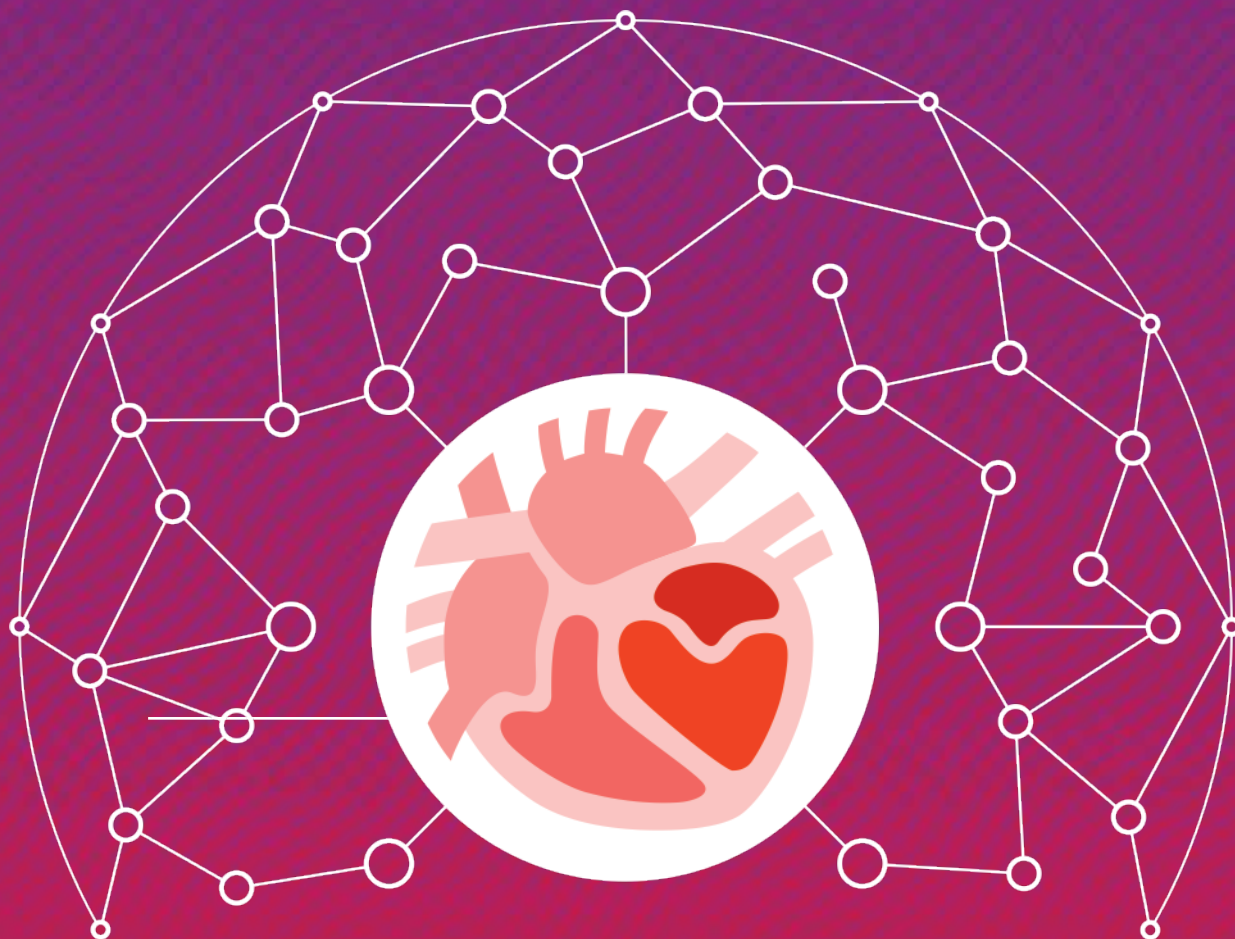




КОНГРЕСС ПРИВОЛЖСКОГО  
ФЕДЕРАЛЬНОГО ОКРУГА

# СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ



**СБОРНИК  
ТЕЗИСОВ**

КАЗАНЬ 16 05 2017

# Содержание

Стендовый доклад	1
Публикация	5



## **ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И КОГНИТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Лонкин М.А., ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

Галаютдинов Г.С., ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

**Введение:** фибрилляция предсердий (ФП) является наиболее частым нарушением ритма сердца, приводящим к развитию хронической сердечной недостаточности (ХСН). Важную роль в манифестации ФП играет активность свертывающей системы крови, влияние которой на когнитивные функции у пациентов при сочетании ФП с клинически выраженной ХСН требует углубленного изучения.

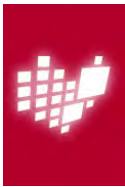
**Цель работы:** выявить взаимосвязь развития когнитивного дефицита у пациентов, страдающих постоянной формой ФП и ХСН с системой гемостаза.

**Материал и методы:** обследовано 56 больных с постоянной формой ФП и клинически выраженной ХСН (II<sub>A</sub>-III стадии, II-IV функциональный класс). Для оценки системы гемостаза проводилось определение величин АЧТВ, ПТИ, МНО и фибриногена крови. Исследование когнитивного статуса проводилось по результатам MMSE - теста и МОСА - теста. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц. Достоверность различий изучаемых показателей оценивалась по U-критерию Манна-Уитни. С целью выявления взаимосвязей между изучавшимися показателями был применен метод ранговой корреляции Спирмена.

**Результаты:** средний возраст пациентов составил  $57,8 \pm 1,36$  лет. Показатели шкалы ШОКС равнялись  $3,8 \pm 0,41$  балла. Среди исследованных пациентов результаты MMSE - теста составили  $24,8 \pm 1,21$  балла. По итогам МОСА - теста пациенты набрали  $21,3 \pm 1,02$  балла. По данным лабораторных исследований показатели АЧТВ составили  $23,7 \pm 0,60$  с., ПТИ  $163,3 \pm 3,01\%$ . МНО определялся на уровне  $2,42 \pm 0,09$ , показатели содержания фибриногена в крови составили  $7,0 \pm 1,03$  г/л. Выявлена зависимость между выраженностью когнитивных нарушений по опроснику MMSE с уровнем фибриногена в крови ( $r = -0,583$ ;  $p < 0,05$ ) и содержанием тромбоцитов ( $r = -0,594$ ;  $p < 0,05$ ). Продемонстрирована взаимосвязь показателей МОСА - теста с уровнем фибриногена ( $r = -0,403$ ;  $p < 0,05$ ) и числом тромбоцитов в крови ( $r = -0,536$ ;  $p < 0,05$ ).

**Выводы:** при развитии хронической сердечной недостаточности у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий выявляются существенные когнитивные нарушения, которые усугубляются по мере повышения коагулирующей способности крови.

**Категория:** Стендовый доклад



## ИНФАРКТ МИОКАРДА КАК МАСКА СИНДРОМА ТАКОЦУБО.

Галимзянова Л.А, ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр», Казань, Россия  
Абдрахманова А.И, Казанский Федеральный Университет, Казань, Россия  
Сайфуллина Г.Б, ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр», Казань, Россия.  
Стекольников Н.Ю, ГАУЗ «Межрегиональный клинико - диагностический центр», Казань, Россия

**Цель:** предоставить клинический случай ретроспективной постановки диагноза стрессовой кардиомиопатии (синдрома такоцубо).

**Материалы и методы:** ретроспективный анализ медицинской документации.

**Результаты:** Пациентка В. (68 л.) с декабря 2015г. после перенесенной ОРВИ стала отмечать выраженную слабость, склонность к гипотензии, дискомфорт в грудной клетке при ходьбе. На ЭКГ, снятой амбулаторно выявлено: двухфазные з. Т в V2-V3 и глубокие отр. Т в V4-V6, в связи с вышеизложенным была госпитализирована в стационар. При поступлении: тропонин I 5,5нг/мл (в динамике 11.12 - 5,0нг/мл. ЭКГ глубокие (-)зТ в I, II, aVL, V3-V6, снижена амплитуда QRS во всех отведениях. По данным ЭхоКГ выявлено: ФВ 37% р ЛА 27мм.рт.ст. Акинез всех апикальных сегментов, выраженный гипо-, акинез медиальных бокового и переднего, выраженный гипокинез медиального передне-перегородочного, перегородочного, прилегающих частей медиальных заднего и нижнего сегментов ЛЖ со снижением его глобальной сократительной функции. Выписана с основным диагнозом: ИБС: ИМ без зубца з. q передне-боковой стенки левого желудочка (предположительно от 07.12.2015г). Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4. ХСН I стадии, III ФК.

11.04.16. поступила с целью проведения КАГ с возможным ЧКВ с жалобами на повышение АД: до 160/85 мм.рт.ст., чувство нехватки воздуха иногда при подъёме по лестнице до 3 этажа, в начале движения. Были проведены следующие исследования:

**КАГ:** Гемодинамически значимых изменений контуров просвета не выявлено.

**Перфузионная сцинтиграфия миокарда в покое:** Данных за перенесенный ИМ не получено (локальных дефектов перфузии, соответствующих определенному бассейну КА не регистрируется). Сцинтиграфических признаков, характерных для постмиокардитических изменений миокарда ЛЖ не получено.

Миокард ЛЖ визуализируется утолщенным, определяются участки незначительного/ относительного снижения объема перфузии в верхушечно-перегородочной области – может быть результатом нарушения коронарной микроциркуляции.

**ЭХОКС:** Нарушений сократимости миокарда ЛЖ не выявлено.

В сравнении с данными от 2015 года динамика положительная.

*Учитывая инструментальные данные обследования, убедительных данных за перенесенный инфаркт миокарда было не получено, изменения от декабря 2015г более убедительны за перенесенную стрессовую кардиомиопатию (синдром такоцубо) с восстановлением всех показателей.*

**Выводы:** Синдром такоцубо обнаруживается у 1,7- 2,2% пациентов с ОКС и, в случае если КАГ не проведена, обуславливает гипердиагностику ИМ. В своей клинической практике врач не должен забывать о возможности этого синдрома у пациентов с ОКС.

**Категория:** Стендовый доклад



## СОПОСТАВЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕСТА ТРОМБОДИНАМИКА С КОАГУЛОГРАММОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ГИПОКОАГУЛЯЦИОННОЙ ТЕРАПИИ

Горохова Е.А, ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

Галяутдинов Г.С, ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет" Министерства Здравоохранения Российской Федерации, Казань, Россия

**Цель:** сопоставить показатели теста тромбодинамика с результатами коагулограммы у пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий при различной гипокоагуляционной терапии.

**Материалы и методы:** обследовано 10 человек в возрасте 50-80 лет с постоянной формой фибрилляции предсердий, из них четверо (I группа) не получали пероральные антикоагулянты, а шесть человек (II группа) принимали более 12 месяцев пероральный антикоагулянт ингибитор X фактора (апиксабан или ривароксабан) или ингибитор II фактора (дабигатрана этексилат). Всем пациентам проводился тест тромбодинамика и коагулограмма крови (АПТВ, Фибриноген, РФМК).

Достоверность различий между двумя группами по исследуемым параметрам оценивались по U-критерию Манна-Уитни.

**Результаты:** у пациентов I группы при проведении теста тромбодинамика скорость роста сгустка (V) составила  $55,0 \pm 6,45$  мкм/мин, размер сгустка (Cs) был равен  $1750,0 \pm 95,74$  мкм. Величина АПТВ равнялась  $17,5 \pm 1,04$  сек, содержание РФМК в крови повысилось до  $11,3 \pm 0,67$  мг %, фибриноген крови составил  $5,9 \pm 0,36$  г/л. У пациентов II группы показатели теста тромбодинамика оказались достоверно ниже и составили для V  $12,1 \pm 1,01$  мкм/мин, для Cs –  $425,0 \pm 25,00$  мкм. Величина АПТВ составила  $46,3 \pm 1,53$  сек, уровень РФМК в крови был равен  $2,5 \pm 0,29$  мг %, а фибриногена -  $1,5 \pm 0,19$  г/л.

**Выводы:** у пациентов, получающих длительно пероральные антикоагулянты, показатели теста тромбодинамика сопоставимы с результатами коагулограммы.

**Категория:** Стендовый доклад



## УРОВЕНЬ КАЛЬЦИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ И КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С СИНУСОВЫМ РИТМОМ ИЛИ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Ибрагимова К.Р., ГАУЗ ГКБ №7

Садриев Р.Р., ГАУЗ ГКБ №7

**Цель:** определить влияние кальция сыворотки крови на риск развития кардиогенного отека легких у пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в зависимости от наличия фибрилляции предсердий (ФП) и типа гипертрофии левого желудочка.

**Материалы и методы:** Исследование носило ретроспективный характер и включало анализ историй болезни пациентов с клиническим диагнозом «ОКС». Сформированы две основные группы в зависимости от наличия ОЛЖН. В дальнейшем изучаемые группы разделялись в зависимости от характера сердечного ритма (фибрилляция предсердий, впервые выявленная после ОКС (ВВФП), либо постоянная форма (ПФФП) или синусовый ритм (СР) и типа гипертрофии левого желудочка (концентрическая (КГ) либо эксцентрическая гипертрофия (ЭГ)). Изучены анамнез, данные биохимических и лабораторных анализов крови и инструментальных методов исследования. Для оценки значимости различий между исследуемыми группами использовался U-тест Манна-Уитни.

**Результаты:** общее число историй болезней составило 114. Фракция выброса левого желудочка среди пациентов с ОЛЖН и без ОЛЖН составила, соответственно  $39,4 \pm 1,30\%$  и  $44,2 \pm 1,27\%$  ( $p > 0,05$ ). У пациентов с ПФФП ( $n=21$ ) ОЛЖН развилась в 42,9% случаев. В подгруппах с ЭГ и КГ ОЛЖН развилась среди 4 из 10 пациентов (45%) и 5 из 11 (40%) пациентов, соответственно. У пациентов с ВВФП ( $n=28$ ) ОЛЖН развилась у 11 из 28 лиц (39,3%). В подгруппах с ЭГ и КГ ОЛЖН наблюдалась у 6 из 9 (66,6%) и 5 из 19 (26,3%) пациентов, соответственно. У пациентов с СР ( $n=65$ ) ОЛЖН развилась у 33 человек (50,7%). В группе с ЭГ у 11 человек из 22 (50%) и в группе лиц с КГ у 22 из 43 пациентов (51,2%), соответственно.

Статистически значимые различия в уровне кальция сыворотки крови обнаружены среди пациентов в группе с ПФФП с ЭГ левого желудочка, у которых, соответственно, развилась или не развилась ОЛЖН ( $0,8 \pm 0,15$  ммоль/л и  $1,1 \pm 0,44$  ммоль/л;  $p < 0,05$ ). В подгруппе СР больные с ОКС с ЭГ уровень кальция сыворотки крови составил  $0,8 \pm 0,07$  ммоль/л и  $1,1 \pm 0,15$  ммоль/л,  $p < 0,01$  в зависимости от развития ОЛЖН соответственно. Различия в уровне кальция сыворотки крови недостоверны в подгруппах с впервые возникшей ФП вне зависимости от развития ОЛЖН у больных с ЭГ ( $0,8 \pm 0,16$  ммоль/л и  $0,6 \pm 0,23$  ммоль/л), КГ ( $0,9 \pm 0,20$  ммоль/л и  $0,9 \pm 0,11$  ммоль/л), соответственно, а также в подгруппах больных с СР с ЭГ и КГ ( $0,8 \pm 0,05$  ммоль/л и  $0,9 \pm 0,10$  ммоль/л).

**Выводы:** у больных с ОКС при синусовом ритме и постоянной форме фибрилляции предсердий с ЭГ левого желудочка более низкий уровень сывороточного кальция может быть связан с риском развития ОЛЖН.

**Категория:** Стендовый доклад



## АКТИВАЦИЯ $Na^+/H^+$ -ОБМЕННИКА ПРИ ДЕЙСТВИИ (-)-ЭПИГАЛЛОКАТЕХИНГАЛЛАТА

Хушматов Ш.С, Институт Биоорганической хими и им. акад. А.С.Садыкова АН РУз, Узбекистан, г. Ташкент, 100125, ул. Мирзо Улугбек, 83  
Усманов П.Б, Институт Биоорганической хими и им. акад. А.С.Садыкова АН РУз, Узбекистан, г. Ташкент, 100125, ул. Мирзо Улугбек, 83  
Джумаев И.З, Институт Биоорганической хими и им. акад. А.С.Садыкова АН РУз, Узбекистан, г. Ташкент, 100125, ул. Мирзо Улугбек, 83  
Абдулладжанова Н.Г, Институт Биоорганической хими и им. акад. А.С.Садыкова АН РУз, Узбекистан, г. Ташкент, 100125, ул. Мирзо Улугбек, 83

Известно, что в настоящее время профилактика и терапия сердечно-сосудистой болезни остается актуальной задачей в современной экспериментальной и клинической кардиофармакологии. Одним из основных принципов современной кардиопротекции является модуляция активности  $Na^+/H^+$ -обменника изоформы 1 (NHE-1). В связи с этим, изучение и характеристика активации/ингибиции функциональной активности NHE-1 с помощью биологически активных веществ является перспективным направлением.

**Цель.** Целью настоящего исследования явилось изучение механизма действия (-)-эпигаллокатехингаллата (EGCG), выделенного из косточек винограда (*Vitis vinifera* L.) на активность NHE-1 миокарда крысы.

**Материалы и методы.** Изучение влияния EGCG на активность NHE-1 кардиомиоцита в условиях *in vitro* с применением методики механографии в изометрическом режиме с помощью преобразователя силы сокращения мышцы типа F30 (Модел D-79232 *Hugo Sachs Elektronik*, Германия), регистрировали в цифровом формате (Logger\_Lite \*.gml) при помощи преобразователя АЦП/ЦАП (LabPro Logger Lite 1.2 (Vernier Software & Technology, Beaverton, США) со специальным программным обеспечением. Для изучения влияния EGCG на активность NHE-1 была использована специфическая методика на изолированной папиллярной мышце крысы, описанная Perez et al., 2011 [J. Appl. Physiol. – 2011. – V.111. – P.874–880].

**Результаты.** В экспериментах было показано дозозависимое увеличение амплитуды силы сокращения миокарда, при использовании EGCG в диапазоне концентраций 15–150 мкМ. В экспериментах, проведенных с помощью методики механического растяжения миокарда было показано, что EGCG (150 мкМ) увеличивает амплитуду медленного инотропного ответа (SFR, *slow force response*) на  $33,7 \pm 4,9\%$  относительно контрольного показателя ( $n=3$ ,  $p<0,05$ ). При этом, инкубация амилорида (1 мМ) – блокатора NHE-1 оказывает ингибирующее действие на SFR. В тоже время, в этих условиях положительный инотропный эффект EGCG значительно уменьшается.

**Выводы.** И так, положительный инотропный эффект EGCG может быть частично связан со стимулированием  $Na^+/H^+$ -обменника, который приводит к увеличению концентрации  $[Na^+]_{in}$  и, как следствие, к активации в обратном реверсионном режиме  $Na^+/Ca^{2+}$ -обменника приводящего к увеличению  $[Ca^{2+}]_{in}$ , что приводит к увеличению амплитуды сократительной силы миокарда.

**Категория:** Публикация



## БИОМАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ФИБРОЗА: КОРРЕЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Шиляева Н.В., ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, РФ  
Бойцова Е.Я., ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, РФ  
Ямщикова Е.Н., ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, РФ

**Цель.** Оценить взаимосвязи между показателями почечной дисфункции, биомаркерами фиброза и миокардиального стресса у пациентов с сердечной недостаточностью ишемической этиологии.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 85 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенесшие инфаркт миокарда (давность ИМ не менее 4 недель) и подписавшие информированное добровольное согласие. Диагноз ХСН был подтвержден измерением в плазме NT-proBNP ( $\geq 125$  пг/мл). ФВ ЛЖ оценивалась по методу Симпсона по данным трансторакальной эхокардиографии. Методом иммуноферментного анализа крови определялось содержание следующих биомаркеров: липокалина ассоциированного с желатиной нейтрофилов (NGAL), цистатина С, ST-2 и N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического прогормона (NT-proBNP). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (СКД-EPI). Так как нормальность распределения не соблюдалась, для статистической обработки данных применялись непараметрические методы. Корреляционные взаимосвязи оценивались с использованием коэффициента ранговой корреляции (r) Спирмена.

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил  $56,5 \pm 7,42$  лет. Получены следующие значения исследуемых показателей: ФВ ЛЖ 52% (45–60), СКФ  $77 \text{ мл/мин}1,73\text{м}^2$  (66–87,5), NT-proBNP 422,4 пг/мл (258,54–901,86), ST2 40,45 нг/мл (33,48–52,33), цистатин С 988,9 нг/мл (854,68–1164,57), NGAL 18,72 нг/мл (15,21–18,72). Определены умеренные положительные корреляции в парах цистатин С-ST2 ( $r=0,307$ ,  $p=0,004$ ), NGAL-NT-proBNP ( $r=0,343$ ,  $p=0,027$ ) и ST2-NT-proBNP ( $r=0,327$ ,  $p=0,036$ ). Снижение СКФ было ассоциировано с повышением концентрации NT-proBNP ( $r=-0,348$ ,  $p=0,001$ ). Достоверной связи между содержанием биомаркеров и ФВ ЛЖ выявлено не было.

**Выводы.** У пациентов с сердечной недостаточностью, перенесших инфаркт миокарда, показатели почечной дисфункции достоверно коррелируют с концентрациями ST2 и NT-proBNP.

**Категория:** Публикация





## ВЗАИМОСВЯЗЬ I/D ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ACE С ПРОГНОЗОМ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Курбанов Н.А, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии  
Абдуллаев Т.А, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии  
Цой И.А, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии.  
Ахматов Я.Р, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии

**Цель:** Изучить взаимосвязь распределения I/D полиморфных маркеров генов ангиотензинпревращающего (АПФ) фермента и отдаленный прогноз жизни пациентов узбекской национальности страдающих дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

**Материал и методы.** В исследование включено 102 больных ДКМП с проявлениями II-IV ФК СН. Средний возраст составил  $40 \pm 1,1$  лет (от 16 до 58 год), давность заболевания  $12,8 \pm 1,8$  месяцев. Изучение динамики заболевания и прогноза жизни продолжалось от 12 до 138 месяцев (в среднем  $36,7 \pm 5,6$  месяцев). Комплекс обследований включал: ЭКГ, ХМЭКГ, Эхо-КГ, ТШХ. Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom<sup>TM</sup> DNA Prep 200: Isogene RUS» согласно стандартному протоколу фирмы производителя. Для проведения ПЦР амплификации использовали набор «GenPak PCR Core: Isogene RUS».

**Результаты.** Анализ частоты распределения генотипов I/D полиморфизма гена АПФ показал, что D/D-генотип встречался у 24 (23,5%) пациентов (I гр), I/D-генотип у 45 (44,1%) (II гр), I/I-генотип у 33 (32,3%) (III гр) ( $\chi^2=10,09$ ,  $df=2$ ,  $P=0,006$ ). Сравнительный анализ показал, что исходный ФК СН в первой группе был достоверно выше чем во II и III группе (соответственно:  $3,3 \pm 0,1$ ;  $3,05 \pm 0,1$  и  $2,9 \pm 0,1$ ;  $p < 0,01$ ). Характер терапии в течение наблюдения в этих группах не различались. Изучение прогноза жизни больных с длительным периодом наблюдения выявил, что летальность в I гр. составила 59% ( $n=13$ ). Анализ причин смерти установил, что в I группе у 11 (84%) больных имело место прогрессирование СН с развитием рефрактерности к проводимой терапии; 2 (16%) больных погибли внезапно на фоне относительного благополучия в результате остро возникшего нарушения сердечного ритма ( $p < 0,01$ ). Во II группе летальный исход был зарегистрирован у 24 (52%) больного, при этом число умерших внезапно, а также от нарастания явлений СН составило 14 (58,3%) и 10 (41,6%), соответственно ( $p > 0,05$ ). В III группе за период наблюдения умерли 16 (47%) больных и анализируемые причины летальности составили 6 (37,5%) и 10 (62,5%) соответственно ( $p < 0,01$ ). Таким образом, результаты изучения прогноза жизни больных ДКМП при длительном наблюдении выявили, что показатели смертности за длительный период не различались между изучаемыми группами. Однако, изучение причины летальности больных показало, что носители D/D генотипа характеризуются более тяжелым ФК сердечной недостаточности где ведущей причиной смерти была прогрессирование СН, в то время в группе носителей I/I генотипа летальный исход чаще происходит в результате ВСС.

**Категория:** Публикация



## **ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И КВИНАПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Хилькевич П.В, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Шубитидзе И.З, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Трегубов В.Г, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Цаголова В.В, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

**Цель.** Оценить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ШМХ) у пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК) на фоне терапии бисопрололом и квинаприлом. **Материалы и методы.** В исследовании участвовало 19 пациентов с ХСН I-II ФК и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ  $\geq 50\%$ ) при гипертонической болезни (ГБ) II-III стадий и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 9 мужчин и 10 женщин, возраст  $50,6 \pm 10,2$  года. Исходно и через 6 месяцев терапии с карведилолом в дозе  $12,4 \pm 1,6$  мг/сутки и квинаприлом в дозе  $10,4 \pm 2,8$  мг/сутки проводились ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по протоколу R.Вгусе и тест с ШМХ. Статистическая обработка - методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . **Результаты.** ЭХОКГ: увеличивалась скорость трансмитрального диастолического потока E ( $V_E$ ) (на  $30,5\%$ ;  $p < 0,01$ ), отношение  $V_E$  к скорости трансмитрального диастолического потока A ( $V_A$ ) ( $V_E/V_A$ ) (на  $20,0\%$ ;  $p < 0,01$ ), время замедления трансмитрального диастолического потока (DT<sub>E</sub>) (на  $18,4\%$ ;  $p < 0,05$ ); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на  $3,3\%$ ;  $p < 0,05$ ), толщина задней стенки ЛЖ (на  $6,6\%$ ;  $p < 0,05$ ), передне-задний размер левого предсердия (на  $6,2\%$ ;  $p < 0,01$ ),  $V_A$  (на  $14,4\%$ ;  $p < 0,01$ ); существенно не изменялись толщина межжелудочковой перегородки, ФВ ЛЖ и время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT). ТМ: уменьшалось двойное произведение (на  $11,4\%$ ;  $p < 0,01$ ); существенно не изменялась максимальная нагрузка. Тест с ШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на  $13,3\%$ ;  $p < 0,01$ ), при этом ХСН не регистрировалась в  $5\%$  случаев, у  $21\%$  больных уменьшался ФК ХСН от II к I. **Выводы.** При улучшении структурного и функционального состояния сердца в результате терапии карведилолом и квинаприлом у пациентов с диастолической ХСН I-II ФК на фоне ГБ II-III стадий и/или ИБС повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН.

**Категория:** Публикация

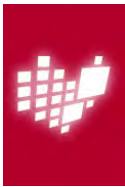


## ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА И КВИНАПРИЛА НА ПАРАМЕТРЫ ЭХОКАРДИОГРАФИИ, ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хилькевич П.В, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Шубитидзе И.З, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Трегубов В.Г, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Цаголова В.В, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

**Цель.** Оценить динамику параметров эхокардиографии (ЭХОКГ), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ШМХ) у пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II функциональных классов (ФК) на фоне терапии бисопрололом и квинаприлом. **Материалы и методы.** В исследовании участвовало 20 пациентов с ХСН I-II ФК и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ  $\geq 50\%$ ) при гипертонической болезни (ГБ) II-III стадий и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 9 мужчин и 11 женщин, возраст  $57,8 \pm 7,4$  года. Исходно и через 6 месяцев терапии с небивололом в дозе  $4,7 \pm 0,9$  мг/сутки и квинаприлом в дозе  $10,0 \pm 2,7$  мг/сутки проводились ЭХОКГ на аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по протоколу R.Vguse и тест с ШМХ. Статистическая обработка - методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ . **Результаты.** ЭХОКГ: увеличивалась скорость трансмитрального диастолического потока E ( $V_E$ ) (на 28,5%;  $p < 0,01$ ), отношение  $V_E$  к скорости трансмитрального диастолического потока A ( $V_A$ ) ( $V_E/V_A$ ) (на 7,0%;  $p < 0,01$ ), время замедления трансмитрального диастолического потока (DT<sub>E</sub>) (на 20,6%;  $p < 0,05$ ); уменьшались конечный диастолический размер ЛЖ (на 2,7%;  $p < 0,05$ ), толщина задней стенки ЛЖ (на 6,4%;  $p < 0,05$ ), передне-задний размер левого предсердия (на 6,0%;  $p < 0,01$ ),  $V_A$  (на 13,6%;  $p < 0,01$ ); существенно не изменялись толщина межжелудочковой перегородки, ФВ ЛЖ и время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT). ТМ: уменьшалось двойное произведение (на 10,5%;  $p < 0,01$ ); существенно не изменялась максимальная нагрузка. Тест с ШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на 12,3%;  $p < 0,01$ ), при этом ХСН не регистрировалась в 10% случаев, у 25% больных уменьшался ФК ХСН от II к I. **Выводы.** При улучшении структурного и функционального состояния сердца в результате терапии небивололом и квинаприлом у пациентов с диастолической ХСН I-II ФК на фоне ГБ II-III стадий и/или ИБС повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН.

**Категория:** Публикация



## **ВЛИЯНИЕ ТАКТИКИ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ТЕРАПИИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СО СТОЙКИМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ.**

Гетман С.И., СПб ГБУЗ КДП № 1 Приморского района

**Введение.** Аритмии повседневно встречаются во врачебной практике, являясь одной из частых причин обращения за медицинской помощью к кардиологу. Особое значение приобретает адекватное ведение больных с нарушениями ритма на амбулаторном этапе – этапе, наиболее перспективном с точки зрения профилактики и выявления возможных осложнений.

**Цель работы.** Определить влияние активного амбулаторного наблюдения за больными со стойкими нарушениями ритма и проводимости на приверженность к проводимой терапии и исходы лечения.

**Материалы и методы.** Обследовано 545 человек со стойкими нарушениями ритма и проводимости. Средний возраст больных составил  $67,8 \pm 15$  лет. Обязательный объем обследования для пациента включал: полный врачебный осмотр с заполнением формализованной истории болезни; лабораторные исследования (клинический анализ крови, биохимическое исследование крови – калий, натрий, магний, хлор, глюкоза, липидный спектр, креатинин, общий белок, коагулограмма, гормоны щитовидной железы Т3, Т4, ТТГ); инструментальные исследования (ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография. За данными пациентами вели активное наблюдение с ежемесячными вызовами к врачу поликлиники. При неявке пациента в срок выполняли вызов по телефону. Пациенты контрольной группы (159 человек: 123 мужчины и 36 женщин) посещали врача по требованию.

### **Выводы.**

Выявлено, что активное амбулаторное наблюдение за больными с нарушением ритма способствует существенному улучшению клинико-функциональных показателей обследуемых пациентов: значительно снижается функциональный класс хронической сердечной недостаточности, улучшается контроль частоты сердечных сокращений и АД. Одним из основных механизмов реализации положительных эффектов активного наблюдения за больными является повышение приверженности пациентов к проводимому лечению.

Частота госпитализаций по неотложным показаниям, несмертельных кардиоваскулярных осложнений и смертей от сердечно-сосудистых причин в течение 2 лет на 73 % меньше у больных с нарушениями ритма ежемесячно посещающих врача[ОБ1] по сравнению с пациентами наблюдаемыми традиционно.

**Категория:** Публикация



## **ВОЗРАСТНЫЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ И СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ**

Володина И.В, ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
Пестерева Е.В, ФГБУ «НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
Порошина Е.Г, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

**Цель** исследовать психосоциальные различия у онкологических больных с сочетанной сердечно - сосудистой патологией и признаками диастолической дисфункции в зависимости от возраста.

**Материалы и методы** Обследовано 57 пациентов, страдающих раком различной локализации на этапе подготовки к проведению повторной химиолучевой терапии. У всех больных выявлялась патология в виде артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца. В 1 группу вошло 24 больных в возрасте от 41 до 59 лет, во 2 группу 33 больных от 60 до 78 лет. Группы были сопоставимы по онкологическому заболеванию и тяжести сердечно-сосудистой патологии. Длительность онкологического заболевания составила  $8,2 \pm 1,8$  мес. Обследование включало ЭКГ, ЭХОКГ с оценкой диастолической функции, холтеровское мониторирование (ХМ). Проводилась оценка психического статуса с помощью теста MMSE, шкалы Спилберга - Ханина, HADS, теста ТОБОЛ.

**Результаты** У пациентов обеих групп фракция выброса была сохранена ( $ФВ > 50\%$ ). Выявлена диастолическая дисфункция по рестриктивному типу ( $E/A > 2$ ). У пациентов 2 группы достоверно чаще выявлялись бессимптомные нарушения ритма: у 33% больных 1 группы против 76% больных 2 группы (Хи-квадрат 5,38, р точного двустороннего критерия Фишера 0,0167). На фоне дисциркуляторной энцефалопатии у 76% пациентов 2 группы по тесту MMSE достоверно чаще выявлялся умеренный когнитивный дефицит ( $p < 0,05$ ). Показатели личностной тревожности по шкале Спилберга - Ханина у пациентов 2 группы также были достоверно выше ( $p < 0,05$ ). У этих больных чаще выявлялась субклинически выраженная депрессивная симптоматика ( $p < 0,05$ ). При анализе содержательных характеристик гармоничного и эргопатического типов реакций нельзя было исключить элементы анозогнозии. В 1 группе более высокую выраженность имел эргопатический компонент ( $p = 0,03$ ): при дезадаптивном отношении к болезни он присутствовал в структуре смешанных и диффузных типов. 67% больных данной возрастной группы имели работу, которая являлась для них свидетельством благополучия, продолжения жизни. У пациентов 2 группы выявлен более выраженный анозогнозический компонент ( $p = 0,041$ ), который сочетался с дисфорическим, эгоцентрическим, паранойальным компонентами и имел взаимосвязь с выраженностью когнитивных дисфункций ( $p < 0,01$ ). На фоне эйфории в отношении своего состояния больным свойственна аффективная ригидность, тенденция к построению жестких концепций относительно течения и лечения заболевания, что в значительной мере связано с их условиями жизни (одиночество, пенсионерство).

**Вывод** Возраст оказывает существенное влияние на восприятие болезни и адаптацию онкологических больных, имеющих предшествующую сердечно – сосудистую патологию и признаки диастолической дисфункции.

**Категория:** Публикация



## **ДЛИТЕЛЬНОСТЬ И ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛА QT У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ, И ПОЛУЧАЮЩИХ ПОЛИХИМИОТЕРАПИЮ ПО СХЕМЕ R-СНОР ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКИХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

Ватугин Н.Т., Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Склянная Е.В., Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького  
Эль-Хатиб М.А., Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

**Цель:** изучить изменения дисперсии интервалов QT, JT и скорректированный интервал QT у больных хроническими лимфопролиферативными заболеваниями с сопутствующим сахарным диабетом (СД) и без него, получающих полихимиотерапию по схеме R-СНОР (ритуксимаб, циклофосфамид, винкристин, доксорубицин, преднизолон) и сопоставить выявленные изменения.

**Материалы и методы.** Обследовано 62 пациента в возрасте 26–69 лет, в среднем  $53,2 \pm 7,4$  г., получающих полихимиотерапию по схеме «R-СНОР» по поводу неходжкинских лимфом. Все больные были разделены на две группы: 1-ю составили 30 пациентов, страдающих сопутствующим СД 2 типа, 2-ю - 32 сравнимых по полу и возрасту пациента, не имеющие патологии углеводного обмена. Всем больным непосредственно перед курсом полихимиотерапии и сразу после окончания введения цитостатиков производился подсчет частоты сердечных сокращений (ЧСС) и расчет показателей дисперсии реполяризации желудочков: дисперсии интервалов QT (QTd), JT (JTd) и скорректированного интервала QT (QTcd).

**Результаты.** До начала лечения ЧСС и показатели дисперсии реполяризации желудочков существенно не различались между группами: ЧСС составила  $73,5 \pm 12,4$  мин<sup>-1</sup> и  $82,3 \pm 13,5$  мин<sup>-1</sup>, величина QTd -  $75,33 \pm 11,50$  мс и  $87,54 \pm 12,35$  мс, JTd –  $72,2 \pm 11,60$  мс и  $80,43 \pm 10,31$  мс, QTcd -  $40,85 \pm 11,38$  и  $44,32 \pm 10,54$  мс соответственно ( $p > 0,05$ ). При оценке показателей после введения цитостатиков средняя ЧСС достоверно не отличалась в двух группах и составила  $75,6 \pm 10,5$  мин<sup>-1</sup> и  $80,3 \pm 11,2$  мин<sup>-1</sup> соответственно ( $p > 0,05$ ). Величина QTd составила  $88,44 \pm 11,33$  мс и  $107,35 \pm 11,12$  мс, JTd –  $89,56 \pm 10,12$  мс и  $108,22 \pm 12,08$  мс, QTcd -  $84,66 \pm 12,34$  мс и  $104,32 \pm 12,45$  мс соответственно ( $p < 0,05$ ), что достоверно выше аналогичных показателей до начала терапии ( $p < 0,05$ ). При этом у пациентов 1 группы увеличение дисперсии реполяризации желудочков было достоверно выше, чем у пациентов без патологии углеводного обмена ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** У пациентов, получавших полихимиотерапию по схеме «R-СНОР», наблюдается статистически значимое увеличение дисперсии реполяризации желудочков, при этом у лиц, имевших патологию углеводного обмена, увеличение дисперсии реполяризации желудочков было достоверно выше.

**Категория:** Публикация



## ЗАПЛАТЫ "БАСЭКС" ПРИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМАХ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Абдулгасанов Р.А, ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ  
Бокерия Л.А, ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ  
Алшибая М.М, ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ  
Абдулгасанова М.Р, ФГБУ «ННПЦССХ им. А.Н. Бакулева» Минздрава РФ

**Цель** - показать антимикробность, тромборезистентность и низкопористость заплат «БАСЭКС» при геометрической реконструкции (ГР) по поводу постинфарктных аневризм левого желудочка (ЛЖ) сердца.

**Материалы.** С 1997 г. в нашем центре производятся антимикробные, тромборезистентные и низкопористые заплаты «БАСЭКС» (Бокерия – Абдулгасанов - Спиридонов эксплантаты). При создании заплат "БАСЭКС" модифицированию подвергались отечественные текстильные материалы. В качестве основы модифицирующего покрытия был выбран медицинский желатин. Для придания антимикробных и тромборезистентных свойств в состав покрытия вводились антимикробные препараты (ципрофлоксацин и метронидазол), антикоагулянт и дезагреганты (гепарин, ацетилсалициловая кислота, дипиридамол). ГР ЛЖ с помощью заплаты «БАСЭКС» выполнена 942 больным. У 25% больных дополнительно были выполнены вмешательства на митральном клапане.

**Результаты.** Послеоперационные осложнения отмечены у 18% больных. Основными послеоперационными осложнениями были острая сердечная недостаточность (21,6%), аритмии (22,9%), неврологические осложнения (8,9%). Госпитальная летальность составила 6,4%. Основными причинами летальных исходов были сердечная, полиорганная недостаточность и фибрилляция желудочков. Пристеночный тромбоз в области заплаты отмечен у 0,5% пациентов. Тромбоэмболических осложнений не было. Инфекция заплаты наблюдалась у 0,4% пациентов. Одна пациентка через 2 года после операции перенесла сепсис, обусловленный постинъекционным абсцессом. Повторно она поступила в терминальном состоянии. На аутопсии обнаружен абсцесс над заплатой с прорывом в полость перикарда. В другом случае через 2 месяца после операции возникли эпизоды гипертермии, были выявлены вегетации в области заплаты. От предложенной повторной операции пациент отказался, дальнейшая его судьба нам не известна. В третьем случае удалось справиться с помощью консервативных мероприятий.

**Заключение.** Таким образом, синтетические заплаты «БАСЭКС» антимикробные, тромборезистентные, низкопористые и могут широко применяться в реконструкции левого желудочка.

**Категория:** Публикация



## ИЗУЧЕНИЕ ХАРАКТЕРА И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дубова А.В, БУ "Городская клиническая больница №1" МЗ ЧР, Чебоксары, Россия

Дубов В.В, БУ "Новочебоксарская городская больница" МЗ ЧР, Чебоксары, Россия

Чумакова О.О, ФГБОУ ВО "Чувашский государственный университет им. И. Н. Ульянова", Чебоксары, Россия

**Цель.** Проанализировать частоту и направленность патологических ортостатических реакций у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

**Материалы и методы.** На базе кардиологического отделения БУ «ГКБ №1» г. Чебоксары обследовано 62 пациента (25 мужчин и 37 женщин). Для выявления предрасположенности к развитию патологических ортостатических реакций (ПОР) использовалась активная ортостатическая проба. Сдвиги параметров гемодинамики определялись как разность повторного и исходного значений.

**Результаты.** ПОР зарегистрированы у 53% обследованных. Выделены следующие группы ПОР:

-ортостатическая систолическая гипотония - снижение САД на 20 и более мм. рт. ст. - 39,3%;

-ортостатическая диастолическая гипотония - снижение ДАД на 10 и более мм. рт. ст. - 6,06%;

-ортостатическая диастолическая гипертония - диастолическое АД менее 90 мм. рт. ст. в положении лежа и более 90 мм рт. ст. в положении стоя - 36,4%;

- ортостатическая тахикардия - увеличение ЧСС более, чем на 27 уд./мин или более 108 уд./мин. - 6,06%;

- ортостатическая систолическая гипертония – повышение систолического артериального давления на 10 и более мм. рт. ст. - 12,1%.

ПОР встречались несколько чаще у мужчин (60%), чем у женщин (48,6%). У женщин преобладала ортостатическая диастолическая гипертоническая реакция (50% против 20%,  $p<0,05$ ), у мужчин - ортостатическая систолическая гипертоническая реакция (20% против 5,6%).

В возрасте старше 70 лет чаще регистрировались систолических гипотензивные реакции в сравнении с возрастной группой 50-69 лет (66,7% против 32%,  $p<0,05$ ).

Прогрессирование хронической сердечной недостаточности (ХСН) приводило к увеличению частоты систолических гипотонических реакций (71,4% при III-IV функциональном классе (ФК) против 25,0% при I-II ФК) и уменьшению выраженности гипертонических диастолических реакций (I-II ФК - 45%, III-IV ФК - 14,3%,  $p<0,05$ ).

Развитие фибрилляции предсердий (ФП) ассоциировалось с более высокой частотой ПОР (81,8 % против 41,2% пациентов с синусовым ритмом (СР),  $p<0,001$ ). Структуре ПОР при ФП преобладали систолические гипотонические реакции (77,8% - у больных с ФП против 19% с СР,  $p<0,001$ ).

У больных с сопутствующей патологией щитовидной железы (ЩЖ) (диффузный, диффузно-узловой зоб) чаще регистрировались систолические гипотонические реакции (61,5% против 25%,  $p<0,05$ ).

**Выводы.** Высокая распространенности ПОР среди кардиологических больных, увеличение частоты систолических гипотонических реакций при прогрессировании ХСН, свидетельствуют о необходимости более внимательного обследования и взвешенного назначения лекарственной терапии.

**Категория:** Публикация





## ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ И СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Душина А.Г, ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ, Оренбург, Россия  
Либис Р.А, ФГБОУ ВО ОрГМУ МЗ РФ, Оренбург, Россия

**Цель** – оценить особенности ремоделирования миокарда левого желудочка у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) со сниженной и сохраненной фракцией выброса (ФВ).

**Материалы и методы.** Обследовано 43 пациента в возрасте от 45 до 77 лет (средний возраст  $62,4 \pm 7,4$  года) с ХСН ПА-ПБ стадии, II-III ФК, развившейся на фоне артериальной гипертензии и/или ишемической болезни сердца. В зависимости от ФВ все пациенты были разделены на две группы: со сниженной (<40%) и сохраненной (>50%) ФВ. Первую группу составили 20 пациентов (16 мужчин, 4 женщины), вторую – 23 пациента (20 мужчин, 3 женщины). Группы были сопоставимы по возрасту и тяжести ХСН. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике на аппарате SonoScape 8000 (Корея). Обработка полученных данных осуществлялась с использованием программы Statistica 6.1. За статистическую достоверность принималось  $p < 0,05$ .

**Результаты.** Размер ПЖ в группе пациентов со сниженной и сохраненной ФВ соответственно составил  $33,6 \pm 4,8$  и  $33,2 \pm 3,0$  мм ( $p = 0,75$ ), продольный размер ПП –  $55,3 \pm 7,8$  и  $52,2 \pm 5,3$  мм ( $p = 0,15$ ), продольный размер ЛП –  $61,1 \pm 11,9$  и  $53,8 \pm 8,0$  мм ( $p = 0,03$ ), КДР –  $66,5 \pm 7,3$  и  $55,6 \pm 4,3$  мм ( $p < 0,01$ ), КСР –  $55,1 \pm 6,4$  и  $37,4 \pm 4,4$  мм ( $p < 0,01$ ).

Отмечены значимые различия в показателях гипертрофии миокарда: толщина МЖП в первой группе была  $11,5 \pm 2,2$  мм, во второй –  $14,3 \pm 1,6$  мм ( $p < 0,01$ ), толщина ЗС –  $9,6 \pm 2,0$  и  $12,5 \pm 1,9$  мм ( $p < 0,01$ ), ОТС –  $0,31 \pm 0,05$  и  $0,49 \pm 0,07$  ( $p < 0,01$ ) в первой и второй группе соответственно. Сравнение групп по массе, индексу массы миокарда ЛЖ различий не выявило: масса миокарда у пациентов с ФВ <40% составила  $327,2 \pm 80,9$  г против  $331,2 \pm 56,0$  г у пациентов с ФВ >50% ( $p = 0,85$ ), индекс массы миокарда –  $167,2 \pm 36,7$  г/м<sup>2</sup> против  $156,1 \pm 22,6$  г/м<sup>2</sup> соответственно ( $p = 0,2$ ).

Среди типов ремоделирования в группе пациентов с ФВ <40% превалировала эксцентрическая гипертрофия – 85% случаев, нормальная геометрия отмечена только у 15%. В группе пациентов с ФВ >50% эксцентрическая гипертрофия встречалась лишь у 30,4% пациентов, в большинстве случаев наблюдалась концентрическая гипертрофия – 65,2% случаев, крайне редко – концентрическое ремоделирование (4,4%).

**Выводы.** Пациенты с ХСН со сниженной ФВ имеют более выраженную дилатацию полостей сердца при нормальных значениях ОТС и в большинстве случаев характеризуются ремоделированием миокарда по типу эксцентрической гипертрофии. При ХСН с сохраненной ФВ отмечено увеличение толщины стенок ЛЖ и преобладание концентрической гипертрофии.

**Категория:** Публикация



## ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Иванова Л.Н, Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки  
Сидоренко Ю.В, Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки  
Холина Е.А, Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки

**Актуальность.** Оптимизация диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности с целью увеличения продолжительности и улучшения качества жизни больных остается одной из наиболее актуальных проблем современной кардиологии.

**Материалы и методы.** Нами в соответствии с существующими методиками обследовано 79 больных с артериальной гипертензией 2 стадии и 1-2 степени, функциональным классом ХСН I-II по NYHA (1994) и пептической язвой двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии. Для оценки степени тяжести ХСН использовали шкалу ШОКС в модификации Мареева В.Ю. (2000).

**Результаты.** У обследованных больных с коморбидной патологией формировался синдром «взаимного отягощения», который негативно воздействует на морфофункциональное состояние кардиальной и пищеварительной систем. В клинической картине у этих больных прослеживается гиперактивность симпатической нервной системы с тахикардальным синдромом (53,7%), артериальная гипертензия с преобладанием Night-peaker типа (64,7%), что сопровождается гипертрофией (49,5%) и дилатацией (69,2%) левого предсердия и левого желудочка (75,5% и 12,0% соответственно) с формированием диастолической дисфункции с релаксационными нарушениями (71,6%).

Основными симптомами сердечной недостаточности было наличие одышки при обычной физической нагрузке (97,0%), слабости (84,0%) и задержки жидкости в организме, выявленной с помощью оригинальной гидрофильной пробы (95,0%).

У 93,4% пациентов с коморбидной патологией начальные признаки ХСН характеризовались нарушением диастолической функции левого желудочка, что проявлялось снижением предсердно-желудочкового градиента давления и увеличением определенного вклада в наполнение левого желудочка систолы левого предсердия на фоне аномального расслабления левого желудочка ( $p < 0,05$ ).

При этом отмечались различия в зависимости от пола пациента. У мужчин превалировала ночная гипертензия (37,9%), тахикардальный синдром (40,1%), гипертрофия и дилатация левых отделов сердца и снижение сократительной способности миокарда левого желудочка (ФВ  $55,3 \pm 1,39$ ); у женщин – тревога и перебои в работе сердца (27,4%), признаки симпатической гиперактивности, наджелудочковая (39%) и желудочковая экстрасистолия 1 (17,8%) и 2 (14,9%) классов, релаксационный тип диастолической дисфункции (51,0%).

**Выводы.** Полученные особенности ХСН у больных с коморбидной патологией требуют своевременной терапевтической коррекции.

**Категория:** Публикация



## ОСТРАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ИНТРАКОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА.

Арсеничева О.В, Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Щапова Н.Н, Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Омельяненко М.Г, Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

**Цель:** доказать, что острая сердечная недостаточность (ОСН) является независимым фактором, способствующим госпитальной летальности больных инфарктом миокарда (ИМ) после интракоронарного вмешательства.

**Материал и методы.** В исследуемую группу были включены 29 пациентов с ИМ, умерших на госпитальном этапе лечения (20 мужчин и 9 женщин, средний возраст  $69,8 \pm 9,3$  лет). Группу сравнения составили 94 выживших больных ИМ (70 мужчин и 24 женщины, средний возраст  $58,4 \pm 6,18$  лет). Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, определялось содержание тропонинов, липидов, креатинина и глюкозы в крови, рассчитывалась скорость клубочковой фильтрации, выполнялась электрокардиография и эхокардиография. Экстренно выполнялась коронароангиография и чрескожное коронарное вмешательство.

**Результаты.** Атериальная гипертензия, дислипидемия, сахарный диабет и курение встречались с высокой частотой у больных ИМ и достоверно не различались между группами. Указание на перенесенный в анамнезе ИМ выявлено у 37,9% пациентов с фатальным ИМ и у 19,1% больных в группе сравнения ( $p < 0,02$ ). Достоверных различий по локализации ИМ в сравниваемых группах не выявлено. На момент поступления тяжелой ОСН (Killip III-IV) имели 31% больных исследуемой группы и 7,4% пациентов в группе сравнения ( $p < 0,05$ ). Среднее значение фракции выброса левого желудочка у больных фатальным ИМ было достоверно ниже, чем в группе сравнения ( $33,5 \pm 6,2\%$  и  $48,6 \pm 5,3\%$  соответственно). Значение данного показателя менее 40% имели 44,8% умерших от ИМ и только 8,5% выживших больных ( $p < 0,05$ ). Множественное поражение коронарного русла чаще встречалось в группе наблюдения, чем сравнения (80,7% и 27,6% соответственно,  $p < 0,001$ ). Достоверных различий по частоте встречаемости инфаркт-ассоциированной артерии между группами не выявлено. Непосредственной причиной смерти пациентов с ИМ явились: кардиогенный шок (55,3%), отек легких (31%), гемотампонада (17,2%), острый тромбоз стента с развитием рецидива ИМ (3,4%), фибрилляция желудочков (24,1%). Досуточная летальность составила 62%. Для выделения прогностических предикторов госпитальной летальности больных ИМ использовали метод бинарной логистической регрессии. Клиническими предикторами неблагоприятного госпитального исхода явились ОСН Killip III-IV (ОШ=2,09; ДИ 0,68-5,51,  $p < 0,012$ ) и низкая сократительная способность левого желудочка (ОШ=1,52; ДИ 0,72-3,16,  $p < 0,002$ ), которые увеличивали риск летальности у пациентов с ИМ в 2 и 1,5 раза соответственно.

**Выводы.** ОСН (Killip III-IV) и низкую сократительную способность левого желудочка (фракция выброса менее 40%) можно считать предикторами госпитальной летальности больных ИМ после интракоронарного вмешательства.

**Категория:** Публикация



## ОЦЕНКА АФФЕКТИВНЫХ, КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПЕРИОД ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Вологодина И.В., ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия  
Порошина Е.Г., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова» Министерства здравоохранения РФ Санкт-Петербург Россия  
Петров А.В., ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Министерства здравоохранения Российской Федерации г. Санкт-Петербург Россия

**Цель исследования.** Изучить влияние когнитивных нарушений и тревожно-депрессивных расстройств на клиническое состояние и качество жизни больных пожилого и старческого возраста при проведении лечебных мероприятий в условиях стационара.

**Материалы и методы.** В исследование включено 106 пациентов от 65 до 85 лет (средний возраст  $74,5 \pm 6,1$ ) с ИБС, осложненной ХСН II ФК, последовательно госпитализированных в стационар кардиологического профиля. Всем больным проводилась ЭХОКГ и тест 6-минутной ходьбы (ТШХ). После первичного обследования пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от наличия когнитивных нарушений и тревожно-депрессивных расстройств (ТДР). В исследовании использовались тесты MMSE, Бека, СМОЛ, шкалы Гамильтона и Спилберга – Ханина. В первую группу вошли 37 пациентов с умеренным когнитивным дефицитом (УКН), во 2 группу - 35 пациентов с когнитивными нарушениями легкой степени (КН), в 3 группу - 34 пациента с ТДР. Проводилась оценка качества жизни с помощью MLHFQ и опросника SF-36.

**Результаты.** У всех больных имелось незначительное нарушение систолической функции (ФВ > 45%) и признаки диастолической дисфункции I типа. Выявлено достоверное различие по ТШХ: наиболее низкие показатели получены в группе пациентов с ТДР. Различия между группами по дистанции пройденной ходьбы достигло уровня достоверности ( $p < 0,05$ ). Количество набранных баллов по MLHFQ у всех пациентов превышало общепринятое для данных функциональных классов значения, что свидетельствовало о худшем качестве жизни пациентов пожилого и старческого возраста по сравнению с общей популяцией, имеющей сходную патологию. У пациентов с УКН количество баллов по MLHFQ составило  $53,8 \pm 4,5$  (95% ДИ 51,4 – 57,3), у пациентов с КН  $65,3 \pm 1,8$  (95% ДИ 58,4 – 67,3), у пациентов с ТДР  $71,2 \pm 2,6$  (95% ДИ 67,2 – 72,5). Выявлено достоверное различие между группами ( $p < 0,05$ ), свидетельствующее о худшем качестве жизни у пациентов с КН и ТДР по сравнению с группой пациентов с УКН. Все параметры качества жизни, изученные с помощью опросника SF-36, также были наиболее низкими у пациентов с ТДР.

**Выводы.** Таким образом, когнитивные и аффективные нарушения оказывают выраженное отрицательное влияние на переносимость физических нагрузок и качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью. Наиболее значимый эффект оказывают тревожно-депрессивные расстройства. Особое значение имеет нарушение социального функционирования в связи с нарушением интеграции пациентов в общество.

**Категория:** Публикация



## **ПАРАМЕТРЫ ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА, ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ И НЕБИВОЛОЛОМ**

Мерзлякова С.Н, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Трегубов В.Г, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар  
Шубитидзе И.З, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Калашник О.А, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

**Цель:** Оценить влияние терапии лизиноприлом и небивололом на параметры пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ТШМХ) у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью I–II функциональных классов (ФК).

**Материалы и методы:** В исследовании участвовало 24 пациента с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II ФК и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ  $\geq 50\%$ ) на фоне гипертонической болезни (ГБ) и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 12 мужчин и 12 женщин, возраст  $52,7 \pm 4,9$  года. Исходно и через 6 месяцев терапии лизиноприлом в дозе  $12,4 \pm 3,1$  мг/сутки и небивололом в дозе  $7,0 \pm 3,1$  мг/сутки проводились проба СДС для количественной оценки регуляторно-адаптивного статуса (РАС) на аппарате ВНС МИКРО (Россия), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R. Bruce для подтверждения или исключения скрытой коронарной недостаточности и ТШМХ по стандартному протоколу. Статистическая обработка – методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** Проба СДС: увеличивались диапазон синхронизации (на  $10,3\%$ ;  $p < 0,05$ ), индекс РАС (на  $29,2\%$ ;  $p < 0,01$ ); при этом уменьшалась длительность развития СДС на минимальной границе (на  $14,8\%$ ;  $p < 0,05$ ). ТМ: увеличивалась максимальная нагрузка (на  $12,1\%$ ;  $p < 0,01$ ), существенно не изменялось двойное произведение. ТШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на  $19,8\%$ ;  $p < 0,05$ ), при этом у  $30\%$  больных уменьшался ФК ХСН от II к I, ХСН не регистрировалась в  $16\%$  случаев.

**Заключение:** У пациентов с диастолической сердечной недостаточностью I-II ФК на фоне ГБ и/или ИБС повышался РАС, увеличивалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН.

**Категория:** Публикация



## **ПАРАМЕТРЫ ПРОБЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА, ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ФОЗИНОПРИЛОМ И НЕБИВОЛОЛОМ**

Мерзлякова С.Н, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Трегубов В.Г, ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, г. Краснодар  
Шубитидзе И.З, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар  
Калашник О.А, ГБУЗ ККБ №2 Минздрава Краснодарского края, г. Краснодар

**Цель:** Оценить влияние терапии фозиноприлом и небивололом на параметры пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС), тредмилометрии (ТМ) и теста с 6-минутной ходьбой (ТШМХ) у пациентов с диастолической сердечной недостаточностью I–II функциональных классов (ФК).

**Материалы и методы:** В исследовании участвовало 25 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) I-II ФК и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ  $\geq 50\%$ ) на фоне гипертонической болезни (ГБ) и/или ишемической болезни сердца (ИБС): 12 мужчин и 13 женщин, возраст  $54,3 \pm 6,4$  года. Исходно и через 6 месяцев терапии фозиноприлом в дозе  $16,3 \pm 5,5$  мг/сутки и небивололом в дозе  $8,2 \pm 3,1$  мг/сутки проводились проба СДС для количественной оценки регуляторно-адаптивного статуса (РАС) на аппарате ВНС МИКРО (Россия), ТМ на аппарате SHILLER CARDIOVIT CS 200 (Швейцария) по стандартному протоколу R. Bruce для подтверждения или исключения скрытой коронарной недостаточности и ТШМХ по стандартному протоколу. Статистическая обработка – методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (M), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

**Результаты:** Проба СДС: увеличивались диапазон синхронизации (на 11,3%;  $p < 0,05$ ), индекс РАС (на 30,4%;  $p < 0,01$ ); при этом уменьшалась длительность развития СДС на минимальной границе (на 14,7%;  $p < 0,05$ ). ТМ: увеличивалась максимальная нагрузка (на 16,7%;  $p < 0,01$ ), существенно не изменялось двойное произведение. ТШМХ: увеличивалась пройденная дистанция (на 21,5%;  $p < 0,05$ ), при этом у 25% больных уменьшался ФК ХСН от II к I, ХСН не регистрировалась в 11% случаев.

**Заключение:** У пациентов с диастолической сердечной недостаточностью I-II ФК на фоне ГБ и/или ИБС повышался РАС, увеличивалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН.

**Категория:** Публикация



## ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Курбанов Н.А, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии  
Абдуллаев Т.А, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии  
Ахматов Я.Р, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии  
Цой И.А, Республиканский Специализированный Центр Кардиологии.

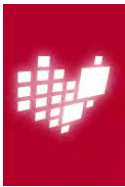
**Цель:** Изучить распределение I/D полиморфных маркеров генов ангиотензинпревращающего (АПФ) фермента у лиц узбекской национальности страдающих дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

**Материал и методы.** В исследование включено 102 больных ДКМП с проявлениями II-IV ФК сердечной недостаточности (СН). Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями ДКМП (ВОЗ,1995). Средний возраст составил  $40 \pm 1,1$  лет (от 16 до 58 год), давность заболевания  $12,8 \pm 1,8$  месяцев. Контрольная группа составило 60 здоровых добровольцев. Проводилась клинический осмотр, ЭхоКГ, ЭКГ и лабораторные методы исследования. Выделение ДНК производили из цельной крови с помощью набора «Diatom™ DNA Prep 200: Isogene RUS» согласно стандартному протоколу фирмы производителя. Для проведения ПЦР амплификации использовали набор «GenPak PCR Core: Isogene RUS».

**Результаты.** У 11(10,8%) больных был диагностирован II ФК СН, у 64 (62,7%) III ФК СН, у 27 (26,5%) пациентов IV ФК СН, со средними значениями  $3,1 \pm 0,05$ . Анализ частоты распределения генотипов I/D полиморфизма гена АПФ показал, что D/D-генотип встречался у 24 (23,5%) пациентов, I/D-генотип у 45 (44,1%), I/I-генотип у 33 (32,3%) ( $\chi^2=10,09$ ,  $df=2$ ,  $P=0,006$ ). Частота распределения аллелей у больных с ДКМП было следующим: I-аллель выявлен в 111 (54,4%) случаях, D-аллель – в 93 (45,6%) случаях. В группе контроля генотипы и аллели I/D полиморфизма гена ACE были распределены следующим образом: D/D-генотип встречался у 12 (20%), I/D-генотип – у 14 (23,3%), I/I-генотип – у 34 (56,7%) здоровых лиц, при этом D-аллель был выявлен в 38(31,6%) случаях и I-аллель – в 82 (68,3%) случаях, ( $\chi^2=6,08$ ,  $df=1$ ,  $P=0,01$ ). Полученные результаты демонстрируют достоверное преобладание частоты встречаемости D-аллеля и I/D генотипа I/D полиморфизма гена ACE у больных с ДКМП узбекской национальности по сравнению со здоровыми лицами. Носительство D-аллеля и I/D генотипа ассоциировалось с достоверным увеличением относительного риска развития ДКМП у лиц узбекской национальности [OR1,81; (95% ДИ: 1,13-2,90,  $\chi^2=6,08$ ,  $p=0,01$ ) и OR2,59; (95% ДИ: 1,27-5,30,  $\chi^2=10,09$ ,  $p=0,006$ ), соответственно].

Таким образом, впервые был изучен I/D полиморфизма гена ACE у больных ДКМП узбекской национальности. Показано, достоверное преобладание частоты встречаемости D-аллеля и I/D генотипа I/D полиморфизма гена ACE у больных с ДКМП узбекской национальности по сравнению со здоровыми лицами и носительство D-аллеля и I/D генотипа I/D полиморфизма гена ACE ассоциировалось с достоверным увеличением относительного риска развития ДКМП.

**Категория:** Публикация



## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВСТРЕЧАЕМОСТИ РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ОСЛОЖНЕННЫМ АВТОНОМНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ НЕЙРОПАТИЕЙ**

Шалаева С.С, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Цель:** оценить частоту встречаемости различных нарушений сердечного ритма и проводимости, и особенности клинического статуса у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сочетании с диабетической автономной кардиальной нейропатией (ДАКН).

**Материалы и методы:** в исследование включено 90 пациентов с ХСН ишемического генеза I-III функционального класса (ФК) и сахарным диабетом типа 2 (СД), которые в зависимости от присутствия ДАКН по Ewing, были разделены на 2 группы. I группу составили 60 больных с признаками ДАКН, II группу – 30 больных с ХСН и СД без признаков ДАКН. Оценивался клинический статус, и проводилось суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ).

**Результаты:** наиболее частыми нарушениями сердечного ритма и проводимости среди пациентов I группы являлись пароксизмальная форма фибрилляции предсердий (37% vs 10% в II группы,  $p>0,05$ ), синусовая тахикардия (42% vs 14% во II группе,  $p>0,05$ ), желудочковая экстрасистолия (42% в I группе vs 14% во II группе,  $p>0,05$ ). Реже отмечались проявления блокады правой и левой ножки пучка Гиса (14% и 12% в I vs 5% и 6% во II группе соответственно,  $p>0,05$ ). При оценке клинического статуса пациентов с ХСН и ДАКН выявлена большая длительность СД 2 типа ( $6,0\pm 1,4$  в I группе и  $5,5\pm 1,2$  во II группе) и частота встречаемости ИМ с зубцом Q у пациентов с ХСН и ДАКН (26,7%), по сравнению с пациентами без признаков ДАКН (20%),  $p>0,05$ .

**Выводы:** В группе больных с ХСН и ДАКН, по сравнению с пациентами без ДАКН, отмечены более высокая частота встречаемости пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, желудочковой экстрасистолии, а также большая длительность СД 2 типа и частота встречаемости ИМ с зубцом Q.

**Раздел:** 1

**Категория:** Публикация





## ХСН: КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ

Мацкевич С.А, ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь  
Бельская М.И, ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г.Минск, Республика Беларусь

**Цель исследования:** оценить кардиоренальные взаимоотношения при хронической сердечной недостаточности (ХСН).

**Материал и методы.** Обследовано 130 пациентов с ХСН II,III ФК ишемического генеза с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ)  $50,9 \pm 7,68\%$  (ХСН ФК II (ФВ ЛЖ  $52,2 \pm 5,09\%$ ) - 56,2% случаев, ХСН ФК III (ФВ ЛЖ  $47,2 \pm 6,61\%$ ) - 43,8%), средний возраст  $60,5 \pm 7,2$  года. Пациенты с заболеваниями почек и эндокринной патологией в исследование не включены. Ультразвуковое исследование сердца проведено на аппарате Vivid-7. Уровни цистатина С определяли с использованием наборов Randox (норма до 1,05 мг/л), креатинина - с использованием наборов Beckman (норма до 110,0 мкмоль/л); NT-proBNP - на анализаторе mini Vidas (норма до 125 пг/мл). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по креатинину рассчитывали по формуле Cockcroft-Gault, СКФ по цистатину С - по формуле:  $СКФ = -4,32 + 80,35 / \text{цистатин С}$ . Микроальбуминурию (МАУ) определяли на анализаторе Olympus, уровень альфа-1-микроглобулина (А1М) в моче - методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа с использованием пары моноклональных антител ИФА-А1М (норма до 10 мг/л). Вазомоторную функцию эндотелия определяли ультразвуком высокого разрешения, скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) - с помощью компьютерного комплекса «Импекард-М» (норма до 10,2 м/с).

**Результаты.** Уровень NT-proBNP составил  $288,07 \pm 28,86$  пг/мл. СКФ по креатинину и по цистатину С составила соответственно  $83,12 \pm 12,48$  и  $83,65 \pm 11,76$  мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. Снижение СКФ (по цистатину С) отмечалось у 63,8% пациентов. Умеренное снижение СКФ (по цистатину С) имели 8,5% пациентов. МАУ выявлена у 13,8% пациентов, А1М - у 15,4% пациентов. С помощью рангового коэффициента Спирмена выявлена связь цистатина С с тяжестью ХСН ( $R=0,49$ ,  $p<0,01$ ), с NT-proBNP ( $R=0,52$ ,  $p<0,01$ ), с А1М ( $R=0,50$ ,  $p<0,01$ ), с ФВ ЛЖ ( $R=-0,56$ ,  $p<0,01$ ). У 96,5% пациентов с ХСН ФК III выявлено нарушение вазомоторной функции эндотелия, у 52,6% пациентов - повышенный уровень СРПВ. При ХСН ФК III выявлена зависимость между СРПВ и цистатином С ( $R=0,43$ ,  $p<0,01$ ), ФВ ЛЖ и цистатином С ( $R=-0,86$ ,  $p<0,001$ ), А1М и коэффициентом чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига ( $R=0,41$ ,  $p<0,05$ ), А1М и скоростным показателем дисфункции эндотелия ( $R=0,45$ ,  $p<0,01$ ), что подтверждает зависимость между показателями дисфункции эндотелия, ФК ХСН и выраженностью протеинурии, измеренной по содержанию А1М в моче.

**Выводы.** У пациентов с ХСН ишемического генеза имеются признаки дисфункции почек при отсутствии клинических проявлений, при ХСН ФК III - на фоне дисфункции эндотелия и повышенной артериальной жесткости. Очевидно, цистатин С, МАУ и А1М можно рассматривать как ранние маркеры дисфункции почек при ХСН, которые связаны с риском развития систолической сердечной недостаточности.

**Категория:** Публикация



## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПРИ ТРЕТЬЕМ ФУНКЦИОНАЛЬНОМ КЛАССЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Третьяков С.В, Новосибирский государственный медицинский университет

**Цель исследования:** изучить частоту встречаемости неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у больных с первичной артериальной гипертензией (АГ) и сердечной недостаточностью (СН) третьего функционального класса (ФК) в зависимости от возраста.

**Материал и методы.** Обследовано 22 больных с артериальной гипертензией 3 стадией и ишемической болезнью сердца (ИБС). В зависимости от возраста группа была разделена на подгруппы. Первую составили 12 больных пожилого возраста (средний возраст 63,5 лет); вторую 10 больных старческого возраста (средний возраст 76,5 лет). Все лица были с абдоминальным ожирением первой степени. ИМТ был 34,3 и 34,8 соответственно. У всех лиц диагностирована сердечная недостаточность третьего функционального класса. Типы дислипидемий устанавливали согласно критериям классификации дислипидемий ВОЗ. Индекс стеатоза печени (ИСП) рассчитывался по формуле Lee Jeong-Hoon et al (2010). Для определения степени выраженности фиброза печени использовалась дискриминантная счетная шкала Bonacini. Полученные данные соотносили со стадией фиброза по шкале METAVIR (О.Н. Микушкин, 2012). Изучение функционального состояния печени включало определение активности аланиновой (АЛТ) и аспарагиновой (АСТ) аминотрансфераз, щелочной фосфатазы (ЩФ), гаммаглутамилтранспептидаза (ГГТФ), общего белка, альбумина, общего билирубина, протромбинового индекса по общепринятым методикам. Исключалось алкогольное, вирусное, аутоиммунное и лекарственное поражение печени.

**Результаты исследования.** У лиц старческого возраста, в отличие от лиц пожилого возраста, отмечались более высокие цифры систолического артериального давления (АД) в 1,28 раза ( $p<0,05$ ), диастолического на 15,5% ( $p<0,05$ ), пульсового в 1,41 раза ( $p<0,05$ ). Липидный профиль характеризовался меньшими значениями ХС-ЛПНП во второй группе на 19,4% ( $p<0,05$ ), ХС-ЛПОНП в 1,39 раза ( $p<0,05$ ), большими значениями триглицеридов (ТГ) на 20,4% ( $p<0,05$ ). В первой группе дислипидемия 2а встречалась у 25%, 2б – у 25%, у 50% - 4. Во второй группе у 50% определялась дислипидемия 2а, у 50% - дислипидемия 4 типа. ИСП во второй группе был на 7% выше, чем в первой. При этом во второй группе, по сравнению с первой, уровень АЛТ был выше на 25% ( $p<0,05$ ), АСТ на 15,8% ( $p<0,05$ ), ЩФ на 12% ( $p<0,05$ ). Стеатоз выявлен в первой группе у 50%, во второй группе – в 100%. Количество баллов, характеризующих фиброз во второй группе было на 10% выше ( $p<0,05$ ), чем в первой.

**Выводы.** Таким образом, при 3 ФК СН у лиц с АГ 3 стадии и ожирением отмечаются большая частота встречаемости стеатоза и большая выраженность фиброза печени, больший уровень трансаминаз и ЩФ на фоне более высоких значений ТГ и АД.

**Категория:** Публикация