозом ИМспST. Определены уровни общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС-ЛПОНП), аполипопротеина А1 (Апо-А1), аполипопротеина В (Апо-В), СЖК, индекс атерогенности (ИА), аполипопротеин В/аполипопротеин А1 (Апо-В/Апо-А1) на 1-е и 12-е сутки ИМ. Через год наблюдения оценивали развитие сердечно-сосудистых событий – повторных ИМ,

кардиальных смертей, госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии, декомпенсированной сердечной недостаточности, наличие которых оценивали как НИ. Прогностическая значимость рассматриваемых биомаркеров для неблагоприятного исхода ИМ в виде кардиоваскулярных событий была оценена с помощью логистической регрессии и ROC-анализа. Для выявления независимых предикторов развития НИ выбран метод логистической регрессии.

**Результаты:** через год от начала развития ИМ определен НИ в виде сердечно-сосудистых событий у 22,1% (n=30) больных. Из отдаленных кардиоваскулярных событий у 21 (15,4%) пациента была зарегистрирована нестабильная стенокардия, у 6 (4,4%) – повторный ИМ, у 4 (2,9%) – декомпенсация хронической сердечной недостаточности, у 2 (1,5%) – острое нарушение мозгового кровообращения, у 3 (2,2%) – кардиальная смерть, у 6 (4,4%) – комбинированные кардиоваскулярные события. Из параметров липидного профиля у больных с наличием отдаленных осложнений ИМ уровень Апо-В на 12-е сутки ИМ был выше в 1,41 раза, отношение Апо-В/Апо-А1 на 1-е сутки ИМ больше в 1,13 раза и на 12-е сутки ИМ – в 1,38 раза, ИА на 12-е сутки ИМ оказался выше в 1,32 раза, а концентрация СЖК в сыворотке крови на 1-е сутки ИМ – выше в 1,85 раза, чем у пациентов с благоприятным исходом ИМ ( $p<0,05$ ). По остальным показателям липидного обмена пациенты обеих групп значимо не различались ( $p>0,05$ ). Установлено, что из всех показателей липидного спектра наибольшей прогностической силой обладает высокий уровень СЖК в 1-е сутки ИМ. При повышении уровня СЖК  $\geq 1,43$  ммоль/л в 1-е сутки ИМ повышает риск неблагоприятного исхода в 3,47 раза (ОШ 3,47 [2,024-5,94]  $p=0,003$ ), площадь под ROC-кривой – 0,79 (0,70;0,88), чувствительность прогностического значения показателя – 80,0, а специфичность – 74,5. Повышение отношения Апо-В/Апо-А1  $\geq 1,02$  на 12-е сутки ИМ также увеличивает риск развития отдаленных кардиоваскулярных событий в 1,5 раза (ОШ 1,5 [1,04-2,167]  $p=0,03$ ), площадь под ROC-кривой – 0,74 (0,64;0,83), чувствительность прогностического значения показателя – 86,7, специфичность – 59,4. Отношение Апо-В/Апо-А1, определенное на 1-е сутки ИМ, уровень СЖК, оцененный на 12-е сутки ИМ, а также уровни ОХС, ТГ, ХС-ЛПНП, ХС-ЛПВП, ХС-ЛПОНП, Апо-А1, Апо-В, ИА, определенные на 1-е и 12-е сутки ИМ в сыворотке крови, не являются маркерами неблагоприятного прогноза заболевания.

**Выводы:** Риск неблагоприятного исхода ИМспST в виде развития отдаленных кардиоваскулярных событий ассоциирован с уровнем СЖК  $\geq 1,43$  ммоль/л, оцененным на 1-е сутки ИМ, и отношением Апо-В/Апо-А1  $\geq 1,02$ , определенным на 12-е сутки ИМ.

## **ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ**

Ходжиев С.Э., Рахимова М.Б., Разиков А. А., Рахимова М. Э.

Ташкентская Медицинская Академия, кафедра внутренних болезней №3 медико-педагогического факультета, Ташкент, Узбекистан

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, ХСН, хроническая обструктивная болезнь легких, ХОБЛ, САТ-тест.

---

*Кардиологический форум*

*«Практическая кардиология: достижения и перспективы»*

*8-9 февраля 2019 года*

*г. Нижний Новгород*

**Цель исследования** – сравнительная оценка нарушений функции внешнего дыхания у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемического генеза в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и на основании полученных данных разработать рациональные методы лечения.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 67 больных в возрасте 50–65 лет, страдающие ХСН II–III функционального класса (ФК) с фракцией выброса (ФВ) левого желудочка по Simpson-50-55% в сочетании с ХОБЛ (основная группа). Пациенты основной группы были подразделены на 2 подгруппы: 1 подгруппу составили больные (n = 23), получавшие в дополнение к стандартной терапии ХСН Спирива (тиотропия бромид 18 мкг); во второй (n=20) – больные, получавшие в дополнение к общепринятой терапии ХСН Форалес (формотерола фумарат 12 мкг). Контрольную группу составили 24 больных с ХСН на фоне ишемической болезни сердца без ХОБЛ. Исследование функции внешнего дыхания проводили на установке спирографа микропроцессорного портативного СМП-21/01- «Р-Д», определяли ЖЕЛ – Жизненная емкость легких, ОФВ1 – Объем форсированного выдоха в 1 секунду ОФВ1/ЖЕЛ % – Индекс Тиффно. Для оценки самочувствия использовали САТ-тест, и Medical Research Council Dyspnoea Scale (шкала MRC). Кроме того, оценивали качество жизни пациентов с помощью специфического опросника Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Всем пациентам выполняли эхокардиографию (ACUSON SC2000) и Холтер ЭКГ (Content TLC 5000). Эти исследования были проведены до лечения и через 10 дней и 3 месяца терапии.

**Результаты.** Проведенные исследования показали, что в двух основных подгруппах отмечалось снижение ЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ. В контрольной группе эти показатели были в пределах возрастной нормы. После проведенного лечения. Результаты проведенных исследований показали повышение показателей ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ на 7,9%, 8,8% соответственно по отношению к исходным в 1 подгруппе. На ЭхоКГ через 3 месяца показатели ФВ улучшились на 5,3%. Проведенное в течении 10 дней лечения холтеровское суточное мониторирование показало среднее ЧСС 72 уд в мин. Во 2 подгруппе показатели ОФВ1, ОФВ1/ЖЕЛ% повысились на 6,5%, 8,7%. В этой группе через 3 месяца ЭхоКГ показатели ФВ улучшились на 4,7%. Проведенное в течении 10 дней лечения холтеровское суточное мониторирование показало среднее ЧСС 92 уд в мин. По мере прогрессирования стадии ХОБЛ отмечено возрастание количества баллов САТ: у больных 1-подгруппы согласно проведенному опроснику САТ в первый 10 дней показатели улучшились с  $27,70 \pm 10,21$  до  $16,30 \pm 5,34$ . У больных 2-подгруппы в первый 10 дней показатели опросника САТ улучшились с  $27,80 \pm 9,23$  до  $17,30 \pm 6,34$ . Выявлена прямая корреляционная связь между САТ и ОФВ1 ( $p > 0,05$ ).

**Заключение.** Комбинированная кардиопульмональная терапия в обеих подгруппах приводит к более эффективному контролю симптомов сочетанной патологии и улучшению показателей спирометрии. По сравнению с бета-адреномиметиками, м-холинолитики оказывают менее побочное воздействие на гемодинамические показатели, что улучшает качество жизни пациентов.

## АССОЦИАЦИЯ АНДРОИДНОГО ОЖИРЕНИЯ И КОМОРБИДНОСТИ С АРИТМОГЕННЫМИ ФАКТОРАМИ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Цыпленкова Н.С., Панова Е.И.

ФКУЗ «МСЧ МВД России по Нижегородской области», ФГБОУ ВО "Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород

**Цель работы:** изучить особенности сердечного ритма у мужчин трудоспособного возраста при наличии ожирения и оценить значимость аритмогенных факторов, ассоциированных с ожирением и коморбидностью.

**Материалы и методы:** Обследовано 184 пациента с АГ среднего возраста  $44,4 \pm 1,0$  лет. 98 чел. страдали ОЖ с индексом массы тела  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup>, 46 чел. имели избыточную массу тела, у 40 чел. масса тела была в пределах нормы. Проведен сравнительный анализ ритма с использованием ЭКГ покоя и холтеровского мониторирования ЭКГ, оценены показатели артериального давления путем суточного мониторирования, ЭХОКГ, липидный спектр крови, гликемия; у пациентов с ОЖ исследован уровень адипонектина.

Статистическая обработка данных выполнена с использованием программы Statistica 6.0.

**Результаты:** Наличие андроидного ожирения с нарастанием степени тяжести его сопровождается увеличением частоты аритмий сердца, при этом статистически значимые различия касаются таких, как парные наджелудочковые экстрасистолы (НЖЭ), частые ЖЭ, ЖЭ в целом, синусовая аритмия в сравнении с лицами с нормальной массой тела. Особого внимания заслуживает фибрилляция предсердий (ФП), которая не выявлялась у лиц с нормальной массой тела; избыток массы сопровождался ФП у 4,3% пациентов, явное ожирение-15,3%,  $p < 0,05$ .

Атерогенная дислипидемия, присущая пациентам с ожирением, сопровождалась значимым увеличением частоты ФП, ЖЭ. Наиболее существенную роль в аритмогенезе играло снижение холестерина липопротеидов высокой плотности ХС ЛВП, увеличивая риск развития ФП в 4,95 раз, ЖЭ в 2,2 раза,  $p < 0,05$ .

Установлена достоверная связь желудочковых аритмий высоких градаций (ЖАВГ) с повышенным содержанием адипонектина, при этом прослежена ассоциация гиперадипонектинемии с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Выявлено, что нарастание частоты аритмий сердца, суправентрикулярных и желудочковых, с возрастом при наличии ожирения было обусловлено наличием ИБС, и в отсутствие ее данной закономерности не прослеживалось

В качестве аритмогенных факторов у больных с ожирением и артериальной гипертензией выступают такие, как далеко зашедшая (III) стадия артериальной гипертензии, ассоциированная с ремоделированием миокарда левого желудочка по данным ЭХОКГ, а также нарушение профиля артериального давления по данным суточного мониторирования по типу non-dipper, что сопровождалось значимым увеличением частоты аритмий по типу ФП, ЖЭ,  $p < 0,05$ .

В качестве значимых факторов риска ФП выступили такие, как дилатация левых камер сердца-левого желудочка (ОР-3), левого предсердия (ОР-3) на фоне артериальной гипертензии II-III стадии (ОР-3,41), снижение ХС ЛВП (ОР-4,95); факторами риска

желудочковых аритмий явились длительным (более 10 лет) стаж АГ (ОР-3,17), наличие ИБС (ОР-3,1), гипертрофии левого желудочка (2,09), снижение ХС ЛВП (2,2).

**Выводы:** Избыточная МТ и ОЖ по сравнению с нормальной МТ характеризуются увеличением риска суправентрикулярных и желудочковых нарушений ритма. Факторами, ассоциированными с аритмиями, являются ремоделирование сердца, высокие стадии АГ, снижение ХСЛВП, наличие ИБС, извращение суточного профиля АД по типу non-dipper.

## РОЛЬ ФАКТОРА РОСТА И ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ GDF-15 В КАРДИОНКОЛОГИИ

Шаленкова М. А., Иванов А. В., Беляева О. П.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №38», Нижний Новгород

В последние годы растет число пациентов с сочетанием ишемической болезни сердца, в том числе острым коронарным синдромом (ОКС), и онкологической патологии (ОП). Тактика ведения таких больных лежит в междисциплинарном взаимодействии кардиологии и онкологии.

Кардиоонкология – новое направление в медицине, основными задачами которого является изучение проблем ранней диагностики и коррекции кардиотоксичности на фоне химио- и лучевой терапии и прогнозирование развития в ближайшем и долгосрочном периоде сердечно-сосудистых осложнений у больных с ОП. Одним из возможных решений данной проблемы является использование мультимаркерного подхода, который объединяет маркеры некроза миокарда и маркеры системного воспаления: N-концевой фрагмент мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), высокочувствительный С-реактивный белок (hs-CRP), фактор роста дифференциации-15 [англ. growth differentiation factor 15 (GDF-15)].

GDF-15 – белок из суперсемейства трансформирующего ростового фактора-бета, который участвует в регуляции воспаления, апоптоза, дифференцировки и пролиферации клеток. Он выполняет роль антиатерогенного цитокина, за счет своей способности ингибировать активность и экспрессию липопротеиновой липазы и липопротеиновых рецепторов низкой плотности.

GDF-15 входит в группу из 20 биомаркеров, которые способны прогнозировать прогрессирование злокачественных опухолей: является супрессором протоонкогена FOS и активатором антионкогена TP53. Сверх экспрессия GDF-15 приводит к увеличению времени задержки клеточного цикла в фазе G1 и апоптозу, тем самым ограничивая деление атипичных клеток. При прогрессировании опухолевого процесса увеличивается и уровень данного маркера, тем самым позволяя оценивать эффективность проводимой терапии у данных пациентов.

Доказано, что уровень GDF-15 повышается при ОП предстательной железы, прямой кишки, желудка, поджелудочной железы, при плоскоклеточной карциноме, меланоме, глиоме и является независимым предиктором смерти у данных пациентов.

По данным литературы эндогенный GDF-15 ограничивает повреждение ткани миокарда. Более того, лечение рекомбинантным GDF-15 ингибирует апоптоз кардиомиоцитов в пограничной зоне инфаркта миокарда. Тем не менее высокий уровень

GDF-15 отражает прогрессирование фиброза в миокарде, процесс ремоделирования сердца и развитие сердечной недостаточности, как с низкой фракцией выброса, так и с сохраненной.

Точность диагностики сердечной недостаточности (СН) у пациентов с доклинической СН значительно возростала при использовании сочетания GDF-15 и NT-proBNP, причем GDF-15 оказался более информативным для диагностики СН с сохраненной фракцией выброса, чем NT-proBNP. Высокие уровни NT-proBNP и GDF-15 способны прогнозировать 2-летнюю смертность у пациентов при острой СН.

GDF-15 предложен для использования в ряде моделей оценки риска осложнений и прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях. Совместное использование у пациентов с ОКС уровня GDF-15, возраста больного и фракции выброса левого желудочка позволяет прогнозировать риск формирования острого повреждения почек с чувствительностью 96%, специфичностью 68% в течение 48 часов после поступления, а использование GDF-15 со шкалой GRACE дополняет точность оценки риска ближайшего и отдаленного исходов у пациентов с ОКС. Высокий уровень GDF-15 указывает на необходимость использования ранней инвазивной терапии при инфаркте миокарда (ИМ).

При уровне GDF-15 > 1800 нг/л риск смерти и повторного ИМ был выше по сравнению с пациентами имеющими его значение < 1200 нг/л. Уровень GDF-15 может быть использован для принятия решений в отношении долгосрочного анти тромботического лечения у пациентов, перенесших ИМ, так как уровень GDF-15 (> 1800 нг/л) связан с повышенным риском кровотечения в течение 1 месяца, не связанного с коронарной артерией.

GDF-15 исследовался как при ИБС (в том числе ОКС), так и при ОП, однако ряд данных носит противоречивый характер. Требуется проведение дополнительных исследований, в которых будет более детально определена прогностическая ценность GDF-15 в кардиоонкологии и, в частности, у пациентов ОКС на фоне ОП.

## **ДУПЛЕКСНОЕ СКАНИРОВАНИЕ СЕРДЦА И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ И ИЗМЕНЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ-ВETERАНОВ**

Шмойлова А.С., Вялова М.О., Персашвили Д.Г., Шварц Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Минздрава России, Саратов

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, диастолическая дисфункция, спортсмены-ветераны, кардиоваскулярный риск, физическая нагрузка.

### **Резюме**

**Цель.** Проанализировать данные ультразвукового исследования сердца и сосудов во взаимосвязи с изменением артериального давления до и после тренировки у спортсменов-ветеранов.

**Материалы и методы.** У 302 конкурентоспособных спортсменов в возрасте от 40 до 72 лет проводилось анкетирование для выявления основных факторов сердечно-

сосудистого риска, измерялось артериальное давление в положении стоя в покое (до начала разминки) и непосредственно после спортивной нагрузки, учитывался установленный ранее врачом диагноз «артериальная гипертензия». Случайным образом выделено 67 лиц, у которых выполнялось ультразвуковое исследование сердца и сосудов шеи.

**Результаты.**

У 48% из всех обследованных имели сАД выше 139 мм рт. ст. и 42% - дАД выше 89 мм рт. ст. до начала разминки. После тренировочной нагрузки повышенное сАД регистрировалось у 39%, а повышенное дАД – у 36% спортсменов-ветеранов.

По данным УЗИ в среднем размеры камер сердца и диаметр сосудов шеи находились в пределах нормы. Гипертрофия миокарда левого желудочка встречалась у 48%, а диастолическая дисфункция - у 61%. Эти отклонения были в начальных стадиях практически у всех обследуемых. Большинство пациентов с гипертрофией ЛЖ и диастолической дисфункцией имели диагноз АГ (81% и 92%). У 80% комплекс интима-медиа (КИМ) был в пределах нормы.

Повышенные значения дАД после тренировки ассоциировались с большей встречаемостью диастолической дисфункции, гипертрофии миокарда левого желудочка, относительно повышенными ИММЛЖ и размерами предсердий и КИМ слева. Так, у лиц с дАД выше 89 мм рт.ст. ГМЛЖ встречалась в 46,6%, ДД – в 66,6 %, а КИМ в среднем составлял 1,0, в то время как у лиц с дАД менее 89 мм рт. ст. соответственно: 34,8% и 42,11 %.

**Заключение.** У активно тренирующихся спортсменов-ветеранов повышенное АД в ранний восстановительный период в большей мере ассоциируется с наличием маркеров повышенного риска кардиоваскулярных осложнений по данным УЗИ сердца и сосудов.