

Российское кардиологическое общество
Министерство здравоохранения Самарской области
Самарский Государственный Медицинский Университет
Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова

13-я Всероссийская конференция

**"ПРОТИВОРЕЧИЯ
СОВРЕМЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ:
СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ"**

08-09 ноября 2024 года
Самара

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

МАТЕРИАЛЫ

I. АРИТМОЛОГИЯ, СТИМУЛЯЦИЯ, РЕСИНХРОНИЗАЦИЯ	3
II. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ	7
III. ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ	14
IV. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ЛИПИДЫ И АТЕРОСКЛЕРОЗ	16
V. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В КАРДИОЛОГИИ	23
VI. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КЛАПАННАЯ ПАТОЛОГИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ, ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ	35
VII. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ/ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ	41
VIII. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ	43
IX. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	45
X. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ. СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА	46
XI. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ	49
СОДЕРЖАНИЕ	52
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ	58

Для цитирования: 13-я Всероссийская конференция "Противоречия современной кардиологии: спорные и нерешенные вопросы". СБОРНИК ТЕЗИСОВ. *Российский кардиологический журнал*. 2024;29(9S):1-60. doi:10.15829/1560-4071-2024-9S

For citation: The 13th All-Russian Conference "Contradictions of modern Cardiology: controversial and unresolved issues". COLLECTION OF ABSTRACTS. *Russian Journal of Cardiology*. 2024;29(9S):1-60. (In Russ.) doi:10.15829/1560-4071-2024-9S

Рецензенты:

Шебонкина Д. А. — врач-кардиолог, клинико-реабилитационное отделение, ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В. П. Полякова, аспирант кафедры пропедевтической терапии, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Ковальская А. Н. — врач-кардиолог, аспирант кафедры пропедевтической терапии, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, ORCID: 0000-0003-4526-8003

Губарева Е. Ю. — к.м.н., доцент, кафедры факультетской терапии ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Губарева И. В. — д.м.н., доцент, зав. кафедрой внутренних болезней ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Павлова Т. В. — д.м.н., доцент, профессор кафедры пропедевтической терапии с курсом кардиологии, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

Дупляков Д. В. — д.м.н., профессор, зам. главного врача по медицинской части, зав. кафедрой пропедевтической терапии с курсом кардиологии, ГБУЗ Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова, ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России

I. АРИТМОЛОГИЯ, СТИМУЛЯЦИЯ, РЕСИНХРОНИЗАЦИЯ

001 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОЗА И СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Буненкова Г. Ф., Абир Е. Б., Саликова С. П., Гриневич В. Б.

ВМедА им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Широкая распространенность неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) и фибрилляции предсердий (ФП), а также их частое сочетание у пациентов в реальной клинической практике обуславливает необходимость поиска общих патогенетических механизмов, лежащих в основе их развития и прогрессирования.

Цель. Определить частоту встречаемости НАЖБП у пациентов с ФП, установить связь ФП со степенью фиброза и стеатоза печени.

Материал и методы. В исследование были включены 140 стационарных пациентов, находившихся на лечении в клинике за период с 2021 по 2023 годы с диагнозом ишемической болезни сердца (ИБС) и гипертонической болезни (ГБ). Пациенты были разделены на 2 группы с учетом наличия ФП: первая группа (n=70, 80,8% мужчин, 19,2% — женщин, средний возраст 71,5±13,4) с ФП, вторая группа (n=70, 65,2% мужчин, 34,8% — женщин, средний возраст 67,0±10,2) без ФП. Всем пациентам было выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Степень выраженности стеатоза (dB/m) оценивали по параметру затухания эхосигнала, уровень фиброза (кПа) — по скорости распространения сдвиговых волн, создаваемых механическим импульсом на аппарате FibroScan. Статистическая обработка данных осуществлялась в программе R.

Результаты. Частота встречаемости НАЖБП в группе с ФП составила 60%, в группе без ФП — 67%. По степени выраженности стеатоза достоверных различий в двух группах не наблюдалось (227,0 [202,0, 262,8]; 221,5 [190,8, 277,5], p>0,05). Выявлены статистически значимые различия по индексу фиброза печени (6,85 [4,77, 8,03]; 4,40 [4,12, 5,05], p=0,002).

Заключение. У пациентов с ИБС и ГБ вне зависимости от наличия ФП наблюдается высокая распространенность НАЖБП. Выявлены статистически значимые различия в двух группах по индексу фиброза печени. Определение патогенетических механизмов взаимосвязи ФП и фиброза печени требует уточнения.

002 ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРЕДСЕРДНОЙ МИОПАТИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Вайханская Т. Г., Коптюх Т. М., Геворкян Т. Т., Фролов А. В.

Республиканский научно-практический центр "Кардиология", Минск, Беларусь

Цель. Изучить взаимосвязи электрических и структурных маркеров предсердной дисфункции с риском развития неклапанной фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов старше 50 лет с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ).

Материал и методы. В исследование включили 232 пациента (63 [52; 72] лет; 154/67,2% мужчин) с синусовым ритмом и стабильным течением ССЗ (ИБС и АГ — 90,95%, кардиомиопатии — 9,05%). Исходно при синусовом ритме анализировали данные цифровой ЭКГ-12 и ЭхоЭКГ показатели. Магнитно-резонансную томографию сердца выполнили 186 (80,17%) пациентам.

Аритмические события оценивали ежегодно с помощью поверхностной ЭКГ-12, Холтер-мониторирования и процедуры интеррогирования ЭКС. Период наблюдения составил 59 [38; 74] месяцев. Первичной конечной точкой служил первый

эпизод пароксизмальной или персистирующей ФП. События ФП зарегистрированы у 45 пациентов (19,4%).

Результаты. В результате однофакторного регрессионного анализа пропорциональных рисков Кокса выявлены наиболее значимые факторы риска ФП: возраст (HR 1,16; 95% ДИ 1,13-1,29; p<0,001), далеко зашедшая (3 степени) межпредсердная блокада — МПБ (HR 18,4; 95% ДИ 8,17-41,5; p<0,0001), низкий вольтаж Р волны во II-м отведении ЭКГ — амплитуда PII < 0,15 мВ (HR 12,5; 95% ДИ 5,57-28,07; p<0,0001), аномальная площадь негативной конечной части Р волны в V1 отведении — PTFV1 > 7,44 мс*мВ (HR 8,62; 95% ДИ 4,59-16,18; p<0,001). Маркеры морфоструктурных изменений левого предсердия (ЛП) — миокардиальный фиброз (HR 1,78; 95% ДИ 1,26-3,37) и диаметр ЛП (HR 1,13; 95% ДИ [1,07-1,19]) также продемонстрировали хорошую предиктивную функцию риска ФП (p<0,001). Результаты многофакторного регрессионного анализа пропорциональных рисков Кокса подтвердили независимые ассоциации далеко зашедшей МПБ с развитием ФП (HR 5,54; 95% ДИ [2,02-15,22], p<0,001), что означает 5-кратное повышение риска ФП с момента развития далеко зашедшей МПБ и 85% вероятность раннего присоединения ФП к коморбидному фону, обусловленному ССЗ. Регрессионная модель, включающая только электрические предикторы — МПБ 3 ст. (HR 5,54) в сочетании с низковольтной (<0,15 мВ) волной Р во II-м отведении ЭКГ (HR 3,83; 95% ДИ [1,48-9,90], p<0,029) и аномальным параметром PTFV1 > 7,44 мс*мВ (HR 2,19; 95% ДИ [1,08-4,44]; p=0,006), продемонстрировала высокий прогностический уровень (-LL=297; $\chi^2=89,9$; p<0,0001). При добавлении в многофакторный анализ структурных маркеров свою значимость в модели Кокса подтвердили: фиброз ЛП/ЛЖ (HR 1,49; 95% ДИ 1,37-1,61) и диаметр ЛП (HR 1,98; 95% ДИ 1,88-2,99) наряду с МПБ 3 степени (HR 3,62; 95% ДИ 3,17-4,12) с высокой общей оценкой модели (-2LL=39978; $\chi^2=670$; p=0,0001).

Заключение. В результате проведенного исследования подтверждена высокая прогностическая значимость параметров Р-волны на поверхностной ЭКГ (наряду с морфоструктурными предикторами ФП — размером ЛП и фиброзом). Далеко зашедшая МПБ определена в качестве сильного и независимого предиктора ФП в представленной когорте лиц старше 50 лет с ССЗ.

003 ВЛИЯНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА РАЗВИТИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Куторова Е. Э., Акимова Н. С., Шварц Ю. Г.

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

Желудочковая extrasистолия (ЖЭ) является одним из самых распространенных нарушений сердечного ритма. Клинически значимые ЖЭ могут усугублять течение основного сердечно-сосудистого заболевания, нарушая внутрисердечную гемодинамику и нормальное функционирование сердца, в частности, повышая риск развития и прогрессирования сердечной недостаточности. Известно, что ЖЭ способны оказывать значимое влияние на состояние мозгового кровотока, однако в настоящее время представляется недостаточно изученной связь желудочковых аритмий, в том числе и ЖЭ, на морфологическое состояние головного мозга (ГМ).

Цель. Изучить связь ЖЭ с морфофункциональными характеристиками ГМ по данным ядерной магнитно-резонансной томографии (ЯМРТ) ГМ у пациентов с хрониче-

ской сердечной недостаточностью (ХСН) и ишемической болезнью сердца (ИБС)

Материал и методы. В исследование были включены 25 пациентов (7 мужчин и 18 женщин), страдающие ХСН II-III функционального класса по NYHA, развившейся на фоне ИБС. Критерии исключения: возраст старше 65 лет; сахарный диабет; инфаркт миокарда в течение последних 90 дней; ОНМК и ТИА в анамнезе или по данным МРТ; сосудистая деменция; болезнь Альцгеймера, а также гемодинамически значимые стенозы артерий головы и шеи, употребление психоактивных веществ, злоупотребление алкоголем, а также любые другие заболевания и состояния, которые, по мнению исследователя, способны оказать самостоятельное влияние на развитие морфофункциональных изменений ГМ.

Всем пациентам, кроме общеклинического обследования, выполнялось холтеровское мониторирование ЭКГ с определением общего количества ЖЭ в сутки, суточного распределения ЖЭ, количества право- и левожелудочковых экстрасистол, градации ЖЭ по Лауну — Вольфу, продолжительности компенсаторной паузы и интервала сцепления ЖЭ. Посредством ЯМРТ определялась толщина серого вещества различных долей ГМ. Использовался парный корреляционный анализ, программа Statistica 10.0.

Результаты. При проведении парного корреляционного анализа у пациентов с сочетанием ХСН и ИБС выявлена следующая статистически значимая ($p < 0,05$) связь толщины серого вещества темных долей ГМ с общим количеством ЖЭ в сутки ($R = -0,48$).

Выводы. Общее количество ЖЭ обратно связано с толщиной темных долей ГМ. Таким образом, очевидно, что более высокое количество ЖЭ может являться одним из факторов патологических морфологических изменений ГМ у пациентов с ИБС, осложненной ХСН.

004 ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПЛАНОВЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АОРТЕ И КЛАПАНАХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ. АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ

Чомахидзе П. Ш., Гуляева-Сельцовская Е. П., Курбаналиева Н. К.

ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Пароксизмы фибрилляции предсердий (ФП) в периоперационном периоде при плановых вмешательствах на аорте и клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения, приводят к дестабилизации гемодинамики, что ухудшает состояние пациента, увеличивает срок госпитализации. ФП зачастую становится триггером для развития острого коронарного синдрома, сердечной недостаточности и инсульта.

Цель. Выявить частоту возникновения и предикторы развития пароксизмов фибрилляции предсердий, возникающих в периоперационном периоде при плановых вмешательствах на аорте и клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения.

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациентов, которым выполнялись различные плановые кардиальные хирургические вмешательства, у которых в анамнезе не было указаний на ФП. Выполнено предоперационное обследование: осмотр, электрокардиограмма (ЭКГ) в покое, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография (ЭХОКГ), включая оценку деформации миокарда методом Speckle Tracking, фракции выброса левого предсердия (ЛП).

Результаты. Пароксизмы ФП были зарегистрированы у 10 пациентов — 10% от всех включенных в исследование больных. Большинство (80%) пароксизмов ФП возникли в первые 5 суток после операции. Эпизоды ФП были расценены как основная причина 50% всех нефатальных инфарктов миокар-

да (ИМ) в периоперационном периоде и 50% фатальных ИМ. Пациенты с ФП достоверно чаще страдали в анамнезе гипертонической болезнью, диастолической дисфункцией миокарда 2 степени, а также при исходной гипокалиемии. Среди данных ЭХОКГ с развитием периоперационных эпизодов ФП ассоциировалось увеличение индекса объема левого предсердия более 37 мл/м², а также снижение фракции выброса левого предсердия ниже 40%.

Заключение. У 10% пациентов развились эпизоды ФП, потребовавшие кардиоверсии. Определены факторы, ассоциированные с риском развития пароксизма фибрилляции предсердий в периоперационном периоде.

005 ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ИСХОДЫ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Искендеров Б. Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

Тревожно-депрессивные расстройства могут провоцировать нарушения сердечного ритма, включая пароксизмальную фибрилляцию предсердий (ФП). В этой связи представляет интерес изучение роли тревожно-депрессивных расстройств в оценке эффективности радиочастотной абляции (РЧА) по поводу ФП.

Цель. Определить роль тревожно-депрессивных расстройств в возникновении поздних рецидивов ФП у пациентов, перенесших процедуру катетерной РЧА устьев легочных вен.

Материал и методы. Обследовано 117 пациентов (69 мужчин и 48 женщин) в возрасте от 45 до 62 лет (средний 53,8±6,4 лет), которым выполнялась катетерная РЧА устьев легочных вен. Из них у 31 пациента (26,5%) была стабильная стенокардия напряжения, у 34 (29,1%) — артериальная гипертония, у 25 (21,4%) — сахарный диабет 2 типа, у 14 (12,0%) — хроническая обструктивная болезнь легких. Психологическое анкетирование проводили с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до и через 3 и 12 месяцев после процедуры. По данным шкалы HADS, тревожно-депрессивные расстройства до выполнения РЧА были выявлены у 45 пациентов (38,5%). Пациентам также проводили холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиографию и стресс-тест с физической нагрузкой.

Результаты. Поздние рецидивы ФП через 12 месяцев после РЧА были обнаружены у 39 (33,3%) пациентов (1-я группа), а у 78 (66,7%) пациентов сохранялся стабильный синусовый ритм (2-я группа). Кроме того, в 1-й группе тревожно-депрессивные расстройства наблюдались чаще, чем во 2-й группе: 71,8% против 21,8%; $\chi^2 = 6,34$; $p = 0,017$. В 1-й группе клинически выраженную тревогу имели 17 пациентов (43,6%) и клинически выраженную депрессию — у 11 пациентов (28,2%), а во 2-й группе — 12,8% и 9,0% пациентов соответственно. По данным шкалы HADS, в 1-й группе уровень тревоги составил в среднем 13,2±1,0 балла и уровень депрессии — 12,4±0,8 балла, во 2-й группе — 10,1±2,6 и 9,6±2,3 балла, соответственно. Различия между группами достоверно ($p < 0,05$).

Выявлено, что частота рецидивов ФП в течение 12 месяцев наблюдения в 1-й группе достоверно выше, чем во 2-й группе: 4,3±1,2 и 1,4±0,5, соответственно ($p < 0,001$). У пациентов в возрасте старше 65 лет и с поздними рецидивами ФП уровень тревоги/депрессии достоверно оказался выше, чем у пациентов моложе 50 лет. Кроме того, в 1-й группе у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами индекс объема левого предсердия и давность ФП оказались достоверно больше (37,2±5,6 мл/м² и 8,3±1,7 лет), чем у пациентов с нормальным уровнем тревоги/депрессии (26,1±4,0 мл/м²

и $4,6 \pm 1,5$ лет). Наиболее вероятными предикторами частых рецидивов ФП являются нейрогуморальные нарушения, вызванные тревожно-депрессивными расстройствами. Это приводит к нарушению вегетативного контроля ритма сердца, создавая аритмический субстрат для рецидивов ФП.

Заключение. Таким образом, наличие тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с пароксизмальной ФП, перенесших процедуру РЧА, ассоциируется с высоким риском возникновения поздних рецидивов аритмии.

006 ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Искендеров Б. Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

Представляется актуальным изучение возможностей инструментальной диагностики в оценке толерантности к физической нагрузке, включая оценку коронарного резерва, особенно у больных с желудочковой электростимуляцией. Это вызывает трудности, связанные с фиксированностью искусственного ритма сердца и аберрацией навязанных желудочковых комплексов.

Цель. Разработать и апробировать интегральный метод определения толерантности к физической нагрузке (ФН) у пациентов с имплантируемыми электрокардиостимуляторами (ЭКС).

Материал и методы. Обследовали 78 больных (46 мужчин и 32 женщины) в возрасте 27–67 лет с имплантируемыми ЭКС с фиксированной частотой импульсов. У 53 больных была VVI-стимуляция и у 25 больных — AAI-стимуляция. Больным проводили велоэргометрию (ВЭМ) в виде ступенчато-возрастающей ФН и пульсоксиметрию с помощью пальцевого датчика. ВЭМ-пробу проводили в 2 этапа. На первом этапе толерантность к физической нагрузке определяли с использованием общепринятых критериев, а на втором этапе использовали разработанные нами критерии: отсутствие дальнейшего увеличения и/или падение ударного индекса (УИ); появление "плато" индекса сократимости интервала Q-Z; стабилизация роста насыщения крови кислородом (SaO_2); реакции частоты синусового предсердного ритма при VVI-стимуляции.

Результаты. Из 78 больных у 65 (83,3%) ВЭМ-проба была прекращена в связи с достижением указанных инструментальных ("объективных") критериев, а у 13 больных — при появлении жалоб на общую усталость, дискомфорт в груди и одышку. У 34 больных с VVI-стимуляцией при ВЭМ-пробе была достигнута субмаксимальная частота синусового предсердного ритма. Сопоставление индивидуальных результатов парной ВЭМ показало, что лишь у 32 больных (41,0%) пороговые значения ФН были идентичными. Пороговая мощность ФН, определяемая по "субъективным" критериям, у 29 больных (37,2%) оказалась ниже (в среднем на 29,2%; $p=0,002$), а у 17 больных (21,8%) — в среднем на 16,2% ($p=0,015$) выше, чем по инструментальным критериям.

Показано, что наиболее высокой чувствительностью обладает критерий падения УИ (83,4%), а высокой специфичностью — критерий стабилизации SaO_2 (86,9%). Также выявлено, что у больных с относительно низкой толерантностью к нагрузке (до 1 Вт/кг) основными критериями пороговой мощности ФН являлись: падение УИ, развитие плато кривой SaO_2 и отсутствие уменьшения индекса Q-Z. Но, у больных с высокой толерантностью к ФН (1,5–2 Вт/кг) наиболее высокой специфичностью обладали субмаксимальная частота предсердного синусового ритма и гипертензивная реакция АД. Кроме того, при AAI-стимуляции пороговая мощность ФН была достоверно выше, чем при VVI-стимуляции.

Заключение. Таким образом, предложенный полифункциональный метод определения толерантности к физической

нагрузке у больных с имплантируемыми ЭКС позволяет более точно оценить толерантность больных к физической нагрузке по сравнению с общепринятыми нагрузочными тестами.

007 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА РЕФРАЛОН С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Бахтиярова Д. Р., Жарков А. В., Скуратова М. А., Трушина М. С., Гусейнова А. Р., Костенко Ю. А., Златоверова Л. А., Шеина Н. В.

Самарская городская клиническая больница им. Н. И. Пирогова №1, Самара, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) — одна из наиболее распространенных аритмий, с высокой частотой распространения — 1–3% во взрослой популяции. Стратегия восстановления синусового ритма — основная тактика лечения. На сегодняшний день в большом разнообразии антиаритмических препаратов большой интерес вызывает препарат Рефралон, относящийся к антиаритмикам III класса, III поколения. Его антиаритмические свойства позволяют воздействовать на длительно персистирующую ФП.

Цель. Оптимизировать стратегию восстановления синусового ритма у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей формами ФП путем использования препарата Рефралон

Материал и методы. В исследование включено 100 пациентов в возрасте от 36 до 83 лет, средний возраст 62 ± 18 (M $\pm$ m), из них 50% — женщины, с хроническими формами ФП, кому в течение 2022–2023гг проводилось восстановление синусового ритма препаратом Рефралон. Средний срок аритмии составил — 74 ± 28 (M $\pm$ m) дней. Всем пациентам проводилось клиничко-лабораторное исследование, включая гормоны щитовидной железы, электролиты крови — калий, магний. Инструментальное обследование: ЭКГ, ЭХО-КГ и ЧП-ЭХО, в случае отсутствия предшествующей антикоагулянтной терапии. Восстановление ритма препаратом, сопровождалось холтеровским мониторингом в течение 24 ч от начала кардиоверсии.

Результаты. Препарат вводился пациентам по трехэтапной схеме и отсутствию противопоказаний согласно инструкции. Разовая доза препарата рассчитывалась из расчета 1 мг/кг массы тела, но не более 100 мг. После введения I дозы ритм восстановился у 57 (57%) пациентов, после введения II дозы у 16 (16%) пациентов и после введения III дозы у 18 (18%) пациентов. Таким образом, в результате кардиоверсии Рефралоном, ритм был восстановлен у 91 (91%) пациентов. При анализе холтеровского мониторинга в течение первых суток мы наблюдали осложнения: у 14 (14%) пациентов желудочковых нарушения ритма, в виде парных желудочковых экстрасистол или короткой пробежки мономорфной желудочковой тахикардии, не потребовавшие дополнительного лечения. Наличие коротких, асимптомных пробежек предсердной тахикардии, не потребовавших терапии было у 24 (24%) пациентов.

Заключение. Использование высокоэффективно и сопровождается низким количеством осложнений препарата Рефралон у пациентов с персистирующей и длительно персистирующей формами ФП

008 АССОЦИАТИВНАЯ РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА RS692243 ГЕНА PRKAG3 НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА WPW

Толстокорова Ю. А.¹, Никулина С. Ю.², Чернова А. А.²

¹Красноярская БСМП, Красноярск; ²КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

В наши дни у современной медицины стоит множество важных и актуальных задач, одной из которых является более глубокое изучение нарушений сердечного ритма и проводимости. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта (синдром

WPW) — синдром с ранним возбуждением желудочков сердца в связи с проведением электрического импульса по дополнительному предсердно-желудочковому пути, как правило, сопровождающийся возникновением наджелудочковых тахикардий. Данные нозологические единицы выступают как осложнения сердечно-сосудистых заболеваний, либо являются генетически детерминированными и нередко являются причиной внезапной сердечной смерти. В развитии этого синдрома доказан генетический компонент.

Цель. Выявление вклада полиморфизма rs692243 гена *PRKAG3* в развитии синдрома WPW в популяции Красноярского края.

Материал и методы. Было обследовано 200 пациентов с синдромом ВПУ, среди них мужчин $n=97$ [18;32,66;81]; женщин $n=103$ [18;47,92;83]. Всем пациентам было проведены клинические, лабораторные, соматометрические, инструментальные исследования, а также молекулярно-генетическое исследование. Выделение ДНК проводили стандартным фенол-хлороформным методом. Генотипирование по гену *PRKAG3* выполнялось методом ПЦР-ПДРФ анализа (полимеразная цепная реакция-полиморфизм длин рестрикционных фрагментов). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Excel, Statistica for Windows 10.0, IBM SPSS 20. Различия в распределении частот аллелей и генотипов гена *TVX3* между группами оценивали посредством критерия χ^2 . Относительный риск заболевания по конкретной аллели или генотипу вычисляли как отношение шансов (ОШ).

Результаты. При распределении генотипов полиморфизма rs692243 гена *PRKAG3* наблюдается статистически значимое преобладание гомозиготного генотипа CC у больных с синдромом ВПУ, в сравнении с лицами контрольной группы (8 и 4%, соответственно). Также установлено статистически значимое преобладание носителей аллеля C в группе больных с синдромом ВПУ в 20,25%, по сравнению с лицами контрольной группы (15,75%). Оцененный по ОШ риск развития синдрома ВПУ генотипа CC гена *PRKAG3* оказался в 1,323 раза выше (95% ДИ 0,866-2,023; $p=0,04$) по сравнению с генотипами GG и CG, а у носителей аллеля C — в 1,458 раза выше (95% ДИ 1,051-4,127; $p=0,028$) по сравнению с аллелем G.

Заключение. Результаты исследования подтвердили вклад полиморфизма rs692243 гена *PRKAG3* в развитие синдрома ВПУ.

009 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСРЕДСТВОМ ХОЛТЕР

Кунц Л. Д., Германова О. А., Решетникова Ю. Б.
ФГБОУ ВО СамГМУ, Самара, Россия

Пароксизмальная фибрилляция предсердий (ФП) является одним из наиболее распространённых видов нарушения ритма. Это состояние может приводить к серьёзным осложнениям, включая инсульт и сердечную недостаточность. Поэтому раннее выявление ФП играет важную роль в предотвращении развития этих осложнений. Однако традиционные методы скрининга ФП с использованием ЭКГ в 12 отведениях могут быть недостаточно эффективными. Мы отталкивались от другого метода — суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, для повышения вероятности обнаружения пароксизмальной ФП. Результаты исследования показали, что у 98% пациентов с пароксизмальной ФП наблюдались выявляемые эпизоды, во время 24-часового мониторирования ЭКГ по Холтеру. Это была значительная разница, и после статистического анализа было обнаружено, что вероятность обнаружения пароксизмальной ФП на ЭКГ связана с продолжительностью ЭКГ.

Цель. Разработать способ ранней диагностики пароксизмальной ФП у больных с синусовым ритмом.

Материал и методы. Проведено одноцентровое перекрестное исследование с участием 6630 пациентов. В основную группу вошли 97 человек с впервые выявленной пароксиз-

мальной ФП; в контрольную группу вошли 99 пациентов без ФП. Обе группы были равноценны по основным антропометрическим показателям и параметрам коморбидности. Для проведения исследования использовались стандартные лабораторные и инструментальные методы. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру. Также выполняли трансторакальную эхокардиографию для оценки структуры и функций сердца и доплерографию брахиоцефальных артерий.

Результаты. Наличие ранней экстрасистолии типа "Р на Т" является важным фактором риска развития пароксизмальной ФП. Кроме того, в уравнение включены такие показатели, как: пол, количество предсердных и атриовентрикулярных наджелудочковых экстрасистол, количество одиночных и парных желудочковых экстрасистол и аллоритмий при желудочковых экстрасистолах.

Заключение. Статистический анализ результатов показал, что длительность записи ЭКГ имеет важное значение для вероятности обнаружения пароксизмальной ФП. Данный метод является более эффективным и современным в сравнении с традиционными методами скрининга, что позволяет выявлять ФП на ранних этапах и предотвратить возможные осложнения.

010 МОДУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ — СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кириллова А. П.

Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на достигнутые успехи в фармакотерапии хронической сердечной недостаточности, до сих пор наблюдается рост заболеваемости, при этом 10-летняя выживаемость всех пациентов составляет всего лишь около 35%. При неэффективной медикаментозной терапии, в наши дни в арсенале врача имеются различные виды устройств, в выборе которых ключевую роль играет продолжительность интервала QRS. И если возможности ресинхронизирующей терапии ХСН у пациентов с широким QRS известны уже достаточно хорошо, то про методы электрофизиологического лечения ХСН у пациентов с узким комплексом QRS ≤ 130 мс информации очень мало.

Цель. Изучить возможности применения прибора МСС в лечении пациентов с ХСН.

Материал и методы. Проведен анализ исследований в научной литературе, опубликованной в Pubmed, eLibrary, Google Scholar.

Результаты. МСС — это электрофизиологический метод лечения ХСН, основанный на высокоамплитудной стимуляции межжелудочковой перегородки правого желудочка в абсолютном рефрактерный период, которая улучшает сократимость миокарда без повышения его потребности в кислороде. МСС осуществляется за счет подачи двухфазного электрического импульса в МЖП со стороны ПЖ в период абсолютной рефрактерности при обнаружении деполяризации ткани в рамках комплекса QRS современной задержкой. Импульсы МСС отличаются своей уникальностью, не вызывая сокращения сердца, но увеличивая силу сокращения и улучшая функцию клеток сердечной мышцы. МСС увеличивает ФВ примерно на 5%, а также со временем улучшает другие параметры сердечной деятельности и симптомы в целом. Механизм действия включает улучшение обмена Са в сердечной мышце за счет повышения уровня белка фосфоламбана, восстановление функции Са-транспортной АТФазы и Са-каналов L-типа, находящихся вместе воздействия импульсов МСС. Так же наблюдается воздействие длительной МСС-терапии на экспрессию генов, ответственных за синтез молекул, которые участвуют в регуляции обмена Са. Система OPTIMIZER — это устройство, которое состоит из имплантируемого электрокардиостимулятора и трёх эндокардиальных

электродов: 1-го правопредсердного и 2-х правожелудочковых. Дополнительный электрод в правом предсердии используется для определения времени активации предсердий, что обеспечивает своевременную подачу сигнала МСС без риска индукции желудочковых аритмий. Энергия импульсов модуляции сократимости сердца значительно превышает энергию импульсов стандартной ЭКС в 50-100 раз. Уже через несколько минут после нанесения импульсов МСС можно выявить увеличение силы сокращения желудочка, которое проявляется увеличением давления в левом желудочке ЛЖ и скоростью увеличения давления в ЛЖ.

Заключение. Таким образом, МСС является перспективным средством лечения ХСН у пациентов высоких функциональных классов, одна лишь только медикаментозная терапия которых не приводит к должному результату. Эффективность вышеуказанной методики у пациентов с нормальной длительностью QRS существенно расширяет возможность к ее применению.

011 ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АПНОЭ СНА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ: ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Бердышева В. А., Вакуленко А. С., Ионин В. А.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) является одной из самых распространенных аритмий в мире. Встречаемость ФП у больных синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) составляет около 5%. Обращает внимание малочисленность работ, посвященных влиянию коррекции апноэ на прогрессирование данного нарушения ритма.

Описание случая. Пациент 49 лет с ожирением 2 степени (ИМТ=36,6 кг/м²), нарушением толерантности к глюкозе, дислипидемией, длительным анамнезом гипертонической болезни, впервые зарегистрированной персистирующей формой фибрилляции предсердий без попыток восстановления синусового ритма в анамнезе, обратился амбулаторно с жа-

лобами на эпизоды повышения артериального давления, перебои в работе сердца, общую слабость, храп, дневную сонливость. Постоянную антикоагулянтную, антиаритмическую терапию ранее не получал. На ЭКГ: ритм фибрилляция предсердий с ЧЖС 101 уд. в мин., признаки гипертрофии левого желудочка. По результатам эхокардиографического исследования выявлены дилатация левого и правого предсердий, снижение фракции выброса левого желудочка до 45%. Рекомендована антикоагулянтная, ритмурежающая, антигипертензивная и гиполипидемическая терапия, согласована плановая госпитализация для попытки восстановления синусового ритма. За время госпитализации с учетом высокого риска наличия апноэ сна выполнено респираторное мониторирование, верифицирован синдром обструктивного апноэ сна тяжелой степени (индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ) 63,8 в час). Иницирована эффективная респираторная поддержка, рекомендована повторная госпитализация через 3 месяца. По результатам контрольного эхокардиографического исследования отмечалось уменьшение размеров левого предсердия, увеличение фракции выброса до 55%. Принято решение о проведении медикаментозной кардиоверсии (Кавутирид), после первого введения — ритм синусовый. На фоне регулярного использования респираторной поддержки и медикаментозной терапии отмечается нормализация цифр артериального давления, сохранение синусового ритма, снижение массы тела.

Обсуждение. Стратегия контроля ритма при ФП направлена на улучшение качества жизни пациента, при выборе тактики лечения должны учитываться факторы благоприятного прогноза восстановления ритма вне зависимости от продолжительности существования аритмии. Важным звеном лечения ФП является коррекция факторов риска. Представляется разумным проведение направленного скрининга среди пациентов, имеющих ФП, с целью выявления эпизодов апноэ сна и своевременной инициации респираторной поддержки для замедления прогрессирования ремоделирования предсердий, улучшения контроля ФП.

Пациенты с ФП должны быть обследованы на наличие нарушений дыхания во сне. Эффективная респираторная поддержка не только устраняет симптомы, связанные с СОАС, но и способствует уменьшению камер сердца, что дает возможность прогнозировать удержание синусового ритма при ФП.

II. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

012 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ

Ишмаев Д. А.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Иммуносупрессивная терапия (ИТ) у реципиентов трансплантированной почки (РТП) повышает встречаемость артериальной гипертензии (АГ) за счет ингибиторов кальциневрина, что увеличивает не только риск сердечно-сосудистых осложнений, но и напрямую коррелирует с риском отторжения почечного трансплантата, поэтому гипотензивная терапия (ГТ) становится обязательной для каждого РТП. Однако на сегодняшний день отсутствует доказательная база для применения антигипертензивных препаратов у РТП и особенно противоречивы работы, направленные на сравнение эффективности различных групп блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (БРААС), применяющихся в том числе с целью нефропротекции.

Цель. Сравнить эффективность и безопасность применения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторов рецепторов ангиотензина (БРА) в лечении АГ у РТП на амбулаторном этапе (АЭ).

Материал и методы. В ходе исследования был проведен ретроспективный анализ 220 амбулаторных карт РТП, находящихся под наблюдением врача нефролога Самарского центра трансплантации органов и тканей. В исследование было включено 102 реципиента, среди которых 53,9% мужчин (n=55) и 46,1% женщин (n=47). Средний возраст составил 43,9±7,2. Реципиенты были разделены на две группы: 1 группа (n=39; 38,2%) — принимавшие иАПФ (эналаприл), 2 группа (n=63; 61,8%) — БРА (телмисартан). Каждая группа была разделена на две подгруппы: подгруппа а — принимавшие циклоспорин (1а: n=17, 16,7%; 2а: n=27, 26,5%), подгруппа б — такролимус (1б: n=22, 21,6%; 2б: n=36, 35,3%). Был проведен анализ клинических данных и результатов лабораторно-инструментальных исследований спустя шесть, двенадцать и шестьдесят месяцев после трансплантации.

Результаты. Показатели протеинурии спустя шестьдесят месяцев в группе 2а оказались более низкими, чем в 1а — 0,2 и 1,3 г/л, соответственно (p=0,001 при p<0,05) и статистически

не отличались в пределах этой группы — 0,2 г/л в 2а и 0,12 г/л в 2б ($p=0,6$). Скорость клубочковой фильтрации в группе 2б за это же время была более высокой, чем в 1б — 63,3 и 43,1 мл/мин/1,73 кв.м, соответственно ($p=0,0001$), в том числе и в сравнении с группой 2а — 54 мл/мин/1,73 кв.м ($p=0,013$). Уровень калия в крови оказался в среднем более низким в группе 2б — 4,6 ммоль/л, нежели в 1б — 5,4 ммоль/л ($p=0,000001$), однако разницы в пределах группы не оказалось — 4,5 ммоль/л в 2а и 4,6 ммоль/л в 2б ($p=0,94$). Значения ИР были статистически лучше в группе 2 — 0,75 в 1а и 0,7 в 2а ($p=0,01$), 0,72 в 1б и 0,68 в 2б ($p=0,04$). Целевой уровень АД $<130/80$ в большинстве случаев был достигнут в группе 1а только при использовании четырехкомпонентной ГТ, в 1б — трехкомпонентной, в 2а — трехкомпонентной, в 2б — двухкомпонентной.

Заключение. Исследование показало, что наиболее оптимальными препаратами из группы БРААС для РТП являются БРА за счет более выраженных свойств нефропротекции и именно они предпочтительны для лечения АГ на АЭ вне зависимости от вида ИТ.

013 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Юрѳева С. В.¹, Юрѳева А. И.², Тонких В. В.¹, Попова А. В.¹

¹СГМУ, Архангельск; ²РУМ, Москва, Россия

Бессимптомная гиперурикемия (БГУ) влияет на развитие, прогрессирование сердечно-сосудистые заболевания, а также увеличивает смертность пациентов, что было доказано в различных исследованиях. В последние годы наблюдается тенденция к увеличению распространенности БГУ.

Цель. Изучить распространенность и ведение пациентов с БГУ на амбулаторном этапе.

Материал и методы. С помощью специально разработанной анкеты проведен анализ всех пациентов, обращавшихся к врачу-кардиологу в амбулаторно-поликлиническое учреждение г. Архангельск в течение одного месяца и дальнейшие наблюдения пациентов с БГУ в течение трех месяцев. В исследования не включены пациенты, имеющие поставленный диагноз подагра (М10.0 по МКБ-10), проходившие лечение у ревматолога.

Результаты. Проанализированы 1048 пациентов. Распространенность БГУ в общей выборке составила 10,21% (107 пациентов). Средний возраст пациентов с БГУ 66,8 лет, среди них 51 женщина (средний возраст 47,7 лет), 56 мужчин (средний возраст 52,3). Средний уровень МК у мужчин 425,80 мкмоль/л, у женщин — 424,54 мкмоль/л. Отмечается тенденция к увеличению уровня МК в зависимости от возраста пациента: 21–38 лет (л.) — 372,5 мкмоль/л; 39–56 л. — 413,6 мкмоль/л; 57–74 года (г.) — 424,67 мкмоль/л; 75–92 г. — 438,58 мкмоль/л. Распространенность ассоциированных состояний у пациентов с БГУ: АГ у (104 (97,4%)) пациента, дислипидемия у 66 (61,7%) пациентов, ИБС — 65 (60,7%) пациентов, мультифокальный атеросклероз у каждого второго (62 (58,5%)) пациента, СД 2 типа — у каждого третьего (33 (30,8%)) пациента, ХБП у 36 (33,6%) пациентов, мочекаменная болезнь у 3 (2,8%). Ожирение встречалось у 47 (44,3%) пациентов, при этом уровень МК в этой группе был выше. У пациентов с БГУ чаще диагностировали следующие факторы риска: гипергликемии у 45 (42,1%) пациентов, прием некоторых лекарственных препаратов повышающие уровень МК: бета-адреноблокаторы принимали 80 (75,5%) пациентов, петлевые диуретики 40 (37,4%) пациентов, тиазидные/тиазидоподобные диуретики 38 (35,8%) пациентов. В клинический диагноз БГУ вынесена только у 21,5% исследуемых. Модификация образа жизни и назначение диеты были рекомендованы только 9 (8,41%) пациентам. Медикаментозная терапия (аллопуринол) была назначена четверым (3,7%) пациентам. Контроль уровня МК был проведен только у двух (1,9%) пациентов, но ни один пациент не достиг целевых цифр, коррекция дозировки аллопуринола была проведена только у одного (0,9%) пациента несмотря на

то, что это является обязательным условием при неэффективности назначенной терапии.

Заключение. БГУ встречается у каждого десятого пациента. Только каждому пятому пациенту был выставлен данный диагноз. Врачи часто пропускают БГУ и не назначают не только медикаментозную, но и немедикаментозную терапию. Рекомендовано в отделениях медицинской профилактики открыть кабинеты по ведению пациентов с БГУ.

014 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Долгих Ю. А., Булгакова С. В., Тренева Е. В., Шаронова Л. А., Косарева О. В., Курмаев Д. П., Мерзлова П. Я.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Ожирение увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и является фактором риска развития артериальной гипертензии (АГ). И ожирение, и АГ могут приводить к гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) (ГЛЖ), которая является фактором риска развития впоследствии инфаркта миокарда и сердечной недостаточности. Ожирение может приводить к АГ уже в молодом возрасте и ухудшать прогноз таких пациентов.

Цель. Изучить состояние сердечно-сосудистой системы у молодых мужчин при ожирении.

Материал и методы. Обследовано 29 молодых мужчин с ожирением, которые были разделены на 2 группы: 1-я (15 человек) — мужчины с ожирением без АГ (средний возраст $19,21 \pm 0,39$ года). 2-я группа (14 человек) аналогичного возраста состояла из молодых мужчин с сочетанием ожирения и АГ. Контролем группа — 14 здоровых мужчин (средний возраст $22 \pm 0,72$ года). Всем обследованным проводили эхокардиографию (ЭхоКГ). Оценивали толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ в диастолу и в систолу (МЖПд; МЖПс; ЗСЛЖд; ЗСЛЖс, см); конечный диастолический и конечный систолический размеры ЛЖ и объемы ЛЖ (КДР; КСР, см; КДО; КСО, мл); массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ, г); ММЛЖ рассчитывали по формуле: $ММЛЖ = 1,04 \cdot [(МЖПд + ЗСЛЖд + КДР)3 - КДР3] - 13,6$. Индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) вычисляли с помощью отношения ММЛЖ к площади поверхности тела (S , m^2), определяли отношение $ММЛЖ / \text{рост}^{2,7}$. При математической обработке результатов использовали пакет программ SPSS 11.5 (SPSS Inc., США).

Результаты. У всех молодых мужчин с ожирением, независимо от наличия или отсутствия АГ, выявлено достоверное увеличение в сравнении с контролем толщины ЗСЛЖс, ЗСЛЖд и МЖПс. Увеличение МЖПд наблюдалось только в группе лиц с ожирением и АГ. У всех мужчин с ожирением наблюдались более высокие значения $ММЛЖ / \text{рост}^{2,7}$, что свидетельствует о ГЛЖ у этих пациентов. ММЛЖ и ИММЛЖ у пациентов с ожирением и АГ были достоверно выше по сравнению как с контролем, так и с группой нормотензивных мужчин. Между группой нормотензивных молодых мужчин с ожирением и контролем достоверных различий не обнаружено. Остальные показатели ЭхоКГ между группами не различались.

Заключение. У всех молодых мужчин с ожирением наблюдалось увеличение толщины стенок ЛЖ. При сочетании ожирения и АГ наблюдаются более выраженные нарушения и увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ, свидетельствующие о ГЛЖ у этих пациентов.

015 ЗИЛЕБЕСИРАН: ПЕРСПЕКТИВНЫЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ПРЕПАРАТ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ МАЛЫХ ИНТЕРФЕРИРУЮЩИХ РНК

Галенко А. С., Ахмедов С. Р., Мамаджонов С. Х.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшим фактором риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистой патологии. Несмотря на достаточно обширный арсенал гипотензивных препаратов, обладающих различными механизмами действия, лишь у каждого пятого пациента с АГ удается достичь эффективного контроля артериального давления (АД). Важнейшее значение при этом играет приверженность пациентов к терапии (комплаентность), которая находится в обратной функциональной зависимости от частоты приема гипотензивных препаратов. Одними из наиболее перспективных к применению в обозримом будущем методов лечения АГ являются препараты сверхдлительного действия, основанные на технологиях генной инженерии.

Цель. Изучить современные способы лечения АГ методами генной инженерии, оценить эффективность зилебесирана — нового антигипертензивного препарата сверхдлительного действия.

Материал и методы. Проведен анализ исследований в научной литературе по обозначенной теме. Сбор материалов проводился с использованием ресурсов Pubmed, ClinicalTrials, Jama.

Результаты. Результаты клинических исследований нового антигипертензивного зилебесирана, основанного на технологии малых интерферирующих РНК (миРНК), позволяют рассматривать его в качестве эффективного препарата перспективной тактики лечения АГ. Механизм действия зилебесирана заключается в посттранскрипционном подавлении гена *AGT*, ответственного за синтез ангиотензиногена, за счёт этого блокируется выработка ангиотензина II, играющего ведущую роль в повышении АД. Клинические исследования показали, что однократное подкожное введение зилебесирана в дозе 300–600 мг эффективно снижает АД на срок до 6 месяцев, что позволяет повысить комплаентность к терапии до максимально достижимых значений. Результаты второй фазы исследования KARDIA-1 показали, что отмечалось снижение систолического АД по данным 24-часового мониторингирования АД по сравнению с исходным уровнем следующим образом на 10,0 мм рт.ст. при приеме 300 мг один раз в 3 месяца и на 8,9 мм рт.ст. при приеме 600 мг один раз в 6 месяцев, тогда как при использовании плацебо систолическое АД повышалось на 6,8 мм рт.ст. за 6 месяцев. Также были проведены клинические исследования эффективности зилебесирана в качестве дополнительной терапии в сочетании с другими антигипертензивными препаратами (KARDIA-2), такими как индапамид, амлодипин и олмесартан. В частности, комбинация зилебесирана с индапамидом продемонстрировала более высокую эффективность, приводя к среднему снижению АД на 12,1 мм рт.ст. от исходного уровня.

Заключение. Активное применение возможностей генной инженерии позволит добиться прогресса в лечении АГ, открыть новый этап целенаправленной и персонализированной терапии. В этом плане препарат миРНК зилебесиран продемонстрировал многообещающий профиль эффективности и безопасности, что позволяет рассматривать его в качестве антигипертензивного средства ближайшей перспективы для применения в реальной клинической практике.

016 ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРА ВИБРАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ МАРШРУТЕ

Разин В. А., Сидорова Ю. Ю.

ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск; ГУЗ Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии, Ульяновск, Россия

Несмотря на последнюю инфекционную пандемию в современном мире самой крупной неинфекционной пандемии

ей является артериальная гипертензия (АГ). В Российской Федерации сохраняется более высокая смертность у мужчин (по сравнению с женщинами) от кардиоваскулярной патологии в среднем возрасте, одним из факторов, влияющих на это, можно считать тот факт, что мужчины чаще работают на производствах с профессиональными вредностями, в том числе вибрацией.

Цель. Изучить структурно-функциональные параметры сердца у пациентов с артериальной гипертензией с сопутствующей вибрационной болезнью и провести сравнение с пациентами с артериальной гипертензией без вибрационной болезни.

Материал и методы. Для решения поставленной цели было обследовано 122 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 60 лет с артериальной гипертензией 2 стадии.

Пациенты в зависимости от наличия у них вибрационной болезни (ВБ) были разделены на 2 группы, в 1 группу вошли мужчины с АГ (группа сравнения, $n=54$), во 2 группу — мужчины с АГ+ВБ (основная группа, $n=68$). Длительность АГ — $8,2 \pm 2,5$ года, средний стаж во вредных условиях более 10 лет. Всем пациентам и проводилось общеклиническое обследование, в том числе Эхокардиография (ЭхоКГ). Диагнозы выставлены на основании действующих клинических рекомендаций по соответствующим нозологиям.

Результаты. При сравнении встречаемости типов геометрии левого желудочка, было выявлено, что у пациентов с АГ и ВБ концентрическая ГЛЖ (46 пациентов; 67,6%) встречалась статистически значимо чаще ($\chi^2=4,73$, $p=0,0296$), чем у пациентов с АГ (26 пациентов; 48,1%).

Заключение. У пациентов, страдающих артериальной гипертензией 2 стадии с коморбидной вибрационной болезнью, отмечается более частая встречаемость такого типа ремоделирования сердца, как концентрическая гипертрофия левого желудочка, по сравнению с пациентами с артериальной гипертензией. У данной группы пациентов выше толщина задней стенки левого желудочка и более высокое значение относительной толщины стенок.

017 ПРИЗНАКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Васильева И. Н.

ФГАОУ ВО ПМГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Цель. Оценить особенности показателей ригидности артериальных сосудов и центральной гемодинамики у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. В исследование включено 58 пациентов с АГ ≥ 2 -й степени, которые рандомизировались на 2 группы: пациенты с АГ без МС ($n=23$) и пациенты с АГ и МС ($n=35$). Особенности сосудистой гемодинамики определяли неинвазивным способом комплексом программно-аппаратного мониторингирования артериального давления (АД) "БиПиЛАБ" с технологией VASOTENS. Признаки ригидности артериальных сосудов оценивали по времени распространения отраженной волны в аорте RWTT, амбулаторному индексу жесткости артерий AASI, индексу ригидности артерий ASI, максимальной скорости нарастания АД $dP/dt \max$, времени распространения отраженной волны в аорте RWTT. Оценка миокардиального кровотока определяли по индексу субэндокардиального кровотока SERV. Анализ параметров центральной гемодинамики (аортальной) проводили по величине центрального систолического и диастолического АД в аорте SYSao, DYSao. Статистический анализ проводили с использованием программы "StatSoft Analist".

Результаты. Представители групп не отличались по возрасту ($58,9 \pm 7,6$ против $60,3 \pm 8,0$ лет), длительности АГ ($11,2 \pm 6,2$

против $10,6 \pm 9,0$ лет). Пациенты с МС имели явные признаки абдоминального ожирения (окружность талии $96,4 \pm 5,9$ против $84,8 \pm 7,6$ см), более высокие исходные показатели офисного АД ($162,5 \pm 8,4$ против $164,3 \pm 11,7$ мм рт.ст.; $p < 0,05$). Сравнительный анализ показателей сосудистой гемодинамики показал более высокие значения амбулаторного индекса ригидности сосудов AASI ($\Delta = +11,7\%$; $p = 0,03$), индекса жесткости артерий ASI ($\Delta = +14,2\%$; $p = 0,001$) у больных с МС в сравнении со значениями пациентов с АГ без МС. Вклад МС в процессы патологического сосудистого ремоделирования подтвердили статистические отличия скоростных характеристик — максимальной скорости нарастания АД $dP/dt \max$ ($\Delta = +15,6\%$; $p = 0,001$) и значение времени распространения отраженной волны в аорте RWTT ($\Delta = -8,7\%$; $p = 0,02$), что способствовало в конечном итоге повышению значений центрального давления SYSao ($\Delta = +10,3\%$; $p = 0,02$) и DYSao ($\Delta = +9,7\%$; $p = 0,04$) в группе пациентов с МС. Эти патофизиологические механизмы предопределили высокую гемодинамическую постнагрузку на левый желудочек, ухудшение коронарной перфузии с формированием начальной ишемии миокарда при метаболических нарушениях, что объясняло более низкие значения индекса SEVR ($115,9 \pm 10,7$ против $118,8 \pm 11,1$; $p = 0,07$) у пациентов с МС.

Заключение. Метаболические нарушения привносят значительный вклад в ускорение процессов сосудистого ремоделирования. У пациентов с МС отмечены более высокие значения параметров сосудистой жесткости (индексов ригидности артерий, максимальной скорости нарастания АД, скорости распространения пульсовой волны в аорте) и более низкие значения показателя SEVR, что свидетельствовало о преждевременном сосудистом старении при метаболических нарушениях.

018 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИПА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Коробейникова А. Н.¹, Демкина А. Е.²,
Зингерман Б. В.³

¹КОГКБУЗ Центр кардиологии и неврологии, Киров;
²Докстарклуб, Москва, Россия

Проблема смертности от сердечно-сосудистых заболеваний по-прежнему остается наиболее острой в системе здравоохранения, проводится поиск методов эффективного ее снижения.

Цель. Провести дистанционное диспансерное наблюдение пациентов с кардиоваскулярной патологией для улучшения контроля за показателями гемодинамики и профилактики неблагоприятных исходов.

Материал и методы. На базе клиник ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России в 2023-2024 году проведено открытое рандомизированное исследование, в котором приняли участие пациенты с артериальной гипертензией и сопутствующей патологией (ишемическая болезнь сердца, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий). Все пациенты были разделены на 3 группы. Группа 1 ($n=40$) использовала тонометры с дистанционной передачей данных, которые передавали информацию в приложение Medsenger. Группа 2 ($n=76$) самостоятельно вносила показатели артериального давления в данное приложение. Группа 3 ($n=86$) наблюдалась рутинно согласно существующим стандартам. Пациентам назначались очные визиты на 1, 3 и 6 месяц наблюдения, оценивался уровень артериального давления и достижение конечных точек. Статистическая обработка проводилась с использованием программ MSeXcel и jamovi.

Результаты. Всего в исследовании приняло участие 202 человека, из них женщин 59,9%. Средний возраст составил $56,2 \pm 7,3$ года. Артериальное давление в группе 1 — 140 (130-150), в группе 2 — 132 (125-140), в группе 3 — 135 (128-143)

мм рт.ст. ($p=0,07$). Группы были сопоставимы по основным социальным, анамнестическим и клиническим характеристикам. При анализе уровня систолического артериального давления были выявлено статистически значимое снижение его уровня только в группе 3 через 3 ($p=0,031$) и 6 месяцев ($p=0,047$). Аналогичная тенденция наблюдалась и по уровню диастолического давления: статистически значимая разница наблюдалась только в 3 группе — через 1 месяц ($p=0,001$), на временных промежутках 1 и 3 месяца ($p=0,009$) и 1 и 6 месяцев ($p=0,014$). По уровню частоты сердечных сокращений различий выявлено не было. При анализе общего количества сердечно-сосудистых событий (смерть, госпитализация по поводу сердечно-сосудистого заболевания) были выявлены статистически значимые различия во всех 3 группах: в группе 1 было выявлено снижение количества событий только через 1 месяц ($p=0,034$), в группе 2 — через 3 и 6 месяцев ($p=0,005$ и $p=0,007$, соответственно), в группе 3 — только через 6 месяцев ($p=0,021$).

Заключение. По результатам исследования недостаточно информации, чтобы говорить о преимуществах дистанционного диспансерного наблюдения перед стандартным у пациентов с артериальной гипертензией и сопутствующей патологией.

019 ВОЗМОЖНОСТИ ВАЗОПРОТЕКТИВНОГО ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Васильева И. Н., Осадчук М. А.

ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

С каждым годом интерес по изучению особенностей сосудистого ремоделирования при различных сердечно-сосудистых заболеваниях возрастает. Продолжают накапливаться сведения о вазопротективном влиянии ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы, пероральных сахароснижающих препаратов, антигипертензивных лекарственных средств.

Цель. Оценить вазопротективное влияние комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ) липофильным ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) периндоприлом и вазоселективным антагонистом кальция (АК) амлодипином на показатели ригидности артериальных сосудов и центральную гемодинамику у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы. В исследование включено 35 пациентов с МС и АГ 2 степени, среднего возраста $60,4 \pm 10,2$ лет. Особенности сосудистой гемодинамики определяли неинвазивным способом комплексом программно-аппаратного мониторингирования артериального давления (АД) "БиПиЛАБ" с технологией VASOTENS. Признаки ригидности артериальных сосудов оценивали по времени распространения отраженной волны в аорте RWTT, амбулаторному индексу жесткости артерий AASI, индексу ригидности артерий ASI, максимальной скорости нарастания АД $dP/dt \max$, величине центрального систолического и диастолического АД в аорте SYSao, DYSao. Учитывая преимущества применения у пациентов с метаболическими нарушениями липофильных лекарственных препаратов (ЛП) с почечной элиминацией, всем участникам исследования была предложена перед сном фиксированная комбинация (ФК) АК амлодипина и ИАПФ периндоприла в стартовой дозе 5/4 мг с возможным в последующем повышением дозы до 10/8 мг. Период наблюдения составил 12 недель. Статистический анализ проводили с использованием программы "StatSoftAnalyst".

Результаты. К концу наблюдения у пациентов с сочетанием АГ и МС снижение офисного систолического АД и диастолического АД было высоко достоверным ($-28/-15$ мм рт.ст.; $p < 0,0001$). Максимальные терапевтические дозы для

достижения целевого уровня АД получали 68,0% больных. Через 12 недель терапии ФК амлодипином и периндоприлом отмечалось регрессирование параметров жесткости сосудистой стенки: динамика AASI составила $-8,9\%$ ($p=0,03$), ASI $-9,8\%$ ($p=0,01$), dP/dtmax $-12,6\%$ ($p=0,001$), SYSao $-17,6\%$ ($p=0,0001$), DYSao $-10,3\%$ ($p=0,03$), RWTT $+12,8\%$ ($p=0,001$).

Заключение. Метаболические нарушения привносят значительный вклад в ускорение процессов сосудистого ремоделирования. Комбинация липофильных ЛП определило положительное влияние на динамику параметров сосудистой жесткости у пациентов с сочетанием АГ и МС (индексов AASI, индекса ASI, максимальной скорости нарастания артериального давления dP/dtmax, уровня в аорте SYSao и DYSao, времени распространения отраженной волны в аорте RWTT). В тоже время вопрос по продолжительности лечения ФК в рамках ангиопротекции требует детального изучения и дальнейшего анализа.

020 КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Журалиев М. Ж., Ли В. Н., Нагаева Г. А.

СПООО многопрофильный медицинский центр "EzguNiyat", Ташкент, Узбекистан

Цель. Провести сравнительный анализ клинико-ангиографических данных больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от степени артериальной гипертензии (АГ).

Материал и методы. Для проведения исследования были отобраны в случайном порядке 37 больных ИБС, подвергшихся чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ), у которых имело место АГ 2 или 3 степени. Всем больным проводились общеклинические исследования с обязательным измерением систолического и диастолического АД (САД и ДАД) методом Короткова, вычисление индекса массы тела (ИМТ), а также сбор анамнестических данных с оценкой приверженности пациентов к приёму медикаментов (вычислялось среднее количество принимаемых в сутки лекарственных препаратов — ЛП/сут). В зависимости от степени АГ были выделены 2 группы: 1 гр. — 18 человек с АГ-2 ст. и 2 гр. — 19 больных с АГ-3 ст.

Результаты. Анализ данных показал, что пациенты 2 гр. оказались на 3,2 года моложе больных 1 гр. ($p=0,288$). Соотношение мужчин и женщин в 1 гр. было 12/7 и во 2 гр. — 7/11 ($p=0,251$ и $\chi^2=1,316$), т.е. у женщин превалировала более высокая степень АГ (АГ-3 ст.). Средние значения САД и ДАД в 1 гр. составили $135,1 \pm 14,0$ и $84,5 \pm 12,3$ мм рт.ст. и во 2 гр. — $138,9 \pm 11,8$ и $86,7 \pm 5,9$ мм рт.ст. (оба $p>0,05$), соответственно. Из анамнестических данных было установлено, что среди лиц 2 гр. указание на перенесенный Covid-19 регистрировалось чаще, чем среди пациентов 1 гр. ($38,9\%$ vs $26,3\%$, соответственно; $p=0,642$ и $\chi^2=0,216$). Со стороны лабораторных показателей существенных различий между группами выявлено не было. Приём ЛП/сут среди больных 1 гр. составил $3,8 \pm 2,1$ ед. и во 2 гр. — $4,1 \pm 1,7$ ед. ($p=0,637$), т.е. респонденты с более высокой степенью АГ были более склонны к соблюдению врачебных рекомендаций. Тем не менее, оценка фракции выброса (ФВ) миокарда левого желудочка (ЛЖ) у больных 2 гр. оказалась на 4,7% ниже, чем в группе сравнения ($p=0,223$). Анализ ангиографических показателей установил, что среднее количество пораженных венечных артерий в 1 гр. было больше, чем во 2 гр. ($2,3 \pm 1,0$ и $2,1 \pm 1,0$; $p=0,547$); количество пораженных сегментов составило $3,8 \pm 2,2$ — в 1 гр. и $3,5 \pm 1,7$ — во 2 гр. на 1 больно-го ($p=0,647$); средняя длина атеросклеротического поражения в 1 гр. составила $30,9 \pm 7,8$ мм и во 2 гр. — $35,0 \pm 10,0$ мм ($p=0,172$) и средний диаметр пораженной артерии в 1 гр. был $3,2 \pm 0,5$ мм и во 2 гр. — $2,9 \pm 0,1$ мм ($p=0,017$).

Заключение. У больных ИБС более тяжелая степень АГ (3 ст.) характеризовалась более молодым возрастом чаще отме-

чалась среди лиц женского пола. Кроме того, наличие АГ-3 ст., возможно, явилось предрасполагающим фактором к заболеванию Covid-19. Ангиографически, пациенты ИБС, коморбидные с более тяжелой АГ, имели меньшие значения по количеству пораженных коронарных артерий и пораженных сегментов, несмотря на более протяженную длину атеросклеротического поражения.

021 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Мубинова Л. А.¹, Разин В. А.²

¹ГУЗ "Городская больница №2", Ульяновск; ²ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск, Россия

Коморбидные пациенты, имеющие сочетание заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, широко встречаются в амбулаторных условиях. Одними из самых распространенных являются артериальная гипертензия (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ). Совместное сосуществование данных нозологий значительно воздействует на перфузию головного мозга и ведет к нейронным нарушениям, что в конечном счете значительно сказывается на качестве жизни пациентов.

Цель. Определить уровень качества жизни у пациентов трудоспособного возраста имеющих АГ и ХОБЛ.

Материал и методы. В исследование было включено 80 пациентов. Средний возраст составил $58,2 \pm 8,12$. Исследуемые пациенты разбиты на три группы. I группа (основная), в которую включены пациенты с АГ и ХОБЛ ($n=32$), II группа (сравнения) — пациенты с АГ ($n=28$), III группа контрольная (КГ) — условно здоровые пациенты без АГ и без ХОБЛ ($n=20$). Диагнозы пациентов, подвергшихся исследованию, установлены на основании клинических рекомендаций. Велось анкетирование по опроснику SF-36 "Оценка качества жизни". Анкета позволила оценить следующие аспекты: физическую активность (Physical Functioning, PF), роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (Role Physical Functioning, RP), телесную боль (Bodily pain, BP), общее восприятие здоровья (General Health, GH), жизненную активность (Vitality, VT), социальную активность (Social Functioning, SF), роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (Role Emotional, RE), психическое здоровье (Mental Health, MH).

Результаты. Получены следующие результаты. В I основной группе согласно каждой шкале опросника SF-36 пациенты с АГ и ХОБЛ набрали: PF $56,40 \pm 13,02$, RP $39,40 \pm 26,30$, BP $58,60 \pm 17,06$, VT $49,30 \pm 12,67$, SF $67,20 \pm 37,10$, RE $51,70 \pm 28,53$, MH $64,50 \pm 17,40$; пациенты с АГ во II группе сравнения PF $63,20 \pm 16,24$, RP $49,30 \pm 74,13$, BP $63,60 \pm 30,0$, VT $52,70 \pm 23,82$, SF $73,80 \pm 56,21$, RE $66,50 \pm 41,60$, MH $71,80 \pm 12,33$; пациенты III контрольной группы PF $79,20 \pm 12,21$, RP $78,60 \pm 30,01$, BP $69,10 \pm 14,28$, VT $70,26 \pm 13,23$, SF $77,14 \pm 25,40$, RE $74,50 \pm 11,04$, MH $81,40 \pm 12,23$. Исходя из полученных результатов можно сделать выводы, что качество жизни выше в группе сравнения, чем у пациентов имеющих только АГ, а также у контрольной группы — условно здоровых пациентов. Значительно ниже качество жизни согласно полученным результатам у основной группы с АГ и ХОБЛ. В результате проведения статистического анализа выявлены статистически значимые различия по опроснику SF-36 "Оценка качества жизни": АГvsАГ+ХОБЛ- $p<0,002$, КГvsАГ+ХОБЛ — $p<0,001$, КГvsАГ — $p=0,004$.

Заключение. Таким образом, согласно полученным данным выявлено, что наличие сочетания соматических патологий, а именно АГ и ХОБЛ, ведет к снижению качества жизни, в сравнении с лицами имеющими только АГ. Это говорит о необходимости и важности диспансерного наблюдения за пациентами имеющими как АГ, так и ХОБЛ на амбулаторном этапе.

022 ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА И НЕБИВОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Недвецкая С. Н., Трегубов В. Г.

ГБУЗ ККБ 2, Краснодар, Россия

Цель. Оценить влияние терапии лизиноприлом и небивололом на показатели тредмилометрии и теста с 6-минутной ходьбой у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) и хронической сердечной недостаточностью с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ).

Материалы и методы. В исследовании участвовало 34 пациента (18 мужчин и 16 женщин) с ГБ III стадии и ХСН I-II функциональных классов (ФК) и нормальной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$), средний возраст составлял $57,8 \pm 9,2$ лет. Исходно и через 24 недели комбинированного применения лизиноприла в дозе $14,8 \pm 3,7$ мг/сутки и небиволола в дозе $6,8 \pm 1,4$ мг/сутки проводились тредмилометрия на аппарате SHILLER CARDIOVITCS200 (Швейцария) по стандартному протоколу R.Bruse для подтверждения/исключения скрытой коронарной недостаточности и тест с 6-минутной ходьбой по стандартному протоколу с целью определения ФК ХСН. Статистическая обработка выполнена методами вариационной статистики с расчетом средней арифметической (М), ее стандартного отклонения (SD) и коэффициента достоверности Стьюдента (t). Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Увеличивалась максимальная нагрузка (на $44,7\%$; $p < 0,01$), уменьшалось двойное произведение (на $10,7\%$; $p < 0,05$); увеличивалась дистанция теста с 6-минутной ходьбой (на $20,9\%$; $p < 0,01$), у 42% больных уменьшался ФК ХСН от II к I.

Заключение. У пациентов с ГБ III стадии и ХСНсФВ повышалась толерантность к физической нагрузке, уменьшался ФК ХСН.

023 ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Савичева А. А.

ФГБУ "НМИЦ терапии и профилактической медицины" Минздрава России, Москва, Россия

Известным фактором риска в развитии артериальной гипертензии (АГ) является возраст человека, приводящий к сосудистому старению.

Цель. Изучить ассоциации биологического возраста (БВ) с лабораторно-инструментальными параметрами, отражающими морфофункциональное состояние сосудистой стенки у пациентов молодого и среднего возраста с АГ.

Материал и методы. У мужчин молодого и среднего возраста с АГ 1-2 степени и отсутствием известного гемодинамически значимого атеросклероза сосудистых бассейнов проводилось клинико-анамнестическое обследование. По методу Горелкина А. Г. и Пинхасова Б. Б. по формуле для мужчин определен коэффициент скорости старения ($KCCM$) = $(OT \times MT) : (OB \times P2 \times ((17,2 + 0,31 \times PLM + 0,0012 \times PL2M)))$, где PL — разница лет между хронологическим возрастом и возрастом оптимальной физической формы, OT — окружность талии, MT — масса тела, OB — окружность бедер. Затем на его основании был рассчитан БВ. Оценивались показатели липидного спектра, уровень Р-селектина на покоящихся тромбоцитах, толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии (ОСА), суточное мониторирование АД (СМАД). При проведении объемной сфигмографии оценивались сердечно-лодыжечный сосудистый индекс (CAVI), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), апфотоплетизмографии (ФПГ) индекс жесткости (SI) и индекс отражения (RI).

Результаты. Всего было обследовано 36 пациентов: у 19 человек наблюдалась АГ и у 17 человек АГ не подтверждалась. По хронологическому возрасту медиана для пациентов с АГ составила $44,0 \pm 8,6$ и для пациентов без АГ $43,5 \pm 7,6$ лет ($p = 0,974$). У пациентов с АГ БВ был недостоверно ($p = 0,344$) выше по сравнению с таковым в группе лиц без АГ: $47,0 \pm 8,3$ и $41,5 \pm 7,9$ лет, соответственно. У пациентов с АГ отмечалась тенденция к ускоренному темпу старения, так медиана КСС составила $1,2 \pm 0,2$, по сравнению с группой обследуемых без АГ, медиана КСС которых составила $1,0 \pm 0,2$ ($p = 0,082$). По результатам СМАД у пациентов с АГ показатели систолического АД и диастолического АД закономерно были достоверно выше по сравнению с участниками без АГ. Медиана величины ТИМ ОС у пациентов с АГ была недостоверно выше по сравнению с лицами без АГ: $0,7 \pm 0,2$ кг/м² и $0,6 \pm 0,1$ кг/м², соответственно ($p = 0,13$). Показатель ФПГ имел тенденцию ($p > 0,05$) к повышению в группе пациентов с АГ ($RI = 37,7 \pm 12,7\%$) по сравнению с группой пациентов без АГ ($RI = 30,9 \pm 12,9\%$). При оценке уровня Р-селектина отмечено достоверное ($p < 0,05$) его увеличение в группе лиц с наличием АГ. По остальным показателям лица с АГ и без АГ не различались.

Представленные результаты подтверждают наличие взаимосвязи между АГ и ускоренным темпом старения. На повышение БВ в том числе влияло изменение сосудистой стенки, так у пациентов с АГ ТИМ ОСА, показатель фотоплетизмографии RI, были выше по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Изучение возможных ассоциаций биологического возраста пациентов с АГ с лабораторными параметрами эндотелиальной функции могут способствовать уточнению понимания процессов раннего сосудистого старения.

024 СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКОЙ РЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КРЫС

Бушманов П. А., Синяева А. А., Филиппов Е. В., Черданцева Т. М., Шеломенцев В. В.

Рязанский государственный медицинский университет, Рязань, Россия

Артериальная гипертензия — это наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы. Для поиска новых возможностей диагностики и лечения артериальной гипертензии необходимы эффективные модели данного заболевания.

Цель. Предложить измененную модель артериальной гипертензии, которая представлена правосторонней нефрэктомией транслюмбальным доступом у крысы.

Материал и методы. Создание модели артериальной гипертензии было осуществлено на 8 половозрелых самцах крыс линии Wistar. Группу контроля составили 4 половозрелых самца крыс линии Wistar, у которых оперативное вмешательство не проводилось. В данной модели артериальной гипертензии под действием ксизололетинового наркотика у крыс проводилась правосторонняя нефрэктомия транслюмбальным доступом. Контроль развития гипертензии проводился неинвазивным методом с помощью аппарата "MRBPsystem" с последующим выведением животных и эксперимента через 8 недель для проведения гистологического и морфометрического исследований.

Результаты. При измерении артериального давления средний уровень систолического артериального давления составил $185,6 \pm 5,3$ мм рт.ст.; средний уровень диастолического артериального давления достиг уровня в $157,1 \pm 6,4$ мм рт.ст. При гистологическом исследовании миокарда наблюдалась гипертрофия кардиомиоцитов. Морфометрическое исследование миокарда левого желудочка показало достоверное ($p < 0,05$) увеличение средней ширины кардиомиоцитов на $16,1\%$ и увеличение средней площади их ядер на $10,9\%$.

Заключение. В результате применения правосторонней нефрэктомии транслюмбальным доступом у крыс достигнуто стойкое повышение уровня артериального давления, что подтверждается результатами морфометрического исследова-

ния: увеличением средней ширины кардиомиоцитов и средней площади их ядер.

025 ЗАКОНОМЕРНОСТИ НАРУШЕНИЙ ФАЗ ДЫХАНИЯ И СНА ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Токарев С. А., Губарева И. В.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Коморбидная патология на примере артериальной гипертензии (АГ) и синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) представляется одной из самых актуальных проблем, способствующей утяжелению прогноза течения АГ, а также понижающей качество жизни пациентов. Учитывая последние проведенные исследования, доказано, что COVID-19 способствует ухудшению течения заболеваний сердечно-сосудистой системы. Первоочередным становится установление влияния COVID-19 на протекание данной сочетанной патологии.

Цель. Определить закономерность в нарушениях фаз дыхания и сна при синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС) у больных с артериальной гипертензией (АГ) разного сердечно-сосудистого риска, оценить его взаимосвязь с показателями суточного мониторирования ЭКГ и нарушений дыхания.

Материал и методы. Данное исследование нарушений фаз сна и гемодинамики проводилось у пациентов мужского пола, перенесших COVID-19 в 2020 и 2021 гг. (в количестве 117 человек), средний возраст — 54,6 года, прошедших стационарное лечение в рамках кардиологического отделения ЧУЗ СО ДКБ "РЖД-Медицина". Всем исследуемым пациентам выполнены общеклинические исследования: произведен общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, анализ на микроальбуминурию. Также исследование осуществлялось при помощи полисомнографии, эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования АД. Составлены следующие группы: 1 группа (n=17) — пациенты с АГ, перенесшие COVID-19 в 2020 г.; 2 группа (n=48) — пациенты с АГ, перенесшие COVID-19 в 2021 г.; контрольная группа (n=65) — пациенты с АГ без COVID-19 в анамнезе.

Результаты. У лиц, с COVID-19 в анамнезе, определена взаимосвязь между ИАГ и степенью АГ, выявлено учащение эпизодов нарушения дыхания длительностью свыше 40 сек., а также повышения их длительности в среднем в сравнении с группой контроля. Также зафиксировано удлинение интервала QT на 18,2%, возрастание степени гипертрофии ЛЖ, увеличение индексированной массы миокарда на 11,3%.

Заключение. Согласно полученным данным, у пациентов, перенесших COVID-19, обнаружена корреляция между данным заболеванием в анамнезе и ухудшением показателей гемодинамики и нарушений фаз сна и дыхания. У пациентов, перенесших COVID-19 в 2021 г., отмечается более неблагоприятное течение болезни, чем у пациентов, перенесших данное заболевание в 2020 г.

026 ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Ахмедов С. Р., Мамаджонова С. Х.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург. Россия

Артериальная гипертензия (АГ), вне зависимости от исторической эпохи, остаётся значимой медико-социальной проблемой для здоровья населения, являясь одним из важнейших факторов риска преждевременной инвалидизации и смертности. При этом, ее контроль и эффективность терапии все еще недостаточны. Возможно, применение новаторских подходов к терапии АГ, основанных на применении генной инженерии, позволят добиться прогресса в решении проблемы.

Цель. Изучить наиболее эффективные препараты и методы лечения АГ в разные периоды времени, с особым акцентом на новейшие достижения генной инженерии в терапии АГ.

Материал и методы. Проведен анализ исследований в научной литературе по обозначенной теме. Сбор материалов проводился с использованием ресурсов Pubmed, eLibrary, GoogleScholar, клинических рекомендаций по лечению АГ.

Результаты. Анализ литературных данных позволил выявить методы лечения АГ в различные исторические интервалы. Лечение в древние времена носило, в основном, механический характер и включало иглоукалывания, венесекции и кровопускания.

Повсеместное клиническое признание АГ наступило в период изобретения ртутного сфигманометра с манжетой (Рива-Роччи) и использование стетоскопа для выслушивания звуковых тонов в пережатой артерии (метод Короткова). Прогресс в терапии АГ произошел в 1950-х годах с внедрением в практику диуретика хлортиазида, который послужил стимулом на дальнейшие научные исследования, с последующим появлением бета-адреноблокаторов, вазодилаторов, блокаторов кальция и ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента, а затем, уже в нашем тысячелетии, блокаторов рецептора ангиотензина и ингибиторов ренина.

Проанализировав исследования генной инженерии в лечении АГ, особое внимание обращает на себя препарат зилебесиран, основанный на технологии малых интерферирующих РНК (миРНК). Механизм его действия заключается в посттранскрипционном подавлении гена AGT, ответственного за синтез ангиотензиногена, за счёт этого блокируется выработка ангиотензина II, играющего ведущую роль в повышении АД. Клинические исследования (KARDIA1) показали, что однократное подкожное введение зилебесирана в дозе 300-600 мг снижает артериальное давление на срок до 6 месяцев, что делает возможным его применение в качестве эффективного антигипертензивного средства. Вместе с тем зилебесиран продемонстрировал хорошие результаты как дополнительная терапия в сочетании с такими препаратами, как индапамид и амлодипин (KARDIA-2).

Заключение. Нет сомнений в том, что медицина продолжит добиваться прогресса в лечении АГ. За последние десятилетия лечение АГ достигло значительного успеха, а использование технологий генной инженерии может открыть новый этап целенаправленной и персонализированной терапии в будущем. В этом плане препарат миРНК зилебесиран продемонстрировал многообещающий профиль эффективности и безопасности, и, возможно, что в ближайшее время мы будем использовать данный препарат в реальной клинической практике.

III. ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

027 ПЕРЕНЕСЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И ЕГО КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Нагаева Г. А.¹, Мухамедова М. Г.¹, Ли В. Н.²,
Журалиев М. Ж.²

¹Военно-медицинская академия вооружённых сил Республики Узбекистан, Ташкент; ²СП ООО Многопрофильный медицинский центр "Ezgu Niyat, Ташкент, Узбекистан

Цель. Сравнительный анализ ангиографических данных пациентов в зависимости от наличия и давности перенесенного инфаркта миокарда (ПИМ) в анамнезе.

Материал и методы. На базе клиники СП ООО ММЦ "Эзгу Ният" было проведено пилотное исследование, в которое было включено 274 больных ИБС, как со стабильной стенокардией, так и с перенесенным инфарктом миокарда (давностью ≥ 4 недели). Средний возраст респондентов составил $60,77 \pm 9,39$ лет. Всем больным проводилось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) со стентированием. Помимо общепринятых ангиографических данных, также оценивали непосредственный клинический и ангиографический успех ЧКВ.

Результаты. Наличие перенесенного в анамнезе инфаркта миокарда ангиографически характеризовалось вовлечением в патологический процесс большего количества венечных артерий, большим числом стенозированных сегментов, большей длиной АСБ и, соответственно, имплантацией большего количества стентов на 1 больного, по сравнению с больными без ПИМ. Несмотря на сопоставимость по сопутствующим патологиям (ГБ и СД 2 типа), тем не менее, у больных с ПИМ указание на перенесенный Covid-19 отмечалось в 1,5 раза реже, чем у больных без ПИМ, что, требует дальнейшего более глубокого изучения данного вопроса. Из всей выборки обследованных пациентов (274 больных) в 4,0% случаев не удалось полностью нивелировать стенокардию, при этом 2,2% — были из группы с наличием ПИМ и 1,8% — из группы без ПИМ. У пациентов без ПИМ ангиографический успех ЧКВ со стентированием составил 100% случаев, а клинический — 96,9%. У пациентов с ПИМ ангиографический успех составил 97,3%, а клинический — 94,7% случаев. Из 6 больных с ПИМ, у которых не удалось нивелировать признаки стенокардии — 3 пациента имели ПИМ по ЭКГ; 1 больной имел давность ПИМ менее 1 года и 2 больных имели давность ПИМ более 1 года. Из этих же 6 респондентов — у 3 (2 — из группы ПИМ по ЭКГ и 1 — из группы ПИМ > 12 мес) не удалось реканализировать стенозированные участки КА, ввиду наличия хронической окклюзии.

Заключение. Ангиографические характеристики больных с ПИМ в анамнезе характеризовались несколько более худшими значениями, чем у больных без ПИМ, при этом давность ПИМ имела немаловажное значение.

028 ПОРАЖЕНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ — ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Нагаева Г. А., Журалиев М. Ж., Ли В. Н.

СП ООО многопрофильный медицинский центр "Ezgu Niyat" Ташкент, Узбекистан

Цель. Анализ ангиографических данных при поражениях ствола левой коронарной артерии (СЛКА) при ишемической болезни сердца (ИБС) во взаимосвязи с полом пациентов.

Материал и методы. Было обследовано 139 больных ИБС (106 — мужчин и 33 — женщины), средний возраст которых составил $65,9 \pm 8,9$ (от 38 до 87) лет. Стабильная форма ИБС имела место у 38 (27,3%) пациентов; нестабильная ИБС была представлена в виде инфаркта миокарда без / с зубцом Q

(NSTEMI — 91 (65,5%) и STEMI — 10 (7,2%) больных). Всем включенным в исследование проводились общеклинические, функциональные, лабораторные исследования, а также коронароангиография (КАГ) с последующим анализом ангиографических данных.

Результаты. Анализ поражений СЛКА во взаимосвязи с возрастно-гендерной принадлежностью еще раз подтвердил всеобщую концепцию по ИБС о более старшем возрасте и меньшей численности женщин, в сравнении с мужчинами. Среди мужчин острая форма ИБС (NSTEMI + STEMI) регистрировалась в 1,5 раза чаще, чем среди женщин ($p < 0,05$). Встречаемость изолированных поражений СЛКА составила 2,2% от общей численности выборки, при этом у женщин процентное соотношение по данному показателю было преобладающим (3,0% — у женщин против 1,9% — у мужчин; $p > 0,05$). Свыше 50% поражений СЛКА относились к С-типу атеросклеротических поражений (по классификации ACC/ANA), не зависимо от пола пациентов, при этом преобладающей локализацией была дистальная часть артерии. Истинные бифуркационные поражения по классификации Medina чаще регистрировались у лиц женского пола, составив 54,5%, что на 10,2% было больше, чем у мужчин ($p > 0,05$).

При стволовых поражениях у мужчин возраст ассоциировался с большим количеством сосудистых поражений коронарного русла ($p < 0,0001$), напротив, у женщин между возрастом и количеством сосудистых поражений была выявлена обратная корреляция ($p > 0,05$).

Заключение. В современных манипуляциях ЧКВ при поражениях СЛКА остаётся ещё много открытых и не решенных вопросов. Проведенная нами работа показала, что в оценке поражений СЛКА необходимо в обязательном порядке учитывать возрастно-гендерные характеристики больных ИБС. Надеемся, что наше исследование внесет свой вклад в решение проблемы стволовых поражений коронарного русла.

029 ОЦЕНКА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ

Абдуллаев А. Х.¹, Аляни Ю. А.¹, Узоков Ж. К.¹,
Курмаева Д. Н.²

¹ГУ "Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации", Ташкент; ²Центр передовых технологий, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить эффективность кардиореабилитации (КР) с включением фитопрепарата у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после стентирования коронарных артерий (СКА).

Материал и методы. Больные ИБС после планового СКА (40) на фоне базисной терапии получали фитопрепарат, занимались ЛФК по соответствующей программе кардиотренировки (дозировка: 1-3 день — уровень 1, частота 30 об/мин, скорость 8 км/ч; 4-6 день — уровень 3, частота 35 об/мин, скорость 9 км/ч; 7-9 день — уровень 5, частота 40 об/мин, скорость 10 км/ч). Изучали показатели ЭКГ, ЭХОКГ с оценкой параметров левого желудочка (ЛЖ), велоэргометрии (ВЭМ), липидов (общий холестерин (ОХС), ХС липопротеидов низкой и высокой плотности (ХСЛПНП и ХСЛПВП), триглицериды (ТГ), агрегацию тромбоцитов, активность ферментов аланин- и аспартатаминотрансферазы (АЛТ и АСТ), общий билирубина (ОБ), полиморфизм генов CYP2C19*2 и CYP2C19*17.

Результаты. У 54% обследованных выявлена атерогенная дислипидемия. При сочетанных поражениях КА (две-три) чаще выявляли более низкий уровень ХСЛПВП и более высокие показатели ОХС $-7,2 \pm 0,6$; ТГ $-2,3 \pm 0,2$; ХСЛПНП —

3,7±0,26 ммоль/л у больных ИБС СС IV ФК по сравнению с таковыми у больных с III ФК: 6,6±0,29; 3,0±0,28; 1,2±0,11 ммоль/л и более низкое содержание уровня ХСЛПВП у больных ИБС СС IV ФК, чем у больных с III ФК: соответственно 1,2±0,1 и 1,15±0,14 ммоль/л. ХС после трехмесячной терапии atorvastатином снизился на 23% ($p<0,05$), ХСЛПНП на 26%. Розувастатин уменьшил эти показатели соответственно на 30 и 36%. ХСЛПВП на фоне терапии atorvastатином увеличился на 6%, а содержание ТГ уменьшилось на 30% ($p<0,05$). Розувастатин увеличил первый показатель на 8% и уменьшил второй на 38%. По локусу G681A идентифицированы генотипы — GG, AG и AA. Наиболее распространенный генотип GG (47%) далее GA (43%) и AA (10%). При медленном типе метаболизма необходимо снижение дозы клопидогрела. По локусу C806T выявлены генотипы CC и CT (по 50%), когда следует повысить дозу антиагрегантов. Фитопрепарат, обладающий спазмолитическим, сосудорасширяющим, успокоительным действием, вероятно, усиливает эффект терапии и реабилитации. Восстановление периодов раннего и позднего диастолического наполнения ЛЖ у больных с полной реваскуляризацией миокарда определяли через 6 месяцев, а при неполной реваскуляризацией — позже. Контролируемые физические тренировки (ФТ) умеренной интенсивности увеличили толерантность к физической нагрузке на 32% и продолжительность нагрузки на 38%, по сравнению с не выполнявшими эти ФТ. Интенсивность и длительность ФТ обеспечивала адекватный аэробный режим (20–30 мин 3–4 раза в неделю), общая продолжительность ФТ до 60 мин: разминка 5–10 мин, непосредственно нагрузка 20–40 мин, расслабление 5–10 мин.

Заключение. Эффективность и прогноз СКА определяют во многом от тактики ведения больных ИБС после реваскуляризации, от правильности выбора программ КР, в том числе от использования наиболее эффективных способов ФТ.

030 ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Искендеров Б. Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей-филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Пенза, Россия

Известно неблагоприятное влияние почечной дисфункции, проявляющейся хронической болезнью почек (ХБП) или развитием острого повреждения почек (ОПП) на кардиоваскулярный прогноз. Также представляет интерес изучение влияния выполненного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) на течение ХБП и исходы ОПП у больных со стабильной ишемической болезнью сердца.

Цель. Определить факторы риска развития ОПП и его прогностическое значение у пациентов с ХБП, перенесших ЧКВ.

Материал и методы. Обследовано 487 пациентов (294 мужчины и 193 женщины) в возрасте от 45 до 68 лет ($58,0\pm7,6$ лет), которым в плановом порядке выполнялось операция АКШ. Из них у 330 пациентов в анамнезе был ХБП (1-я группа) и 157 пациентов без ХБП (2-я группа) составляли контрольную группу. До и после операции определяли содержание креатинина в сыворотке (sCr) и вычисляли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле СКД-ЕРИ. ОПП диагностировали по модифицированным критериям AKIN по содержанию креатинина в сыворотке крови. У пациентов с ХБП величина СКФ колебалась от 89 до 45 мл/мин/1,73 м².

Результаты. ОПП, в раннем периоде после ЧКВ было диагностировано у 196 пациентов (59,4%) 1-й группы и у 40 пациентов (25,5%) 2-й группы. В 1-й группе, I стадия ОПП была у 85 пациентов (25,8%), II стадия — у 62 пациентов (18,8%) и III стадия — у 49 пациентов (14,8%), а во 2-й группе — 14,1; 7,0 и 4,5%, соответственно. Суммарное количество пациентов с персистирующим и стойким течением ОПП в 1-й группе

было достоверно больше, чем во 2-й группе: 33,9% и 8,9%, соответственно ($p<0,001$). В обеих группах у пациентов с ОПП средний возраст был достоверно выше, чем у больных без ОПП. В 1-й группе пациенты чаще в анамнезе имели инфаркт миокарда ($p=0,02$) и инсульт ($p=0,03$), хроническую сердечную недостаточность II-III функционального класса ($p=0,009$), сахарный диабет 2-го типа ($p=0,03$), артериальную гипертензию — АГ ($p=0,008$), постоянную форму фибрилляции предсердий — ФП ($p=0,046$) и анемию ($p=0,037$). В обеих группах у пациентов с ОПП количество выполненных сосудистых стентов было больше, чем у пациентов без ОПП.

Высокий риск развития ОПП после выполнения ЧКВ объясняется повышенным кардиоваскулярным риском, связанным с наличием тяжелой кардиальной и коморбидной патологий, что подтверждается корреляцией частоты развития ОПП с исходно низкой СКФ, преобладанием сахарного диабета 2-го типа, застойной сердечной недостаточности, АГ, постоянной формы ФП, а также возрастом выше 60 лет. Необходимо отметить, что отдаленный прогноз ХБП в первую очередь определяется тяжестью выявленной кардиоренальной патологии и перестройкой гемодинамики после ЧКВ. Так, через 1 год после ЧКВ в 1-й группе улучшение течения ХБП выявлено у 34,2% пациентов, которые имели ОПП, и у 38,8% пациентов без ОПП.

Заключение. Показано, что наличие ХБП увеличивает частоту развития ОПП после ЧКВ. При этом у 1/3 больных, перенесших ОПП, в дальнейшем наблюдается улучшение клубочковой функции почек.

031 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ФИЗИОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Костырин Е. Ю., Кислухин Т. В., Туманов А. И., Титов А. Л., Патрикеева А. А., Саламов Г. В.

ГБУЗ СО СОККД им. В.П. Полякова МЗ СО, Самара, Россия

Цель. Оценить непосредственные интраоперационные и отдаленные результаты применения внутрисосудистой физиологии у пациентов с ОКСбпСТ.

Материал и методы. Включено 157 пациентов. Доля мужчин — 69,4% (109/157). Средний возраст 63,9 (10,1) лет. После выполнения диагностической коронарографии показанием для измерения моментального резерва кровотока (RFR) считались: 1 — пограничные стенозы 50–75% крупных эпикардиальных артерий при многососудистом поражении, а также после стентирования инфаркт зависимой артерии, для оценки полноты реваскуляризации и определения дальнейшей тактики, 2 — компрометация устья боковой ветви после имплантации стента в главную ветвь, 3 — определение симптомов связанной артерии при наличии пограничных стенозов 50–75% и отсутствии изменений на ЭКГ. Стеноз считался гемодинамически значимым при $RFR \leq 0,85$, при $RFR \geq 0,91$ — гемодинамически незначимым. При $RFR 0,86-0,90$ применялся гибридный подход — измерение фракционного резерва кровотока (ФРК) с гиперемическим агентом АТФ.

Результаты. Непосредственные ангиографические и клинические результаты оценены у 157 пациентов. У 57,3% (90/157) пациентов внутрисосудистые методы физиологии применялись для определения полноты реваскуляризации после стентирования ИСА. В 72,2% (65/90) случаев этой группы последующее эндоваскулярное вмешательство было отклонено ввиду отсутствия гемодинамической значимости стенозов других сосудистых бассейнов, и данная реваскуляризация была расценена как полная; 21,1% (19/90) пациентов, с функционально значимыми поражениями рекомендовано ЧКВ следующим этапом; 6,7% (6/90) рекомендовано коронарное шунтирование. В 42,8% (67/157) наблюдений RFR выполнялось для определения функциональной значимости стеноза ИСА. У 41,8% (28/67) пациентов этой группы по дан-

ным RFR стентирование было отклонено ввиду отсутствия геодинамической значимости стеноза. В 44,8% (30/67) случаев пациентам было выполнено ЧКВ ИСА по данным RFR 13,4% (9/67) пациентов, ввиду диффузного поражения коронарных артерий по данным RFR, было рекомендовано КШ. Гибридный подход определения функциональной значимости стеноза применялся у 33,8% (53/157) пациентов. Отдаленные результаты отслежены у 79,6% (125/157) пациентов. Медиана периода наблюдения — 15 (13:17) месяцев. Общая выживаемость — 82%. За период наблюдения смертность от всех причин — 1,6% (2/125). Острый инфаркт миокарда развился у 1,6% пациентов (2/125). Повторная реваскуляризация выполнялась у 4,8% (6/125). В группе пациентов, которым отказано в реваскуляризации по данным внутрисосудистых методов физиологии, общая выживаемость составила 92%.

Заключение. Применение методов внутрисосудистой физиологии у пациентов ОКСbnt является безопасным, а отказ от ЧКВ связан с низкой частотой развития неблагоприятных событий.

Возможны две стратегии применения RFR/FFR: 1 — для оценки полноты реваскуляризации после ЧКВ на ИСА при многососудистом поражении, 2 — для определения симптомов связанной артерии при наличии пограничных стенозов 50-75% и отсутствии изменений на ЭКГ.

032 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ МЕЛАНОМЕ С ТРАНСФОРМАЦИЕЙ В ЛЕЙОМИОСАРКОМУ

Трусов И. С.

ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Опухоли сердца представляют собой группу редких заболеваний, частота которых в популяционных исследованиях колеблется от 0,0017% до 0,33%. Симптомы опухолей сердца неспецифичны и могут имитировать многие другие сердечные заболевания, что сильно затрудняет их диагностику.

Описание случая. Пациент С., 44 лет, поступил в отделение кардиохирургии с жалобами на повышение температуры тела, выраженную слабость, потливость, снижение толерантности к физической нагрузке, одышку при подъеме на 2 этаж, боли в левой половине грудной клетки, возникающие при глубоком вдохе, физической нагрузке. Из анамнеза известно,

что в мае 2020 года у пациента была выявлена меланома кожи темной области слева, выполнено широкое иссечение новообразования. Проведена адъювантная иммунотерапия. В динамике пациент регулярно наблюдался.

Отметил ухудшение состояния с середины июля 2022 года. Выполнена компьютерная томография ОГК: легкие без инфильтративных изменений, гидроперикард (жидкость шириной до 3 см). Выполнено ЭХО-КГ: Расхождение листов перикарда до 2,4-2,6 см. В полости перикарда лоцируется округлое гиперэхогенное объемное образование размерами до 4,5х5 см, прикрепленное к свободной стенке правого предсердия, компрессирующие полость правого предсердия. Лабораторно отмечалось повышение уровня лейкоцитов, СОЭ до 56 мм/час, С-реактивного белка до 135,98 мг/л. По данным контрольного ЧПЭХО-КГ: по наружной стенке правого предсердия лоцируется большое малоподвижное образование овоидной формы с неровными контурами 94х55х68 мм, занимающее большую часть объема предсердия. Выполнено оперативное вмешательство — удаление новообразования правого предсердия в условиях ИК. В результате исследования выявлена цитологическая картина злокачественной неэпителиальной опухоли, картина не исключает наличие саркомы. Иммуногистохимическое исследование: злокачественное образование низкой степени дифференцировки, нельзя исключить метастаз беспигментной меланомы. Начата специфическая терапия. Через месяц после оперативного лечения в плановом порядке была выполнена компьютерная томография ОГК и ОБП, где было выявлено метастатическое поражение обоих легких, головки поджелудочной железы, передней брюшной стенки. С целью подтверждения диагноза проведено повторное гистологическое исследование биоптата опухоли правого предсердия, взятого с иного участка в референс-центре, в результате которого был получен иммунофенотип лейомиосаркомы.

Данный клинический случай интересен тем, что у пациента с меланомой выявлено редко встречающееся вторичное метастатическое поражение правого предсердия с распространением опухоли в полость перикарда, на фоне множественного метастазирования. Также обращает на себя внимание разнотифференцированный характер опухоли правого предсердия, что может говорить о трансформации злокачественных клеток меланомы в лейомиосаркоматоидный фенотип, что также наблюдается по данным литературы. При трансформации опухоли требуется смена схемы лечения с целью достижения оптимального результата.

IV. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ЛИПИДЫ И АТЕРОСКЛЕРОЗ

033 СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ У МУЖЧИН ДО 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И БЛОКАДОЙ НОЖЕК ПУЧКА ГИСА

Пужалов И. А., Сотников А. В., Носович Д. В.

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Информация о течении острого инфаркта миокарда (ОИМ), осложненного блокадами ножек пучка Гиса, недостаточная. Необходимо изучение особенностей течения и структуры осложнений в данной группе пациентов — в дальнейшем это позволит выработать эффективную тактику ведения и улучшить прогноз.

Цель. Изучить влияние блокад ножек пучка Гиса на риск развития жизнеугрожающих осложнений и выживаемость в период госпитализации у пациентов с ОИМ.

Материал и методы. Обработаны данные, полученные при ретроспективном анализе историй болезней 640 мужчин с ОИМ в возрасте от 19 до 60 лет. Исследуемые разделены

на группы: группа полной блокады левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ) — 92 человека (средний возраст 52,78±5,36 года), контроль — 548 (51,37±6,25); группа полной блокады правой ножки пучка Гиса (ПБПНПГ) 37 человек (52,67±4,87 года), контроль — 603 (51,41±6,25). Наблюдение длилось в течение трех недель в условиях стационара. Значимость различий в смертности и развитии осложнений ОИМ оценивались анализом динамики Вилкоксона и критерием Хи-квадрат.

Результаты. В группе пациентов с ПБЛНПГ смертность не отличалась от таковой в группе контроля (2,70% и 5,07%, соответственно, $p=0,5$). В группе ПБЛНПГ по сравнению с контрольной группой чаще встречались желудочковая тахикардия (ЖТ) (10,81% и 3,98%, $p<0,05$), фибрилляция и трепетание предсердий (ФП и ТП) (18,92% и 7,46%, $p<0,05$), АВ-блокада 1-2 ст. (13,51% и 3,48% соответственно, $p<0,05$). Отек легких осложнял ОИМ в группе ПБЛНПГ в 27,03% случаев, а в группе контроля в 9,69%, $p<0,05$. 29,73% пациентов из группы ПБЛНПГ имели аневризму ЛЖ, что превышало встречаемость данного осложнения в группе контроля (13,23%), $p<0,05$. У пациентов с ПБЛНПГ пневмония ослож-

няла ОИМ в 13,51% случаев, в группе контроля — 4,92%, $p < 0,05$. Смертность в группе ПБПНПГ не отличалась от таковой в группе контроля (4,95% и 4,76%, соответственно, $p = 0,96$). Аневризма ЛЖ развивалась у пациентов с ПБПНПГ в 38,10% случаев, в группе контроля данное осложнение было выявлено у 13,36% пациентов, $p < 0,05$. Встречаемость ЖТ, ФП и ТП, АВ-блокады 1–2 ст. значимо не отличались в группе ПБПНПГ и группе контроля. ПБПНПГ не влияла на вероятность развития у пациентов пневмонии и отека легких. Блокады ножек не показали прогностической ценности в отношении развития таких осложнений ОИМ как разрыв свободной стенки ЛЖ, синдром Дресслера, тромбоз ЛЖ, артериальные эмболии. Частота рецидивов ИМ в группе ПБПНПГ составила 8,11%, в группе ПБЛНПГ — 9,52%, что было сопоставимо с группами контроля.

Заключение. Пациенты с ПБПНПГ имеют более благоприятный профиль осложнений по сравнению с пациентами, у которых ОИМ сочетался с ПБЛНПГ. Наличие блокады ножек пучка Гиса не влияет на смертность пациентов во время нахождения их в стационаре. Необходимо иметь настороженность в отношении возникновения у пациентов с блокадами ножек аневризмы ЛЖ. Жизнеугрожающие нарушения ритма чаще развивались в группе ПБЛНПГ, что может неблагоприятно влиять на прогноз после выписки из стационара.

034 СЫВОРОТОЧНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРИМОГО ЭНДОГЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Захарьян Е. А.

ФГАОУ ВО КФУ им. В. И. Вернадского, медицинская академия им. С. И. Георгиевского, Симферополь, Россия

Эндотелий является основным игроком в поддержании гомеостаза сердечно-сосудистой системы. Эндотелиальная дисфункция предшествует развитию морфологических атеросклеротических изменений и считается одним из основных патогенетических этапов, приводящих к ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркту миокарда, инсульту и заболеваниям периферических артерий. Эндоглин, или CD105, представляет собой гомодимерный трансмембранный рецептор для трансформирующего фактора роста β -1 и β -3 (TGFB-1 и TGFB-3) и в основном обнаруживается в пролиферирующих эндотелиальных клетках сосудистой стенки. Растворимая форма эндоглина, которая образуется путем расщепления внеклеточного домена его мембраны с помощью матриксной металлопротеазы-14 мембранного типа, была обнаружена в крови и моче пациентов с различными заболеваниями.

Цель. Изучение связи концентрации эндоглина в сыворотке крови с клинико-инструментальными характеристиками пациентов с ИБС.

Материал и методы. В исследование включены 264 человека (161 мужчина и 103 женщины), из них 220 — пациенты с диагнозом ИБС. Группа контроля представлена здоровыми добровольцами (44 человека). Пациентам выполнены коронароангиография; эхокардиографическое исследование; дуплексное ультразвуковое сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий. Проведено исследование уровня эндоглина (нг/мл) в сыворотке крови. Все группы были сопоставимы по возрасту и полу. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. В настоящем исследовании обращает на себя внимание наличие прямой статистически значимой корреляционной связи между концентрацией сывороточного эндоглина и степенью артериальной гипертензии ($r = 0,2756$, $p < 0,0001$), значениями межжелудочковой перегородки ($r = 0,1555$, $p < 0,05$), задней стенки левого желудочка ($r = 0,1738$, $p < 0,01$), размерами левого предсердия ($r = 0,1627$, $p < 0,05$), массой миокарда левого желудочка ($r = 0,1727$, $p < 0,05$), а также толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий ($r = 0,3776$; $p < 0,01$). Более того, впервые показана статистическая значимость различий уровня данного лабораторного по-

казателя между группами с постоянной формой фибрилляции предсердий и синусовым ритмом с более высокими значениями в группе с нарушением ритма ($p < 0,05$).

Заключение. Полученные данные демонстрируют потенциальную роль эндоглина как многообещающего биомаркера для диагностики выраженности эндотелиальной дисфункции у пациентов с ИБС.

035 ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИИ МИОКАРДА КАК ПРИЧИНЫ ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Ярмедова С. Ф., Явелов И. С., Драпкина О. М.

ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины", Минздрава России, Москва, Россия

У части больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) ишемия миокарда может проявляться в виде одышки. Вместе с тем очевидно, что приступообразная одышка при ИБС может быть следствием и других причин.

Цель. Определить возможность диагностики ишемии миокарда как причины приступообразной одышки у больных со стабильной ИБС до проведения углубленного обследования.

Материал и методы. В исследовании изучен 101 стабильный пациент с установленным диагнозом ИБС и жалобами на приступообразную одышку, проходивший стационарное лечение в отделении кардиологии. Всем участникам исследования выполнялись стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) с нагрузкой на тредмилле для выявления преходящей ишемии миокарда и при положительном результате теста — коронарная ангиография. Анализировались жалобы, данные анамнеза, результаты физикального обследования, электрокардиограммы (ЭКГ) в покое и трансторакального ультразвукового исследования сердца (включая тканевую доплерометрию с определением e' латерального и E/e' латерального).

Результаты. Ишемия миокарда по данным стресс-ЭхоКГ была выявлена у 36 пациентов (35,6%). По данным многофакторного анализа в модели логистической регрессии независимыми предикторами ишемии миокарда как причины одышки являлись длительность приступа одышки (ОШ 1,43 при 95% границах доверительного интервала [ДИ] 1,06–1,92; $p = 0,02$), наличие типичной стенокардии (ОШ 5,57 при 95% границах 1,17–26,63; $p = 0,031$), наличие патологических зубцов Q на ЭКГ (ОШ 6,66 при границах 95% ДИ 2,03–21,85; $p = 0,002$), объем правого предсердия (ОШ 0,96 при 95% границах ДИ 0,92–1,00; $p = 0,045$) и e' латеральное (ОШ 1,26 при 95% границах ДИ 1,01–1,57; $p = 0,038$). При объединении этих переменных в единую модель площадь под характеристической кривой составила 0,83 при 95% границах ДИ 0,75–0,91, чувствительность, специфичность, предсказуемая ценность положительного и отрицательного результатов для оптимальной отрезной точки — 88,9%, 63,1%, 57,1% и 91,1%, соответственно. При учёте только клинических данных и ЭКГ площадь под характеристической кривой оставила 0,79 при 95% границах ДИ 0,71–0,88, чувствительность, специфичность, предсказуемая ценность положительного и отрицательного результатов для оптимальной отрезной точки — 83,3%, 63,1%, 55,6% и 87,2%, соответственно.

Заключение. В изученной группе больных со стабильной ИБС ишемия миокарда как причина приступообразной одышки выявлена в 35,6% случаев. Её наличие можно прогнозировать на основании данных, доступных в повседневной врачебной практике.

036 РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ 15-ЛЕТНЕГО РЕГИСТРА

Егорова И. С., Везикова Н. Н., Здоров А. Е.

ФБГОУ ВПО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Цель. Оценить частоту развития жизнеугрожающих осложнений и госпитальную летальность при остром коронарном синдроме (ОКС) в условиях реальной клинической практики на основании данных долгосрочного регистра.

Материал и методы. В исследование включены 8347 пациентов, последовательно госпитализированных по поводу ОКС в Региональный сосудистый центр Республики Карелия в период с 15.10.2008 по 14.10.2023. Все пациенты включены в Федеральный регистр ОКС. Проведена оценка частоты развития жизнеугрожающих осложнений и летальности на госпитальном этапе. Исследование выполнено на Уникальной научной установке "Многокомпонентный программно-аппаратный комплекс для автоматизированного сбора, хранения, разметки научно-исследовательских и клинических биомедицинских данных, их унификации и анализа на базе ЦОД с использованием технологий искусственного интеллекта", при финансовой поддержке Министерства науки и высшего образования Российской Федерации в рамках Соглашения № 075-15-2021-665".

Результаты. В исследование включены 8347 пациентов, было больше мужчин (60,5%), у 56,8% диагностирован ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST). ЧКВ выполнено 81,2% пациентов с ОКС с подъемом ST (ОКСпST) и 39,5% при ОКСбпST.

Результаты анализа частоты возникновения осложнений в исследуемой группе оказались следующими. Среди пациентов, переносивших ОКСпST, жизнеугрожающие осложнения развились у 33,2% пациентов. Аритмии выявлены в 27,2% случаев, отек легких — в 5,8%, в кардиогенный шок — в 4,2%, остановка кровообращения — в 5,5%, тампонада сердца — в 0,17%, разрыв миокарда — в 0,6%, тромбоэмболия — в 0,27%. Госпитальная летальность при ОКСпST составила 4,5%. При ОКСбпST жизнеугрожающие осложнения встречались реже (14,7%). Частота развития оказалась следующей: отек легких развился у 7,4% пациентов, аритмии — у 7,2%, остановка кровообращения — у 2,5%, кардиогенный шок — у 1,6%, тромбоэмболия — у 0,23%, разрыв миокарда — у 0,16%, тампонада сердца — у 0,07%. Госпитальная летальность при ОКСбпST составила 2,4%. Результаты сравнительного анализа межгрупповых различий частоты развития осложнений при различных типах ОКС оказались следующими. При ОКСпST чаще встречались такие осложнения, как нарушения ритма ($p < 0,0001$), остановка сердца ($p < 0,0001$), разрыв миокарда ($p = 0,001$) и кардиогенный шок ($p < 0,0001$), при ОКСбпST — отек легких ($p = 0,005$). Госпитальная летальность оказалась достоверно ниже при ОКСбпST ($p < 0,0001$).

Заключение. По данным 15-летнего регистра в реальной клинической практике Регионального сосудистого центра жизнеугрожающие осложнения развиваются у каждого 3 пациента с ОКСпST и каждого седьмого — с ОКСбпST. Несмотря на это на фоне современного лечения госпитальная летальность невысока.

037 STUDY OF ADHERENCE TO THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Yusupov R. B., Nuritdinova N. B.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan

In recent years, effective treatment of patients with diseases of the cardiovascular system has remained an urgent problem. The most important task in achieving effectiveness is to improve adherence to the treatment of patients and identify significant factors that affect adherence.

Improving the prognosis and quality of life are the main directions in the treatment of patients with stable ischemic heart disease. In recent years, against the background of a significant expansion of the possibilities of effective drug therapy for major cardiovascular diseases, there has been no significant reduction in mortality. One of the reasons for this situation is the low adherence to the treatment of patients.

The aim of the study was to study the adherence to treatment of patients diagnosed with coronary heart disease.

Materials and methods. The study included 45 patients aged 50 to 70 years who were hospitalized in the cardiology department of the multidisciplinary TMA clinic with a diagnosis of acute coronary syndrome. To assess adherence to treatment, we used the Morisky-Green questionnaire (a test consisting of 4 questions evaluating adherence to treatment), we also developed a questionnaire that includes questions that allow us to study the factors of adherence associated with the patient: demographic information, socio-economic data (level of education), motivation for long-term treatment, etc.

The results of the study. According to the Morisky-Green test, 22 people (45,83%) were committed to drug treatment, 23 patients showed low adherence to prescribed therapy, due to the high cost of recommended medications, the development of side effects, unwillingness to take medications for a long time and the fact that patients forget to take them. Among the most common causes of poor adherence to treatment, patients named the high cost of recommended medications ($n=21$), fear of side effects, harm to health with prolonged medication ($n=20$), unwillingness to take medications for a long time ($n=19$), forgetfulness ($n=10$), the need to take a large amount at the same time medications ($n=8$), a very complicated medication regimen ($n=8$), doubt about the correctness of the prescribed treatment ($n=5$). 16 out of 48 people (33%) almost never violated medical recommendations for taking medications.

Conclusions. According to the results of the survey, it was shown that 1/3 of patients are insufficiently committed and at risk for the development of non-adherence, and according to a specially designed questionnaire, 2/3 of patients take medications according to the recommendations of the attending physician. In addition to the personal factors of patients (forgetfulness), the main reasons for low adherence to treatment were the high cost of recommended medicines, fear of side effects and etc.

038 ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ДАННЫЕ 15-ЛЕТНЕГО РЕГИСТРА

Егорова И. С., Везикова Н. Н., Литвинова В. А.

ФБГОУ ВПО Петрозаводский государственный университет, Петрозаводск, Россия

Цель. Оценить клинические особенности и медикаментозную терапию при остром коронарном синдроме (ОКС) в условиях реальной клинической практики на основании данных долгосрочного регистра.

Материал и методы. В исследование включены 8347 пациентов, последовательно госпитализированных в Региональный сосудистый центр (г. Петрозаводск, Россия) по поводу ОКС в период с 15.10.2008 по 14.10.2023. Все пациенты подписали информированное согласие на внесение персональных данных в Федеральный регистр ОКС. Проведена оценка медикаментозной терапии на госпитальном этапе. Исследование выполнено на Уникальной научной установке "Многокомпонентный программно-аппаратный комплекс для автоматизированного сбора, хранения, разметки научно-исследовательских и клинических биомедицинских данных, их унификации и анализа на базе ЦОД с использованием технологий искусственного интеллекта".

Результаты. В исследование включены 8347 пациентов, преобладали мужчины (60,5%), у 59,6% диагностирован ОКС без подъема сегмента ST (ОКСбпST). Эти пациенты были старше в сравнении с больными, переносившими ОКС с подъемом сегмента ST (ОКСпST): средний возраст 76 (67; 86) и 70 (62; 81) лет, соответственно. 18% больных ранее переносили инфаркт миокарда.

Анализ медикаментозной терапии продемонстрировал следующие результаты. Среди больных с ОКСпST ($n=3369$) аспирин принимали 99,2% пациентов, ингибитор P2Y12-

рецепторов — 85%. При этом на этапе СМП аспирин получили 88% больных, а Р2У12 ингибитор — только 59,1%. Терапия антикоагулянтом проводилась в 90,6% случаев, бета-блокатором — в 91,7% (среди них внутривенное введение — в 6,4%), статином — в 96,5%, ингибитором ангиотензин превращающего фермента (иАПФ) или блокатором рецепторов ангиотензина II (БРА) — в 94,2%. В группе больных с ОКСбпСТ (n=4978) аспирин назначен 98,8% пациентов (догоспитально — 74,2%), ингибитор Р2У12 — 91,8% (догоспитально — 43,5%), антикоагулянт — 91,3%, иАПФ/БРА — 95,2%, статин — 98,4%, бета-блокатор — 92,2% (из них в 3,6% случаев осуществлено внутривенное введение). Среди всех пациентов, включенных в группу исследования, аспирин назначен в 98,9% случаев, статин — в 97,5%, бета-блокатор — в 91,9%. Жизнеугрожающие осложнения развились у 33,2% больных с ОКСбпСТ и 14,7% — с ОКСбпСТ. Госпитальная летальность составила 4,5% и 2,4%, соответственно.

Заключение. По данным 15-летнего регистра в реальной клинической практике Регионального сосудистого центра отмечается высокий процент применения препаратов, улучшающих прогноз при ОКС. Адекватная медикаментозная терапия является одним из факторов, снижающих госпитальную летальность, несмотря на высокую частоту развития жизнеугрожающих осложнений.

039 НАЗНАЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Юрueva С. В.¹, Комиссарова Д. Д.¹, Юрueva А. И.², Тарасова П. А.¹

¹СГМУ, Архангельск; ²РУМ, Москва, Россия

Пациенты, перенесшие острый коронарный синдром (ОКС), относятся к категории очень высокого сердечно-сосудистого риска. Согласно клиническим рекомендациям, уделяется внимание роли ранней стратегии назначения комбинированной терапии (статинов+эзетимиб), с достижением целевых ХС-ЛПНП менее 1,4 ммоль/л.

Цель. Изучить назначение гиполипидемической терапии пациентам после острого коронарного синдрома.

Материал и методы. Была разработана специальная анкета, с помощью которой проводился анализ выписных эпикризов и данные амбулаторных карт. В исследование включены 165 пациентов, перенесшие ОКС с февраля по июнь 2023 г.

Результаты. В исследовании вошли 165 пациентов — 123 (74,5%) мужчины и 42 (25,5%) женщины. Возраст от 29 до 98 лет, средний возраст мужчин — 59±9,9 лет, женщин — 67±12,1 лет. Значимые факторы риска были: курение — каждый 3 пациент — 52 (31,5%) курит в настоящее время, а 45 (27,3%) пациентов курили раньше, но бросили; чрезмерное употребление алкоголя — каждый 3 пациент — 57 (34,5%) отмечает, что употребляет алкоголь в среднем 120 г в пересчете на граммы чистого спирта; гиподинамия выявлен у каждого 3 пациента — 99 (60,0%); избыточная масса тела — у каждого 2 пациента — 79 (47,8%), а ожирение имеет каждый 5 пациент — 31 (18,8%). Объем талии выше 80 см выявлен у 30 (71,1%) женщин; объем талии выше 94 см у 94 (76,4%) мужчин. Среди сопутствующих заболеваний: АГ у 152 (92,1%) пациентов; сахарный диабет 2 типа — у 31 (18,7%) пациента; повторный ИМ у 16 (9,6%) пациентов; 15 (9,0%) пациентов имели фибрилляцией предсердий; ХБП у 34 (20,5%) пациентов; атеросклероз брахиоцефальных артерий был выявлен у 51 (30,9%). На момент госпитализации 165 (100%) пациентов имели очень высокий сердечно-сосудистый риск, то есть нуждались в статинотерапии, но статины получали 61 (36,9%) пациент, а целевой уровень ХС-ЛПНП менее 1,4 ммоль/л был достигнут у 20 (12%) пациентов. На момент выписки после ОКС средний уровень ХС-ЛПНП в общей выборке составил — 3,19 ммоль/л. У мужчин — 3,27 ммоль/л, а у женщин — 2,89 ммоль/л. У каждого 5 пациента — 32 (19,4%) после инфаркта миокарда при выписке из стационара уровень ХС-

ЛПНП был более 4 ммоль/л. Комбинация статин+эзетимиб не была назначена ни одному пациенту. Через 8±4 недели, для оценки достижения целевых уровней ХС-ЛПНП было приглашено только 129 (78,1%) пациентов, из них целевого уровня достигли 58 (35%) пациентов. Коррекция дозы среди тех, кто не достиг целевого уровня, была проведена только у 27 (16,3%) пациентов, то есть 30 (18,1%) пациентов остались на той же дозе статинов, учитывая то, что целевой у них не достигнут. Эзетимиб был назначен только 14 (8%) пациентам. Обследование печеночных трансаминаз выполнено у 103 (62,4%) пациентов. У 5 (3%) пациентов отмечалось увеличение АЛТ и АСТ более трех норм, из них только одному пациенту был отменен статин.

Заключение. После перенесенного ОКС, на момент выписки, комбинированная гиполипидемическая терапия не была назначена ни одному пациенту.

040 ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Тюрина Т. А.¹, Полякова Е. А.¹, Заславская Е. Л.²

¹ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург; ²ГБУЗ ЛОКБ, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Анализ влияния факторов риска на развитие осложнений ишемической болезни сердца для первичной и вторичной профилактики атеросклеротических сердечно-сосудистых заболеваний у больных с высоким сердечно-сосудистым риском.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ данных лечения 50 пациентов, перенесших острый коронарный синдром в период с 6 февраля по 6 июня 2024 г. Проанализированы анамнез (статус курения в анамнезе, возраст манифестации ишемической болезни сердца), физические данные, терапия, предшествующая госпитализации, показатели липидограммы, оцененные стандартным биохимическим методом, стандартные биохимические тесты, данные электрокардиограммы на момент поступления. Статистическая обработка полученных результатов проводилась в программе IBM SPSS Statistics 26.

Результаты. Была показана достоверная связь между статусом курения в анамнезе и более ранней манифестацией ишемической болезни сердца (в период с 50 до 60 лет в группе курящих и в период с 65 до 80 лет в группе некурящих), а также была подтверждена ассоциация подъема сегмента ST на электрокардиограмме с повышением уровня лактата крови.

Заключение. Исследование показало, что курение в анамнезе и повышение уровня лактата в крови ассоциированы с неблагоприятным течением ишемической болезни сердца.

041 БИОМАРКЕРНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И УЯЗВИМЫМИ БЛЯШКАМИ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Ковальская А. Н.¹, Дуляков Д. В.²

¹ФГБОУ ВО Клиники СамГМУ, Самара; ²ГБУЗ СО СССКД им. В. П. Полякова, Самара, Россия

Дестабилизация атеросклеротической бляшки происходит не только из-за изменения ее липидного состава, но и из-за инфильтрации иммуновоспалительными клетками, дегенерации внеклеточного матрикса и неоваскуляризации.

Цель. Определить взаимосвязь между биомаркерами воспаления и уязвимыми бляшками (УБ) по данным МСКТ коронарных артерий у пациентов с ОКС (инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией).

Материал и методы. В открытое, проспективное, рандомизированное, одноцентровое исследование были включены 125 пациентов с ОКС (ИМ и НС) и ЧКВ инфаркт-связанной

артерии. Во время пребывания в стационаре (визит-В1) они получали статины в максимальной дозировке (аторвастатин 80 мг или розувастатин 40 мг/сут). На 2-м (В2) визите (через 1 месяц после начала ОКС) пациентам с высокой степенью приверженности к лечению и не достигшим уровня ХС ЛПНП $\leq 1,4$ ммоль/л была проведена МСКТ, оценка лабораторных показателей — общего анализа крови (NLR-соотношение нейтрофилов и лимфоцитов, МоП/ЛПВП — соотношение моноцитов и ХС-ЛПВП, LCR-соотношение лимфоцитов и СРБ, SIRI- (количество нейтрофилов*количество моноцитов)/количество лимфоцитов), липидный профиль, тропонин I, галектин-3, ММР-9, TIMP-1, ММР9/TIMP1. Мы использовали следующие критерии МСКТ коронарных артерий для определения УБ: положительное ремоделирование, участок низкой плотности, точечные кальцинаты, феномен кругового свечения.

Результаты. За период сентябрь 2022 г. — июль 2023 г. в исследование были рандомизированы 125 пациентов (М68%, средний возраст $56,9 \pm 9,8$ лет). УБ были выявлены у 55 из 125 (44%) пациентов на 2-м визите. Все измеренные биомаркеры воспаления и соотношение показателей на 1м и 2м визите были статистически значимо выше у пациентов с ИМ, чем с НС ($p < 0,05$). Наличие УБ у пациентов с ИМ было ассоциировано с ММР9/TIMP1 ($p = 0,005$), в то время как уровень ММР9 и СРБ был значительно выше у пациентов с НС, имеющих УБ ($p = 0,041$ и $p = 0,008$ соответственно).

Заключение. Биомаркеры воспаления значительно выше у пациентов с ИМ, чем с НС. УБ были связаны с уровнем ММР9/TIMP1 у пациентов с ИМ, а также с уровнями ММР9 и СРБ у пациентов с НС.

042 ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА

Соловей С. П.¹, Денисевич Т. Л.¹, Русак Т. В.¹, Ковалкина Е. Е.¹, Огурицова С. Э.²

¹ГУ Республиканский научно-практический центр Кардиология, Минск; ²ГНУ Институт биоорганической химии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Мощными биомаркерами повреждения эндотелия являются не только биохимические, но и клеточные, к которым относят циркулирующие эндотелиальные (ЭК) и прогениторные клетки (ПК). Однако для выяснения их диагностической и прогностической значимости все еще требуются исследования. Представляет интерес изучение ЭК и ПК в крови у лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС), в том числе с различной степенью поражения коронарного русла.

Цель. Оценить наличие и количество ЭК и ПК у лиц с ИБС в сравнении со здоровыми лицами.

Материал и методы. Включено 50 чел. с ИБС, из них 20 чел. — с обструктивным (стенозы $\geq 50\%$) и 30 чел. — без обструктивного поражения, а также практически здоровые лица без ИБС (49 чел.). Определение количества ЭК и ПК в периферической крови осуществляли на проточном цитофлуориметре Cytomics FC 500 (BectonCoulter, США) с использованием меченных флуорохромами моноклональных антител к поверхностным маркерам клеток. Циркулирующие ЭК идентифицировали как негативные по маркеру CD45 (CD45-) и позитивные по CD146 (CD146+), ПК — как негативные по CD34 (CD34-) и позитивные по CD306 (CD306+). Данные представлены в виде медианы, интерквартильного диапазона.

Результаты. У всех обследованных выявлены хотя бы 1 ЭК или ПК. Пациенты с ИБС и без ИБС не различались по частоте случаев наличия ЭК (80% и 81,6% соответственно, $p = 0,519$), но различались по частоте наличия ПК (100,0% и 87,6% соответственно, $p = 0,013$). Доля случаев с наличием ЭК+ПК составила у лиц без ИБС — 69,4%, у пациентов с ИБС — 80% ($p = 0,228$). Следует отметить, что у пациентов с ИБС не наблюдалось изолированного присутствия ЭК, тогда как у лиц без ИБС — в 12,2%. В целом, у пациентов с ИБС

и лиц без ИБС значимых различий по количеству ЭК не получено (2 (1; 3) и 1 (1; 2) соответственно, $p = 0,127$), напротив, количество ПК у лиц с ИБС оказалось достоверно выше (62 (9; 187) в сравнении с 9 (2; 56), $p < 0,001$). В обеих группах выявлена значительная вариабельность количества ЭК и особенно — ПК, коэффициент вариации которых в группе лиц с отсутствием ИБС был наибольшим — 156%. Сравнение клеточного состава в зависимости от характера поражения коронарного русла показало большее количество ЭК у пациентов без обструктивного поражения коронарных артерий в сравнении с лицами без ИБС (2 (1; 3) и 1 (1; 2) соответственно, $p = 0,047$). При сопоставлении данных пациентов с обструктивной ИБС (1 (0; 3)) и лиц без ИБС различия получены не были ($p = 0,822$). Количество ПК у пациентов с неструктивной и обструктивной ИБС значимо не различалось, однако выявлены достоверные различия с лицами без ИБС — у пациентов с ИБС определялось большее количество ПК ($p = 0,005$).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют об имеющихся отличиях клеточного состава у пациентов с неструктивной ИБС, как в сравнении со здоровыми лицами, так и при сопоставлении с пациентами с обструктивной формой заболевания, что может быть связано с особенностями патогенеза и требует дальнейшего анализа возможных ассоциированных факторов.

043 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ

Шевцова В. И., Сергеева О. С., Котова Ю. А.

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Гиперлипидемия является одним из ключевых факторов развития и прогрессирования хронических форм ишемической болезни сердца (ХИБС). Снижение высоких уровней и поддержка целевых значений липопротеинов низкой плотности (ХС ЛПНП) представляет собой важную медико-социальную проблему. На эффективность гипоплипидемической терапии могут влиять различные аспекты — одним из таких является повышенный уровень мочевой кислоты (МК), часто встречаемый у пациентов с ХИБС.

Цель. Оценить влияние гиперурикемии (ГУ) на эффективность гипоплипидемической терапии у больных ХИБС путем комплексного анализа показателей МК, параметров липидного профиля и маркеров эндотелиальной дисфункции и окислительного стресса.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 120 пациентов с ХИБС. В зависимости от наличия ГУ пациенты были поделены на 2 группы. В ходе 6-месячного проспективного наблюдения была проведена оценка эффективности гипоплипидемической терапии и достижения целевого уровня ХС ЛПНП, которая основывалась на определении показателей липидного профиля, маркеров эндотелиальной дисфункции и окислительного стресса на этапе до начала и спустя 2, 4 и 6 мес. лечения с изучением межгрупповых различий данных параметров, их динамики и последующим корреляционным анализом. Оценивались показатели липидного профиля, маркеры эндотелиальной дисфункции и окислительного стресса.

Результаты. Параметры липидного профиля имели статистически значимые межгрупповые различия ($p < 0,05$ по критерию Манна — Уитни) как до начала, так и на всем протяжении терапии. При этом более высокие значения ОХС, ХС ЛПНП, ТГ и низкие — ХС ЛПВП были характерны для пациентов с ХИБС и ГУ. Положительная динамика по показателям липидного профиля отмечалась в обеих группах вне зависимости от наличия ГУ. Так, у больных ХИБС без ГУ в ходе лечения уровень ХС ЛПНП снизился с 4,52 до 0,89 ммоль/л ($p < 0,001$), а у больных с ГУ — с 5,43 до 1,14 ммоль/л ($p < 0,001$).

Межгрупповые различия маркеров эндотелиальной дисфункции и окислительного стресса имели различную выраженность в ходе проведения исследования. Так, к 6-му мес. наблюдения статистически значимые различия наблюдались по уровням ЭТ-1 ($p < 0,001$), АДМА ($p < 0,001$) и БТШ70 ($p = 0,014$), тогда как уровни СОД, АДФГн, АДФГо, КДФГн, КДФГо значимых различий не имели ($p > 0,05$). Между наличием ГУ и уровнем АДМА была установлена статистически значимая прямая высокая корреляционная связь ($\rho_{xy} = 0,74$; $p < 0,001$).

Заключение. Высокий уровень МК в крови у пациентов с ХИБС был сопряжен с более выраженными нарушениями липидного обмена и проявлениями окислительного стресса и эндотелиальной дисфункции. ГУ может снижать эффективность гиполипидемической терапии у больных ХИБС, а также отдалять сроки достижения целевых значений контрольных показателей. С учетом этого в отношении пациентов, страдающих ХИБС в сочетании с ГУ, можно выбрать индивидуальную тактику ведения для снижения риска фатальных сердечно-сосудистых событий.

044 СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА МЕЖДУ ГРУППАМИ ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И БЕЗ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мерзлова П. Я., Булгакова С. В., Шаронова Л. А., Долгих Ю. А., Косарева О. В., Тренева Е. В., Курмаев Д. П.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

С течением возраста увеличивается распространенность сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа). Опасность СД 2 типа заключается в его осложнениях, прежде всего, ассоциированных с поражением сосудов различного калибра. Одним из макрососудистых осложнений СД 2 типа является ишемическая болезнь сердца (ИБС). Ведущее значение в профилактике макрососудистых осложнений отводится динамическому контролю не только углеводного обмена, но и показателей липидного спектра и достижению их индивидуальных целевых значений, которые у пациенток с СД 2 типа и ИБС строже, чем у пациенток без макроангиопатий.

Цель. Сравнить критерии обмена липидов у пациенток старших возрастных групп с ИБС и без, страдающих СД 2 типа.

Материал и методы. В проведенное одномоментное поперечное исследование включены 162 пациентки пожилого и старческого возраста. Минимальное значение возраста участника исследования составило 60 лет, максимальное — 86 лет (средний $70 \pm 6,34$ лет). ИБС расценивалась как наличие в анамнезе стенокардии и/или перенесенного инфаркта миокарда. В зависимости от наличия ИБС, участники исследования были разделены на 2 группы. Первая группа включала пациенток, страдающих ИБС ($n=90$). Вторая группа — пациентки без ИБС в анамнезе ($n=72$). У участников исследования был собран анамнез СД 2 типа, изучены истории болезни. Оценивались лабораторно в сыворотке крови следующие показатели липидного обмена: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеинов низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП, соответственно), триглицериды (ТГ). Статистическая обработка полученных данных выполнена в программе MedCalc 20.009. Количественные переменные представлены как среднее арифметическое (М) со стандартным отклонением (SD). Нормальность распределения оценивалась по критерию Шапиро-Уилка.

Сравнение количественных показателей между двумя группами вычислено с помощью критерия Манна-Уитни. Результаты приняты статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У пациентов с ИБС отмечены статистически значимые более низкие показатели ОХС и ЛПНП по срав-

нению с пациентами без ИБС в анамнезе. Также в 1 группе участников исследования выявлены более низкие уровни ЛПВП и ТГ, однако межгрупповые различия по данным критериям не являются статистически значимыми. Компенсация липидного обмена оценивается согласно значению ЛПНП, из 90 участников исследования только 3 пациента достигли целевого уровня данного показателя (ЛПНП $< 1,4$ ммоль/л).

Заключение. Исходя из представленных данных, необходим более тщательный динамический контроль показателей липидного обмена у пациентов с СД 2 типа и своевременная коррекция гиполипидемической терапии.

045 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ КОРОНАРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА: АССОЦИАЦИЯ С ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИЕЙ МИОКАРДА

Дашева А. С., Мальцева А. Н., Воробьев Д. А., Мочула А. В., Завадовский К. В.

НИИ кардиологии Томского НИМЦ, Томск, Россия

Мультиспиральная компьютерно-томографическая коронарография (МСКТ-КГ) — единственный неинвазивный метод визуализации для оценки распространённости коронарного атеросклероза (КАС) по всему коронарному руслу. В исследованиях последнего времени широко применяются расширенный количественный анализ МСКТ-КГ с оценкой компонентного состава и объема АБ, а также расчетом атеросклеротической нагрузки — бремени АБ. Однако, недостаток данных об ассоциации количественных характеристик КАС с нарушением миокардиальной перфузии у пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне обструктивного и необструктивного поражения коронарных артерий (КА).

Цель. Изучить количественные показатели КАС по данным компьютерно-томографической коронарографии (МСКТ-КГ) и оценить их ассоциацию с нарушением миокардиальной перфузии и кровотока у пациентов с ОИМ на фоне обструктивного и необструктивного поражения коронарных артерий (КА).

Материал и методы. В исследование включен 31 пациент с ОИМ: с обструктивным поражением КА (MICAD), $n=21$; с необструктивным поражением КА (MINOCA), $n=10$; группа сравнения — пациенты с признаками стабильной ишемической болезни сердца (ИБС) и необструктивным поражением КА по МСКТ-КГ (NOCAD), $n=22$. Пациентам с ОИМ проведены инвазивная коронароангиография, МСКТ-КГ, перфузионная сцинтиграфия миокарда с количественным определением миокардиального кровотока и коронарного резерва. По данным МСКТ-КГ проанализированы количественные характеристики КАС: общий объем АБ (TPV); объем АБ низкой плотности (TPV-ST); общий объем некальцинированных АБ (TPV-NC); объем кальцинированных АБ (TPV-C); общее бремя АБ (TPB); бремя АБ низкой плотности (TPB-T); общее бремя некальцинированных АБ (TPB-NC); бремя кальцинированных АБ (TPB-C).

Результаты. TPV (мм^3) у пациентов MICAD= 336 (211;537), MINOCA= 240 (198;459), NOCAD= 38,9 (0;7); TPV-ST (мм^3): MICAD= 24,3 (10;54), MINOCA= 13 (9,6;16,4), NOCAD= 0 (0;7); TPV-NC (мм^3): MICAD= 328 (166;502), MINOCA= 236,7 (191;436), NOCAD= 23,5 (0;114); TPV-C (мм^3): MICAD= 17,4 (2,1;45,3), MINOCA= 7,8 (3,7;25,1), NOCAD= 1,6 (0;10,2). TPB (%): MICAD= 18,8 (12;27), MINOCA= 11,9 (11;14), NOCAD= 1,9 (0;6); TPB-ST (%): MICAD= 1,6 (0,9;3,8), MINOCA= 0,6 (0,4;1), NOCAD= 0 (0;0,3); TPB-NC (%): MICAD= 23 (11;37), MINOCA= 12,6 (12;16), NOCAD= 1,9 (0;5); TPB-C (%): MICAD= 0,9 (0;1,5), MINOCA= 0,4 (0,1;0,9), NOCAD= 0 (0;0,4). Все данные статистически значимо различались в группах ($p < 0,05$). TPV, TPV-NC, TPB, TPB-NC ассоци-

ированы с показателями нарушения перфузии на нагрузке и в покое ($r > 0,5$; $p < 0,05$). По данным регрессионного анализа ТРВ и ТРВ-НС — независимые предикторы повреждения миокарда по данным перфузионной сцинтиграфии миокарда ($R^2 = 0,27$; $p < 0,001$).

Заключение. Количественные показатели КАС ассоциированы с показателями нарушения перфузии миокарда и могут иметь дополнительное диагностическое значение в оценке тяжести ишемии миокарда у пациентов с ОИМ, а также стабильной ИБС.

046 ДИСЛИПИДЕМИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Габерман О. Е.^{1,2}, Губарева И. В.¹

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара; ²ЧУЗ "КБ"РЖД-МЕДИЦИНА" г. Самара, Самара, Россия

Цель. Оценка распространённости нарушений липидного обмена у работников железнодорожного транспорта.

Материал и методы. В исследование были включены 227 мужчин, работников железнодорожного транспорта с артериальной гипертонией. Все исследуемые по профессиональному признаку были поделены на две группы. I группу составили 118 работников локомотивных бригад (машинистов и их помощников), имеющих высокое психоэмоциональное напряжение и обеспечивающих безопасность движения поездов. Во II группу были включены 109 работников железнодорожного транспорта других специальностей, профессиональная деятельность которых не связана с безопасностью движения поездов (инженеры и другие работники офисного звена). Средний возраст пациентов составил $47,4 \pm 8,9$ лет и $45,8 \pm 10,5$ лет, соответственно в I и во II группах. 34 человек (29%) в первой группе и 37 (34%) человек во второй группе были младше 45 лет. 84 (71%) и 72 (66%) пациентов в I и во II группах соответственно были в возрасте 45–60 лет. В качестве параметров, характеризующих липидный обмен, анализировались следующие показатели: уровень общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) и триглицеридов (ТГ). Нарушение липидного обмена оценивалось в соответствии с действующими клиническими рекомендациями 2023 г.

Результаты. Выявлено, что медианы концентрации ОХ, ЛПВП, ТГ были в пределах нормативных значений. Медианы значений составили: ОХ = $4,6$ ммоль/л, ЛПВП = $1,2$ ммоль/л, ТГ = $1,52$ ммоль/л. Медиана концентрации ЛПНП составила $3,5$ ммоль/л у всех исследуемых. Дислипидемии значимо чаще на 16% встречаются у работников локомотивных бригад (65%), чем у работников железнодорожного транспорта офисного звена (49%) ($\chi^2 = 5,97$, $p = 0,015$). Повышение ЛПНП отмечено у 17% пациентов I группы и у 6% пациентов во II группе, то есть встречалось на 11% чаще у работников локомотивных бригад ($\chi^2 = 6,11$; $p = 0,01$). Распространённость гиперхолестеринемии составила 45% и 32% у пациентов I и II групп, соответственно ($\chi^2 = 3,75$, $p = 0,052$). Низкие значения ЛПВП (менее 1 ммоль/л) были диагностированы у 2% и у 3% пациентов в I и во II группах соответственно ($\chi^2 = 0,28$, $p = 0,06$). Число пациентов с гипертриглицеридемией было 20% и 19% у пациентов I и II групп соответственно ($\chi^2 = 0,05$, $p = 0,83$). Данные показатели (ОХ, ЛПВП и ТГ) достоверных отличий между группами не имели.

Заключение. Несмотря на то, что медианы концентраций ОХ, ТГ, ЛПВП были в пределах нормативных значений у всех исследуемых, дислипидемии выявлены у 65% пациентов в I группе, и у 49% — во II группе. У работников локомотивных бригад достоверно чаще встречалось повышение уровня ЛПНП. Учитывая, что в патогенезе ишемической болезни сердца основное внимание сфокусировано на ЛПНП

как основном факторе риска, можно отметить больший ишемический риск работников локомотивных бригад.

047 RS16909192 ВАРИАНТ ГЕНА БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ 4 (FABP4) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Колодина Д. А.¹, Беляева О. П.¹, Беркович О. А.¹, Полякова Е. А.¹, Зарайский М. И.², Ларионова В. Е.¹

¹ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург; ²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает лидирующую позицию среди основных причин смертности во всем мире. В ряде исследований установлена связь между уровнем белка, связывающего жирные кислоты 4 (FABP4) и повышением риска ИБС. FABP4 кодируется геном FABP4, который расположен в локусе 8q21. В настоящее время в литературе не представлены данные о связи между вариантом rs16909192 гена FABP4 и риском развития ИБС, представлено мало данных о связи между данным вариантом гена FABP4 и уровнем FABP4 в сыворотке крови, показателями липидного обмена и метаболизма глюкозы.

Цель. Установить распределение генотипов и аллельную частоту rs16909192 варианта гена FABP4 и сопоставить концентрацию FABP4 в сыворотке крови, показатели липидного обмена и метаболизма глюкозы у больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование (КШ), и в группе сравнения.

Материал и методы. Обследовано 105 больных ИБС, перенесших КШ, и 164 пациента без клинических признаков ИБС. Группы сопоставимы по полу и возрасту ($p > 0,05$). Всем пациентам проводилось физикальное и лабораторное обследование. Идентификация варианта rs16909192 гена FABP4 проводилась методом полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом. Концентрацию FABP4 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Установлено распределение генотипов и встречаемость аллелей rs16909192 варианта гена FABP4: AA 45%, AC 49,4%, CC 5,6%; аллели A 0,70, C 0,30 у больных ИБС, перенесших КШ. Показано, что носительство C аллеля rs16909192 варианта гена FABP4 повышает риск развития ИБС в 1,92 раза (ОШ = 1,92; 95% ДИ: $1,28 \pm 2,88$, $p < 0,05$). Концентрация FABP4 в сыворотке крови у пациентов с ИБС, перенесших КШ, и у обследованных в группе сравнения не отличалась (75,83 (63,44; 107,75) нг/мл и 80,22 (62,14; 141,71) нг/мл, соответственно; $p > 0,05$). У больных ИБС, перенесших КШ, носителей различных генотипов rs16909192 варианта гена FABP4 не выявлено отличий концентрации FABP4, общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, холестерина липопротеинов высокой плотности, холестерина не-ЛПВП, триглицеридов, глюкозы, инсулина в сыворотке крови, индекса НОМА-ИР ($p > 0,05$).

Заключение. Впервые установлено распределение генотипов и встречаемость аллелей rs16909192 варианта гена FABP4 у больных ИБС, перенесших КШ. Показано, что наличие C аллеля rs16909192 варианта гена FABP4 ассоциируется с повышением риска развития ИБС. Не выявлено различий концентрации FABP4 в сыворотке крови у пациентов с ИБС, перенесших КШ, и у обследованных без ИБС. У больных ИБС, перенесших КШ, носителей различных генотипов rs16909192 варианта гена FABP4, концентрация FABP4 в сыворотке крови, показатели метаболизма глюкозы, липидного обмена не различались.

V. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В КАРДИОЛОГИИ

048 ИНГИБИТОРЫ ДИПЕПТИДИЛ-ПЕПТИДАЗЫ ТИПА 4 И ТИАЗОЛИДИНДИОНЫ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДЕПРЕССИИ

Беккер Р.А.¹, Быков Ю.В.², Быкова А.Ю.²¹Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Хадаром, Израиль; ²Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Перенесённый острый инфаркт миокарда (ОИМ) более чем в 50% случаев осложняется развитием постинфарктной депрессии (ПИД). Нередко ПИД принимает затяжное течение и/или плохо поддаётся стандартным антидепрессантам (АД). Накапливаются данные о наличии кардио- и нейропротективного действия у некоторых классов современных противодиабетических средств, а также о роли инсулинорезистентности ЦНС в развитии депрессий. Имеются также сведения об участии дипептидил-пептидазы типа 4 (ДПП-4) в расщеплении не только инкретина (глюкагоноподобного пептида-1), но и ряда других пептидов, которые играют важную роль в регуляции стресса, артериального давления и сердечной функции — например, нейропептида Y (NPY) и ангиотензина II.

Цель. Представить описание клинического случая пожилого мужчины с затяжным течением ПИД и коморбидным сахарным диабетом 2 типа (СД2). Описать коррекцию лечения, которая привела к успешному купированию ПИД.

Описание случая. Наблюдался 74-летний мужчина с более чем 20-летним стажем страдания СД2. Получал по линии эндокринолога метформин (2000 мг/сут), глибенкламид (5 мг/сут), аторвастатин (20 мг/сут). За 6 месяцев до обращения за консультацией перенёс ОИМ. Получал в качестве вторичной профилактики низкодозный аспирин (100 мг/сут), амлодипин 5 мг/сут, небиволол 5 мг/сут. Страдал ПИД, получал курсами по 2 месяца разные АД — сертралин до 200 мг/сут, миртазапин до 30 мг/сут, эсциталопрам до 20 мг/сут — без эффекта.

По согласованию с эндокринологом глибенкламид был заменен на комбинацию алоглиптин/пиоглитазон (сначала 25 мг/15 мг, затем 25 мг/30 мг) под контролем уровня гликемии. По согласованию с кардиологом, при тщательном контроле артериального давления, эсциталопрам был заменен на дулоксетин 60 мг/сут. Лечение привело к становлению полной ремиссии ПИД в ожидаемые сроки (2 месяца с момента коррекции схемы), а также к улучшению метаболических параметров пациента (снижению уровней гликированного гемоглобина и фруктозамина, соотношения триглицериды/глюкоза в крови, уровня инсулина натощак), повышению его выносливости к прогулкам, уменьшению одышки.

Обсуждение. Ингибиторы ДПП-4 и тиазолидиндионы — могут быть эффективными адъювантами в лечении ПИД у пациентов с коморбидным СД2. При этом они могут также содействовать кардиопротекции, предотвращению повторных ОИМ, улучшению выносливости к физическим нагрузкам.

049 DYSAUTONOMIA IN GUILLAIN BARRE SYNDROME — A LIFE-THREATENING AUTONOMIC NEUROPATHY

Pavlović S.¹, Milovanović B.², Jovanović I.³¹Polyclinic Panacea, Belgrade; ²Institute for Cardiovascular Diseases "Dedinje", Neurocardiological Laboratory; Belgrade; ³Department of gastroenterology, CHC "Bezanijska kosa", Belgrade, Serbia

The purpose of this study was to present the significance of autonomic dysfunction in acute inflammatory demyelinating polyneuropathy (Guillain Barre syndrome), a life-threatening neuropathy.

GBS typically presents as ascending paralysis with mild to moderate sensory involvement in more than 95% of patients. Autonomic dysfunction is present in two thirds of these patients. The most common autonomic disturbances consist of sustained sinus tachycardia and postural hypotension. Hypertension alternating with hypotension, cardiac arrhythmias, bradycardia, urinary retention, ileus and sweating disturbances occur less frequently. About 25% of patients with GBS develop respiratory insufficiency and up to 50% of these patients have symptomatic autonomic dysfunction. The overall mortality in GBS is less than 5%, but in patients requiring assisted ventilation it is greater, ranging from 10–38%. Several studies have shown autonomic dysfunction to be an independent predictor of mortality in mechanically ventilated GBS patients. Severe autonomic dysfunction with cardiac arrest has even been described as a presenting feature in GBS. In rare cases pure pandysautonomia occurs with little or no weakness and with or without sensory symptoms (pure autonomic GBS) and has to be differentiated from other acute pandysautonomias.

We present a case of a 60-year-old woman with acute onset of abdominal pain, constipation and dizziness in standing position. She was admitted to a regional hospital in her home town for further evaluation. Extensive laboratory and ultrasound examinations showed normal results. An exploratory laparotomy was performed but also failed to identify any abdominal pathology. Two weeks later she was transferred to the Department of gastroenterology of CHC "Bezanijska kosa" for further evaluation. At that time she started to complain of tingling in her feet. Her first neurological examination was normal with no objective signs of any dysfunction. A repeated neurological examination on the next day showed absent ankle jerks, reduced plantar responses, positive Lasegue signs bilaterally, and dyesthesiae in her feet. In addition, the patient was unable to sit or stand due to severe orthostatic hypotension. These findings were indicative of an evolving neuropathy. Electromyoneurography confirmed a mild axonal sensory neuropathy with slight affection of motor nerve roots (motor radiculopathy). Cerebrospinal fluid examination showed elevated protein level (1,05 g/L) with normal cytology, while IEF revealed the presence of oligoclonal IgG. Since the patient exhibited clear clinical signs of autonomic dysfunction, tests of autonomic nervous system function were also done. These included standard autonomic function tests according to Ewing, 24-hour heart rate holter monitoring (SDNN, SDANN index, SDNN index, rMSSD, pNN50(%), presence of ectopic activity), short-term spectral analysis of RR variability (LF, HF, LF%, HF%, LF/HF index) and continuous real-time measurement of heart rate with spectral analysis of RR variability and baroreceptor function analysis (LFnu-RR1, HFnu-RR1, LF/HF-RR1 index, BRS, determination of sympathovagal balance at rest and hyperventilation test). The results showed extreme autonomic dysfunction with sympathetic domination, reduced heart rate variability and baroreflex sensitivity. Oesophageal manometry with the wet swallow sequence analysis was also performed and showed marked oesophageal dysmotility. Fortunately, the patient had reached the nadir of the disease and started to recover spontaneously so that only symptomatic therapy was required. She was discharged two weeks later with significantly improved parameters of autonomic function.

In conclusion, autonomic dysfunction may be the first and/or most prominent presentation of GBS with little or no motor and sensory disturbances. These patients are at risk of acute cardiological complications including sudden death and must be treated in an intensive care unit. Early detection of dysautonomia may help reduce mortality in these forms of GBS.

050 HOW TO INITIATE CARDIO-ONCOLOGY PROGRAM — EXPERIENCE FROM BENCH TO BEDSIDE IN TAIWAN

Wei-Ting Chang

Division of Cardiology, Department of Internal Medicine, Chi Mei Medical Center, Tainan, Taiwan

Cancer therapy related cardiac dysfunction (CTRCD) has been underscored until recent years. Early detection of minor LV myocardial dysfunction is thus important for predicting LV dysfunction. The Cardio-Oncology has arisen as a novel discipline in clinical medicine worldwide owing to the rapidly advancing treatments for cancer and the associated cardiovascular complications. Anti-cancer therapies can affect the cardiovascular system resulting in hypertension, heart failure, arrhythmias and thrombosis which are responsible for substantial morbidity and mortality in this population. In Chi-Mei Hospital in Tawain, we started Cardio-Oncology Program focusing on patients with breast cancer and lymphoma since 2014. In the past four years, we enrolled more than 500 patients and performed the comprehensive monitoring not only echocardiography but biomarkers and functional capacity evaluations. Strikingly, the management of cardiovascular risks including patient education truly makes differences in the clinical outcomes. In this talk, I will share our experience of Cardio-Oncology program and also the translational studies that we have done.

051 ВЗАИМОСВЯЗЬ САРКОПЕНИИ И БИОИМПЕДАНСНОГО ФАЗОВОГО УГЛА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Курмаев Д. П., Булгакова С. В., Тренева Е. В., Мерзлова П. Я.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Возрастная потеря мышечной массы и снижение мышечной функции и/или физической работоспособности хорошо известны как саркопения. Саркопения представляет собой серьезную клиническую проблему, особенно у пожилых людей, предрасполагает к целому ряду негативных событий, включая падения, инвалидность, госпитализацию и преждевременную смертность. Риск саркопии выше у пациентов с сахарным диабетом 2 типа (СД2), кроме того, саркопения может быть осложнением СД2. Анализ биоэлектрического импеданса (BIA) — современный метод измерения состава тела. Клинически важным параметром биоэлектрического импеданса является фазовый угол (PhA). Снижение значений PhA, коррелирующее с возрастом, может быть индикатором снижения массы скелетных мышц и общего состояния здоровья. PhA может быть показателем клеточного здоровья и отражает целостность клеточных мембран и функцию клеток.

Цель. Оценка связи PhA с мышечной массой, мышечной силой и функцией у гериатрических пациентов с СД2.

Материал и методы. В исследование были включены 160 пациентов с СД2 — 102 мужчины и 58 женщин, в возрасте от 65 до 89 лет. Исследование композиционного состава тела проводили биоимпедансным методом. Измеряли PhA и индекс аппендикулярной скелетной массы (IASMM) с помощью BIA; силу хвата кисти — кистевым динамометром. Выполняли краткий тест физической производительности (SPPB). Статистический анализ был выполнен с помощью программного пакета SPSS версии 21 (IBM, США). Статистическая значимость была определена как значение p менее 0,05.

Результаты. Рост, масса тела, сила хвата кисти, IASMM, PhA были выше у мужчин, чем у женщин. Нами обнаружено, что PhA отрицательно коррелировал с возрастом и положительно с ростом, массой тела, ИМТ, сывороточным альбумином, силой хвата кисти, SPPB и IASMM. Мы провели множественный регрессионный анализ с поэтапным включением предикторов с PhA в качестве независимой переменной; возрастом, полом, ростом, массой тела, гликированным гемоглобином (HbA_{1c}), сывороточным альбумином, IASMM, силой хвата кисти и оценкой SPPB. Переменными, выбранными с помощью множественного регрессионного анализа с пошаговым включением, были возраст, пол, рост, сила хвата кисти и IASMM. Множественный коэффициент детерминации (R^2) для PhA составил 0,545, а скорректированное значение R^2 составило 0,517. При множественном регрессионном анализе PhA отрицательно коррелировал с возрастом и по-

ложительно — с мужским полом, ростом, силой хвата кисти и IASMM. В нашем исследовании сывороточный альбумин коррелировал с PhA. Можно предположить, что низкий сывороточный альбумин может влиять на мышечную массу и силу у пациентов с СД2.

Заключение. PhA является информативным параметром, связанным с саркопенией у гериатрических пациентов с СД2. Необходимы дальнейшие исследования по применению PhA у гериатрических пациентов.

052 КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И САРКОПЕНИЕЙ

Курмаев Д. П., Булгакова С. В., Тренева Е. В.

ФГБОУ ВО СамГМУ МЗ РФ, Самара, Россия

Саркопения является гериатрическим синдромом, приводящим к потере силы, массы и функции скелетных мышц. Саркопения может сочетаться с сахарным диабетом 2 типа (СД2). Эти патологические состояния объединяют общие механизмы развития и факторы риска: резистентность к инсулину, гипергликемия, инфильтрация липидов в мышечную ткань, хроническое воспаление, окислительный стресс, диабетическая нефропатия.

Цель. Сравнить лабораторные параметры и особенности композиционного состава тела между группами женщин с СД2 в зависимости от наличия низкой силы мышц.

Материал и методы. В исследование включены 119 женщин с СД2, средний возраст $72,7 \pm 5,4$ лет. Всем пациентам проводили измерение уровня глюкозы венозной крови и гликированного гемоглобина. Учитывали длительность СД2, минимальные и максимальные уровни гликемии. Биоимпедансный анализ состава тела проводили с помощью аппаратного комплекса "ABC-02" (Медасс, Россия). По результатам кистевой динамометрии, пациенты были разделены на две группы: первая группа — пациенты с нормальной силой (более 16 кг) ($n=74$), вторая группа — пациенты с низкой силой (менее 16 кг) ($n=45$). Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с использованием программного пакета SPSS 21. Уровень статистической значимости принимали $p < 0,05$.

Результаты. Пациенты обеих групп характеризовались наличием ожирения (доля жировой массы превышала 30%). В группе пациентов с низкой силой статистически значимо снизились следующие параметры: биоимпедансный фазовый угол, доля скелетно-мышечной массы в составе тела, основной обмен, индекс скелетно-мышечной массы. В группе пациентов с низкой силой выявлены статистически значимо более высокие уровни гликемии и гликированного гемоглобина, а также с более длительным стажем СД2.

Заключение. СД2 ассоциирован с изменением композиционного состава тела и саркопенией.

053 ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Душеба Т. А., Мордык А. В.

ОмГМУ, Омск, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы (ЗССС) — самая распространенная патология среди жителей России, влияющая на продолжительность и качество жизни. У пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), артериальной гипертензией (АГ) хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — частая сопутствующая патология, что объясняется общими факторами риска, особенностями патогенеза, а пневмония у них протекает тяжелее.

Цель. Изучить особенности пневмонии у пациентов с ХОБЛ в зависимости от наличия ЗССС.

Материал и методы. В ретроспективное сравнительное исследование, проведенное на базе больницы скорой медицинской помощи №2 г. Омска, включено 45 пациентов: 1 группа — 29 больных с ВП, ЗССС и ХОБЛ, 2 группа — 16 человек с ВП и ХОБЛ.

Результаты. В группе пациентов с заболеваниями ССС преобладала ИБС (96,5%), среди которой: атеросклеротическая болезнь сердца (85,7%), постинфарктный кардиосклероз (25%), фибрилляция предсердий (17,9%), стенокардия (7,1%). ХСН установлено в 86,2%, соответствовало 2а степени (64%), ФК2 (72%). АГ установлена у 79,3% пациентов. Расширение легочной артерии по данным компьютерной томографии (КТ) было описано у 8 пациентов (27,6%). В обеих исследуемых группах преобладали мужчины (72,4%, 93,5% $F=0,13$ $p>0,05$). Средний возраст в 1 группе по Медиане (Me) 73 года, во 2 48,5 лет ($W=0,9$ U-критерий= 24 $p<0,01$). Ме стажа курения 1 группы 35 лет с интерквартильным размахом 0 и 45 лет ($W=0,8$), во 2 группе Me 30 лет ($W=0,9$ $p>0,05$). ХОБЛ соответствовала GOLD2 (62,1%, 87,5% $p>0,05$), группа В (62,1%, 81,25% $p>0,05$). Клинически у всех пациентов пневмония средней степени тяжести, с ДН1-2 ($\chi^2=0,19$ $p>0,05$). По данным КТ органов грудной клетки пневмония в 1 группы была двухсторонней (58,6%), во 2 группе чаще встречалось односторонняя (62,5% χ^2 Йетса= $0,004$ $p>0,05$). В обеих группах преобладало полисегментарное поражение легких (67% и 50%), нижняя (24,1%, 37,5%), средняя (3,3%, 6,3%), верхне-долевая (3,45% 6,25%) пневмонии значительно реже, $\chi^2=1,6$ $p>0,05$. Интерстициальный инфильтрат выявлен в 1 группы у 17 пациентов (58,62%), альвеолярный у 12 (41,38%), во 2 группе интерстициальный у 4 (25%), альвеолярный у 12 (75%) $\chi^2=4,7$ $p<0,05$. Жидкость в плевральных полостях была обнаружена у 9 (31,03%) первой и у 2 (12,5%) пациентов второй группы ($F=0,3$ $p>0,05$).

Заключение. У пациентов с ЗССС пневмония чаще носила двухсторонний полисегментарный характер с двухсторонним плевральным выпотом, что может свидетельствовать и вирусной этиологии и предшествующей легочной гипертензии.

054 ОСТЕОАРТРИТ И СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Курмаев Д. П., Булгакова С. В., Тренева Е. В., Мерзлова П. Я.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

На фоне глобального старения населения, сахарный диабет 2 типа (СД2) и старческая астения являются важными проблемами. СД2 и нарушение толерантности к глюкозе тесно связаны с процессом старения организма, поэтому распространенность данных состояний увеличивается с возрастом. Остеоартрит (ОА) — заболевание, характеризующееся дегендацией хряща, аномальным ремоделированием субхондральной кости и некоторой степенью воспаления, является наиболее распространенным заболеванием опорно-двигательного аппарата во всем мире. Старческая астения и остеоартрит в настоящее время получили широкую распространенность среди пациентов пожилого возраста, страдающих СД2.

Цель. Выявить взаимосвязь между остеоартритом и старческой астенией у женщин пожилого и старческого возраста, страдающих СД2.

Материал и методы. В исследование были включены 124 женщины с СД2 в возрасте от 65 до 85 лет (средний возраст $73,23 \pm 1,34$ лет). Пациенты были разделены на две группы (по 62 человека в каждой): группа 1 (больные, страдающие остеоартритом) и группа 2 (пациенты, у которых был исключен диагноз остеоартрита). Всем испытуемым проводили антропометрические измерения. Среди функциональных методов исследования использовались: метод кистевой динамометрии (динамометр ДК-50, Россия). С помощью прибора "ABC-02 Медасс" (Россия) исследовали параметры композиционного состава тела. Для выявления старческой астении был приме-

нен опросник "Возраст не помеха". Статистический анализ данных выполнялся с применением статистического пакета SPSS Statistics 21.0 (IBM, USA). Результаты считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Распространенность старческой астении и преастении в группе 1 пациентов составляла 40 (64,5%) и 18 (29,0%) человек соответственно, доля пациенток без астении составляла 6,5%. Распространенность синдрома старческой астении среди пациентов, страдающих СД2 и остеоартритом была выше на 35%, чем в группе у больных с СД2 без остеоартрита. Больные, страдающие остеоартритом, имеют увеличение показателей таких параметров как: масса тела (на 7,96%), объем бедер (на 5,06%), жировая масса (на 12,8%) и тощая масса (на 4,79%), чем пациенты без данной патологии ($p<0,05$). Также у больных в первой группе отмечено увеличение ИМТ (на 6,18%) и активной клеточной массы (на 3,92%). Пациенты в группе с остеоартритом достигли значительно худших результатов в скорости ходьбы ($p<0,001$). Индекс Barthel во второй группе имел достоверно более высокое значение ($p<0,01$), что свидетельствует о большей сохранности способности к самообслуживанию и нормальной базовой активности среди лиц с СД2, не страдающих остеоартритом.

Заключение. На фоне остеоартрита среди женщин пожилого и старческого возраста, страдающих СД2 достоверно увеличиваются такие антропометрические и показатели состава тела как масса тела, объем бедер, жировая масса, тощая масса, ИМТ и активная клеточная масса, и достоверно снижаются такие параметры как индекс Barthel и скорость ходьбы, чем у пациентов без данной патологии.

055 ОЖИРЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

Курмаев Д. П., Булгакова С. В., Тренева Е. В., Мерзлова П. Я.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Во всем мире наблюдается рост количества людей в возрасте 65 лет и старше, и к 2030 году доля лиц пожилого и старческого возраста будет составлять около 20% от всего населения. Сахарный диабет 2 типа (СД2) — широко распространенное неинфекционное метаболическое заболевание, которое ассоциировано с многочисленными осложнениями. Риск возникновения СД2 растет с возрастом, особенно при наличии ожирения. Старение и СД2 признаны важными факторами риска развития синдрома старческой астении.

Цель. Оценить наличие и степень ожирения при синдроме старческой астении у женщин пожилого и старческого возраста с СД2.

Материал и метод. В исследование было включено 150 женщин (средний возраст $72,20 \pm 1,32$ лет), страдающих СД2. Биоимпедансный анализ состава тела проводили помощью аппарата "ABC-02 Медасс" (Россия). Всем проводился общий и биохимический анализ крови. Для выявления старческой астении был применен скрининговый опросник "Возраст не помеха", по результатам которого пациентки были разделены на 3 группы: "крепкие", "с преастенией" и "с астенией". Статистическая обработка результатов исследования выполнялась с использованием программного пакета SPSS 21. Результаты считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты. Распространенность старческой астении составила 53,5%, а преастении — 34,6%, остальные пациенты были крепкими. Выявлена статистически значимая зависимость частоты случаев старческой астении от возраста ($p=0,046$). Лишний вес имели 90,57% всех исследуемых женщин, при этом 62,27% лиц страдали ожирением. Не было выявлено статистически значимой зависимости частоты встречаемости ожирения среди лиц, страдающих СД2 от наличия/отсутствия старческой астении. По данным биоимпедансного анализа не было выявлено статистически значимых различий изменений параметров состава тела у пациенток с СД2 пожилого и старческого возраста в группе больных, страда-

ющих старческой астенией, относительно группы пациентов без данной патологии. Среднее значение биоимпедансного фазового угла ($5,22-5,43$ градуса) во всех исследуемых группах значимо не отличалось в зависимости от наличия/отсутствия старческой астении. В группе крепких пациентов отсутствовали лица с ожирением 3 степени. Уровень гликированного гемоглобина статистически значимо повышался до $8,29 \pm 0,25\%$ в группе пациенток со старческой астенией, по сравнению с $7,34 \pm 0,38\%$ в группе крепких пациентов ($p = 0,043$).

Заключение. Частота встречаемости синдрома старческой астении у женщин с СД2 увеличивается по мере старения. У всех женщин пожилого и старческого возраста с СД 2 типа выявлены признаки ожирения.

056 ДИНАПЕНИЯ И ПРЕСАРКОПЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ

Неешана А. Г., Карпова Е. И., Каретникова В. Н.

НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Пресаркопения — снижение массы скелетной мускулатуры, а динапения — снижение исключительно мышечной силы. Предполагается наличие общих механизмов развития и взаимоотягивающих факторов прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) и вышеописанных нарушений мышечного статуса.

Цель. Оценить распространенность динапении, пресаркопении у пациентов с ИБС определить клинические предикторы данных патологий.

Материал и методы. В исследование включено 136 человек со стабильными формами ИБС. Для измерения мышечной силы выполнялась динамометрия. У женщин признаком снижения мышечной силы являлось снижение захвата < 16 кг, у мужчин — менее 27 кг. Пациентам выполнялась компьютерная томография с расчетом скелетно-мышечного индекса (СМИ, $\text{см}^2/\text{м}^2$). Пороговыми значениями СМИ, снижение относительно которых рассматривалось как уменьшение объема мышечной ткани, являлись $52,4 \text{ см}^2/\text{м}^2$ для мужчин и $38,5 \text{ см}^2/\text{м}^2$ для женщин. Всем пациентам выполнялась эхокардиография (ЭхоКГ) по стандартной методике.

Результаты. Динапения и пресаркопении встречались у четверти пациентов. Пациенты с пресаркопенией принадлежали к мужскому полу и имели более высокий рост 175 (168 ; 179) см по сравнению с лицами с нормальной мышечной массой: рост 166 (159 ; $172,5$) см ($p = 0,001$). При сравнении параметров ЭхоКГ среди пациентов с пресаркопенией установлено меньшее значение фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ). Конечный диастолический объем, конечный систолический объем, конечный диастолический размер и конечный систолический размер были больше в группе пациентов с пресаркопенией по сравнению с остальными пациентами ($p < 0,05$). У лиц с пресаркопенией чаще в анамнезе встречался перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) (24 пациента ($68,6\%$ от данной группы) против 41 ($46,6\%$ из группы без пресаркопении), ($p = 0,02$). Пациенты с динапенией отличались по следующим параметрам: были старше — 68 ($65,6$; $71,4$) лет по сравнению с остальной выборкой — 65 лет (63 ; $67,9$), большей своей частью были представлены женщинами ($74,2\%$) с менее высоким ростом — 164 ($159,6$; $165,4$) см по сравнению с лицами без динапении — 170 (168 ; 172) см ($p < 0,05$). У пациентов с динапенией чаще в анамнезе встречался сахарный диабет (СД) 2 типа и хроническая болезнь почек (ХБП), ($p < 0,05$).

В группе динапении преобладали женщины более старшего возраста, а группа с пресаркопенией представлена мужчинами. Пациенты с пресаркопенией имели более высокий рост, что объяснимо принадлежностью к мужскому полу. Характеристика пациентов с ИБС и пресаркопенией говорит о наличии хронической сердечной недостаточности (ХСН) с сохранной ФВ на фоне перенесенного ИМ. Биологически

активные вещества, секретирующиеся при развитии СН, могут вызывать повреждение кардиомиоцитов и скелетной мускулатуры. ХБП и СД, как хронические заболевания, повышают риски развития нарушений мышечного статуса в виде динапении.

Заключение. Пресаркопения, динапения и ИБС взаимосвязаны. Патолофизиологические процессы, лежащие в основе этих состояний, могут быть ассоциированными.

057 ТИП РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шаронова Л. А., Долгих Ю. А., Косарева О. В., Булгакова С. В., Тренева Е. В., Мерзлова П. Я., Курмаев Д. П.

ФГБОУ ВО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Заболеваемость сахарным диабетом 2 типа (СД2) прогрессирует с каждым годом. Известно, что каждый второй пациент с впервые выявленным (в/вСД2) уже имеет сосудистые осложнения, в том числе в сочетании с артериальной гипертензией (АГ), которая способствует ремоделированию миокарда левого желудочка (ЛЖ) и возникновению его дисфункции.

Цель. Оценить тип ремоделирования и сократительную способность ЛЖ у пациентов с в/в СД2 в зависимости от наличия АГ.

Материал и методы. Нами было обследовано 21 пациент в/в СД2 (10 женщин и 11 мужчин, средний возраст $54,65 \pm 2,12$ лет), из них 11 с АГ. Контроль составил 20 человек, средний возраст $49,9 \pm 0,13$ лет. Все пациенты с СД2 на момент обследования получали таблетированные сахароснижающие препараты. Эхокардиографическое исследование проводили на аппарате SonoaseX8 в М-, В-, D-режимах в стандартных позициях. Оценивали типы ремоделирования ЛЖ: с нормальной геометрией ЛЖ(Н), с эксцентрической ГЛЖ(Э), с концентрической ГЛЖ(К), с концентрическим ремоделированием ЛЖ (КР). По фракции выброса и укорочения (ФВ, ФУ) судили о сократительной способности миокарда ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ оценивалась по совокупности изменений соотношения величин максимальных скоростей раннего (Е) и позднего (А) наполнения. Отношение скоростей Е/А менее 1,0 принимали за признак диастолической дисфункции ЛЖ. Результаты исследования были обработаны с помощью пакета программ SPSS11,5 (SPSSInc., USA) с применением параметрических и непараметрических методов статистики. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным $< 0,05$.

Результаты. Выявлено, что наименее благоприятные по прогнозу развития сердечно-сосудистых осложнений концентрическая и эксцентрическая гипертрофия левого желудочка чаще выявляются при в/в СД2 у пациентов с АГ.

У всех пациентов с СД2 было выявлено достоверное снижение показателя Е и отношения Е/А, а также повышение показателя А по сравнению с контролем. Как у пациентов без АГ, так и у больных, имеющих АГ/Е было достоверно снижено по сравнению с контрольной группой. У пациентов без АГ значимо был выше в сравнении с контролем только показатель А, а у пациентов с АГ достоверным было только снижение Е. Значимых отличий между группами по наличию АГ выявлено не было.

Заключение. Таким образом, наиболее часто неблагоприятные варианты геометрии сердца выявляются у пациентов с в/в СД2 и АГ. У всех пациентов с в/в СД2, независимо от наличия АГ, выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ.

058 ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мерзлова П. Я., Булгакова С. В., Шаронова Л. А., Долгих Ю. А., Косарева О. В., Тренева Е. В., Курмаев Д. П.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Одним из основных факторов, препятствующих достижению компенсации углеводного обмена у пожилых пациентов с СД 2 типа, является гипогликемия — снижение концентрации глюкозы крови менее 3,9 ммоль/л. Опасность гипогликемии для пожилых пациентов заключается в повышении риска неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов, а рецидивирующие эпизоды гипогликемии могут способствовать нарушению когнитивных функций. Частым осложнением СД 2 типа является нарушение функции почек, что может отразиться на метаболизме сахароснижающих препаратов.

Цель. Выявление взаимосвязи хронической болезни почек (ХБП) и гипогликемии у женщин старших возрастных групп, страдающих СД 2 типа.

Материал и методы. В проведенном одномоментном перечном исследовании приняли участие 143 пациентки пожилого и старческого возраста. Минимальный возраст участника исследования составил 60 лет, максимальный — 86 лет, средний возраст — $71 \pm 6,39$ лет. В зависимости от наличия эпизода гипогликемии в анамнезе, участники исследования были разделены на 2 группы. Первая группа: пациенты, испытывавшие гипогликемическое состояние ($n=73$). Вторая группа — пациенты без гипогликемии ($n=70$). У пациентов был собран анамнез СД 2 типа, изучены истории болезни. Лабораторно исследован показатель креатинина в сыворотке крови. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле CKD-EPI.

Статистическая обработка полученных данных выполнена в программе MedCalc 20.009. Количественные переменные представлены как среднее арифметическое (М) со стандартным отклонением (SD). Нормальность распределения определена по критерию Шапиро-Уилка. Для выявления корреляции между показателями применен коэффициент корреляции Спирмена (ρ). Сравнение количественных показателей между двумя группами вычислено с помощью критерия Манна-Уитни. Результаты приняты статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Показатель коэффициента корреляции Спирмена демонстрирует обратную взаимосвязь риска гипогликемии и СКФ ($\rho = -0,620$; $p < 0,0001$), то есть пациенты с более низким значением СКФ подвержены развитию гипогликемических эпизодов.

Критерий Манна-Уитни также подтверждает статистически значимые межгрупповые различия в значении СКФ ($p < 0,0001$).

Заключение. Таким образом, выбор сахароснижающей терапии и индивидуальных целей гликемического контроля у пациентов старших возрастных групп должен опираться на показатель СКФ с целью предупреждения гипогликемических состояний.

059 СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ПСОРИАЗОМ

Разин В. А.¹, Курганова Ю. Н.², Нестеров А. С.¹

¹ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск; ²Центральная клиническая медико-санитарная часть, Ульяновск, Россия

Одним из сывороточных медиаторов воспаления — участником процесса неоваскулогенеза и клеточного роста, является

сосудисто-эндотелиальный фактор роста (Vascular endothelial growth factor — VEGF), который обуславливает повышенную проницаемость сосудистой стенки, стимулирует рост эндотелиальных клеток сосуда. VEGF хорошо изучен при сердечно-сосудистой патологии, и считается что он часто повышен у пациентов с псориазом, однако его роль при псориазе изучена недостаточно.

Цель. Оценить поздние потенциалы желудочков у пациентов мужского пола, страдающих артериальной гипертензией с отсутствующим вульгарным псориазом.

Материал и методы. Проводилось исследование 110 пациентов мужского пола, находившихся на амбулаторном лечении по поводу артериальной гипертензии 2 стадии, средний возраст $52,4 \pm 6,9$ года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (группа сравнения) 50 пациентов с АГ, 2 группа (основная группа) 60 пациентов с АГ с вульгарным псориазом. Обе группы были сопоставимы по возрасту, длительности АГ, индексу массы тела ($p \geq 0,05$). Сывороточную концентрацию VEGF-A исследовали с использованием набора реактивов Вектор-Бест (Россия) на иммуноферментном анализаторе Hospitex diagnostics Plate Screen (Италия). Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10.0. Для непрерывных величин рассчитывались средние величины (М), стандартные отклонения (SD).

Результаты. В результате проведенного исследования было выявлено, что концентрация VEGF-A у пациентов с сочетанием АГ и псориаза составила $160,3 \pm 49,9$ пг/мл, что было статистически значимо выше ($p = 0,0002$), чем у пациентов с АГ без псориаза — $134,1 \pm 39,6$ пг/мл.

Заключение. Сосудисто-эндотелиальный фактор роста у пациентов с артериальной гипертензией с сочетанным псориазом значимо выше, чем у пациентов с артериальной гипертензией без псориаза.

060 АУТОФЛЮОРЕСЦЕНЦИЯ КОЖИ — НОВЫЙ ИНТЕГРАЛЬНЫЙ МЕТОД В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Коновалова Д. Ю.

СОКБ им. В. Д. Середякина, Самара, Россия

Хроническая болезнь почек (ХБП) — распространенное заболевание, в терминальной стадии требующее проведения трансплантации почки или диализа — чаще программного гемодиализа (ПГД). Нетрадиционные факторы риска — уремические токсины, фосфатемия, перегрузка объемом, окислительный стресс и хроническое воспаление рассматриваются как основные факторы, способствующие ускорению развития атеросклероза и повышению смертности. Окислительный стресс возникает на ранних стадиях ХБП, прогрессирует по мере усугубления почечной недостаточности. К разновидностям метаболического стресса относят задержку в организме большого количества токсинов, в том числе конечных продуктов гликирования (КПГ). В настоящее время выявлен целый ряд параметров, ассоциированных с негативным прогнозом, среди которых параметр аутофлюоресценции кожи (АФК) — доступный способ определения в тканях КПГ.

Цель. Дать характеристику параметра АФК у пациентов с трансплантированной почкой и получающих программный гемодиализ во взаимосвязи с прогностически информативными биохимическими, клиническими и инструментальными параметрами

Материал и методы. С целью установления взаимосвязей АФК с параметрами клинического, метаболического статуса проведено исследование 88 пациентов, получающих ПГД и 27 реципиентов трансплантированной почки (РТП). Контрольная группа представлена 75 практически здоровыми добровольцами в возрасте от 27 до 70 лет: мужчин — 43 (57,3%) без клинических признаков атеросклероза, хронических воспалительных заболеваний, сахарного диабета. Параметр АФК определялся с помощью оригинального при-

бора (ридера), разработанного коллективом кафедры лазерных и биотехнических систем Самарского университета им. академика С. П. Королева.

Результаты. АФК значительно выше у пациентов реципиентов почечного трансплантата и получающих ПГД. Установлена универсальная выраженная зависимость АФК от возраста и факта курения в группах контроля, ПГД и РТП. Предложены модели детерминантов АФК в каждой изученной группе. АФК был связан со степенью нутритивного дефицита (по индексу NRI) $r=-0,39$, $p<0,001$ и индексом коморбидности Чарлсон: $r=0,60$, $p<0,0001$, воспалительной активности по С-реактивному белку: $r=0,32$, $p<0,01$ в группе ПГД. Также в этой группе установлены высокозначимые прямые коррелятивные связи с параметрами гипертрофии левого желудочка и отрицательные с его фракцией выброса.

Заключение. Поиск биомаркеров, отражающих сердечно-сосудистое ремоделирование, системную воспалительную реакцию, предсказывающих исходы у пациентов с тяжелыми проявлениями ХБП является актуальной задачей не только нефрологии, но и кардиологии, поскольку наиболее часто летальность у пациентов с ГД объясняется внезапной кардиальной смертью, инфарктом миокарда, инсультом или хронической сердечной недостаточностью. Полученные результаты позволяют рассматривать АФК как интегральный параметр ремоделирования сердца и метаболического профиля, прежде всего у пациентов ПГД, перспективного для оценки прогноза неблагоприятных исходов.

061 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ОЖИРЕНИЕ, ДЕПРЕССИЯ И РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2 В ЛЕЧЕНИИ

Беккер Р.А.¹, Быкова Ю.В.², Быкова А.Ю.²

¹Университет им. Давида Бен-Гуриона в Негеве, Хадаром, Бээр-Шева, Израиль; ²Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь, Россия

Известна высокая частота коморбидности как артериальной гипертензии (АГ), так и ожирения — с большим депрессивным расстройством (БДР). Также не являются секретом как попарные двусторонние патогенетические связи между ожирением и БДР, между АГ и БДР, так и односторонне направленные патогенетические связи между ожирением и риском развития в будущем АГ. Многие пациенты с ожирением не могут похудеть при использовании низкокалорийных диет и физических нагрузок. Это вызывает необходимость в фармакологических методах лечения ожирения. Имеются данные о том, что кетонные тела в физиологических концентрациях могут играть роль в регуляции настроения и уровня тревоги. Ингибиторы натрий-глюкозного котранспортера 2 (иНГЛТ-2), увеличивая выделение глюкозы с мочой и ограничивая доступность глюкозы для клеток организма — могут способствовать как похудению (за счёт потери калорий с мочой), так и повышению кетонемии в крови. Последний фактор может способствовать улучшению настроения и самочувствия, снижению тревоги при БДР.

Цель. Представить описание клинического случая пациента с коморбидностью АГ, ожирения и терапевтически резистентной депрессии (ТРД). Описать программу лечения, которая помогла пациенту преодолеть резистентность ТРД, похудеть и улучшить течение АГ.

Описание случая. Наблюдался 27-летний мужчина с ожирением 1-й степени (рост=184 см, масса тела=106 кг, ИМТ=31,3), коморбидными БДР и АГ. По линии кардиолога получал биспролол 5 мг/сут. Испробованный ранее лозартан — не давал стойкого снижения артериального давления. По линии психиатра перепробовал 2 антидепрессанта (АД) — эсциталопрам до 20 мг/сут, сертралин до 150 мг/сут — без эффекта. Запрос пациента состоял не только в том, чтобы улучшить психическое состояние, но и в том, чтобы "помочь похудеть". Самостоятельно придерживаясь ограничения калорийности диеты он был не в состоянии.

Поскольку пациент категорически отвергал инъекционный путь введения препаратов в качестве постоянного решения — то возможность применения у него семаглутида, как наиболее эффективного препарата для лечения ожирения, априори исключалась. С целью снижения аппетита и улучшения инсулин-чувствительности тканей сертралин был заменен на флуоксетин до 80 мг/сут, добавлен метформин до 2000 мг/сут. Позднее, с целью содействия дальнейшему похудению и улучшения настроения, был присоединен канаглифлозин 100, затем 300 мг/сут. Переносимость была хорошей, гипогликемических эпизодов или иных серьезных побочных эффектов (ПЭ) не отмечалось. Лечение на протяжении 6 месяцев привело к становлению полной ремиссии ТРД, похудению пациента с 106 до 82 кг (ИМТ=24,2), улучшению течения АГ.

Обсуждение. Ингибиторы НГЛТ-2 могут быть эффективными адъювантами в лечении депрессий у пациентов с ожирением, одновременно способствуя похудению и снижению артериального давления.

062 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Мусаева Ф.М., Канунова Т.А., Алиджанова Х.Г.

НИИ СП Склифосовского, Москва, Россия

Среди реципиентов почечного трансплантата широко распространена артериальная гипертензия (АГ), частота которой в посттрансплантационном периоде составляет до 95%. Это стойкая АГ с трудом поддается привычной медикаментозной терапии и является основным фактором риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), причиной потери трансплантата и преждевременной смерти. Причины и ФР посттрансплантационной АГ не всегда могут быть выявлены, однако знание посттрансплантационных механизмов необходимо для поиска оптимального лечения.

Цель. Изучить причины развития АГ и оптимальное лечение гипертензии после трансплантации почки (ТП).

Материал и методы. В электронных базах проведен систематический обзор литературы (47 источников) с целью выявления всех исследований, посвященных проблеме АГ в посттрансплантационном периоде.

Результаты. ФР возникновения АГ после ТП являются факторы, определяющие происхождение как донора, так и реципиента. Наиболее частой причиной АГ является хроническое отторжение и иммуносупрессивная терапия. Стероиды и ингибиторы кальциневрина — мощные вазоконстрикторы, приводящие к фиброзу сосудов. Другими причинами АГ являются прогрессивное снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ), стеноз почечной артерии трансплантата, последствия анти тело-опосредованного отторжения и несостоятельность аллотрансплантата. Основным фактором, повышающим внутрипочечное сосудистое сопротивление (в аллотрансплантате) у пациентов с сохраненными нативными почками, является секреция ренина нативными почками. Эти данные позволяют предположить, что основной механизм почечной вазоконстрикции — секреция ренина из собственных почек. Для скрининга гипертензии рекомендуют проведение суточного мониторингирования АД. Две основные цели антигипертензивной терапии в посттрансплантационном периоде — сохранение функции почек и снижение риска ССЗ. В лечении посттрансплантационной АГ применяются все классы антигипертензивных препаратов. Блокаторы кальциевых каналов доказали свою эффективность в снижении нефротоксичности, обусловленной циклоспорином, купировании гипертензии и предотвращении острого тубулярного некроза после трансплантации. Терапия ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента или блокаторами рецепторов ангиотензина могут вызвать или усугубить снижение СКФ, что может маскировать ранние признаки острого отторжения трансплантата.

Заключение. Причины и факторы риска посттрансплантационной АГ реципиента не всегда могут быть определены, однако знание посттрансплантационных механизмов необходимо для поиска оптимального подбора гипотензивных препаратов. Патогенез АГ в посттрансплантационном периоде сложный. Иммуносупрессивные препараты способствуют развитию гипертензии. Управление АД после трансплантации почки требует индивидуального подхода. Для достижения целевого АД нередко необходимо применение нескольких антигипертензивных препаратов. Знание посттрансплантационных механизмов необходимо для поиска оптимального подбора гипотензивных препаратов.

063 МЕТОД ОЦЕНКИ АУТОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ КОЖИ В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ

Коновалова Д. Ю.

СОКБ им.В.Д. Середавина, Самара, Россия

Программный гемодиализ (ПГД) — самая распространенная форма заместительной почечной терапии в мире, на него приходится около 69% всех видов заместительной почечной терапии и 89% всех видов диализа. В настоящее время выявлен целый ряд параметров, ассоциированных с негативным прогнозом, среди которых аутофлюоресценция кожи (АФК) — доступный способ определения в тканях конечных продуктов гликирования (КПГ). Процесс образования КПГ в тканях происходит с разной скоростью, отражая процессы старения и вероятность возникновения хронических заболеваний с ним ассоциированных: сахарный диабет, атеросклероз артерий и ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, ХБП. Несмотря на возможность детекции циркулирующих КПГ, определение их концентрации в тканях представляет более важную информацию с клинической точки зрения, поскольку она более тесно связана с ремоделированием органов, сосудистой системы и прогнозом.

Цель. Определить значимость АФК как предиктора общей смертности у пациентов получающих ПГД с использованием оригинального прибора — ридера.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 88 пациентов в возрасте от 23 до 80 лет, средний возраст $58,01 \pm 13,79$ с терминальной почечной недостаточностью 5 стадии, находящимися на ПГД. Стаж получения интервенционной заместительной почечной терапии составляет от 1 года до 30 лет, и в среднем составил $7,66 \pm 5,61$ лет. Параметр АФК определялся с помощью оригинального прибора (ридера), разработанного коллективом кафедры лазерных и биотехнических систем Самарского университета им. акад. С.П. Королева.

Результаты. Подтверждено значительное увеличение АФК у пациентов получающих ПГД. Подтверждена зависимость АФК от возраста и факта курения. Параметр АФК детерминирован ($R^2=46\%$) индексом коморбидности Чарлсон, табакокурением (годы) и калием крови.

Также установлены высокосвязанные прямые коррелятивные связи с параметрами гипертрофии левого желудочка и отрицательные с его фракцией выброса. АФК измеренный исходно, в сочетании с альбумином, щелочной фосфатазой, С-реактивным белком крови в модели прогноза общей смертности обеспечили чувствительность 72%, специфичность 84%. Исходный параметр АФК является независимым предиктором кумулятивной летальности. Динамика АФК, измеренного через 1 год также позволяет прогнозировать летальность с высокой достоверностью. Это подтверждено статистическим различием динамика АФК: так среди выживших этот параметр составил — 0,60 отн.ед., а среди умерших 0,91, $p<0,001$. В предложенной модели прогноза динамика АФК второй по значимости фактор после курения. Модель с включением параметра динамики АФК обеспечивает чувствительность 89%, специфичность—91%.

Заключение. Полученные результаты позволяют рассматривать АФК как важный независимый фактор прогноза общей летальности, как новый интегральный параметр ремоделирования сердца и метаболического профиля у пациентов ПГД, мониторингирование которого актуально для выбора оптимальной тактики ведения пациентов.

064 ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ COVID-2019

Евсиков Е. М.¹, Варданыан А. Г.², Теплова Н. В.², Баирова К. И.²

¹ГКБ №15, Москва; ²РГМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

В первой половине 2020 г. в медицинской прессе появились сообщения о наличии признаков многоорганного поражения при инфицировании человека COVID-2019. Было высказано предположение о дополнительной роли в патогенезе заболевания гемоглобинопатии, гипоксии и перегрузка железом клеток паренхиматозных органов. Научными исследованиями китайских авторов были идентифицированы два потенциальных патофизиологических механизма: 1) тяжелый острый респираторный-синдром Тори-коронавирус-2 (SARS-CoV-2) взаимодействие с молекулой гемоглобина через CD147, CD26 и другие рецепторы расположенный на эритроците и/или клетке крови прекурсоры; 2) гепцидин-миметическое действие вирусного спайкового белка, индуцирующего блокировку белка ферропортина. Предполагается, что развитие при этом денатурации гемоглобина и нарушение метаболизма железа могут быть причинами: а) снижения уровня функционирующего гемоглобина; в) перегрузка клеток/ткани ионами железа (гипер-ферритинемия); с) высвобождение свободного токсического циркулирующего гема; d) гипоксемия и системный характер гипоксии; е) восстановление оксида азота; f) активация свертывания крови; g) ферроптоз с активацией окислительного стресса и липопероксидации; h) митохондриальная дегенерация и апоптоз. Эти нарушения могут быть причиной несколько клинических синдромов, таких как отек легких из-за артериального вазоспазма и тромбоза, при сужении и изменение альвеоло-капиллярного русла барьер, сидеробластоподобная анемия, повреждение эндотелия, вазоспастический акросиндром и артерио-венозные тромбозы.

Цель. Изучить показатели периферической крови и их динамику у больных COVID-2019, проходивших лечение с диагнозом вирусная пневмония в городском стационаре Москвы в период апрель-июнь 2020 г.

Результаты. У больных с COVID-19 и пневмонией нами были выявлены значительные изменения показателей эритроидного, мегакариоцитарного и гранулоцитарного ростков крови. Сопоставляя анамнестические сведения о характере патологии крови инфицированных больных до настоящей госпитализации и оценивая динамику их лабораторных показателей в стационаре мы смогли приблизиться к пониманию основных тенденций изменения гематологических изменений под влиянием COVID-19. Наиболее значимым выявленным изменением в эритроидном ростке таких больных было снижение концентрации гемоглобина в эритроците — у 37-38% больных. У 7-10% больных эти изменения имелись на догоспитальном этапе, можно считать, что связанное с COVID-19 пневмонией снижение показателя имелось у 27-28% больных. Тенденция к увеличению числа эритроцитов в крови, в наибольшей степени была отмечена нами в группе более молодых пациентов. В первой группе различия между показателями частоты выявления аномально высоких и патологически низких значений содержания эритроцитов в периферической крови 26,9% ($p<0,02$, достоверно). Аналогичным было различие по уровню концентрации гемоглобина в 1-й группе больных, на 19,2% ($p<0,05$).

065 ТРАДИЦИОННЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Тимофеев Е. В., Серомолот Е. С., Яковлева Е. А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Репродуктивный потенциал мужского населения неуклонно снижается, что связано как с социально-демографическими (позднеотцовство), так и экзогенными (низкий уровень физической активности, привычные интоксикации), и эндогенными (эндокринопатии, инфекционные и соматические заболевания) факторами. Связь мужского бесплодия с традиционными факторами сердечно-сосудистого риска (ССР) изучена недостаточно. Большинство факторов ССР (гиперхолестеринемия, ожирение, гипергликемия, артериальная гипертензия) являются также компонентами метаболического синдрома.

Цель. Оценить связь традиционных факторов ССР с мужским бесплодием.

Материал и методы. В исследование включены 24 пациента мужского пола в возрасте от 18 до 55 лет из бесплодных пар, обратившихся в клинику планирования беременности. Стандарт обследования таких мужчин включает в себя консультацию терапевта и диетолога, проведение стандартного набора клинических и лабораторных исследований, в том числе измерение окружности живота, и, кроме того, УЗИ печени с ФиброМаксом для неинвазивной оценки фиброза и стеатоза, а также анкетирование для исключения пациентов с алкогольным повреждением печени.

Результаты. Наиболее распространенными факторами ССР у обследованных мужчин являются абдоминальное ожирение (79%) и дислипидемия (75%), реже выявляется артериальная гипертензия (46%) и гипергликемия натощак, не достигающая диагностического уровня сахарного диабета (21%). У четверти пациентов факторы ССР не выявлены. У большинства исследуемых (80%) было выявлено сочетание не менее 2 факторов. У 67% пациентов выявлен стеатоз печени, признаки фиброза печени — у 21%, у 3 мужчин патологии печени не обнаружено. У 63% мужчин со стеатозом и фиброзом печени выявляется не менее 3 факторов риска, среди которых наиболее прогностически значимыми являются гипергликемия и дислипидемия — риск фиброза печени при наличии двух этих факторов выше в 25 раз (95% ДИ: 2–298). Гипергликемия натощак наблюдалась лишь у 5 пациентов, и у всех мужчин с гипергликемией был подтвержден стеатоз печени. У мужчин со стеатозом и фиброзом печени чаще верифицировался андрогенный дефицит (снижение уровня тестостерона крови) и функциональные нарушения спермограммы (снижение численности и подвижности сперматозоидов) 62,5% против 12,5%, $p=0,02$.

Заключение. Наиболее распространенными факторами ССР у мужчин, обследованных в связи с бесплодием в парах, являются дислипидемия и абдоминальное ожирение, в то время как дислипидемия и гипергликемия натощак значительно повышают риск стеатоза и фиброза печени. Фиброз печени ассоциирован с более низким уровнем тестостерона у мужчин, приводит к нарушению эректильной функции и ухудшению сперматогенеза. В то же время, известно, что снижение уровня тестостерона является дополнительным фактором, оказывающим влияние на риск развития стеатоза печени.

066 ПОКАЗАТЕЛИ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 2 СТАДИИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Разин В. А.¹, Курганова Ю. Н.², Нестеров А. С.¹

¹ФГБОУ ВО Ульяновский государственный университет, Ульяновск; ²Центральная клиническая медико-санитарная часть, Ульяновск, Россия

Цель. Оценить поздние потенциалы желудочков у пациентов мужского пола, страдающих артериальной гипертензией с сопутствующим вульгарным псориазом.

Материал и методы. Проводилось исследование 110 пациентов мужского пола, находившихся на амбулаторном лечении по поводу артериальной гипертензии 2 стадии, средний возраст $52,4 \pm 6,9$ года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (группа сравнения) 50 пациентов с АГ, 2 группа (основная группа) 60 пациентов с АГ с вульгарным псориазом. Обе группы были сопоставимы по возрасту, длительности АГ, индексу массы тела ($p \geq 0,05$). Всем пациентам проведена сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ) анализом поздних потенциалов желудочков (ППЖ) на аппарате "Поли-Спектр 8/EX" ("Нейрософт", Россия). Выявление ППЖ проводилось на основании вычисления значений трех показателей: продолжительности фильтрованного комплекса QRS (Total QRS) и низкоамплитудных (менее 40 мкВ) сигналов конечной части комплекса QRS (Under 40uV), мс; среднеквадратичной амплитуды последних 40 мс комплекса QRS (Last 40ms), мкВ. Критериями наличия ППЖ считали: Total QRS > 110 мс; Under 40uV > 38 мс; Last 40ms < 20 мкВ. Наличие мере двух и более из перечисленных критериев верифицировалось как ППЖ. Статистическая обработка проводилась с использованием программы Statistica 10. При описании данных при нормальном распределении использовали среднее (M) и стандартное отклонение (SD). Для сравнения качественных показателей применяли критерий χ^2 . Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке частоты выявления потенциалов замедленной фрагментированной активации желудочков у пациентов с АГ и пациентов с АГ на фоне вульгарного псориаза выявлено статистически значимое различие в частоте встречаемости ППЖ у пациентов с сочетанием АГ и псориаза. Поздние потенциалы желудочков у пациентов с АГ были выявлены у 8 пациентов (16%), у пациентов с АГ и псориазом — у 20 пациентов (33%) ($\chi^2=4,32$; $p=0,048$ (по точному критерию Фишера)). При оценке параметров деполаризации желудочков по данным СУ-ЭКГ — продолжительность фильтрованного комплекса QRS у пациентов с АГ — $103,2 \pm 12,4$ мс, у пациентов с АГ и псориазом — $108,4 \pm 12,7$ мс ($p=0,033$), продолжительность низкоамплитудных сигналов конечной части комплекса QRS у пациентов с АГ — $33,5 \pm 9,5$ мс, у пациентов с АГ и псориазом — $37,3 \pm 12,1$ мс ($p=0,073$), амплитуда последних 40 мс комплекса QRS у пациентов с АГ — $32,3 \pm 20,8$ мкВ, а у пациентов с сочетанием АГ и псориаза — $34,8 \pm 17,4$ мкВ ($p=0,661$), таким образом, только различие в продолжительности фильтрованного комплекса QRS было статистически значимо.

Заключение. Полученные результаты показывают, наличие сопутствующего вульгарного псориаза у мужчин с артериальной гипертензией оказывает негативное влияние на показатели электрического ремоделирования сердца, в виде более частой регистрации поздних потенциалов желудочков и более высокой продолжительности фильтрованного комплекса QRS.

067 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОТРАНСФУЗИЮ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ВЗВЕСИ

Маркус Э. А.¹, Коробейникова А. Н.²

¹ГАУЗ СО ЦГБ 20, Екатеринбург; ²КОГКБУЗ Центр кардиологии и неврологии, Киров, Россия

Анемией страдает каждый четвертый житель нашей планеты: по данным на 2021 г. ее распространенность составила 24,3%. Оценивая динамику за последние 30 лет, мы видим увеличение абсолютного числа больных анемией при снижении распространенности на 3,9%. Анемия увеличивает заболеваемость и смертность от сердечно-сосудистой патологии, что обусловлено патофизиологическими механизмами: уве-

личение сердечного выброса в ответ на гипоксию приводит к развитию гипертрофии левого желудочка, вторичной коронарной и сердечной недостаточности. Поэтому значение уровня гемоглобина не всегда является жестким нормативом для определения необходимости гемотрансфузии, а должно быть оценено совместно с другими клиническими факторами и объективным статусом пациента.

Цель. Изучить клинический профиль пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ), перенесших гемотрансфузию эритроцитарной взвеси.

Материал и методы. На базе терапевтического отделения городской больницы г. Екатеринбург проведено ретроспективное сплошное исследование на основании анализа карт пациентов, госпитализированных с хронической тяжелой анемией и сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями. Анализировались социальные и клинические параметры больных, данные заносились в специально разработанную карту. Статистический анализ проводился с использованием программы Jamovi (версия 2.3.28).

Результаты. Проанализированы карты 74 пациентов, из них лица женского пола — 66%. Средний возраст участников исследования составил $68,2 \pm 11,3$ лет. В экстренном порядке госпитализировано 39,2% больных. Впервые анемия тяжелой степени диагностирована у 43,2% пациентов. Среднее количество эритроцитов составило $2,75 \pm 0,94 \cdot 10^{12}/л$, средний объем эритроцитов 93,1 (74;107) фл, гематокрит 23,9 (21,1;27,7) %, среднее содержание гемоглобина в эритроците 250 (223;277) пг, сывороточного железа 8,7 (1,1;17,6) мкмоль/л, ферритина 154 (5;209) мкг/л. Чаше встречалась железодефицитная анемия (63%), частота анемия хронического заболевания составила 34%, гиперхромные анемии В12- и фолиеводефицитные диагностированы у 3% пациентов. Основными причинами тяжелой анемии у больных оказались злокачественные новообразования (78,4%) и болезни желудочно-кишечного тракта (12,2%). Индекс полиморбидности Чарлсон составил $4,4 \pm 2,1$ балла, индекс CIRS-G 2 (1,75;2,25) баллов. Пациенты имели от 1 до 5 сердечно-сосудистых заболеваний. В структуре превалировала артериальная гипертензия (92,8%), стенокардия напряжения диагностирована у 64,3% больных, постинфарктный кардиосклероз — у 10%, различные нарушения ритма сердца выявлены у 17,1%, хроническая сердечная недостаточность с сохраненной фракцией выброса левого желудочка у 67,1%.

Заключение. Клиническими особенностями пациентов с ССЗ, перенесших гемотрансфузию, явились пожилой возраст, большое количество сердечно-сосудистой патологии и высокий уровень полиморбидности.

068 СТРУКТУРНОЕ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Сидорова Ю. Ю.

Ульяновский областной клинический медицинский центр оказания помощи лицам, пострадавшим от радиационного воздействия, и профессиональной патологии имени Героя Российской Федерации Максимчука В. М., Ульяновск, Россия

Вибрационное воздействие сохраняется одним из самых частых неблагоприятных технологических воздействий на организм человека, и является причиной профессиональных патологий. Наличие коморбидности артериальной гипертензии (АГ) и вибрационной болезни (ВБ) в современной клинической практике, достаточно часто встречаемая ситуация.

Цель. Сравнить показатели артериального давления, структурно-функциональные параметры сердца и показатели сигнал усредненной ЭКГ у пациентов с АГ с сопутствующей ВБ с пациентами с АГ без ВБ.

Материал и методы. Было обследовано 122 мужчин в возрасте 45-60 лет с артериальной гипертензией 2 стадии.

Пациенты в зависимости от наличия у них ВБ были разделены на 2 группы, в 1 группу вошли мужчины с АГ (группа сравнения, $n=54$), во 2 группу — мужчины с АГ+ВБ (основная группа, $n=68$). Длительность АГ — $8,2 \pm 2,5$ года, средний стаж во вредных условиях более 10 лет. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, в том числе Эхокардиография (ЭХО-КГ) и сигнал-усредненная ЭКГ (СУ-ЭКГ). Статистическая обработка данных осуществлялась программой "Statistica 10.0".

Результаты. В ходе исследования офисное САД у пациентов с АГ составило $141,4 \pm 9,1$ мм рт.ст., у пациентов с АГ и ВБ — $144,5 \pm 10,2$ мм рт.ст. ($p=0,083$), офисное ДАД у пациентов с АГ составило $88,6 \pm 6,3$ мм рт.ст., у пациентов с АГ и ВБ — $91,3 \pm 7,1$ мм рт.ст. ($p=0,030$), ЧСС у пациентов с АГ составила $65,2 \pm 4,4$ уд/мин., у пациентов с АГ и ВБ — $72,4 \pm 6,1$ уд/мин. ($p=0,0001$). При сравнении встречаемости типов геометрии ЛЖ, было выявлено, что у пациентов с АГ и ВБ концентрическая ГЛЖ (46 пациентов; 67,6%) встречалась статистически значимо чаще ($\chi^2=4,73$, $p=0,0296$), чем у пациентов с АГ (26 пациентов; 48,1%). Пациенты с сочетанием АГ и ВБ, при проведении СУ-ЭКГ, имели статистически значимо более высокую продолжительность фильтрованного комплекса QRS ($104,1 \pm 11,6$ мс у пациентов с АГ, $109,5 \pm 12,9$ мс у пациентов АГ+ВБ, $p=0,0179$), длительность низкоамплитудных сигналов конечной части QRS также было статистически значимо выше у пациентов с АГ+ВБ ($32,9 \pm 9,7$ мс при АГ, $38,1 \pm 12,3$ мс при АГ+ВБ, $p=0,0123$), амплитуда последних 40 мс QRS у пациентов с АГ и пациентов с АГ+ВБ была сопоставима — $31,5 \pm 13,7$ мкВ и $33,9 \pm 14,4$ мкВ, соответственно ($p=0,35$). Поздние потенциалы желудочков у пациентов с АГ без ВБ были выявлены у 9 пациентов (16,6%), у пациентов с АГ и ВБ — у 22 пациентов (32,4%) ($F=3,91$; $p=0,048$).

Заключение. У пациентов, страдающих АГ 2 стадии с коморбидной ВБ, отмечается более высокое значение ДАД и ЧСС ($p<0,05$), более частая встречаемость концентрической ГЛЖ, по сравнению с пациентами с АГ ($p<0,05$). Длительное воздействие вибрации на организм пациента с АГ через нейрогуморальные нарушения приводят у этих лиц к более выраженному электрическому ремоделированию миокарда, чем у лиц с АГ без воздействия вибрации. У пациентов с АГ и ВБ значимо чаще регистрируются поздние потенциалы желудочков ($\chi^2=3,91$; $p=0,048$), и более выраженные изменения параметров СУ-ЭКГ.

069 ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНАЯ ФЕМИНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ У МОЛОДОГО МУЖЧИНЫ

Грабовый Д. А., Бикбаева Г. Р., Осадчий И. А., Тухбатова А. А., Дупляков Д. В.

ГБУЗ СОККД им. В. П. Полякова МЗ СО, Самара, Россия

Приём комбинированных оральных контрацептивов сопряжен с риском развития тромбоэмболических и сосудистых событий. В настоящее время более 100 млн женщин в мире принимают данную терапию. Однако препараты этой группы принимают не только лица женского пола, но и лица мужского пола, желающие изменить свой пол. Приведенное ниже клиническое наблюдение демонстрирует развитие инфаркта миокарда и тромбоэмболии легочной артерии у молодого мужчины на фоне феминизирующей терапии.

Описание случая. Мужчина С., 32 года, впервые в жизни в течение 2-х недель стал отмечать дискомфорт за грудиной, возникающий после физической нагрузки, купирующийся в покое. Ранее проблем с сердечно-сосудистой системой не имел. Накануне поступления вышеописанные жалобы возникли при минимальной нагрузке и в покое, сопровождалась одышкой и тошнотой. Вызвал СМП, на зарегистрированной ЭКГ обнаружена элевация сегмента ST в переднебоковых отведениях. В течение полутора лет самостоятельно принимал препараты левоноргестрел и этинилэстрадиол, а также спиронолактон, с целью смены пола. Из анамнеза извест-

но, что пациент с 2012 г. наблюдается психиатром с диагнозом: параноидальная шизофрения. Со слов пациента рекомендованных препаратов последние месяцы осознанно не принимал. Пациент экстренно направлен в рентгеноперационную. Обнаружена окклюзия ПМЖВ в проксимальном отделе, дистальные отделы не контрастируются. ПКА — без патологии. Выполнена механическая проводниковая реканализация, предилатация, многократная тромбаспирация из ПМЖВ и ДА. Начато введение тирофибана, восстановлен антеградный кровоток TIMI II по ПМЖВ. Течение заболевания осложнилось развитием клиники кардиогенного шока, пациент транспортирован в отделение реанимации. В ОРИТ проводилась гемодинамическая поддержка, двойная анти-тромбоцитарная терапия (АСК и тикагрелор), инфузионная терапия. ЭхоКГ — акинезия верхушки, апикального и медиального сегментов МЖП, передней стенки, апикально-латерального сегментов, ФВ по Симпсону 31%. Назначены ингибиторы SGLT2, добавлены б-блокаторы и спиронолактон. Отмечается повышение ВЧ-тропонина до 27533.0 нг/л и Д-димера 6.0 мг/л. На фоне проводимой терапии — положительная динамика, купирование кардиогенного шока, анги-нальных симптомов. Пациент переведен в кардиологическое отделение. Была выполнена КТ ОГК с контрастным усилением. Диагностирована двухсторонняя ТЭЛА сегментарных ветвей. Выполнена замена тикагрелора на клопидогрел и назначение антикоагулянтной терапии. Выполнены ЦДК УЗДГ артерий и вен н/к, БЦС — отсутствие атеросклеротического и тромботического поражения. С целью контроля коронарного кровотока выполнено МСКТ коронарных артерий — коронарное русло интактно, индекс кальция по шкале Agatston 0. Продолжалась ДАТТ, антикоагулянтная, квадротерапия СН. Выписан с рекомендациями по модификации образа жизни, наблюдения специалистов и продолжения терапии.

Обсуждение. Приведенный клинический случай демонстрирует потенциальную опасность бесконтрольного проведения феминизирующей терапии.

070 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Д. В.¹, Генатулина А. С.²

¹ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, Иваново; ²ОБУЗ 8 ГКБ, Иваново, Россия

В последние годы в России увеличилась распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди женщин детородного возраста. Это привело к увеличению беременных с повышенным артериальным давлением (АД). АГ остается наиболее частой причиной перинатальной заболеваемости и смертности, значительно осложняет течение беременности и может явиться причиной материнской смертности. В связи с вышесказанным представленный клинический случай имеет определенный интерес.

Описание случая. Пациентка Т. 41 года, поступила по экстренной помощи в гинекологическое отделение с диагнозом: Угрожающий выкидыш в сроке 9-10 недель беременности ЭКО Гипертоническая болезнь 2 стадии ХСН0 Ожирение 1 степени. При поступлении предъявляла жалобы на головную боль неинтенсивную и тянущие боли внизу живота. Из анамнеза: в течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, постоянно получала 40 мг эдакви, однако при наступлении беременности кардиолог отменил гипотензивную терапию. Начиная с пятой недели беременности болевая стала отмечать повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст. и выше. При осмотре состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, ИМТ — 34 кг/м². При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме, тоны сердца при аускультации ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, акцент 2 тона на аорте. АД 160/98 мм рт.ст. С целью уточнения диагноза больной были проведены дополнительные лабораторно-инструментальные обследования. Клинический анализ крови и мочи в норме.

Исследование крови на ВИЧ, RW, гепатиты — отрицательны, биохимические анализы крови за период наблюдения оставались в пределах референтных значений. На ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 82 в мин., нормальное положение электрической оси сердца. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органом малого таза подтвердило угрозу прерывания беременности. Больной была назначена сохраняющая терапия, а также начата гипотензивная терапия допегитом в дозе 250 мг х 3 раза в день под контролем уровня артериального давления. На фоне проводимой терапии наблюдалась положительная динамика. АД стабилизировалось на цифрах 130-135/80-85 мм рт.ст., тянущие боли внизу живота исчезли. По данным УЗИ беременность прогрессирует, больная выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдения акушера-гинеколога консультации и кардиолога.

Обсуждение. В описанном клиническом случае показана неадекватная тактика ведения беременной с АГ врачом-кардиологом. Отмена гипотензивной терапии с наступлением беременности привела не только к декомпенсации АГ, но и осложнению течения беременности. Таким образом, своевременное назначение гипотензивной терапии во время беременности снижает риск развития перинатальной заболеваемости.

071 КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАНИФЕСТАЦИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В ВИДЕ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА

Варавин Н. А., Сантаков А. А., Лапшина Д. Ю.

Военно-Медицинская Академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Системная красная волчанка (СКВ) — мультисистемное аутоиммунное заболевание с поразительной вариабельностью клинических проявлений. При этом значительный перикардиальный выпот или тампонада сердца присутствуют менее чем в 1% случаев СКВ и еще реже являются первым проявлением заболевания.

Описание случая. Пациент К., 19 лет, поступил в 1 клинику терапии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова с жалобами на общую слабость, сухой кашель, одышку при выполнении ранее переносимой физической нагрузки. Из анамнеза заболевания известно, что ухудшение самочувствия началось 08.04.2024 с появления общего недомогания, насморка, повышения температуры тела до 37,0° С. Госпитализирован в медицинский пункт войсковой части, назначена антибактериальная терапия. На фоне лечения самочувствие улучшилось, был выписан, однако через два дня вновь отметил повышение температуры до 39° С, появилась слабость, одышка, сухой кашель, боли в груди, возобновлена антибактериальная терапия. В связи с отсутствием положительной динамики госпитализирован 18.04.2024 в военный госпиталь, где на рентгенограмме органов грудной клетки выявлена жидкость в полости перикарда и плевральных полостях. 19.04.2024 пациент был переведен в ГУЗ "Областной кардиологический диспансер" г. Саратова. По результатам эхокардиографии выявлен выпот в полости перикарда в большом объеме (не менее 750 мл) с нитями фибрина. На ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 100 уд./мин, НБПНПГ, распространенное нарушение процессов реполяризации, сглаженные зубцы Т в задней, передне-перегородочно-верхушечно-боковой области левого желудочка. Вследствие угрозы тампонады сердца принято решение о проведении пункции и дренировании полости перикарда и плевральной полости слева. 22.04.2024 переведен для дальнейшего лечения и обследования в Военно-медицинскую академию имени С. М. Кирова МО РФ. Учитывая острое начало заболевания и развитие перикардита и плеврита в дебюте течения заболевания, проводилась дифференциальная диагностика между специфическими причинами поражениями серозных оболочек, системными заболеваниями соединительной ткани, постинфекционной этиологией. В ходе обследования

установлено повышение антител к нативной (двуспиральной) ДНК 200 Ед/мл при норме (0-20 ЕД/мл), повышение анти-нуклеарного фактора клеточной линии НЕР-2 с определением 6 типов свечения до титра 5120 ядерного гранулярного типа свечения (АС-2.4) при норме титр <160. Пациент был проконсультирован ревматологом, установлен диагноз: Системная красная волчанка: подострое течение с умеренной активностью с поражением серозных оболочек (плевры, перикарда) с умеренными гематологическими изменениями.

Обсуждение. Курация пациентов с перикардитом связана со сложностями выяснения его причины и, соответственно, выбора эффективного лечения. Тампонада сердца является опасным для жизни состоянием, СКВ следует рассматривать как одну из возможных причин ее развития.

072 ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

*Вахмистрова Т. К.^{1,2}, Сайфутдинов Р. И.²,
Баималух Е. Г.¹, Русева Ю. В.¹, Орехова М. Н.¹,
Белоклокова Т. В.¹*

¹ГАОУЗ Оренбургская РБ, Оренбург; ²Оренбургский государственный университет, Оренбург, Россия

Адаптация в настоящее время — одно из ключевых понятий в физиологии. Адаптация зависит от ряда факторов: это влияния профессиональной среды, широта и разнообразие деятельности, интереса к ней, содержания труда, индивидуально-психологических свойств личности. Индекс оценки адаптационного потенциала предложенный Р. М. Баевским в 1987 г., который является одним из эффективных критериев уровня здоровья и позволяет дать оценку работоспособности организма при выполнении повседневных задач.

Цель. Изучение функционального состояния сотрудников ГАОУЗ "Оренбургская РБ".

Материал и методы. В исследование включены 98 сотрудников в возрасте от 23 до 69 лет (средний 46.88 ± 10.77) поделенных на три группы в зависимости от места работы. Первая группа представлена сотрудниками клинических отделений, 2 группа сотрудниками диагностических отделений и 3 группа сотрудниками администрации. Средний возраст по группам составил 46.3 ± 11.7 , 49.1 ± 9.9 и 48.3 ± 7.3 , соответственно.

Исследование включало показатели артериального давления, пульса, индекса массы тела и адаптационного потенциала.

Результаты. Средние показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, а также ЧСС соответствовали норме с не достоверной разницей ($p > 0.05$) и составили соответственно по группам: САД = 1 гр. — 119.72 ± 14.36 мм рт.ст., 2 гр. — 111.78 ± 13.7 , 3 гр. — 116.3 ± 12.1 , ДАД = 1 гр. — 77.97 ± 11.39 мм рт.ст., 2 гр. — 74.04 ± 10.81 , 3 гр. — 79.6 ± 6.8 , ЧСС = 1 гр. — 78.67 ± 11.85 уд./мин., 2 гр. — 72.42 ± 8.02 , 3 гр. — 75.9 ± 3.96 .

Средний индекс адаптации соответствовал норме во всех группах с не значительной разницей ($p > 0.05$) и составил по группам: 1 гр. — 2.29 ± 0.41 , 2 гр. — 2.16 ± 0.38 , 3 гр. — 2.31 ± 0.34 . У 13 (13.27%) сотрудников выявлено повышение индекса адаптации до 2 стадии.

Заключение. Выявление сотрудников с повышенным индексом ис учетом всех факторов, влияющих на адаптацию, необходимо этих сотрудников дополнительно обследовать у кардиолога и психолога.

073 КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ГОСПИТАЛЬНОМ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ COVID-19

Романенко Д. А., Ярославская Е. И.

Тюменский кардиологический научный центр, Тюмень, Россия

До сих пор отсутствует понимание того, могут ли клинические характеристики COVID-19 (в том числе восстановительного периода) у медицинских работников отличаться от населения в целом.

Цель. Научное обоснование и разработка критериев оценки отдаленных кардиальных последствий COVID-19 у медицинских работников, подвергающихся высокому биологическому риску при исполнении своих трудовых обязанностей, а также оценка эффективности их лечения.

Материал и методы. Из 350 пациентов "Проспективного регистра лиц с COVID-19-ассоциированной пневмонией", среди 67 медицинских работников артериальной гипертензией (АГ) страдали 45. В контрольную группу вошли 90 пациентов регистра с АГ, сопоставимых с группой 1 по возрасту, полу, индексу массы тела (ИМТ), стажу и тяжести АГ. Клинические, лабораторные и инструментальные показатели групп были оценены в госпитальном периоде пневмонии COVID-19 и через 3 месяца после выписки.

Результаты. По основным параметрам госпитального периода значимые различия были выявлены только по частоте применения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) — чаще такие препараты как тоцилизумаб и сарилумаб применяли в группе медработников (13,3% против 3,3%, $p = 0.029$). Медработники отличались также более низкими значениями гемоглобина (135.2 ± 11.9 против 139.6 ± 11.1 , $p = 0.025$), гематокрита (43.5 ± 4.0 против 45.0 ± 3.7 , $p = 0.027$), стандартным отклонением ширины распределения эритроцитов (47.6 ± 3.3 против 49.4 ± 4.7 , $p = 0.041$) и АсАТ ($18.1 [14.9; 23.4]$ против $20.3 [18.1; 26.4]$, $p = 0.047$), что предположительно связано с более частым приемом двойной антиагрегантной терапии. Хотя средние значения глобальной продольной деформации (GLS) ЛЖ находились в пределах нормы (-20.0 ± 2.2 и -19.5 ± 2.4 , $p = 0.271$), вызывает настороженность высокий процент пациентов обеих групп со сниженным её значением (80,0% и 76,1%, $p = 0.876$). Значимо выше были показатели деформации сегментов базального уровня ($-18.3 [-17.3; -21.0]$ против $-17.7 [-16.2; -18.8]$, $p = 0.012$) за счет переднего ($-18.5 [-16.0; -22.0]$ против $-16.0 [-17.0; -15.0]$, $p = 0.018$) и переднебокового сегментов ($-19.0 [-17.0; -21.0]$ против $-17.0 [-14.0; -19.0]$, $p = 0.001$) у медработников.

Полученные результаты говорят о необходимости продолжения проспективного наблюдения после COVID-19 как медицинских работников, так и лиц других профессий, с патологией сердечно-сосудистой системы.

Заключение. Основные критерии оценки кардиальных последствий COVID-19 у медицинских работников: высокий уровень распространенности АГ (67,2% от общего числа медицинских работников), повышенные уровни ОХ, ХСЛПНП, ЛПОНП, наличие субклинических нарушений функции ЛЖ (высокая частота снижения GLS ЛЖ — до 20,0% от общего числа наблюдений), превышающий норму уровень гликированного гемоглобина, повышенный уровень высокочувствительного СРБ и высокое среднее значение соотношения нейтрофилов к лимфоцитам (NLR), связанное с увеличением числа лимфоцитов и уменьшением числа нейтрофилов в отдаленные сроки после пневмонии COVID-19.

074 ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ КОВИД-19: ПАНДЕМИЯ ЗАКОНЧИЛАСЬ, ВОПРОСЫ ОСТАЛИСЬ

*Цоколов А. В., Амелин В. В., Хохряков А. В.,
Каленов И. В.*

ФГБУ 1409 ВМКГ МО РФ, Калининград, Россия

В настоящее время характер и механизмы повреждения органов и тканей при инфекции SARS-CoV-2 по большей части остаются неясными.

Цель. Уточнить частоту и характер повреждения миокарда.

Материал и методы. В исследование было включено 70 пациентов, перенесших COVID-19. В зависимости от объема поражения легких пациенты были разделены на группы КТ (компьютерная томография): КТ-1 (0-25%), КТ-2 (26-50%),

КТ-3 (51-75%) и КТ-4 (76-100%). Исследования выполнялись на 25-40й день постановки диагноза. Гистологическая картина оценивалась по данным 30 протоколов аутопсии.

Результаты. Средний возраст пациентов в группах: $46,2 \pm 16,6$; $47,6 \pm 14,2$; $60 \pm 10,2$ и $58,3 \pm 11,1$ года, соответственно. Фракция выброса ЛЖ (по методике Симпсона): $62,4 \pm 7,7\%$, $55,8 \pm 5,9\%$, $49,8 \pm 3,3\%$ и $58 \pm 8,2\%$, соответственно). Поражение миокарда в виде нарушения показателя продольной деформации (как косвенного признака миокардита у пациентов с COVID-19, но не являющегося таковым на самом деле) регистрировалось в 83% случаев в группе КТ-3 (в 2,5 раза чаще, чем в группе КТ-4 и в 1,3 раза чаще, чем в группе КТ-2). Неспецифическая гистологическая картина по типу отека миофибрилл, бледности ядер, отека саркоплазмы, дистрофических изменений не может однозначно трактоваться как миокардит, тем более коронавирусный. Гипертрофия кардиомиоцитов скорее свидетельствует о наличии хронической гипоксии, ишемии, метаболических изменений (в большей степени как фон от сопутствующей патологии — сахарный диабет, гипертония, ИБС). Ни у одного из обследованных пациентов, кому проводилось иммунологическое исследование крови на наличие "антител к миокарду", таковых обнаружено не было.

Заключение. С учетом полученных данных можно говорить лишь о неспецифических изменениях в органах и тканях на фоне COVID-19, в том числе и в миокарде, в ряде случаев в форме воспалительного мононуклеарного инфильтрата, что не является тождественным миокардиту.

075 СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Цоколов А. В., Амелин В. В., Каленов И. В.,
Хохлаков А. В.

ФГБУ 1409 ВМКГ МО РФ, Калининград, Россия

Характер и механизмы повреждения органов и тканей при инфекции SARS-Cov-2 требуют изучения и уточнения. При этом современная эхокардиографическая методика оценки показателя продольной деформации миокарда (speckle-tracking) позволяет выявлять пациентов с ранними/доклиническими нарушениями функции миокарда.

Цель. Уточнить характерные для COVID-19 нарушения функционального состояния миокарда.

Материал и методы. В исследование было включено 70 пациентов, перенесших COVID-19. В зависимости от объема поражения легких пациенты были разделены на группы КТ (компьютерная томография): КТ-1 (0-25%), КТ-2 (26-50%), КТ-3 (51-75%) и КТ-4 (76-100%). Исследования выполнялись на 25-40й день постановки диагноза. Гистологическая картина оценивалась по данным 30 протоколов аутопсии. Средние значения фракции выброса ЛЖ по методике Симпсона лишь к группе пациентов КТ-3 были ниже нормативных данных: $49,8 \pm 3,3\%$.

Результаты. Неспецифическая гистологическая картина (по данным аутопсии) по типу отека миофибрилл, бледности ядер, отека саркоплазмы, дистрофических изменений, гипертрофии кардиомиоцитов свидетельствует в том числе и о наличии вторичной хронической гипоксии, ишемии, метаболических изменениях. Снижение показателя AFI Avg в 42,9% случаев среди пациентов всех КТ-групп (максимально — до -14,3% в группах КТ-2, КТ-3), было максимальным в группе КТ-3 (в 83% случаев) ретроспективно следует трактовать как следствие влияния общевоспалительных процессов (с учетом результатов аутопсий пациентов с аналогичным объемом поражения легочной ткани), и как следствие отека тканей. Полученные данные по динамике размерных показателей левого желудочка (до заболевания и после) выявили уменьшение конечно-диастолического размера ЛЖ относительно ранее выполненных измерений на $-6,4 \pm 1,07\%$. Вероятная причина подобного феномена — отек тканей, доказанный гистологически. Подобные изменения могут быть обусловлены

так называемым "неспецифическим коронавирусным тканевым отеком". С учетом снижения в ряде случаев 1) ФВ, 2) диастолической дисфункции, 3) уменьшения КДР ЛЖ, а также 3) жалоб (одышка, слабость, отеки), не всегда укладывающихся в клиническую картину основного заболевания, в качестве причины всех описанных проявлений может быть рассмотрена сердечная недостаточность. В случае с SARS-Cov-2 инфекцией такая сердечная недостаточность должна быть описана как "гипоксически-отечная" (или "инфильтративная" по аналогии с ХСН при амилоидозе, гемохроматозе, гликогенозах) с "сохранной или сниженной ФВ" и/или "диастолической дисфункцией".

Заключение. С учетом полученных данных можно говорить о неспецифических изменениях в органах и тканях на фоне COVID-19, в том числе и в миокарде. Диагноз сердечной недостаточности в классическом понимании маловероятен, но в случае подтверждения вышеописанной концепции высокими уровнями показателя NT-proBNP диагноз "Ковид-обусловленной ХСН" может стать объективной реальностью.

076 ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ПРОЦЕССЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Антипова А. В., Осадчая П. В., Шанцына А. М.,
Решетникова Ю. Б., Давыдкин И. Л.

ФГБОУ ВО Клиники СамГМУ Минздрава России,
Самара, Россия

В настоящее время около 30% пациентов с опухолевыми заболеваниями погибают от не онкологических причин, важное место среди которых занимает развитие сердечно-сосудистой токсичности противоопухолевого лечения. Антрациклины, используемые в лечении острого миелобластного лейкоза (ОМЛ), обладают доказанной кардиоваскулярной токсичностью. В настоящее время в терапию ОМЛ внедряются таргетные препараты, индуцирующие апоптоз в опухолевых клетках, информации о развитии кардиоваскулярной токсичности при применении которых не встречается.

Цель. Оценка развития дисфункции эндотелия и миокарда левого желудочка у пациентов с ОМЛ в процессе противоопухолевого лечения с использованием антрациклиновых препаратов, азациитидина и венетоклакса.

Материал и методы. Было включено 46 пациентов с впервые выявленным ОМЛ. Пациентам проводились спелл-трекинг Эхо-КГ с определением фракции выброса (ФВ) и глобальной продольной деформации (GLS) левого желудочка, лазерная доплеровская флуометрия (ЛДФ) исходно (В1), после 2 курсов индукции ремиссии (В2) и 2 курсов консолидации ремиссии (В3). На В1 пациенты были разделены на группы: исследуемая (24 пациента), получавшая химиотерапевтическое лечение производными антрациклина, и группа сравнения (22 пациента), получавшая терапию азациитидином и венетоклаксом.

Результаты. На В1 показатели ФВ, GLS, ЛДФ в обеих группах находились в пределах нормы. На В2 в исследуемой группе выявлено статистически значимое снижение уровня GLS на $11,25\%$ ($8,7-16,45$, $p < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. У 8 пациентов исследуемой группы (33%) обнаружено снижение GLS более чем на 15%. Показатели ФВ в обеих группах оставались в пределах нормы. Среднее значение показателя микроциркуляции (М) и амплитуды вазомоторных, зависящих от эндотелиальной функции (Аэ) в группе стандартной химиотерапии было статистически значимо ниже ($4,51$; $3,83-5,07$, $p < 0,001$; $0,1$; $0,07-0,14$, $p = 0,021$). На В3 снижение уровня GLS в исследуемой группе составило $12,14\%$ ($10,12-18,16$, $p < 0,001$). У 6 пациентов исследуемой группы развилась острая сердечная недостаточность, приведшая к ле-

тальному исходу, на В2 у данных пациентов было выявлено снижение GLS на В2 более чем на 15%. Уровень ФВ у остальных пациентов группы и в группе сравнения оставался в пределах нормы. Среднее значение показателей М, Аэ и коэффициента вариации кровотока в группе стандартной химиотерапии было статистически значимо ниже (3,34; 2,85-3,87, $p<0,001$; 6,75; 6,12-7,87, $p=0,022$; 0,04; 0,03-0,09, $p<0,01$).

Заключение. Снижение уровня GLS более чем на 15%, а также развитие ЭД являются значимыми предикторами развития кардиоваскулярной токсичности у больных ОМЛ, получающих лечение антрациклиновыми препаратами, что требует назначения кардиопротективной терапии. При применении противоопухолевого лечения с использованием азациитидина и венетоклакса не было отмечено развития сердечно-сосудистой токсичности, что приводит к необходимости расширения показаний для их применения у пациентов моложе 65 лет.

077 ВОЛЧАНОЧНЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ФОРМИРОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА: УЛУЧШАЕТ ЛИ ПРОГНОЗ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КЛАПАНА?

Тимофеев Е. В., Алкак Камаль Д. Ю.

ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Волчаночный эндокардит — тяжелое проявление системной красной волчанки (СКВ), приводящее к клапанной недостаточности. Общепринятой точки зрения на тактику лечения таких больных нет — отмечается, что протезирование клапана в ряде случаев способствует активации аутоиммунного процесса и не всегда обеспечивает нормализацию гемодинамики.

Цель. Описать клинический случай тяжелого комбинированного митрального порока сердца с неэффективностью протезирования у молодого мужчины с СКВ.

Описание случая. Мужчина 37 лет, госпитализирован с нарастающей азотемией. Анамнез: в 9 лет дебют СКВ с поражением почек (подтверждено нефробиопсией). В 12 лет при плановом обследовании на ЭхоКГ обнаружена тяжелая бес-

симптомная митральная недостаточность, верифицировано волчаночное поражение кожи, сердца, почек и лёгких. Ухудшение самочувствия к 20 годам — появление отёков, снижение толерантности к нагрузкам, впервые выявлена фибрилляция предсердий, а также эпизод спонтанного коллапса левого лёгкого. В возрасте 26 лет проведено протезирование митрального клапана (ранее больной отказывался от хирургического лечения), после чего появилась неврологическая симптоматика — левосторонний гемипарез, дизартрия, гемипарез, нарушение функции тазовых органов — диагностирован инсульт с частичным восстановлением, впоследствии неоднократно регистрировались судорожные припадки. Получал амлодипин, небиволол, диувер, варфарин, депакин, лозартан, плаквенил.

При осмотре в отделении состояние тяжёлое, заторможен. Кожа бледная, акроцианоз, пастозность левой половины тела, трофические язвы нижних конечностей. Физикально: верхушечный толчок в VII межреберье по средней подмышечной линии, приподнимающий, разлитой; положительный сердечный толчок, положительный симптом двух молоточков; правая граница сердца в V м/р по среднеключичной линии, верхняя в I м/р, расширение сосудистого пучка в обе стороны, выраженная асимметрия пульса; аускультативно: звучный тон работы протеза митрального клапана над всеми точками, III тон. По данным ЭхоКГ — митральный протез, двусторонняя атриомегалия (левое предсердие 93 мм, объём — 1372 мл; объём правого — 138 мл), дилатация обоих желудочков (КДО 210 мл), фракция выброса 21%, давление в лёгочной артерии 65 мм рт.ст. На серии ЭКГ — фибрилляция предсердий, нормосистолия, одиночные левожелудочковые экстрасистолы, снижение вольтажа в отведениях от конечностей, признаки увеличения обоих желудочков с систолической перегрузкой. Во время нахождения в стационаре состояние существенно не менялось, гемодинамика была нестабильна, тем не менее был выписан, через 6 месяцев после выписки был жив.

Обсуждение. Представлен случай нетипичного развития СКВ у мальчика с поражением лёгких, почек и эндокарда с формированием к 25 годам тяжёлого комбинированного митрального порока сердца. Протезирование клапана не привело к нормализации гемодинамики — прогрессирует атриомегалия, лёгочная гипертензия, сердечная недостаточность, неврологический дефицит. Прогноз неблагоприятный.

VI. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КЛАПАННАЯ ПАТОЛОГИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ, ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

078 ДЛИТЕЛЬНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В АСПЕКТЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Ложкина О. А., Шмидт Е. А.

НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

По литературным данным частота рецидива в течение первого года наблюдения составляет 11%, при этом фатально заканчивается почти половина всех случаев, а у 20-30% больных с венозной тромбозом (ВТЭ) в анамнезе рецидив возникает в течение 5-и лет.

Цель. Определить различия в лабораторных показателях системы гемостаза с помощью рутинных и интегральных методов контроля у пациентов в зависимости от наличия или отсутствия приема антикоагулянтной терапии (АКТ) >12 мес. после ТЭЛА с высоким риском рецидива.

Материал и методы. В исследование включены 72 пациента с диагнозом ТЭЛА, которые имели средний или высокий риск рецидива ВТЭ, для всех избрана тактика ведения с использованием АКТ не менее 12 месяцев. В период от 15 до

20 месяцев после выписки из стационара проведена оценка проводимой АКТ, проведено исследование коагуляционных свойств плазмы крови с помощью рутинной коагулограммы, уровня D-димера, тест генерации тромбина, изучено состояние плазменного гемостаза методом динамической тромбофотометрии.

Результаты. 8 (11,1%) пациентов самостоятельно прекратили прием, не смотря на имеющиеся показания к ее продолжению. В группе продолжающих прием АКТ отмечено увеличение параметров задержки роста фибринового сгустка по результатам тромбодинамики (1,2 [1,0; 1,3] vs 0,90 [0,9; 0,9] мин; $p=0,046$) в сравнении с показателем у прекративших прием. По результатам теста генерации тромбина в обедненной тромбоцитами плазме различий между изучаемыми группами по показателю tLag (время инициации процесса свертывания крови, характеризует начало образования тромбина, достаточного для образования первых нитей фибрина) не было выявлено, однако медиана показателя была значимо выше по сравнению с референсными значениями (6,2 [4,2; 8,5] vs 2,8 [2,0; 3,4] мин; $p=0,001$). При анализе результатов, полученных в группах пациентов, принимающих различные виды АК, установлено, что прием варфарина значимо задерживает рост фибринового

сгустка, о чем свидетельствуют увеличение времени задержки роста и снижение скорости образования фибринового сгустка, согласно результатам тромбодинамики. Тест генерации тромбина продемонстрировал наиболее значимое увеличение времени задержки роста и уменьшение скорости образования фибринового сгустка на фоне приема варфарина. Показатель ЕТР (эндогенный тромбиновый потенциал) на фоне приема варфарина достигал критично низкого уровня, что могло повлечь значимое кровотечение. На фоне приема 3-х видов прямых оральных антикоагулянтов наблюдались стабильные показатели процесса коагуляции в сочетании с эффективным снижением количества тромбина в сыворотке крови.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о важности персонализированной оценки каждого конкретного случая ТЭЛА с более тщательным определением длительности антикоагуляции. Имеются основания заключить, что у пациентов с длительной АКТ мониторингирование показателей гемостаза позволит повысить эффективность и безопасность лечения.

079 ПАЦИЕНТ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В ИСХОДЕ ПОДОСТРОГО МИОКАРДИТА КАК СУПЕР-РЕСПОНДЕР НА КВАДРОТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Иванчина П. С.¹, Джинибалаева Ж. В.²,
Дупляков Д. В.³

¹ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара;
²ФГБОУ ВО Клиники СамГМУ Минздрава России, Самара;
³ГБУЗ СО "Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова" Минздрава России, Самара, Россия

Дилатационная кардиомиопатия — это патология миокарда генетического или приобретенного происхождения, которая характеризуется дилатацией и систолической дисфункцией левого желудочка/обоих желудочков и не является результатом ишемической болезни сердца или ситуаций, возникших при перегрузке давлением или объемом. В этиологии заболевания выделяют мутации гена титина, инфекции, аутоиммунные болезни, хроническую алкогольную интоксикацию, злоупотребление наркотическими препаратами, а также прием некоторых противоопухолевых препаратов. Согласно данным эпидемиологических исследований, заболеваемость оценивается разными авторами как 5-7,5 случаев на 100 тыс. населения в год, распространенность — 13,1-36,5 на 100 тыс. населения.

Описание случая. Пациент А., 31 года, поступил в кардиологическое отделение в ноябре 2022г с жалобами на повышенную утомляемость, снижение толерантности к физическим нагрузкам.

Объективные данные при поступлении: Общее состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 22,7 кг/м². Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД — 16 в минуту. Тоны сердца нормальной звучности. Ритм правильный, ЧСС=Рс — 62 в минуту. Шумы не выслушиваются. АД на обеих руках 110 и 70 мм рт.ст. ЭКГ при поступлении: ритм синусовый, ЧСС 50 в минуту, срединное положение электрической оси сердца (ЭОС), признаки гипертрофии ЛЖ (индекс Соколова-Лайона 46 мм).

Из анамнеза известно, что в октябре 2020г пациент перенес острую респираторную инфекцию, тест на SARS-CoV-2 был отрицательный. Одышки, болей в груди, сердцебиение и перебоев в работе сердца в этот период и в течение 1-2 недели после 2 заболевания не ощущал. Повышение АД, ангинозные боли в анамнезе отрицает. Находился в г. Омск, в том же месяце при прохождении медицинского осмотра в военкомате была снята ЭКГ, на которой выявлена гипертрофия левого желудочка с систолической перегрузкой.

С целью дообследования в условиях ЦКБ г. Омск проведена ЭхоКГ 02.11.2020: ЛП 43 мм, КДР 76 мм, КСР 65 мм, КДО 307,3 мл, КСО 216 мл, регургитация на МК 3 степени, ФВ по Симпсону 26%, форма ЛЖ приближается к форме шара, экскурсия всех стенок ЛЖ значительно снижена. Пациент консультирован кардиологом ЦКБ, выставлен диагноз: Дилатационная кардиомиопатия неясного генеза. Н ПА, II ФК.

Пациент по семейным обстоятельствам переехал в г. Самара, продолжил обследование. 18.11.2020г в Самарском ДЦ проведена МРТ сердца с контрастным усилением: дилатационная кардиомиопатия с заместительным миокардиофиброзом латеральной стенки ЛЖ. 24.11.2020г внесен в реестр Самарского центра трансплантации органов и тканей (СЦТОиТ) для решения вопроса о проведении ортотопической трансплантации сердца (ОТТС). Рекомендовано продолжить лечение и пройти дообследование. ХМ ЭКГ 12-канальное 15.12.2020: без патологии. УЗДГ БЦС 15.12.2020: без патологии. КТ головного мозга 25.12.2020: без патологии. КТ органов брюшной полости 29.12.2020: без патологии. 15.01.2021 выполнена ЭхоКГ — положительная динамика в сравнении с исходными результатами: можно наблюдать сокращение полости левого желудочка с повышением глобальной сократительной функции и уменьшением регургитации на митральном клапане.

02.02.2021 проведена телемедицинская консультация ФГБУ НМИЦ ТИО им. академика В. И. Шумакова, в ходе которой были выявлены показания для дообследования в качестве потенциального реципиента на трансплантацию сердца. Спустя 2 месяца на ЭхоКГ выявлено очередное уменьшение размеров и объемов полостей сердца, незначимое изменение фракции выброса левого желудочка. Через 1 год и 3 месяца на фоне приема назначенной терапии (юпериро, карведилол, эспиро) проведен очередной контроль ЭхоКГ, по результатам которого наблюдается продолжающееся обратное ремоделирование сердца.

В настоящее время показаний к операции трансплантации сердца нет. Рекомендовано динамическое наблюдение кардиолога и терапевта по месту жительства. В течение 2 лет (с ноября 2020г по ноябрь 2022г) пациент принимает валсартан/сакубитрил 100 мг 2 раза в день, карведилол 12,5 мг 2 раза в день, эплеренон 25 мг 1 раз в день. Месяц назад к лечению добавлен дапаглифлозин 10 мг 1 раз в день.

29.11.2022 проведена ЭхоКГ: сравнивая полученные данные с заключением первичного исследования от 02.11.2020, наблюдается сокращение объемов полости и массы миокарда ЛЖ приблизительно в 2 раза от исходных показателей, возрастание глобальной сократительной функции ЛЖ почти до нормального значения.

Заключение. Эффективность четырехкомпонентного лечения выражается в регрессе дилатации камер и улучшении систолической функции левого желудочка, что позволяет рассчитывать на более благоприятный прогноз для таких пациентов.

080 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДИК, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Цоколов А. В., Хохряков А. В., Амелин В. В.,
Каленов И. В.

ФГБУ 1409 ВМКГ МО РФ, Калининград, Россия

Оценка давления в легочной артерии (РРА) является неотъемлемой частью процесса обследования и динамического наблюдения пациентов с патологией сердечно-сосудистой системы. При этом врачам-диагностам доступно только два метода прямой оценки РРА и, соответственно, установления степени тяжести легочной гипертензии, а именно: 1) оценка среднего давления (Pmean) по методике A.Kitabatake (с учетом показателя "T1/T2" — отношения времени ускорения транспульмонального потока к общему времени изгна-

ния в стволе ЛА), и 2) оценка систолического давления в ЛА (Psys) по показателю градиента (GTR) трикуспидальной регургитации (TP) ($P_{sys}=4 \cdot GTR+PRA$), где PRA — показатель давления в правом предсердии.

Цель. Сопоставить ЭхоКГ-методики оценки тяжести легочной гипертензии. Проблема несоответствия клинического состояния пациентов с показателями Pmean, рассчитанными по методике A. Kitabatake, равно как и последних — с расчетными значениями систолического давления в ЛА в доступной литературе никак не освещалась.

Материал и методы. В исследование было включено 142 человека в возрасте от 55 до 88 лет (средний возраст $70,7 \pm 10,8$ лет; $M \pm \delta$). ЭХОКГ исследования выполнялись одним специалистом на аппаратах GE P6 (США), Medison Accuvix V10 и Alpinion E Cube 15 (Корея). Оценка размеров правого предсердия и правого желудочка осуществлялась из стандартных позиций по общепринятым методикам; транспульмональный поток и поток трикуспидальной регургитации — из парастернальной позиции по короткой оси в режиме CW-доплеровского сканирования. Статистическая обработка данных проводилась в программе "Statistica 13 Trial".

Результат. В результате проведенного обследования было установлено отсутствие корреляционной зависимости между уровнем Psys и Pmean в легочной артерии ($r=0,298$; $p>0,05$), при том, что показатель "Psys" оказался зависимым только от GTR; тогда как показатель "Pmean" находился в прямой корреляционной зависимости с характерной "засубриной" на нисходящем колене транспульмонального потока ($r=0,634$; $p<0,05$), а также с дискинезом межжелудочковой перегородки на фоне расширения правого желудочка ($r=0,634$; $p<0,05$).

Заключение. Таким образом, в тех случаях, когда возможна регистрация потока TR в CW-режиме, точность методики оценки Psys в ЛА оказывается намного большей (во всех случаях "идя рука об руку" с расширением правых камер сердца), нежели точность методики Kitabatake. Методика оценки Pmean может быть использована при скрининговом обследовании пациентов. При получении патологических значений обследование должно быть продолжено, с оценкой GTR в CW-mode.

081 СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Гурьянова Е. А., Алексеев В. В., Бабакехан М. В., Костарева А. А., Рыжкова Д. В., Митрофанова Л. Б., Урумова Е. Л., Басек И. В., Борцова М. А., Иртюга О. Б.

ФГБУ НМИЦ им. В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Несмотря на стремительно развивающиеся диагностические методы, диагностика амилоидоза остается сложной задачей, что во многом объясняется его способностью маскироваться под другие заболевания, это приводит к тому, что он часто остается незамеченным даже тогда, когда существуют явные "красные флаги" его возможного присутствия.

Описание случая. Пациент 62 лет с сенситивной атаксией, сенсомоторной дисфункцией проведения по нервам верхних и нижних конечностей смешанного типа, хроническим гастритом, гепатомегалией, расширением полостей обоих предсердий, диастолической дисфункцией 3 типа в анамнезе в течение полугода проходил лечение по месту жительства. Проводилась терапия преднизолоном, прегабалином 300 мг, флуоксетином 20 мг, апиксабаном 2,5 мг 2 р/сут. По результатам гистологического исследования при окраске по конго рот определили отложения тяжелой амилоидной массы в стенках сосудов подслизистой оболочки 12-перстной кишки.

Пациент консультирован в НМИЦ им. В. А. Алмазова с представлением об амилоидозе с поражением кишечника, нервной системы, сердца, транстиретиновой кардиомиопатии, вторичной сенсорно-моторной полинейропатией. В авгу-

сте 2021 доставлен в Центр Алмазова для уточнения диагноза и дальнейшей тактики лечения. При поступлении оценка функционального класса ХСН затруднена, NT-proBNP 2486 пг/мл, нарушение диастолической функции 2 степени, ФВ ЛЖ 59%, существенное повышение ультразвуковой плотности миокарда желудочков. По результатам МРТ выявлена дилатация полостей ПП, ЛП, ПЖ; концентрическая гипертрофия миокарда обоих желудочков, систолическая функция ЛЖ снижена до 45%.

Пациент дообследован для уточнения наличия амилоидоза. По данным иммунофлюоресценции сыворотки М-градиента и патологического клона не обнаружено. Сцинтиграфические признаки транстиретинового амилоидоза также не были выявлены. Однако по результатам ЭМБ установлен транстиретиновый амилоидоз.

Пациент был выписан с представлением о системном транстиретиновом амилоидозе дикого типа с поражением сердца, нервной системы в виде транстиретиновой полинейропатии. Рекомендована инициация этиопатогенетической терапии: тафамидис 20 мг/сут, иммуномодулирующая терапия IgG 2 гр/кг, плазмаферез с проведением пульс-терапии, низкомолекулярные гепарины в профилактической дозе.

Обсуждение. Несмотря на сложность представленного случая, мультидисциплинарный подход способствовал успешной диагностике и назначению этиопатогенетического лечения.

082 ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У МУЖЧИНЫ 65 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Арестанова З. С.¹, Учаева О. В.², Глинина Е. В.², Адонина Е. В.², Дуляков Д. В.²

¹ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Минздрава России, Самара; ²ГБУЗ "Самарский областной клинический кардиологический диспансер", Самара, Россия

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) является наследственным заболеванием сердца, развивающиеся в результате мутации генов, кодирующих белки саркомеры, проявляется увеличением толщины стенки левого желудочка (ЛЖ) с нехарактерным повышением давления. Заболевание носит аутосомно-доминантный тип наследования. Мутации в генах, кодирующих сократительные белки саркомеры, ведут к патологическому поперечному разрастанию мышечных клеток и впоследствии к гипертрофии миокарда. Согласно данным эпидемиологических исследований, проводимых в разных частях света, распространенность ГКМП составляет 1:500 в общей популяции. В разных возрастных когортах она варьируется от 1:500 до 1:200.

Описание случая. Пациент Ф., 65 лет, поступил в стационар в феврале 2023 г. с жалобами на общую слабость, головокружение, тошноту; синкопальное состояние, не сопровождающееся мочеиспусканием, дефекацией, в сознание пациент пришел через 1-3 минуты самостоятельно.

Объективные данные при поступлении: состояние средней степени тяжести. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений (ЧДД) — 16 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) — 90 в минуту. Артериальное давление (АД) на обеих руках 120 и 70 мм рт.ст. Печень при пальпации не выступает из-под края реберной дуги. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеки на нижних конечностях отсутствуют.

ЭКГ при поступлении: ритм синусовый, АВ блокада I ст., нормосистолия, горизонтальное положение электрической оси сердца (ЭОС), отриц з.Т в I, aVL, V3-V6, признаки гипертрофии ЛЖ.

Из анамнеза известно, что пациент был на стационарном лечении в 2020г по поводу гипертонической болезни. Во время госпитализации выполнена диагностическая корона-

рография (КГ) (29.11.2020г.), по данным которой выявлены ангиографические признаки коронаросклероза в виде неровности контуров артерий без гемодинамически значимого стенозирования.

Во время стационарного лечения, 10.02.2023 выполнена эхокардиография (ЭХОКГ): ассиметричная гипертрофия ЛЖ с выраженной обструкцией выносящего отдела ЛЖ. Верхушка ЛЖ в диастолу 9 мм, межжелудочковая перегородка (МЖП) в медиальном сегменте в диастолу 13 мм, МЖП в базальной части в диастолу 25 мм на протяжении 33 мм. Выносящий отдел левого желудочка (ВОЛЖ) в систолу 6,9 мм. Пиковый градиент в покое в ВОЛЖ на уровне свободного края передней створки 59 мм рт.ст., средний 29 мм рт.ст. При пробе Вальсальвы пиковый градиент 83 мм рт.ст., средний 37 мм рт.ст.

По результатам обследования пациент был консультирован заместителем главного врача по хирургии — для определения объема оперативного лечения рекомендовано выполнение КГ.

13.02.2023 трансрадиальным доступом была выполнена КГ, выявившая отсутствие ангиографических признаков поражения коронарных артерий. В ходе КГ выполнена манометрия: ЛЖ — 226 (КДД — 9) мм рт.ст., Ао — 157/114 (ср. 135) мм рт.ст. Определены градиенты давления ЛЖ — аорта: в покое (ЧСС 60 в мин) пиковый градиент давления — 69 мм рт.ст.

Во время проведения КГ был проведен консилиум: учитывая подходящую коронарную анатомию было принято решение о проведении септальной алкогольной аблации (САА). Выполнена САА септальной ветви 3,5 мл 96% спирта, дробно, в течение 10 минут. последующем выполнена контрольная КГ — ПМЖВ проходима, кровоток Т1М1 III, визуализируется культя I СВ.

Остаточный градиент давления ЛЖ — аорта: в покое (ЧСС 73 в мин) градиент давления 5 мм рт.ст. При нагрузке (ЧСС 113) градиент давления 0 мм рт.ст.

После оперативного лечения пациент находился в отделении реанимации и интенсивной терапии под динамическим наблюдением. После стабилизации состояния переведен в кардиологическое отделение.

Субъективно пациент жалоб не предъявлял. Пациент осмотрен совместно с заведующим отделением аритмологии и заведующим рентгенэндоваскулярной хирургии для определения дальнейшей тактики. Было принято решение о динамическом наблюдении пациента и проведении ХМ-ЭКГ. По результатам ХМ-ЭКГ у пациента зафиксирована преходящая АВ блокада 2 степени, паузы асистолии более 4,5 секунд. Учитывая преходящую АВ блокаду 3 степени, паузы асистолии более 4,5 секунд пациенту имплантирован ЭКС Enitra 6 DR (01.03.2023).

Заключение. ГКМП следует расценивать как сложную в диагностическом, лечебном и прогностическом плане болезнь, которая может у ряда пациентов привести к серьезным клиническим последствиям и преждевременной смерти. Именно поэтому, очень важно своевременно диагностировать данную патологию и предпринимать необходимые лечебные мероприятия для улучшения прогноза и качества жизни пациента.

083 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ КАРДИОМИОПАТИЙ

Вайханская Т. Г.¹, Левданский О. Д.², Даниленко Н. Г.²

¹ГУ Республиканский научно-практический центр, Минск; ²Институт генетики и цитологии НАН Беларуси, Минск, Беларусь

Кардиомиопатии (КМП) являются клинически и генетически гетерогенной группой заболеваний миокарда, связанных с увеличением заболеваемости и смертности.

Цель. Изучение фенотипов семейных КМП, генетического спектра и взаимосвязей с клиническим течением заболевания.

Материал и методы. В исследование проспективно включили 211 пациентов с семейными формами КМП, период наблюдения составил 7 лет (медиана 86 [57;109] месяцев). Средний возраст составил 39,2±11,5 лет; 87/63% — мужчин). Всем пациентам проведены исследования: ЭКГ-12, ЭхоКГ, ХМ, МРТ, генотипирование (NGS/WES+Sanger), каскадный скрининг с сегрегационной оценкой. В анализ включили ассоциированные с КМП генетические мутации, определенные как патогенные или вероятно патогенные варианты.

Результаты. У 128 (60,7%) пациентов с семейными формами КМП (ДКМП/73, АПЖК/17, ГКМП/21 и РКМП/10, смешанный фенотип ДКМП+ГКМП+НКП/7) выявлены генетические причины заболевания. Среди случаев ДКМП положительные результаты наблюдались у 56% пробандов: доминировали *TTNiv* (n=19) и *LMNA* (n=16) варианты. В 60% семейных случаев ГКМП выявлены патогенные генотипы: наиболее частыми изменениями были варианты в генах *MYBPC3* (n=9) и *MYH7* (n=6). Самая высокая частота генетических мутаций наблюдалась у лиц с РКМП (83,3%) и у пациентов со смешанным фенотипом ДКМП+ГКМП+НКМ (77,8%). Варианты в гене *PKP2* (n=7) доминировали у пациентов с АПЖК, в целом, каузальные мутации аритмогенной КМП выявлены в 68%. Синдромальные генотипы КМП с экстракардиальными проявлениями верифицированы у 16 пациентов; выявлены варианты в генах *LAMP2* (болезнь Даноно), *DSP* (Карвахаль синдром), *RAF1* и *PTPN11* (Нунан), *HADHA* и *SLC25A4*, участвующих в патогенезе синдромальных расстройств. У носителей *LAMP2* генотипов регистрировались фенотипы как ГКМП, так и ДКМП с синдромом некомпактного миокарда (НКМ). Патогенные *DSP* варианты обнаружены у лиц с ДКМП, АПЖК и синдромом Карвахаль. Генетическая причина нейромышечных расстройств выявлена у 14 лиц с ДКМП и у 1-й пациентки с РКМП (*DES* — десминопатия с миофибриллярной миопатией).

Неблагоприятные клинические исходы (смертность, жизнеопасные желудочковые аритмические события и потребность в трансплантации сердца) чаще регистрировались у лиц с ламинопатиями (*LMNA*) с фенотипом ДКМП/13 и при десмоплакинопатии (*DSP*: фенотипы АПЖК/4 и ДКМП/4), чему пациенты с титинопатиями ($\chi^2=30,4$; $p=0,0001$) при наличии *TTNiv*. Варианты в генах *DSP* и *FLNC* у пациентов с КМП были ассоциированы с кольцевидным паттерном субэпикардального фиброза при контрастном МРТ усилении.

Заключение. Различные патогенные варианты в одном гене (такие как: *DSP*, *FLNC*, *MYH7*, *MYBPC3*, *LMNA*, *LAMP2*, *RYR2*) определяют развитие разных патологических фенотипов КМП. У значительной части пациентов с КМП выявлены разнообразные генотипы. Патогенные варианты в генах десмосом и *LMNA* определяют наибольший риск развития неблагоприятных аритмических исходов у пациентов с КМП.

084 ПРЕДИКТОРЫ РАННИХ И ПОЗДНИХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

Уланова Н. Д.

ГБУЗ НО ГKB №13 Автозаводского района г. Нижнего Новгорода, Нижний Новгород, Россия

Инсульт остается одной из ведущих причин смерти во всем мире, унося около 5,5 млн жизней ежегодно. У больных ишемическим инсультом (ИИ) венозные тромбозэмболические осложнения (ВТЭО) существенно ухудшают прогноз пациентов. Выявление ранних предикторов развития ВТЭО у больных ИИ является актуальной задачей.

Цель. Выявить предикторы возникновения ВТЭ на ранних и более поздних сроках госпитализации у больных ишемическим инсультом.

Материал и методы. В проспективное наблюдательное исследование включено 126 пациентов с ишемическим инсультом. Больным проводились дополнительные диагностические мероприятия для выявления бессимптомных ВТЭ. Далее из

анализа были исключены больные, у которых контрольное ультразвуковое исследование не проводилось по любой причине (смерть, ранняя выписка и др.). Таким образом исследуемую группу составили 94 пациента.

Результаты. Пациенты были разделены на три группы следующим образом: 1-ю группу составили 48 пациентов (51%) безТГВ, 2-ю группу составили 26 пациентов (28%), у которых ТГВ нижних конечностей был выявлен при УЗИ на 3-е сутки госпитализации, такие тромбозы называли "ранними". Третью группу составили 20 пациентов (21%), которые при первых УЗИ признаков ТГВ не имели, ТГВ выявлен при контрольном УЗИ на 7-е сутки, такие тромбозы называли "поздними".

Проведен многофакторный анализ (логистическая регрессия). Обнаружено, что 3-кратное повышение верхнего предела референсного интервала уровня d-димера и разность скоростей венозного кровотока на переднеберцовых венах (ПББВ) $>0,25$ см/сек являются наилучшими предикторами ВТЭ в более поздние сроки от момента поступления. В качестве предикторов развития "ранних" ТГВ наилучшие результаты продемонстрировали следующие лабораторные параметры — 1) наличие лейкоцитоза (ОШ 17, 95%ДИ (2-209) и 2) повышенный уровень С-реактивного белка ($\gamma=0,44$, $p<0,001$).

Заключение. 1. Предикторами "ранних" венозных тромбозов у больных ишемическим инсультом является наличие лейкоцитоза и повышенного С-реактивного белка. 2. Выявление 3-кратное повышение верхнего предела референсного интервала уровня d-димера и разность скоростей венозного кровотока на ПББВ $>0,25$ см/сек на 3 день госпитализации у больных ишемическим инсультом можно рассматривать в качестве предиктора развития "поздних" ВТЭ.

085 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кузмищев К. В.

ГБУЗ НО ГКБ №13, Нижний Новгород, Россия

Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST (ИМпST) остаётся одной из самых частых причин развития сердечной недостаточности, в основе манифестации и прогрессирования которой лежит постинфарктное ремоделирование левого желудочка (ПРЛЖ). При сходном клиническом профиле пациентов наблюдается неоднородность в отношении их отдалённых исходов, что предполагает значительный вклад генетических факторов.

Цель. Выявить клинические и генетические предикторы развития ПРЛЖ у больных ИМпST, подвергнутых процедуре чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ).

Материал и методы. В проспективное наблюдательное исследование включено 80 пациентов с ИМпST, подвергнутых ЧКВ. Анализировались клинические, лабораторные данные, тест шестиминутной ходьбы (ТШМХ) и эхокардиография (ЭхоКГ) во время госпитализации и через 1 год. Факт ПРЛЖ устанавливался при снижении фракции выброса (ФВ) левого желудочка $<50\%$, увеличении его конечно-диастолического объёма (КДО) $\geq 20\%$ или конечно-систолического объёма (КСО) $\geq 15\%$. Определялись однонуклеотидные полиморфизмы (ОНП) генов РААС, системы гемостаза, функции эндотелия и метаболизма фолатов. Исследование выполнено за счёт средств, выделенных на реализацию исследования CMVO-SNP-2022 (ClinicalTrials.govIDNCT05355532) в рамках проекта "Приоритет-2030".

Результаты. Возраст исследуемых составил 65 [60; 73] лет, из них было 58 (73%) мужчины 22 (27%) женщины. Медиана времени "симптом-баллон" составила 6 [3,5; 12,5] часов. Летальный исход на госпитальном этапе зафиксирован у 8 (10%), а через 1 год наблюдения — у 4 (5%) больных. На повторный визит явилось 46 больных. Пациенты с большим количеством пропущенных данных исключены из дальнейшего исследования. Итоговая выборка составила 26 человек, а медиана наблюдения — 398 [385; 409] суток.

Распределение генотипов соответствовало ожидаемым частотам в соответствии с равновесием Харди-Вайнберга ($p>0,05$).

С целью контроля конфаундеров построена логистическая регрессионная модель.

ОНП EDN 594G>T описан как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Неожиданным наблюдением стало то, что именно пациенты с нормальным генотипом GG характеризуются более высоким риском развития ПРЛЖ.

Заключение. Медиальная скорость e' и ОНП EDN 594G>T являются потенциальными предикторами ПРЛЖ у больных ИМпST.

086 АРИТМОГЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ МИОКАРДИТОМ

Рузиева Х. Д.¹, Бикбаева Г. Р.¹, Ковальская А. Н.², Кузнецова К. В.¹, Тухбатова А. А.¹, Дуляков Д. В.¹

¹ГБУЗ СО СОККД им. В.П. Полякова МЗ СО, Самара; ²ФГБОУ ВО Клиники СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

Аритмогенная дисплазия правого желудочка (АДПЖ) относится к первичным формам кардиомиопатий и характеризуется замещением миокарда правого желудочка (ПЖ) фиброзной и жировой тканью с развитием жизнеугрожающих аритмий. АДПЖ относится к редко встречающимся болезням, однако сопровождается высоким риском внезапной сердечной смерти (ВСС). По данным литературы, распространенность аритмогенной дисплазии правого желудочка — 1 на 5000 населения. Соотношение частоты встречаемости заболевания среди мужчин и женщин в популяции составляет 3:1. У лиц старше 40 лет АДПЖ чаще проявляется развитием правожелудочковой сердечной недостаточности.

Описание случая. Пациент Р., мужчина 33 года, поступил экстренно с жалобами на головокружение, резкую слабость, потерю сознания, липкий пот. Ранее за медицинской помощью не обращался, жалоб не предъявлял. Месяцем ранее переболел вирусной инфекцией в легкой форме. На момент поступления общее состояние тяжелой степени тяжести. На ЭКГ при поступлении: мономорфная желудочковая тахикардия с морфологией блокады ЛНПГ, ЧСС 176 уд/мин. В экстренном порядке выполнена электрическая кардиоверсия 300 Дж №1, пароксизм купирован. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, горизонтальное ЭОС, ЧСС 62 уд/мин, отрицательные z T в отведениях VI-V3. В лабораторных исследованиях отклонений не выявлено. При проведении ХМ-ЭКГ выявлено 5 мономорфных желудочковых экстрасистол (ЖЭС) с морфологией БЛНПГ. По данным ЭХОКГ без нарушения внутрисердечной гемодинамики, незначительное увеличение размеров правого желудочка. По МРТ сердца — картина миокардита. Диагностическая коронарография: коронарные артерии без патологии. Проведена радиочастотная катетерная абляция зон желудочковой тахикардии (РЧА ЖТ). На следующий день возник рецидив ЖТ. С целью вторичной профилактики ВСС больному был имплантирован автоматический кардиовертер-дефибриллятор. По данным повторного МРТ сердца: расширение правого предсердия (55 и 62 мм), КДО правого желудочка 284 мл, КДО/ППТ 150 мл/м², КСО ПЖ 111 мл, ударный объем ПЖ 170 мл. Передняя стенка с фиброзными изменениями. В последующем пациент находится под диспансерным наблюдением. На протяжении последних 5 лет при плановой проверке работы ИКД, эпизоды ЖТ, ФЖ и разряды ИКД не зафиксированы, нарушений работы нет. Принимает на постоянной основе биспролол 5 мг/сут. Выставлен диагноз АДПЖ, так как у пациента имеется один большой признак АДПЖ: устойчивая желудочковая тахикардия с морфологией БЛНПГ и отклонение электрической оси сердца влево (отрицательные комплексы QRS в отведениях II, III, avF и положительный в отведении avL) два малых признака, первый по МРТ сердца: отношение КДО ПЖ к поверхности тела — 150 мл/м² (100-109 мл/

м² у мужчин), второй по ЭКГ инверсия зубцов Т в правых грудных отведениях (V1-V3).

Обсуждение. Нарушение ритма, исходящее из правого желудочка у молодых пациентов, должен быть сигналом к тщательному дообследованию. Для более точной диагностики заболевания в 2010г. рабочей группой Европейского общества кардиологов были скорректированы диагностические критерии. В нашем клиническом случае отражен 1 большой и два малых признака АДПЖ. Эффективность РЧА ЖТ у этих пациентов низкая, из-за очагового и прогрессирующего характера поражения, что не улучшает прогноз. С целью вторичной профилактики ВСС больному был имплантирован ИКД.

087 ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

Грузинцева А. Е.¹, Введенская И. П.²

¹ФГБОУ ВО Клиники СамГМУ Минздрава России, Самара; ²ГБУЗ СО СОКБ им. В.Д. Середавина, Самара, Россия

ГКМП — заболевание ССС, которое сложно не только заподозрить, но и установить, так как в большинстве случаев гипертрофия миокарда имеет вторичный генез.

Описание случая. Больная Т., 55 лет, жалобы на сжимающие боли в области сердца, возникающие при ходьбе до 300 м, одышку, перебои в работе сердца, головокружение. Анамнез жизни — отец умер внезапно в молодом возрасте. Повышалось АД до 150 и 100 мм рт.ст. Лечилась нерегулярно.

Примерно через 20 лет после первых симптомов, появились интенсивные боли в грудной клетке, вследствие перенесенного нервно-психического стресса. Госпитализирована в стационар с ОКС. С данного времени давление повышалось до 200 и 100 мм рт.ст. Принимала ингибиторы АПФ, АК. Еще через 10 лет поступила в больницу для лечения ГБ, с целью коррекции терапии, т.к. отмечалась нестабильность цифр АД, учащение болей в области сердца.

В ОАК отклонений нет. При объективном осмотре: левая граница на 1 см. кнаружи, верхняя — в 3 межреберье. I тон не изменён. II тон расщеплён. При аускультации: выслушивается систолический шум в зоне Боткина, вдоль левого края грудины без иррадиации.

ЭКГ: глубокий отрицательный Т в I, AVL, V3-V6 до 4 см; ГЛЖ, нарушения в/желудочковой проводимости, одиночные левожелудочковые экстрасистолы. Доплер-ЭхоКГ: КДР ЛЖ 4,1 см, КСР ЛЖ 2,6 см, ФВ 75%, толщина задней стенки в диастолу 1,5 см, гипертрофия верхушки, межжелудочковая перегородка 1,4-1,5 см, диастолическое расхождение митральных створок 3 см, М-образное движение створок в диастолу, разнонаправленное, уплотнение створок; уплотнение створок аортального клапана; систолическое давление в легочном стволе 34 мм рт.ст. Уменьшение полости ЛЖ. Пиковый доплеровский градиент выходного тракта ЛЖ 35 мм рт.ст. ГКМП без обструкции выходного тракта. Гипертрофия МЖП и задней стенки — 15 мм., верхушки ЛЖ с гипокинезией, сосочковых мышц, индекс асимметрии 1,35 и типичные изменения ЭКГ, несмотря на повышение АД, позволяют нам думать о ГКМП в сочетании с ГБ и стабильной стенокардией напряжения. Подразумевается, что патогенез стенокардии связан с вторичной микроваскулярной недостаточностью либо вследствие коронарных стенозов субэпикардиальных артерий. Лечение: метопролол 50 мг в сутки, ранекса 500 мг 2 р в д, рамиприл 10 мг в сутки, розувастатин 20 мг, эликус 5 мг в сутки, торасемид 10 мг. Выставлен диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II ФК. ГКМП без обструкции выходного тракта ГБ III стадии, риск 4.

Обсуждение. В клиническом случае показывается важность разделения и обоснования диагнозов и отсутствия их взаимосвязи. ГКМП — сложный в постановке диагноз, где должны учитываться все факторы развития, наличие сопутствующих заболеваний. Важно подчеркнуть неспецифическую картину ГКМП, которая "маскируется" под другие, более часто встречаемые заболевания.

088 АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ-ПОЛИПРОГМАЗИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА

Муминов И. И., Юсова А. А., Колоскова Н. Н.

ФГБУ НМИЦ ТИО им. акад. В. И. Шумакова, Москва, Россия

В настоящее время "золотым стандартом" лечения терминальной стадии сердечной недостаточности остается трансплантация сердца. Пожизненный прием иммуносупрессивной и адывантной терапии требует постоянного врачебного контроля с целью оптимизации схем лечения и увеличения приверженности реципиентов трансплантированного сердца к проводимому лечению.

Цель. Изучение и адаптация метода систематической оценки сложности схемы лечения с использованием индекса MRCI, и его связь с отдаленным прогнозом у реципиентов трансплантированного сердца.

Материал и методы. Результаты исследования были получены при анализе данных реципиентов трансплантированного сердца, наблюдавшихся в консультативно-диагностическом отделении в НМИЦ ТИО им. акад. В. И. Шумакова. Для оценки медикаментозной терапии использовался "индекс сложности" схемы приема медикаментов (MRCI — Medication Regimen Complexity Index-индекс сложности схем лечения). В нашем исследовании "полипрагмазия" определялась как прием пяти и более лекарственных препаратов, а понятие "полипрагмазии высокого риска" — использование более восьми лекарственных наименований. Реципиенты трансплантированного сердца были разделены на две группы в зависимости от количества ежедневно получаемых лекарственных препаратов.

Результаты. В исследование были включены пациенты, наблюдающиеся в консультативно-диагностическом отделении НМИЦ ТИО им. акад. В. И. Шумакова в период с января 2008 г. по декабрь 2017 г. Показатель количества лекарственных препаратов, применяемых пациентом к пятому году наблюдения составил $9,2 \pm 4,2$. В ходе проведенного анализа данных, средний общий балл MRCI составил $48,72 \pm 19,15$ (от 32 до 70); лекарственные препараты для лечения сопутствующих заболеваний составили 42,9% от общего балла MRCI, а на иммуносупрессивную терапию пришлось 28,7%. Общий балл MRCI в группе полипрагмазией высокого риска составил $58,49 \pm 17,41$; 50,27% от общего балла MRCI приходилось на препараты, используемые для лечения сопутствующих заболеваний. В ходе анализа была выявлена корреляционная связь общего балла MRCI с частотой госпитализаций.

Заключение. Приверженность пациентов к назначенному лечению является предиктором благоприятного прогноза отдаленной выживаемости без нежелательных событий, однако низкая приверженность и терапевтическая инертность сопровождается снижением качества жизни, повышением частоты госпитализаций и увеличивает риск развития нежелательных событий. При правильном амбулаторном курении данной группы пациентов, достоверных различий выживаемости в группе пациентов с полипрагмазией и полипрагмазией высокого риска не отмечалось.

VII. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ/ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ

089 КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКОВ ТЕПЛООВОГО ШОКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ И ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Афаунова А. Р.¹, Веденикин Т. Ю.², Тимофеев Ю. С.¹

¹НМИЦ терапии и профилактической медицины, Москва;

²Городская клиническая больница им. В. В. Вересаева, Москва, Россия

Сложность диагностики и патофизиологических механизмов, увеличение частоты заболеваемости делают сердечную недостаточность с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) одной из актуальных проблем современной кардиологии, что требует проведения дополнительных исследований. Значительную роль в патогенезе СН играет клеточный стресс, в результате которого развивается ответ белков теплового шока (HSR — heat shock response, БТШ). БТШ представляют собой молекулярные шапероны, которые в условиях нормальной физиологии внутри клетки выполняют протективные функции, тогда как при патологии усиливается их секреция во внеклеточную среду.

Цель. Анализ уровней БТШ27, БТШ70 и кардиоваскулярного БТШ (квБТШ) в сыворотке крови больных с компенсированной и декомпенсированной СНсФВ и проследить связь с клинико-инструментальными характеристиками.

Материал и методы. В исследование включено 80 больных СНсФВ в возрасте от 50 до 85 лет: 60 больных с клинической картиной острой декомпенсации СНсФВ, а также 20 пациентов с компенсированной СНсФВ. Пациентам, включенным в исследование, проводилась трансторакальная ЭхоКГ по стандартному протоколу с оценкой диастолической функции и рутинные лабораторные исследования. С целью оценки выраженности периферического венозного застоя проводилось ультразвуковое исследование по протоколу VexUS (оценка диаметра НПВ, оценка формы доплеровских кривых в печеночных венах, затем в портальной и в межлобевых венах почек). Также всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование легких с оценкой V-линий для оценки присутствия внесосудистой жидкости в легочной ткани. Анализ уровней БТШ проводился иммуноферментным методом с использованием наборов реактивов AssayPro (США) и Cloud-Clone (КНР/США) с детекцией на фотометре Multiskan FC.

Результаты. Медианы БТШ27, БТШ70 и квБТШ у больных с острой декомпенсацией СНсФВ были статистически значимо выше, чем у больных с компенсированной СНсФВ. В группе больных с декомпенсированной СНсФВ с небольшим венозным застоем медианы БТШ27 (0,58 нг/мл) и квБТШ (905 пг/мл) статистически значимо ниже медиан в группе больных с умеренным или выраженным венозным застоем (1,67 нг/мл и 1028 пг/мл, соответственно). Медианы БТШ27 и квБТШ у больных с количеством V-линий в одном сегменте ≥ 3 были статистически значимо выше медиан маркеров у больных с количеством V-линий < 3 более чем в 3,6 раз и 1,2 раза соответственно.

Впервые нами проанализирован комплекс БТШ: БТШ27, БТШ70 и квБТШ в сыворотке крови больных с декомпенсированной и компенсированной СНсФВ, при этом квБТШ исследуется в человеческой сыворотке при СН впервые.

Заключение. Выявлена связь сыровоточных концентраций БТШ27, БТШ70 и квБТШ с острой декомпенсацией СНсФВ, при этом для БТШ27 и квБТШ показана взаимосвязь с выраженностью застойных явлений, оцениваемых по VExUS и V-линиям.

090 ASSESSMENT OF ADHERENCE TO DRUG THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE ACCORDING TO QUESTIONNAIRES

Мадаминов А. М.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

The socioeconomic and medical costs of treatment and rehabilitation of patients with chronic heart failure (CHF) are steadily growing, which is a significant incentive for research to optimize the management of patients with this disease. It is known that the main criterion for the effectiveness of therapy for CHF is the reduction in the risk of death and the frequency of re-hospitalizations due to its decompensation.

Purpose of the study: study the clinical and anamnestic data of patients with CHF and assess adherence to drug treatment based on the analysis of various questionnaires.

Material and methods. The study included 50 patients with a confirmed diagnosis of CHF, hospitalized due to ADHF in the cardiology department of the TMA in 2023. The average age of the patients was 70.9 ± 12 years, the proportion of male patients was 34% ($n=17$). In the hospital, after stabilization of the condition against the background of prescribed treatment, patients were asked to fill out a set of questionnaires, including Morisky-Green questionnaires, to assess patients' adherence to therapy at the prehospital stage. For this study, for patients with cardiovascular diseases.

Research results. In this study, the most common causes of ADHF in patients were the tachysystolic form of atrial fibrillation against the background of coronary heart disease (CHD) — 62%, decompensated valvular heart disease — 14% and acute forms of CHD without concomitant cardiac arrhythmias — 8%, other causes accounted for 16% of all cases. 45 patients had a history of arterial hypertension, 12 patients had previously suffered a MI, cerebrovascular accident was present in 9 patients, and pulmonary embolism was suffered by 1 sick. The most common concomitant diseases were: diabetes mellitus (DM) type 2 — 18, gastric/duodenal ulcer — 3, COPD — 5, cancer was registered in — 2. 34% of patients upon admission to the hospital had signs of iron deficiency anemia. At the time of admission, 8% of all patients with ADHF included in the study were active smokers. According to the results of questionnaires, adherence to drug therapy at the prehospital stage before the development of ADHF, which was the reason for hospitalization, was insufficient. Thus, only 42% of patients received β -blockers and statins, ACEIs/sartans — 42%, loop diuretics — 46%, MRA — 22%. Only 3 patients took drugs from the group of SGLT2 inhibitors: 1 — as therapy for type 2 diabetes, 2 — as part of complex therapy for CHF. Of the 18 patients with a previously established diagnosis of type 2 diabetes, 11.15% ($n=2$) did not receive regular drug therapy, 55.55% ($n=10$) took oral glucose-lowering drugs, 22.2% ($n=4$) took insulin therapy.

Conclusion. The lowest compliance rates were noted for prognosis-modifying therapy. 46% of patients regularly took loop diuretics, mineralocorticoid receptor antagonists — 22%, SGLT2 inhibitors — only 6%. The use of various medication adherence questionnaires has resulted in mixed results.

091 МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Старченко А. Д.¹, Лискова Ю. В.², Стадников А. А.¹

¹ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург;

²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Значимыми триггерами структурной реорганизации миокарда при диабетическом фенотипе сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) являются инсулинорезистентность и глюкозотоксичность. Они запускают каскад хронического "вялотекущего" воспаления, окислительный стресс и эндотелиальную дисфункцию. Данные патогенетические механизмы приводят к структурным изменениям миокарда на клеточном и молекулярном уровнях и, как следствие, к нарушению работы сердца.

Цель. Изучить морфологические особенности и пролиферативный потенциал миокарда ушка правого предсердия (УПП) пациентов с СНсФВ, ассоциированной с СД 2 типа (СД2Т).

Материал и методы. В исследование включены 60 мужчин (М) ($n=30$ /безСД2Т) и 60 женщин (Ж) ($n=30$ /безСД2Т) с СНсФВ I-IIА стадии, I-III ФК, поступающие на плановое коронарное шунтирование. На этапе канюляции полых вен осуществлялся забор миокарда УПП для комплексного гистологического исследования и оценки экспрессии ki-67 методом иммуногистохимии. Полученные данные считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $65,18 \pm 6,04$ лет. Структурные изменения миокарда УПП у всех пациентов показали ряд общих признаков: полиморфизм кардиомиоцитов (КМЦ) и их ядер, формирование очагов фиброза, сладж эритроцитов в просвете сосудов микроциркуляции. Морфометрический анализ выявил преобладание гипертрофически измененных КМЦ у пациентов с СД2Т (Ж — $p=0,013$; М — $p=0,041$). У М с диабетическим фенотипом СНсФВ гипертрофия выражена меньше, чем у Ж той же группы ($p=0,004$). У Ж с диабетом в сравнении с ЖсСНсФВ без СД2Т наблюдалась тенденция к снижению ОП сердечных миоцитов ($38,87 \pm 9,78\%/42,09 \pm 9,80\%$ — Ж с/без СД 2 типа) и увеличению ОП компонентов стромы ($53,05 \pm 11,45\%/49,64 \pm 10,56\%$). В миокарде М — иная морфологическая картина. Наблюдалось увеличение ОП КМЦ ($43,28 \pm 8,25/37,52 \pm 8,91\%$ — М с/без диабета, $p=0,0004$) и снижение ОП стромы ($53,76 \pm 9,99/56,86 \pm 10,54\%$ — с/без диабета, $p=0,124$) при СД 2 типа. Кроме того, у М с диабетическим фенотипом достоверно большая ОП сердечных миоцитов, чем у Ж той же группы ($p=0,018$). Оценка пролиферативного потенциала не выявила достоверных различий по числу двуядерных КМЦ в исследуемых группах М ($4,76 \pm 2,03/5,13 \pm 2,33\%$ — М с/без диабета) и Ж ($5,12 \pm 3,15/4,52 \pm 2,64\%$ — Ж с/без диабета). Однако уровень экспрессии ki-67 достоверно отличался: М с/без диабета — $3,11 \pm 2,26/2,34 \pm 1,90\%$ ($p=0,009$). Данный факт, вероятно, объясняет более высокую ОПК МЦ у М с СД 2 типа в сравнении с группой М с СН с ФВ без диабета. У Ж с СД 2 типа экспрессия ki-67 выше, чем у Ж без диабета ($2,55 \pm 1,84/2,47 \pm 1,80\%$ — с/без СД2Т, ($p=0,770$)), но достоверно ниже, чем у М той же группы ($p=0,05$).

Заключение. Выявленные морфофункциональные изменения миокарда УПП у больных с СНсФВ, ассоциированной с СД2Т, характеризуются прогрессированием гипертрофических изменений у пациентов обоего пола, а также высоким пролиферативным потенциалом, преобладающим у мужчин.

092 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Старченко А. Д.¹, Лискова Ю. В.², Стадников А. А.¹

¹ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России, Оренбург;
²ФГАОУ ВО НИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Отличительной чертой сердечной недостаточности с сохраненной фракцией выброса (СНсФВ) является многообразие сопутствующей патологии, утяжеляющей ее течение

и ухудшающей прогноз. Диабетический фенотип СН с ФВ является одним из самых неблагоприятных. Рост распространенности и частоты госпитализаций данной феногруппы с одной стороны связывают с пандемией сахарного диабета 2 тип (СД2Т), с другой — неудовлетворительными результатами ее методов лечения.

Цель. Провести анализ клинического профиля пациентов с СНсФВ, ассоциированной с СД2Т, в зависимости от половой принадлежности.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 60 больных: 30 мужчин (М) и 30 женщин (Ж) с диабетическим фенотипом СНсФВ I-IIА стадии, I-III ФК. Всем больным проводилось стандартное обследование. Тест 6-минутной ходьбы (ТШХ) и ШОКС (В. Ю. Мареев, 2018) использованы для оценки тяжести СНсФВ, классификация NYHA — для определения ФК СН, Миннесотский опросник — для оценки качества жизни больных. Рассчитан индекс коморбидности (ИК) Charlson. Полученные данные статистически обработаны с помощью пакета программ "Statistica12.0". Данные считались статистически достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Средний возраст М, включенных в исследование, составил $65,37 \pm 6,24$ лет, Ж — $67,29 \pm 5,35$ лет. У всех пациентов причина развития сердечной недостаточности — ИБС и АГ. 86,7% больных ($n=52:26М$ и $26Ж$) имели ИБС ФК III. АГ 3 степени у 100% пациентов. Данные ШОКС ($5,92 \pm 1,35/4,59 \pm 0,93$ — Ж и М, соответственно, $p=0,05$), ТШХ ($329,58 \pm 50,86/312,59 \pm 67,69$ — Ж и М, $p=0,06$), частота встречаемости СН ФК III ($40\%/20\%$ — Ж и М) говорят о более тяжелом течении СНсФВ в женской субпопуляции. ИК Charlson составил $7,00 \pm 1,72$ для Ж с диабетом и $6,11 \pm 1,65$ — для М ($p=0,047$). Что говорит о более низкой прогнозируемой 10-летней выживаемости Ж с СНсФВ, ассоциированной с СД2Т. Среди сопутствующей патологии у М преобладали инфаркт миокарда ($76,7\%$), в том числе повторный, различные нарушения ритма ($33,3\%$), заболевания ЖКТ ($50,0\%$); в субпопуляции Ж — заболевания почек ($43,0\%$), варикозная болезнь нижних конечностей ($26,7\%$), дисциркуляторная энцефалопатия ($43,3\%$). Среди патологии ЖКТ у Ж чаще, чем у М, встречались панкреатит ($20,0\%$) и холецистит ($26,7\%$), а у М — гастрит ($43,3\%$). Частота распространенности ожирения оказалась сопоставима по полу (60% — М, $67,6\%$ — Ж).

Заключение. Женский фенотип СНсФВ, ассоциированной с СД 2 типа, характеризуется более низким качеством жизни пациентов, тяжелым клиническим течением и высокой коморбидной нагрузкой в сравнении с мужчинами той же группы. Дальнейшее изучение пол-специфических особенностей СНсФВ необходимо для разработки новых терапевтических подходов с целью улучшения качества и увеличения продолжительности жизни пациентов с данной патологией.

093 ДАННЫЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Сайтудинова К. М., Ускач Т. М., Шария М. А.

ФГБУ НМИЦК им. акад. Е. И. Чазова, Москва, Россия

Сочетание хронической сердечной недостаточности (ХСН) и фибрилляции предсердий (ФП) имеет широкую распространенность и неблагоприятный прогноз. Возникновение и прогрессирование ХСН у пациентов с ФП, также как и развитие ФП у пациентов ХСН тесно связаны с ремоделированием сердца. Процессы обратного ремоделирования сердца могут служить ключом к прерыванию порочного круга прогрессирования ХСН и ФП.

Цель. Определить влияние дапаглифлозина на параметры ремоделирования сердца и масса миокарда левого желудочка

у пациентов с фибрилляцией предсердий и хронической сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса.

Материал и методы. В исследование включены 60 пациентов с ХСН II-IV функционального класса (NYHA) со сниженной фракцией выброса и, госпитализированные в ФГБУ "НМИЦК им. ак. Е. И. Чазова" Минздрава России, которые были разделены на две группы, находящиеся на трехкомпонентной медикаментозной терапии сердечной недостаточности, как минимум 3 месяца. Пациентам первой группы был назначен дапаглифлозин, пациенты второй группы составили группу наблюдения. В процессе исследования анализировались такие показатели, как параметры ремоделирования сердца и масса миокарда левого желудочка, измеренные при помощи МРТ сердца исходно и через 6 месяцев.

Результаты. При сравнении двух групп по параметрам МРТ сердца, в начале лечения не было установлено статистически значимых различий. В группе пациентов, получавших в течение 6 месяцев дапаглифлозин, наблюдались статистически значимые изменения показателей ремоделирования миокарда — уменьшение объемных и линейных показателей параметров сердца по данным МРТ: КДР 70 (64-73) 63 (60-70) <0,001, КСР 55±7 (52-58) 50±7 (47-52) 0,003, ЛП 48±5 (46-49) 44±6 (42-46) <0,001, КДО 239±50 (220-258) 207±43 (191-223) 0,001, КСО 170±40 (155-185) 146±33 (133-158) <0,001. А также выявлено снижение массы миокарда через 6 месяцев у пациентов на терапии дапаглифлозином 109 (98-145), группа наблюдения: 170 (150-184) (статистическая разница между группами $p < 0,001$). У пациентов на терапии дапаглифлозином разница между двумя точками наблюдения статистически значимая $p < 0,001$. В группе наблюдения разница между двумя точками статистически незначимая $p = 0,632$.

Заключение. У пациентов с ХСН со сниженной ФВЛЖ и ФП терапия дапаглифлозином способствует снижению массы миокарда и процессам обратного ремоделирования сердца.

094 ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шевцова В. И.

ФГБОУ ВО Воронежский государственный медицинский университет им. Н. Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) часто ассоциируется с нарушением нутритивного статуса пациентов: как в сторону недостатка, так и в сторону избытка массы тела. Недостаток массы тела чаще наблюдается в исходе заболевания

и имеет плохое прогностическое значение. Выраженное негативное влияние на качество жизни и прогноз имеет сопутствующая ХСН саркопении, при этом саркопении часто сочетается с ожирением.

Цель. Выявление зависимости между составом тела пациентов, страдающих ХСН, и их клиническим статусом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 298 человек: 115 мужчин и 183 женщины (средний возраст — 61 год). Пациентам была проведена оценка состава тела, которая включала в себя анкетирование по опроснику SARC-F, кистевую динамометрию, определение ИМТ, биоимпедансметрию, а также тест "скорость ходьбы на 4м". В зависимости от состава тела участники исследования были поделены на 5 групп: 1-я группа — сниженная масса + саркопении ($n=45$); 2-я группа — нормальная масса + саркопении ($n=79$); 3-я группа — нормальная масса без саркопении ($n=49$); 4-я группа — ожирение + саркопении ($n=72$); 5-я группа — ожирение без саркопении ($n=53$).

Результаты. В настоящем исследовании в группе пациентов без саркопении с нормальной массой тела у подавляющего большинства больных определялось более благоприятное течение ХСН, соответствующее II ФК, тогда как в группах с наличием саркопении большая часть исследуемых имела III-IV ФК ХСН. У пациентов без саркопении с нормальной массой тела определялись меньшее снижение толерантности к физической нагрузке и лучшие показатели ТШХ, по сравнению с группами с саркопенией и с ожирением без саркопении. Течение ХСН у пациентов из групп с ожирением менее благоприятное, чем у больных с нормальной массой тела без саркопении. При этом, по сравнению с пациентами с саркопенией при нормальной массе тела больные с ожирением демонстрируют лучшие результаты ШОКС и ТШХ.

Согласно полученным результатам, наиболее низкие значения NT-proBNP были получены в группах с ожирением при саркопении и без. В настоящем исследовании наиболее высокие значения СРБ, маркера системного воспаления, уровень которого в крови коррелирует с тяжестью и исходами ХСН и СО, определялись у пациентов со сниженной массой тела. Максимальные значения галектина-3 определены у пациентов с саркопенией и ожирением из 4-й группы, то есть были выше, чем у пациентов с нормальным составом тела, только с ожирением или только с саркопенией.

Заключение. Изменения состава тела пациентов, страдающих ХСН, определенно связаны с выраженностью заболевания и относятся к неблагоприятным прогностическим факторам. Саркопении часто сопутствует ХСН, как самостоятельно, так и в сочетании с изменениями жировой массы тела, и ассоциируется с низкими функциональным статусом и качеством жизни больных.

VIII. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

095 ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОСТРОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ

Хорев Н. Г., Чичваров А. А., Беллер А. В., Сукманова И. А., Мартыросян С. С.

ФГБОУ ВО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России, Барнаул, Россия

Лабораторные показатели у больных с острой ишемией (ОИ) конечности недостаточно изучены. Определение лабораторных показателей у данной категории больных может улучшить оценку степени ишемии конечности.

Цель. Оценка лабораторного показателя — нейтрофильно-лимфоцитарного индекса (НЛИ) у больных с ОИ.

Материал и методы. Ретроспективный анализ результатов стационарного лечения 1330 больных за 22-летний период (2000–2021 гг.). Средний возраст пациентов составил 75,4±10,2 лет. Пациенты разделены на две когорты. Количество мужчин и женщин, сопутствующая патология до-

стоверно не отличалось. Первая когорта представлена двумя группами по признаку сохранения ($n=557$) и потери ($n=53$) конечности. Во второй когорте пациенты разделены на две группы по признаку исхода лечения: в первой группе оказались пациенты, выписанные из стационара ($n=657$), во второй больные с летальным исходом ($n=63$). НЛИ рассчитывался всем пациентам при поступлении и выписке путем деления количества нейтрофилов на количество лимфоцитов по данным клинического анализа крови.

Результаты. Значения НЛИ увеличивается с увеличением длительности и степени ишемии. В первой когорте у больных с потерей конечности НЛИ был в 1,5 и 2,0 раза выше, при 2Б и 3 степени — соответственно ($p < 0,05$). Средний показатель НЛИ в группе ампутации был 5,79, против 3,93 в группе с сохраненной конечностью. НЛИ при поступлении имеет значение на 1,14 больше у больных с тромбозом в раннем послеоперационном периоде после хирургического лечения ОИ, чем у больных без ретромбоза ($p = 0,03$). Медиана НЛИ умерших больных составила 14,75 [8,5; 23]. Этот показатель

различался у больных в зависимости от причины летальных исходов. Наибольшие показатели НЛИ отмечены у больных, умерших вследствие тромботических осложнений, приведших к гангрене конечности или кишечника. Не зависимо от метода лечения острой ишемии конечности НЛИ при выписке снижался на 32% ($p < 0,001$).

Обсуждение: изучение биомаркеров помогает в оценке степени ишемии и может иметь определенное значение в прогнозе сохранения конечности. Простой и доступный в клинической практике показатель — НЛИ, может быть определен в условиях любого стационара. Имеются работы показывающие, что этот индекс может быть предиктором ампутации и летального исхода. В нашей работе с увеличением степени ОИ получены значимые различия показателя НЛИ в группах анализируемых больных. С учетом клинических признаков, можно предположить, что значение НЛИ более 3,93 может быть лабораторным предиктором ампутации. Значение НЛИ более 8,5 может быть лабораторным предиктором летального исхода.

Заключение. Простым и доступным лабораторным маркером прогноза неблагоприятного исхода ОИ является нейтрофильно-лимфоцитарный индекс. Высокие показатели НЛИ в раннем послеоперационном периоде не имеющие тенденции к снижению после хирургического лечения ОИ могут являться предиктором ретромбоза. Синдром полиорганной недостаточности на фоне гангрены конечности или кишки сопровождался значимым увеличением НЛИ.

096 РОЛЬ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Кривошапова К. Е., Баздырев Е. Д., Барбараш О. Л.

ФГБНУ НИИ КПССЗ, Кемерово, Россия

Цель. Определить роль различных факторов риска, в том числе синдрома старческой астении (ССА), в развитии неблагоприятных событий в течение трех лет после проведения первичного планового коронарного шунтирования (КШ).

Материал и методы. В исследование было включено 387 пациентов со стабильной формой ишемической болезни сердца (ИБС), которым планировалось проведение первичного планового КШ. Средний возраст изучаемой выборки составил 65 [59; 69] лет. Практически все включенные в исследование пациенты имели артериальную гипертензию — 323 (83,5%) случая, половина пациентов (57,1%) — ранее перенесенный инфаркт миокарда, четверть пациентов имели в анамнезе сахарный диабет (СД) 2 типа. Первичный скрининг ССА проводился с использованием опросника "PRISMA-7", согласно которому один положительный ответ оценивается как 1 балл, считается общее количество баллов, наличие у пациента 3-ех и более баллов свидетельствует о высокой вероятности ССА. На основании полученных баллов в группу пациентов без ССА вошло 300 (77,5%) человек, пациенты с ССА составили 87 (22,5%) человек. За контрольные точки принимались: летальный исход, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, повторная реваскуляризация. Был проведен анализ влияния различных дооперационных и периоперационных факторов на развитие вышеперечисленных событий в течение трех лет после проведения планового КШ. Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 26.0.0.

Результаты. В результате проведенного анализа было обнаружено, что летальные исходы значимо чаще встречались среди "хрупких" пациентов с ИБС по сравнению с пациентами без ССА (17 (23,6%) и 30 (11,8%) случаев, $p = 0,019$, соответственно). При этом, шансы развития летального исхода, в течение трех лет после проведения планового первичного

КШ, среди "хрупких" пациентов с ИБС были выше в 2,147 раза по сравнению с пациентами без ССА (95% ДИ: 1,121-4,112, $p = 0,006$, соответственно). По остальным контрольным точкам значимых различий в группах сравнения выявлено не было. Следующим этапом настоящего исследования стало проведение многофакторного анализа для выявления ассоциаций между высокой частотой летальных исходов в течение трех лет после кардиохирургического вмешательства и различными факторами риска ССЗ, а также "хрупкостью" у пациентов с ИБС в предоперационном периоде КШ. В результате было выявлено, что наступление летального исхода в течение трех лет после планового КШ ассоциировано с наличием у пациента в анамнезе СД 2 типа (ОШ=3,539, 95% ДИ: 2,537-9,989, $p = 0,048$) и ССА, скринированного с помощью опросника "PRISMA-7" (ОШ=2,147, 95% ДИ: 1,121-4,112, $p = 0,021$).

Заключение. Шансы наступления летального исхода в течение трех лет после проведения планового КШ выше в 3,539 раза при наличии в анамнезе у пациента СД 2 типа (95% ДИ: 2,537-9,989, $p = 0,048$) и ССА, выявленного с помощью опросника "PRISMA-7", в 2,147 раза (95% ДИ: 1,121-4,112, $p = 0,021$).

097 ЧАСТОТА КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАНОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АОРТЕ И КЛАПАНАХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Чомахидзе П. П., Гуляева-Сельцовская Е. П., Курбаналиева Н. К.

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Данные мировых рекомендаций по оценке риска сердечно-сосудистых осложнений при кардиальных операциях основываются преимущественно на зарубежных источниках, подчеркивается необходимость проведения работ по определению кардиального риска различных операций с учетом многообразия хирургической патологии и новых хирургических технологий, применяемых у нас в стране.

Цель. Определение частоты развития и факторов риска сердечно-сосудистых осложнений при различных операциях на аорте и клапанах сердца в условиях искусственного кровообращения в современной кардиохирургической клинике.

Материал и методы. В исследование были включены 115 пациентов, которым выполнялись различные плановые кардиальные хирургические вмешательства. Наличие сердечно-сосудистых осложнений (ССО) определялось в течение 30 дней от начала операции при наблюдении за пациентами, по данным историй болезни и протоколов аутопсии. Мы выделяли большие ССО (смерть от сердечно-сосудистой причины, инсульт, инфаркт миокарда) и малые ССО (стенокардия напряжения, значимые желудочковые нарушения ритма, пароксизмы фибрилляции или трепетания предсердий, нарушения АВ проводимости и др.).

Результаты. У 30,1% пациентов были выявлены различные ССО за время наблюдения: у 3,5% — большие ССО и у 28,7% — малые ССО, при этом периоперационная летальность составила 1,7%. Большинство ССО ишемического характера, а также большинство нарушений внутрисердечной проводимости были зарегистрированы в течение первых 3 суток после операции. Напротив, эпизоды фибрилляции/трепетания предсердий возникали на 2-7 день после вмешательства.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности применяемых на сегодняшний день хирургических и анестезиологических технологий, которые приводит к сохранению относительно невысокого риска тяжелых и фатальных периоперационных осложнений при изученных видах вмешательств на сердце и аорте.

IX. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

098 СРАВНЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Рябов А. Е., Германова О. А., Решетникова Ю. Б.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара, Россия

В современных клинических рекомендациях всё большее внимание уделяется методам оценки функционального состояния сосудистой системы, в частности, объемной сфигмографии (ОСГ).

Цель. Сравнение возможностей двух различных методик ОСГ.

Материал и методы. Обследовано 20 практически здоровых некурящих человек обоего пола (средний возраст 20,6 года). Использовались два метода ОСГ: на аппарате Vasera VS-1500N и на приборе "Элон", разработанном сотрудниками Самарского национального исследовательского университета имени С. П. Королева, который позволяет одновременно регистрировать ОСГ с верхних и нижних конечностей. Как известно, в аппарате Vasera-1500N предусмотрен автоматический расчет скорости пульсовой волны (СПВ) и сердечно-сосудистого индекса (CAVI).

Результаты. Сотрудниками кафедры пропедевтической терапии СамГМУ разработана методика анализа кривой сфигмограммы и оригинальное программное обеспечение, включающее десятки параметров за сосудистый цикл. Также аппарат "Элон" позволяет рассчитать СПВ. При оценке показателей выявлено устойчивое достоверное снижение СПВ, зарегистрированной на аппарате Vasera-1500N, по сравнению с данными аппарата "Элон", на 20-25%. По нашему мнению, это расхождение в первую очередь связано с различиями при измерении длин артерий. Индекс CAVI выявил соответствие паспортного и "сосудистого" возраста у исследуемых, однако данных показателей отражает функциональное состояние артерий весьма обобщенно. По показателям аппарата Vasera-1500N не было выявлено неоднородностей в исследуемой группе. Большое количество параметров кривой сфигмограммы, получаемое на аппарате "Элон", позволило провести в среде MathLab многомерный анализ. Получена матрица нормализованных показателей группы, рассчитаны значения рангов и коэффициента Спирмена. Выявлено, что исследуемая группа практически здоровых лиц неоднородна ("разная степень нормы") и состоит из трех подгрупп. Причина выявленной неоднородности требует дальнейшего изучения, но, по нашему мнению, это в любом случае отражает различия в функциональном состоянии сосудистой системы.

Заключение. Используемый в аппарате "Элон" подход дает большой набор параметров, описывающих сосудистую систему. Комплексный анализ кривых ОСГ позволит проводить дифференциальную диагностику основных сердечно-сосудистых заболеваний и контролировать их динамику.

099 ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ 4Д-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА КАК ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ НАШИХ ДНЕЙ

Цоколов А. В., Каленов И. В., Амелин В. В., Хохлаков А. В.

ФГБУ 1409 ВМКГ МО РФ, Калининград, Россия

Современные эхокардиографические методики находят все большее применение в повседневной практике крупных медицинских стационаров. В их числе — многоплоскостной режим сканирования, позволяющий при помощи функции Flexi-Slice (в режиме 4D) извлечь из одновременно сохраненного объемного изображения большое количество 2D изображений в любой интересующей нас плоскости.

Цель. Дать объективную оценку преимуществ методики 4D при чреспищеводной эхокардиографии (ТТЕ) от трансторакальной эхокардиографии (ТГЕ).

Материал и методы. В исследование было включено 20 пациентов, кому при ТТЕ был выставлен диагноз врожденного порока и врожденных аномалий строения сердца. На приборе GE Vivid S70 секторным датчиком проводилась оценка интересующей области сердца, с оценкой размерных показателей указанной области сканирования. В дальнейшем при ТТЕ датчиком с фазированной решеткой (6VT-D) записывались ролики в режиме 4D с объемной визуализацией и с их последующей постобработкой. Оценивались различия между линейными данными, полученными при ТТЕ в В-режиме и ТТЕ в режиме объемной визуализации, выраженные в процентах от исходных значений.

Результаты. Было установлено, что наименьшие погрешности в измерениях регистрировались при оценке выраженности пролабирования створок АК\МК (для АК до -2,4%, для МК — от -9,7% до +2,8%), что следует рассматривать как незначимые, с точки зрения статистики. Для аневризмы МЖП таковые различия с данными, полученными при ТТЕ, достигают уже +27,5%, а в ряде случаев аневризма МПП при ТТЕ не визуализируется вовсе, что зависит от ее местоположения и пространственной ориентации. Наилучшее качество визуализации было отмечено в отношении дефектов развития сердца, а именно — для дефектов МПП, с разницей полученных цифровых значений по сравнению с ТТЕ данными от -33,3% до +100% (например: 1,5 мм при ТТЕ против 3,0 мм при ТТЕ).

Заключение. С учетом полученных данных следует сделать вывод о том, что при проведении ТТЕ предпочтение следует отдавать методике 4D (режим объемной визуализации) с сохранением максимально большого числа подобных изображений. Последующая постобработка блоков изображений позволяет получить наиболее точные данные о выраженности дефекта или аномалии, с наименьшей погрешностью полученных результатов по сравнению с данными ТТЕ. Ширина сектора сканирования в режиме сканирования и сохранения изображения при этом составляет порядка 5*4 см (при глубине сектора 7 см). Этого вполне достаточно для одновременного захвата изображений всего интересующего участка сердца, как то: МПП, МЖП, клапан сердца со всеми прилежащими к нему структурами. Большое количество возможных 2D изображений в одном сохраненном блоке данных, и при этом в любой проекции — незаменимый инструмент в подобных ситуациях. Большой объем времени, требующийся для постобработки трехмерной модели сектора сканирования сердца и анализа всей сохраненной при таком исследовании информации — ожидаемая плата за конечный результат.

100 ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА ГЕМОСТАЗ, У ПАЦИЕНТОВ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО И ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Усманова А. Ф.¹, Маянская С. Д.², Кравцова О. А.³, Хаитова Ш. Т.³

¹ГАУЗ РКБ МЗ РТ, Казань; ²Казанский ГМУ, Казань; ³ИФМиБ КФУ, Казань, Россия

В настоящее время проводится постоянный поиск новых факторов, позволяющих прогнозировать тяжесть течения и развитие осложнений сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у пациентов высокого и экстремального сердечно-сосудистого (СС) риска. Особенно, большое внимание уделяется изучению влияния активности генов-кандидатов, кодирующих белки, связанные с активацией системы гемостаза у этой категории пациентов.

Цель. Провести анализ экспрессии генов, контролирующих параметры системы коагуляции, у пациентов очень высокого и экстремального СС риска.

Материал и методы. В настоящем исследовании набор пациентов проводился с 01.2023 по 02.2024 год в отделении кардиологии РКБ МЗ РТ, г. Казань. Из 100 принимающих участие в исследовании пациентов, для проведения генетического анализа был отобран 61 человек. Среди них выделены 2 группы: 1—основная группа — пациенты очень высокого и экстремального СС риска ($n=43$); 2—группа сравнения — пациенты без кардиоваскулярных заболеваний в анамнезе ($n=18$). В исследуемых группах проведена оценка относительного уровня экспрессии (RQ) 4 генов, кодирующих, ингибитор активатора плазминогена (SERPINE-1), бета-полипептидную цепь фибриногена (FGB), интегрин альфа-2 (ITGA2) и интегрин бета-3 (ITGB3). Расчет экспрессии целевых генов проводили на основе результатов количественного ПЦР-анализа в реальном времени. При оценке RQ использован метод 2 — $\Delta\Delta CT$, который позволяет определить, во сколько раз меняется экспрессия 4-х целевых генов в 1 группе, по сравнению со 2-ой. В зависимости от распределения использовался t-критерий Стьюдента или U-критерий Манна-Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p<0,05$. Величина ΔCT

отражала количество циклов, которое требуется для достижения экспрессии гена.

Результаты. В ходе исследования уровень экспрессии при $RQ>1$ был выявлен у двух генов—SERPINE-1 (1,4388) и ITGB3 (5,0156), тогда как, значения RQ для FGB и ITGA2 были менее 1 (0,9229 и 0,4455, соответственно). Хотя ген SERPINE-1 и проявил свою активность, однако статистическая значимость по сравнению со 2-ой группой не была получена ($p=0,529$). Уровень экспрессии гена ITGB3 был достоверно выше фоновой ($p=0,01$), что свидетельствует о его высокой прогностической значимости. Количество циклов до амплификации гена ΔCT обратно пропорционально RQ и составило для экспрессии гена ITGB3 — 2,3264. Самую большую ригидность в плане экспрессии показал ген ITGA2 ($\Delta CT=1,662$).

Заключение. Таким образом, согласно полученным результатам, три из четырех, изучаемых генов не показали себя, как универсальные детерминанты тяжести ССЗ, тогда как статистически значимая высокая экспрессия гена ITGB3, вероятно, имеет значительную прогностическую ценность у пациентов высокого и экстремального СС риска. По-видимому, это свидетельствует об увеличении копий продукта данного гена на мембранах тромбоцитов у этих групп пациентов, что позволяет использовать оценку его экспрессии как маркера тяжести течения кардиоваскулярных патологий.

Х. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ. СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

101 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Лелявина Т. А., Бабенко А. Ю., Сонин Д. Л., Галагудза М. М.

ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность физических тренировок различной интенсивности у пациентов с ожирением.

Материал и методы. Одноцентровое открытое исследование 37 пациентов с ожирением. Три группы пациентов: группа 1 — 15 больных 5-7 дней в неделю по 60 мин выполняли тренировочную ходьбу со скоростью, достигнутой на уровне 25-30% VO_2 peak, группа 2 — 15 больных 5-7 дней в неделю по 40 мин выполняли тренировочную ходьбу со скоростью, достигнутой на уровне 60% VO_2 peak, группа 3 — 7 больных 3 раза в неделю по 30 мин выполняли тренировочную ходьбу со скоростью, достигнутой на уровне 75-80% VO_2 peak.

Результат. Выполнен анализ динамики ИМТ, ОТ, ТФН (на основании оценки поглощения кислорода на пике ФН (VO_2 peak)). Результаты исследования. В группу 3 преждевременно прекратили включение пациентов виду плохой переносимости высокоинтенсивных интервальных тренировок, поэтому в группу 3 всего включили 7 больных. После 6 месяцев тренировок наиболее выраженное уменьшение ИМТ и ОТ, а также больший рост ТФН, скорости ходьбы на уровне лактатного порога и периода преимущественного поглощения жиров в ходе физической тренировки зарегистрировано в группе 1, пациенты которой тренировались с интенсивностью 25-30% от VO_2 peak. По результатам анализа дневников наблюдений выявили большую частоту нежелательных явлений в группе больных, выполняющих тренировки умеренной и высокой интенсивности.

Заключение. 1. ФТ с интенсивностью 75-80% VO_2 peak хуже переносятся больными с ожирением и менее эффективны по сравнению с ФТ интенсивностью 25-30% и 60% от VO_2 peak. 2. Аэробные тренировки с интенсивностью 25-30% VO_2 peak наиболее безопасны и эффективны в отношении то-

лерантности к физической нагрузке и снижения массы тела у пациентов с ожирением.

102 АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Пирмамедова М. Ш., Скрипник И. В., Кузнецов Д. В., Дуляков Д. В.

ГБУЗ "Самарский областной клинический кардиологический диспансер им. В.П. Полякова" Минздрава России

Диагностика аневризмы аорты остается одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено наличием многочисленных клинических проявлений этой патологии, которые стимулируют самые различные заболевания, отсутствием патогномоничных изменений показателей анализа крови, ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки, входящих в клинический минимум обследования больного, быстрым прогрессированием процесса с высокой вероятности летального исхода.

Цель. Проанализировать причины летальных исходов на амбулаторном и госпитальном этапах у пациентов с аневризмой аорты.

Материал и методы. Выборка умерших пациентов, имевших в качестве первоначальной причины смерти коды МКБ-10 (I71.0-I71.9), проводилась в АИС "Смертность" Самарской области за период с 01 января по 31 декабря 2021 года. Всего за указанный период было зарегистрировано 230 умерших пациентов с диагнозом "Аневризма Ао". Во всех ЛПУ прикрепления была запрошена медицинская документация: истории болезни, выписки, амбулаторные карты.

Результаты. Предоставлены медицинские документы 131 пациента: 97 (74%) мужчин, в возрасте от 20 до 95 лет, средний возраст 67 лет. Они составили группу 1, где проводился подробный анализ данных. Из них в стационаре умерло 70 (53,5%) пациентов (78,6% мужчин), в экстренном порядке поступили 67 (95,7%), в плановом порядке 3 (4,3%) пациента; дома умерло — 40 (30%) пациентов, из них 28 (70%) мужчин, в других местах — 21 (16%) умерших, из них 14 (66,7%) мужчин.

Обращает на себя внимание, что пациенты, перенесшие ранее ОНМК или имевшие ХСН, преобладали среди паци-

ентов, умерших вне стационара. Более 30% пациентов принимали различные лекарственные препараты, чаще всего гипотензивные и антиангинальные, статины принимали чуть более 20% пациентов. Оценить эффективность медикаментозной терапии не представлялось возможным.

Медицинские документы 99 пациентов (67 (67,7%) мужчины, средний возраст 65 лет) не были представлены по разным причинам (группа 2). Достоверных различий по полу, возрасту, кодам МКБ-10, месту госпитализации отмечено не было.

В стационары 3 уровня поступили только 22,1% и 16,2% пациентов групп 1 и 2, соответственно.

Умершие в стационаре. Из 70 пациентов умерших в стационаре, у 48 (68,6%) пациентов смерть наступила до момента проведения оперативного вмешательства, а 3 пациента госпитализированы в состоянии клинической смерти. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 4 часа. Прижизненный диагноз "Аневризма Ао" был установлен только у 18 пациентов, из них 14 мужчин. Согласно МКБ-10 были выставлены следующие диагнозы: I71.0 — 3 (6,2%), I71.1 — 1 (2,1%), I71.3 — 11 (22,9%), I71.5 — 2 (4,2%), I71.6 — 1 (2,1%).

Некоторым пациентам успели провести лабораторное и инструментальное обследование. Д-димер был оценен только у 17 (13%) из 70 пациентов, из них он оказался повышен у 7 (5,4%) пациентов, тропонин проанализировали у 27 (20,6%) пациентов, у 8 (6,1%) повышен. Креатинин удалось оценить всем госпитализированным, повышение отмечено у 48 (36,6%) пациентов; гемоглобин оценен у 61 (46,5%) пациента, у 38 (29%) оказался снижен; глюкоза у 58 (50,8%) пациентов, у 10 (14,2%) повышена, а у 1 (1,4%) снижена.

Из инструментальных исследований: ЭКГ проведена у 67 (95,7%) из 70 пациентов, из них было отклонение от нормы имелось у 11 (15,7%), рентгенография ОГК у 25 (35,7%), эхокардиография проведена 28 (40%) пациентам, УЗИ брюшной полости выполнено 50 (71,4%) пациентам, КТ-ангиография — 31 (44,2%) пациенту. Соответственно наличие аневризмы грудного, брюшного, торакоабдоминального отделов аорты с признаками расслоения было заподозрено на ЭхоКГ у 22 (31,4%) пациентов, на УЗИ у 38 (54,3%), а КТ-ангиографии у 25 (35,7%) пациентов.

Как указывалось выше, среди госпитализированных у 48 (35 мужчины) пациентов смерть наступила до операции от массивного кровотечения вследствие разрыва Ао. Из 22 пациентов, которым было начато (выполнено) оперативное вмешательство у 2 пациентов смерть наступила во время операции (причины — массивное кровотечение и отек легких). Продолжительность операции составила 550 и 105 минут. До операции оба пациента находились в стационаре 4 дня. В анамнезе у этих двух пациентов эндопротезирование торакоабдоминального отдела Ао, плюс АКШ у одного из них, проявления ХСН. Оба принимали БАБ, статины, ИАПФ/АРА, БКК, ацетилсалициловую кислоту.

У оставшихся 20 (17 мужчины) пациентов смерть наступила в послеоперационном периоде, средняя продолжительность операции составила 252 мин, средняя длительность пребывания в стационаре также 4 дня. Причина смерти смешанный шок в сочетании с жизнеопасными нарушениями ритма сердца в виде ФЖ у 14 пациентов.

Анализ умерших дома и в других местах. На дому и в других местах умер 61 пациент. В амбулаторных картах был обнаружен минимум инструментальных исследований, которые амбулаторно проводились пациентам: ЭКГ только 7 (26,5%) пациентам, рентгенография ОГК у 3 (12%), эхокардиография у 1 (2,5%), КТ — ангиография 3 (6,6%). УЗИ брюшной полости никому не проводилось.

Заключение. В результате проведенного анализа выявлено, что в Самарской области в 2021 г. большинство летальных исходов от аневризмы Ао зафиксировано в медицинских организациях 1-2 уровней. Усредненный портрет пациента — мужчина в возрасте старше 65 лет, имеющий длительный кардиологический анамнез, в т.ч. перенесенные ранее инфаркты миокарда, операции реваскуляризации, итогом которых яви-

лось развитие ХСН. Лекарственную терапию получали не более 50% пациентов, а статины принимали чуть больше 20%. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 4 часа. Прижизненная постановка диагноза расслоения аневризмы аорты была выполнена только у 25% пациентов. Таким образом, любые сомнения врача о наличии РА требует проведения быстрого (молниеносного) обследования всех таких пациентов.

103 СРАВНЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ SCORE И FRAMINGHAM, ТЕХНОЛОГИЙ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ

Мишкин И. А.¹, Концевая А. В.², Гусев А. В.³, Сахаров А. А.⁴, Драпкина О. М.²

¹ГУЗ ТО Киреевская ЦРБ, Киреевск; ²ФГБУ НМИЦ ТПМ Минздрава России, Москва; ³ФГБУ ЦНИИОЗ Минздрава России, Москва; ⁴ПАО Группа Ренессанс Страхование, Тула, Россия

На сегодняшний день основными способами оценки сердечно-сосудистого риска являются шкалы SCORE, SCORE-2, Framinghsm и др. Однако данные шкалы имеют ряд статистических недостатков, которые могут снижать качество прогноза.

Цель. Использовать технологии машинного обучения для прогноза сердечно-сосудистого риска.

Материал и методы. Работа была выполнена на данных международного проспективного исследования "ИНТЕРЭПИД", проведенного в 2011-2016 гг. n=2,392 тыс. Конечные точки: случаи развития ишемической болезни сердца и острого нарушения мозгового кровообращения n=253 (24,1%) для Самары и n=280 (20,9%) для Кыргызской республики, всего n=533 (22,5%). В качестве алгоритмов машинного обучения использовали: ExtraTreesClassifier для Самарской когорты; GradientBoostingClassifier для Кыргызской когорты и для всей когорты "ИНТЕРЭПИД". Для сравнения использовали шкалу SCORE и Фрамингемскую шкалу.

Результаты. Для Самарской когорты лучший AUC у ExtraTreesClassifier — 0,609, для Кыргызской когорты у Фрамингемской шкалы AUC — 0,828, для всей когорты у GradientBoostingClassifier AUC — 0,766.

Заключение. По результатам данного исследования можно сказать, что качество детерминации по уровню сердечно-сосудистого риска в большинстве случаев лучше при использовании алгоритмов машинного обучения, однако в некоторых случаях наблюдались противоречивые данные. При этом в обоих случаях в первую очередь следует обращать внимание на качество выборки, на основании которой строилась математическая модель, и методах валидации.

104 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Мацкевич С. А., Кожанова И. Н., Романова И. С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Оценить приверженность к фармакотерапии у пациентов трудоспособного возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы на фоне патологии мочевыводящей системы.

Материал и методы. Проанализировано 162 истории болезни пациентов в возрасте от 48 до 65 лет (средний возраст 59,8±6,24 года) с патологией мочевыводящей системы (мочекаменная болезнь, кисты почек, хронический пиелонефрит), проходивших стационарное лечение в уроло-

гическом отделении и имеющих сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы. Наличие патологии сердечно-сосудистой системы определяли по данным клинико-инструментальных исследований. Давность заболеваний сердечно-сосудистой системы составила в среднем $11,06 \pm 4,26$ года.

Результаты. Патология сердечно-сосудистой системы представлена следующей нозологией: инфаркт миокарда в анамнезе у 24 (14,8%) пациентов, стабильная стенокардия напряжения выявлена у 18 (11,1%) больных, нарушения сердечного ритма (пароксизмальная или постоянная форма фибрилляции предсердий, суправентрикулярная и/или желудочковая экстрасистолия) определялись у 67 (41,3%) пациентов, операции на сердце (коронарное шунтирование, стентирование коронарных артерий, РЧА) в анамнезе у 8 (4,9%) больных. В 42% случаев (68 пациентов) заболевание сердечно-сосудистой системы сопровождалось сопутствующим сахарным диабетом или нарушенной толерантностью к глюкозе. Артериальная гипертензия II-III ст. Встречалась в 90,1% случаев (146 пациентов), признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК по NYHA) выявлены в 72,2% случаев (117 пациентов). Проводимая фармакотерапия по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы представлена следующими группами лекарственных препаратов: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или блокаторы рецепторов ангиотензина были назначены в 70% случаев, бета-адреноблокаторы принимали 54,3% пациентов, блокаторы кальциевых каналов получали 30,2% пациентов, дезагреганты принимали 48,1% больных, статины и диуретики получали 24,7% и 23,4% пациентов соответственно, антикоагулянты — 10,5% пациентов. Выявлено, что 24 пациента (14,8%) вовсе не принимали назначенные ранее кардиологом лекарственные препараты по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы в течение нескольких лет, а 28 пациентов (17,3%) длительное время принимали только один из назначенных лекарственных препаратов. И только 52 пациента (32,1%) принимали все назначенные кардиологом лекарственные препараты, т.е. имели высокую приверженность к фармакотерапии.

Заключение. В исследовании выявлено, что пациенты трудоспособного возраста с заболеваниями мочевыводящей системы имеют сопутствующую патологию сердечно-сосудистой системы, в подавляющем большинстве случаев это артериальная гипертензия и хроническая сердечная недостаточность. Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы представлена широким спектром лекарственных препаратов, но только каждый третий пациент имеет высокую приверженность к фармакотерапии.

105 УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРЕНИРОВОЧНОЙ НАГРУЗКИ У СПОРТСМЕНОВ-ВETERАНОВ

Вялова М. О.

Саратовский ГМУ, Саратов, Россия

Цель. Проанализировать взаимосвязь уровня САД (систолического артериального давления) и ДАД (диастолического артериального давления) до и после тренировочной нагрузки с основными параметрами ультразвукового исследования сердца и сосудов у спортсменов-ветеранов.

Материал и методы. У 51 конкурентоспособного спортсмена в возрасте от 44 до 75 лет проводилось анкетирование для выявления основных факторов сердечно-сосудистого риска, выполнялось ультразвуковое исследование сердца, измерялся уровень САД и ДАД до и в первые 3 минуты после тренировочной нагрузки. Учитывался установленный ранее врачом диагноз "артериальная гипертензия".

Результаты. При проведении анализа данных оказалось, что превышение нормы САД перед тренировкой достоверно связано с такими показателями, как КДР ЛЖ $= 48,6 \pm 4$ мм (конечно-диастолический размер левого желудочка), ИММ ЛЖ $= 90,4 \pm 15,7$ г/м² (индекс массы миокарда левого желудочка) и толщиной МЖП $= 11,6 \pm 2$ мм (межжелудочковой перегородки) ($p \leq 0,05$).

Очевидно, у обследованных нами спортсменов-ветеранов отмечалась концентрическая гипертрофия ЛЖ, то есть более выраженное увеличение толщины МЖП, а также ИММЛЖ, в то время как полость левого желудочка не подвергалась дилатации. С целью определить, зависят ли данные показатели от наличия АГ (артериальной гипертензии) или повышенного САД до тренировки, был проведен двухфакторный статистический анализ, который показал, что КДР ЛЖ достоверно связан с наличием именно повышенного САД до тренировочной нагрузки ($p = 0,04$), также, как и ИММ ЛЖ ($p = 0,01$), что очевидно подтверждает гипотезу о том, что данные изменения полости ЛЖ у спортсменов-ветеранов не зависят от наличия диагноза АГ, а являются, очевидно, реакцией на повышение АД в процессе тренировочной нагрузки, как проявление адаптации и реактивности.

Повышенные значения САД после тренировочной нагрузки достоверно ассоциировались с большей встречаемостью гипертрофии миокарда левого желудочка (52,38%), диастолической дисфункцией (66,67%) и, соответственно, относительно повышенным ИММЛЖ ($90 \pm 15,5$ г/м²) и толщиной МЖП ($11,8 \pm 2$ мм) ($p \leq 0,05$). Повышение ДАД как до, так и после тренировочной нагрузки не имело достоверных связей с показателями ультразвукового исследования сердца.

Заключение. Можно предположить, что повышение САД как до тренировки, так и в ранний восстановительный период является неблагоприятным маркером. Ассоциация АД $> 139/89$ мм рт.ст. с признаками гипертрофии и диастолической дисфункции левого желудочка подтверждает это. Не исключено, что гипертензивная реакция на нагрузку, и не только спортивную, внесла свой вклад в формирование выявленных изменений левого желудочка. Однако, обращает на себя внимание четкая взаимосвязь показателей ультразвукового исследования сердца, в частности, КДР ЛЖ, ИММ ЛЖ и толщиной МЖП, именно с повышенным уровнем САД как до, так и после тренировочной нагрузки, что может говорить в пользу формирования данных признаков вследствие адаптации к физическим нагрузкам и формирования "спортивного" сердца.

XI. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ

106 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА В ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

Радушко А. И.

ФГБНУ "НИИ КПССЗ", Кемерово, Россия

Перитонеальный диализ является методом замещения утраченной функции почек. Усовершенствование знаний и практических навыков диализных технологий заключается в удовлетворении потребностей профессионального развития медицинских работников, что позволяет повысить качество жизни пациентов

Цель. Повысить качество медицинской помощи с применением перитонеального диализа у пациентов младшей возрастной группы после операций на сердце и сосудах с ОПП.

Главными задачами послеоперационного периода для проведения перитонеального диализа являются: 1. Подготовка доступа для перитонеального диализа, используемые изделия медицинского назначения для перитонеального диализа, диализирующий раствор. 2. Методика проведения перитонеального диализа. 3. Проведение мониторинга состояния ССС, КЩС, электролитного и биохимического состава крови, контроль гидробаланса. 4. Уход за хирургическим доступом. 5. Профилактика инфекций. Для перитонеального диализа принципиальны три важнейшие составляющие: 1. Жизнеспособная брюшная полость 2. Катетер для доступа в перитонеальную полость 3. Диализирующая жидкость. Различают два принципиальных метода осуществления перитонеального диализа: постоянный амбулаторный, для которого необходимы только соединительные трубки и контейнеры с растворами, а заполнение и опорожнение контейнеров осуществляется под действием гравитации; • автоматизированный, при котором обмены осуществляет специальный аппарат — инфузомат. Послеоперационные осложнения: инфекционные, неинфекционные. Инфекционные: диализный перитонит, инфекция места выхода ПД-катетера, тоннельная инфекция ПД-катетера. Неинфекционные осложнения: перикатетерное подтекание диализата, нарушение дренажной функции катетера, гидроторакс, электролитные нарушения баланса.

Мониторинг. На протяжении всего периода нахождения больных в отделении реанимации всем детям проводится мониторинг состояния сердечно-сосудистой системы: Кардиомонитор, датчик ЭКГ, артериального давления, сатурации. Каждые три часа берется анализ КЩС. Один раз в сутки контролируется биохимический состав крови. Мониторинг ЦВД и частоты сердечных сокращений осуществляется с использованием той же аппаратуры.

Заключение. Проведя анализ особенностей ухода за пациентами младшей возрастной группы после операций на сердце и сосудах с ОПП, с применением перитонеального диализа, можно выделить ряд приоритетных задач по уходу и ожидаемых результатов. Главными проблемами являются вопросы инфекционной, психологической, связанные с болью, полиорганной недостаточностью. Усовершенствование знаний и практических навыков диализных технологий позволит повысить профессиональное развитие медицинских работников, что позволит повысить качество оказываемой медицинской помощи и качество жизни пациентов ОПП после оперативного вмешательства на сердце.

107 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Федулаева С. Б., Старостина А. В.

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия

Холтеровское мониторирование-диагностическая процедура, проводимая с целью оценки сердечных функций, а именно автоматизма, проводимости и возбудимости. Правильная постановка аппарата медицинской сестрой влияет на качество записи и дальнейшей интерпретации. Холтеровское мониторирование показано онкологическим больным с имеющимися в анамнезе нарушениями сердечного ритма и проводимости, ишемии миокарда. Данные холтеровского мониторирования используют для оценки рисков при специальном лечении онкологических пациентов. Метод широко используется и постоянно совершенствуется для выявления ишемических нарушений, различных нарушений сердечного ритма и проводимости, их распределение за сутки, особенности и варианты течения заболевания. Исследование также позволяет оценить работу электрического кардиостимулятора, суточную регистрацию временных и частотных показателей вариабельности сердечного ритма, (синдром удлиненного интервала QT).

Ролью медицинской сестры при проведении методики Холтеровского мониторирования ЭКГ является правильная, качественная установка электродов на теле человека и контроль записи на дисплее прибора. Медицинская сестра заранее рассказывает пациенту о правилах поведения в процессе исследования, правилах заполнения дневника мониторирования. При проведении самой установки монитора ЭКГ медицинская сестра руководствуется следующими правилами: 1. Обезжирить место установки электродов этиловым спиртом и дать просохнуть коже. 2. Установить электроды в соответствии со схемой. 3. Отследить на мониторе качество записи ЭКГ. При наличии качественного мониторирования переводим кардиомонитор в режим записи. 4. Провести инструктаж пациента, а также рассказать о правилах ведения дневника. К сожалению отмечается, что количество летальных исходов у онкологических больных с ишемическими болезнями сердца встречается почти в 2 раза чаще, чем у пациентов без злокачественных образований. За счет того, что химия и лучевая терапия является агрессивным методом лечения пациент часто скрывает жалобы на сердце, боясь отказа в лечении. Наличие тяжелой сердечно-сосудистой патологии часто является противопоказанием для проведения оперативного вмешательства или химиотерапевтического лечения. Метод холтеровского мониторирования является незаменимым для выявления, оценки тяжести сопутствующих нарушений ритма, особенно "ишемических" и артериальной гипертензии у онкологических больных с ИБС. А также для выявления наличия "ригидного ритма" — низкая вариабельность RR-интервалов и синдрома удлинения интервала QT, которые значительно ухудшают прогноз заболевания. Многие жизнеугрожающие аритмии клинически проявляются как типичные вазовагальные обмороки или эпилептические приступы, и только регистрация ритма в момент возникновения симптомов дает возможность поставить правильный диагноз и предотвратить возможную внезапную сердечную смерть.

108 ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТАМИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ*Абзаева Н. В.*

ФГБУ "ФЦССХ им. С. Г. Суханова" Минздрава России, Пермь, Россия

Качественное сестринское обслуживание является важнейшим аспектом в структуре медицинской помощи населению. Понятие качества сестринской помощи неразрывно связано с лечебно-диагностическим процессом, поэтому сестринскому персоналу, от которого зависит эффективность лечения, реабилитация, выздоровление пациента, в этом процессе отведена значительная роль. Важным моментом является оценка удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой в том числе, средним медицинским персоналом.

Цель. Провести оценку удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом в кардиохирургическом отделении для изучения реальных потребностей пациентов, связанных с внешними, сервисными, коммуникативными условиями обслуживания.

Материал и методы. Проведено анкетирование 408 пациентов кардиохирургических отделений. Предложены рекомендации по повышению качества медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом.

Результаты. Проведен ретроспективный анализ данных ежеквартального анкетирования пациентов за 2021–2023 гг. Деонтологические аспекты в работе среднего медперсонала играют определенную роль. Коммуникативные качества медицинских сестер высоко оцениваются пациентами. Профессиональная подготовка и мастерство выполнения сестринских манипуляций находятся на хорошем уровне. Условия нахождения пациентов в отделениях стационара, соблюдение персоналом санитарно-гигиенических правил, соблюдение лечебно-охранительного режима — получили положительные оценки от пациентов. Уровень квалификации медицинских сестер, полнота выполнения лечебных и диагностических манипуляций, оптимальные условия лечения и ухода, соблюдение деонтологических принципов является показателем качества медицинской помощи — удовлетворение лечением и уходом в целом, что отражается в динамике улучшения состояния здоровья.

Заключение. Регулярное проведение исследования удовлетворенности пациентов позволяет медицинской организации гибко реагировать на ожидания и потребности потребителей с целью улучшения качества медицинской помощи.

109 ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ*Прохоров К. В., Нечаева Н. В., Киселева Е. А.*

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Пермского края "Клинический кардиологический диспансер" г. Пермь, Пермь, Россия

Падения пациентов являются серьезной медицинской, социальной и экономической проблемой. Наличие эффективной программы профилактики падений в стационаре является обязательным требованием аккредитации ЛПУ по международным стандартам.

Первичная оценка риска падений с определением индивидуальных факторов падения, выделение зон риска падений, всестороннее информирование пациента и обучение профилактике падений членов его семьи, обучение медицинского персонала — являются важными компонентами программы профилактики падений, направленных на повышение безопасности пациента в ЛПУ.

Цель. Обеспечение безопасности пациента, снижение риска и количества падений пациентов при нахождении на

территории медицинского учреждения в амбулаторных и стационарных отделениях.

Материал и методы. На территории учреждения разработана и внедрена стандартная операционная процедура 01.07/ХП-3 от 28.02.2022г. "Правила профилактики падений". В процесс профилактики падений вовлечен весь медицинский и немедицинский персонал. Все сотрудники клиники обучены правильной транспортировке пациента, действиям в случае падения пациента, ежегодно проводится занятие на тему "Профилактика и последствия падений". При первом контакте с пациентом сотрудник приемного отделения оценивает риск падения, если он старше 70 лет или визуально ослаблен, медицинская сестра проводит оценку риска падений по адаптированной шкале Морзе. Результат первичной оценки риска падений сообщается пациенту и родственникам. При высоком риске обеспечивается сопровождение пациента на территории учреждения. В случае падения пациента обнаруживший его сотрудник оценивает состояние упавшего и зовет на помощь персонал (при наличии травм — врача).

Результаты. По оценкам экспертов 33% лиц 65 лет и старше имеют анамнез падений, при этом 50% из них падают более одного раза в год. Распространенность падений в больницах в среднем составляет 1–4 на койку/год. Падения пациентов в медицинских организациях являются серьезной социальной и экономической проблемой т.к. падения пациента во время госпитализации в ряде случаев могут нанести серьезный ущерб их здоровью, что соответственно приводит к увеличению продолжительности и стоимости лечения. Однако программа профилактики падений принятая и внедренная на территории медицинского учреждения позволяет существенно снизить риски падений пациентов.

Заключение. Внедренные на территории клиники меры показали свою эффективность в профилактике падений как у амбулаторных, так и у госпитализированных пациентов в целом, а также у пациентов с высоким риском падений. Необходимо совершенствование отработки навыков оценки риска падения пациента среди специалистов с регулярной актуализацией информации по данной теме.

110 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА*Спицина С. С.*

ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России, Волгоград, Россия

Одной из значимых проблем ИБС является развитие повторных инфарктов миокарда (ИМ), что значительно ухудшает прогноз и дальнейшее течение болезни. В связи с этим, передовые инвазивные медицинские технологии и вторичная профилактика ИБС играют важную роль в снижении показателей смертности населения.

Цель. Изучить роль деятельности медицинской сестры в профилактике повторных ИМ.

Материал и методы. Применяемые методы исследования: социологический (опрос), статистический. В ГУЗ "ГКБСМП №25" был проведен опрос 26 пациентов с перенесенным ИМ с целью выявления роли медсестры в проведении профилактических мероприятиях.

Результаты. По данным ГУЗ "ГКБСМП №25" до 20% всех ИМ приходится на долю повторных. Среди опрошенных пациентов было 16 мужчин (61%), 10 женщин (39%), среднего возраста $67,4 \pm 12,8$ лет. У большинства пациентов был низкий уровень физической активности (69%); все опрошенные не знали методов управления стрессом; 20 пациентов (77%) имели избыточную массу тела, а 6 (23%) — ожирение; 18 опрошенных (69%) имели вредные привычки (курение, алкоголь); у 100% пациентов в рационе присутствовала соленая, копченая, жирная пища. К сожалению, никто из пациентов не проходил регулярно диспансеризацию.

Была выявлена недостаточная информированность пациентов о факторах риска развития повторного ИМ, а также продемонстрирована низкая приверженность к соблюдению профилактических мер и диспансеризации. Важную роль в периоде восстановления играют беседы с пациентом и его родственниками о том, что ЛФК, физическая активность имеет высокую значимость для профилактики. Важными задачами в реабилитации пациентов после ИМ являются контроль над регулярным приёмом лекарств, уход и контроль за жизненно-важными показателями, проведение бесед о регулярном приёме назначенных врачом препаратов, а также обучение самоконтролю АД в домашних условиях. Медицинским сестрам следует проводить беседы о методах релаксации, необходимо-

сти прогулок, занятиях хобби, распорядке дня; рекомендовать прекращении курения и приёма алкоголя. Важна популяризация правильного питания. Развитие приверженности у пациентов к диспансерному наблюдению является одной из ключевых ролей медицинской сестры.

Заключение. На основании полученных результатов, можно рекомендовать внедрить в практику медсестер активное использование памяток для пациентов после ИМ, где будет изложена информация о методах профилактики осложнений (о диете №10, физической активности, регулярном приёме лекарств, отказе от вредных привычек), рекомендовать участие в "Школах инфаркта миокарда" в поликлинике по месту жительства.

I. АРИТМОЛОГИЯ, СТИМУЛЯЦИЯ, РЕСИНХРОНИЗАЦИЯ

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРОЗА И СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Буненкова Г. Ф., Абир Е. Б., Саликова С. П., Гриневич В. Б.</i>	3
ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПРЕДСЕРДНОЙ МИОПАТИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Вайханская Т. Г., Коптюх Т. М., Геворкян Т. Т., Фролов А. В.</i>	3
ВЛИЯНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА РАЗВИТИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Куторова Е. Э., Акимова Н. С., Шварц Ю. Г.</i>	3
ПАРОКСИЗМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ПЛАНОВЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АОРТЕ И КЛАПАНАХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ. ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ. АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ <i>Чомахидзе П. Ш., Гуляева-Сельцовская Е. П., Курбаналиева Н. К.</i>	4
ВЛИЯНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ИСХОДЫ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Искендеров Б. Г.</i>	4
ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕСТА С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ <i>Искендеров Б. Г.</i>	5
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА РЕФРАЛОН С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Бахтиярова Д. Р., Жарков А. В., Скуратова М. А., Трушина М. С., Гусейнова А. Р., Костенко Ю. А., Златоверова Л. А., Шейна Н. В.</i>	5
АССОЦИАТИВНАЯ РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНОГО ПОЛИМОРФИЗМА RS692243 ГЕНА <i>PRKG3</i> НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА WPW <i>Толстокурова Ю. А., Никулина С. Ю., Чернова А. А.</i>	5
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСРЕДСТВОМ ХОЛТЕР <i>Кунц Л. Д., Германова О. А., Решетникова Ю. Б.</i>	6
МОДУЛЯЦИЯ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ — СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ <i>Кириллова А. П.</i>	6
ПЕРСИСТИРУЮЩАЯ ФОРМА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АПНОЭ СНА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ: ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КАРДИОВЕРСИИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Бердышева В. А., Вакуленко А. С., Ионин В. А.</i>	7

II. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ У РЕЦИПИЕНТОВ ТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ <i>Ишмаев Д. А.</i>	7
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С БЕССИМПТОМНОЙ ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ <i>Юрьева С. В., Юрьева А. И., Тонких В. В., Попова А. В.</i>	8
СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОЖИРЕНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН <i>Долгих Ю. А., Булгакова С. В., Тренева Е. В., Шаронова Л. А., Косарева О. В., Курмаев Д. П., Мерзлова П. Я.</i>	8
ЗИЛЕБЕСИРАН: ПЕРСПЕКТИВНЫЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫЙ ПРЕПАРАТ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ МАЛЫХ ИНТЕРФЕРИРУЮЩИХ РНК <i>Галенко А. С., Ахмедов С. Р., Мамаджонова С. Х.</i>	8
ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАЛИЧИЕМ ФАКТОРА ВИБРАЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ МАРШРУТЕ <i>Разин В. А., Сидорова Ю. Ю.</i>	9
ПРИЗНАКИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СОСУДИСТОГО СТАРЕНИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Васильева И. Н.</i>	9
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИПА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Коробейникова А. Н., Демкина А. Е., Зингерман Б. В.</i>	10
ВОЗМОЖНОСТИ ВАЗОПРОТЕКТИВНОГО ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ <i>Васильева И. Н., Осадчук М. А.</i>	10

КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКАЯ КАРТИНА И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ <i>Журалиев М. Ж., Ли В. Н., Нагаева Г. А.</i>	11
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ <i>Мубинова Л. А., Разин В. А.</i>	11
ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА И НЕБИВОЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ТРЕДМИЛОМЕТРИИ И ТЕСТА С 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Недвецкая С. Н., Трегубов В. Г.</i>	12
ОПРЕДЕЛЕНИЕ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Савичева А. А.</i>	12
СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКОЙ РЕНАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У КРЫС <i>Бушманов П. А., Синяева А. А., Филиппов Е. В., Черданцева Т. М., Шеломенцев В. В.</i>	12
ЗАКОНОМЕРНОСТИ НАРУШЕНИЙ ФАЗ ДЫХАНИЯ И СНА ПРИ СИНДРОМЕ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА <i>Токарев С. А., Губарева И. В.</i>	13
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Ахмедов С. Р., Мамаджонова С. Х.</i>	13

III. ГИБРИДНАЯ ХИРУРГИЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ПЕРЕНЕСЕННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И ЕГО КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ <i>Нагаева Г. А., Мухамедова М. Г., Ли В. Н., Журалиев М. Ж.</i>	14
ПОРАЖЕНИЯ СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ — ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ <i>Нагаева Г. А., Журалиев М. Ж., Ли В. Н.</i>	14
ОЦЕНКА КАРДИОРЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ СТЕНТИРОВАНИЯ <i>Абдуллаев А. Х., Аляни Ю. А., Узоков Ж. К., Курмаева Д. Н.</i>	14
ВЛИЯНИЕ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК НА ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА <i>Искендеров Б. Г.</i>	15
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ФИЗИОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST <i>Костырин Е. Ю., Кислухин Т. В., Туманов А. И., Титов А. Л., Патрикеева А. А., Саламов Г. В.</i>	15
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ МЕЛАНОМЕ С ТРАНСФОРМАЦИЕЙ В ЛЕЙОМИОСАРКОМУ <i>Трусов И. С.</i>	16

IV. ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА, ЛИПИДЫ И АТЕРОСКЛЕРОЗ

СТРУКТУРА ОСЛОЖНЕНИЙ И ПРОГНОЗ У МУЖЧИН ДО 60 ЛЕТ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И БЛОКАДОЙ НОЖЕК ПУЧКА ГИСА <i>Пужалов И. А., Сотников А. В., Носович Д. В.</i>	16
СЫВОРОТОЧНАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ РАСТВОРИМОГО ЭНДОГЛИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Захарьян Е. А.</i>	17
ПРЕДИКТОРЫ ИШЕМИИ МИОКАРДА КАК ПРИЧИНЫ ОДЫШКИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Ярмедова С. Ф., Явелов И. С., Драпкина О. М.</i>	17
РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПО ДАННЫМ 15-ЛЕТНЕГО РЕГИСТРА <i>Егорова И. С., Везикова Н. Н., Здоров А. Е.</i>	17
STUDY OF ADHERENCE TO THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME <i>Yusupov R. B., Nuritdinova N. B.</i>	18
ФАРМАКОТЕРАПИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ: ДАННЫЕ 15-ЛЕТНЕГО РЕГИСТРА <i>Егорова И. С., Везикова Н. Н., Литвинова В. А.</i>	18
НАЗНАЧЕНИЕ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА <i>Юрьева С. В., Комиссарова Д. Д., Юрьева А. И., Тарасова П. А.</i>	19

ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В ГРУППАХ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ <i>Тюрина Т.А., Полякова Е.А., Заславская Е.Л.</i>	19
БИОМАРКЕРНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ И УЯЗВИМЫМИ БЛЯШКАМИ В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ <i>Ковальская А.Н., Дуляков Д.В.</i>	19
ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА <i>Соловей С.П., Денисевич Т.Л., Русак Т.В., Ковалкина Е.Е., Огуцова С.Э.</i>	20
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ <i>Шевцова В.И., Сергеева О.С., Котова Ю.А.</i>	20
СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА МЕЖДУ ГРУППАМИ ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И БЕЗ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Мерзлова П.Я., Булгакова С.В., Шаронова Л.А., Долгих Ю.А., Косарева О.В., Тренева Е.В., Курмаев Д.П.</i>	21
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОЙ КОРОНАРОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА: АССОЦИАЦИЯ С ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИЕЙ МИОКАРДА <i>Дашева А.С., Мальцева А.Н., Воробьев Д.А., Мочула А.В., Завадовский К.В.</i>	21
ДИСЛИПИДЕМИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ <i>Габерман О.Е., Губарева И.В.</i>	22
RS16909192 ВАРИАНТ ГЕНА БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ 4 (<i>FABP4</i>) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ <i>Колодина Д.А., Беляева О.П., Беркович О.А., Полякова Е.А., Зарайский М.И., Ларионова В.Е.</i>	22
V. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В КАРДИОЛОГИИ	
ИНГИБИТОРЫ ДИПЕПТИДИЛ-ПЕПТИДАЗЫ ТИПА 4 И ТИАЗОЛИДИНДИОНЫ В ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ ДЕПРЕССИИ <i>Беккер Р.А., Быков Ю.В., Быкова А.Ю.</i>	23
DYSAUTONOMIA IN GUILLAIN BARRE SYNDROME — A LIFE-THREATENING AUTONOMIC NEUROPATHY <i>Pavlović S., Milovanović B., Jovanović I.</i>	23
HOW TO INITIATE CARDIO-ONCOLOGY PROGRAM — EXPERIENCE FROM BENCH TO BEDSIDE IN TAIWAN <i>Wei-Ting Chang</i>	23
ВЗАИМОСВЯЗЬ САРКОПЕНИИ И БИОИМПЕДАНСНОГО ФАЗОВОГО УГЛА У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Курмаев Д.П., Булгакова С.В., Тренева Е.В., Мерзлова П.Я.</i>	24
КОМПОЗИЦИОННЫЙ СОСТАВ ТЕЛА ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И САРКОПЕНИЕЙ <i>Курмаев Д.П., Булгакова С.В., Тренева Е.В.</i>	24
ПНЕВМОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ <i>Душеба Т.А., Мордык А.В.</i>	24
ОСТЕОАРТРИТ И СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЖЕНЩИН НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА <i>Курмаев Д.П., Булгакова С.В., Тренева Е.В., Мерзлова П.Я.</i>	25
ОЖИРЕНИЕ У ПОЖИЛЫХ И СТАРЫХ ЖЕНЩИН С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ <i>Курмаев Д.П., Булгакова С.В., Тренева Е.В., Мерзлова П.Я.</i>	25
ДИНАПЕНИЯ И ПРЕСАРКОПЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА: КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ <i>Неешапа А.Г., Карпова Е.И., Каретникова В.Н.</i>	26
ТИП РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ И СОКРАТИТЕЛЬНАЯ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ <i>Шаронова Л.А., Долгих Ю.А., Косарева О.В., Булгакова С.В., Тренева Е.В., Мерзлова П.Я., Курмаев Д.П.</i>	26
ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПОГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОК ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА <i>Мерзлова П.Я., Булгакова С.В., Шаронова Л.А., Долгих Ю.А., Косарева О.В., Тренева Е.В., Курмаев Д.П.</i>	27

СОСУДИСТО-ЭНДОТЕЛИАЛЬНЫЙ ФАКТОР РОСТА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ПСОРИАЗОМ <i>Разин В. А., Курганова Ю. Н., Нестеров А. С.</i>	27
АУТОФЛЮОРЕСЦЕНЦИЯ КОЖИ — НОВЫЙ ИНТЕГРАЛЬНЫЙ МЕТОД В ОЦЕНКЕ ПРОГНОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК <i>Коновалова Д. Ю.</i>	27
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ОЖИРЕНИЕ, ДЕПРЕССИЯ И РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ- ГЛЮКОЗНОГО КОТРАНСПОРТЕРА 2 В ЛЕЧЕНИИ <i>Беккер Р. А., Быков Ю. В., Быкова А. Ю.</i>	28
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У РЕЦИПИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ <i>Мусаева Ф. М., Канунова Т. А., Алиджанова Х. Г.</i>	28
МЕТОД ОЦЕНКИ АУТОФЛЮОРЕСЦЕНЦИИ КОЖИ В СТРАТИФИКАЦИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПРОГРАММНЫЙ ГЕМОДИАЛИЗ <i>Коновалова Д. Ю.</i>	29
ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ COVID-2019 <i>Евсиков Е. М., Варданян А. Г., Теплова Н. В., Баирова К. И.</i>	29
ТРАДИЦИОННЫЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА И МУЖСКОЕ БЕСПЛОДИЕ: ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ? <i>Тимофеев Е. В., Серомолот Е. С., Яковлева Е. А.</i>	30
ПОКАЗАТЕЛИ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 2 СТАДИИ С СОПУТСТВУЮЩИМ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ <i>Разин В. А., Курганова Ю. Н., Нестеров А. С.</i>	30
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ПЕРЕНЕСШИХ ГЕМОТРАНСФУЗИЮ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ ВЗВЕСИ <i>Маркус Э. А., Корбейникова А. Н.</i>	30
СТРУКТУРНОЕ И ЭЛЕКТРИЧЕСКОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ <i>Сидорова Ю. Ю.</i>	31
ГЕНДЕРНО-АФФИРМАТИВНАЯ ФЕМИНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ, КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ У МОЛОДОГО МУЖЧИНЫ <i>Грабовый Д. А., Бикбаева Г. Р., Осадчий И. А., Тухбатова А. А., Дуляков Д. В.</i>	31
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТКИ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ <i>Андреева Д. В., Генатулина А. С.</i>	32
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МАНИФЕСТАЦИИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ В ВИДЕ ТАМПОНАДЫ СЕРДЦА <i>Варавин Н. А., Сантаков А. А., Лапина Д. Ю.</i>	32
ОЦЕНКА АДАПТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ <i>Вахмистрова Т. К., Сайфудинов Р. И., Башмалух Е. Г., Русяева Ю. В., Орехова М. Н., Белоклокова Т. В.</i>	33
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПАРАМЕТРЫ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ГОСПИТАЛЬНОМ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ COVID-19 <i>Романенко Д. А., Ярославская Е. И.</i>	33
ПОВРЕЖДЕНИЕ МИОКАРДА ПРИ КОВИД-19: ПАНДЕМИЯ ЗАКОНЧИЛАСЬ, ВОПРОСЫ ОСТАЛИСЬ <i>Цоколов А. В., Амелин В. В., Хохряков А. В., Каленов И. В.</i>	33
СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ <i>Цоколов А. В., Амелин В. В., Каленов И. В., Хохряков А. В.</i>	34
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА И ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ МИЕЛОБЛАСТНЫМ ЛЕЙКОЗОМ В ПРОЦЕССЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Антипова А. В., Осадчая П. В., Шанцына А. М., Решетникова Ю. Б., Давыдкин И. Л.</i>	34
ВОЛЧАНОЧНЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ФОРМИРОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОГО МИТРАЛЬНОГО ПОРОКА: УЛУЧШАЕТ ЛИ ПРОГНОЗ ПРОТЕЗИРОВАНИЕ КЛАПАНА? <i>Тимофеев Е. В., Алкак Камаль Д. Ю.</i>	35

VI. НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КЛАПАННАЯ ПАТОЛОГИЯ, ВРОЖДЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ, ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

ДЛИТЕЛЬНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ В АСПЕКТЕ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Ложкина О. А., Шмидт Е. А.</i>	35
--	----

ПАЦИЕНТ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ В ИСХОДЕ ПОДОСТРОГО МИОКАРДИТА КАК СУПЕР-РЕСПОНДЕР НА КВАДРОТЕРАПИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Иванчина П. С., Джинибалаева Ж. В., Дупляков Д. В.</i>	36
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ МЕТОДИК, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ <i>Цоколов А. В., Хохряков А. В., Амелин В. В., Каленов И. В.</i>	36
СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ АМИЛОИДОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ <i>Гурьянова Е. А., Алексеев В. В., Бабакехан М. В., Костарева А. А., Рыжкова Д. В., Митрофанова Л. Б., Урумова Е. Л., Басек И. В., Борцова М. А., Иртюга О. Б.</i>	37
ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННАЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ У МУЖЧИНЫ 65 ЛЕТ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ <i>Арестанова З. С., Учаева О. В., Глинина Е. В., Адонина Е. В., Дупляков Д. В.</i>	37
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРИЧИНЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ КАРДИОМИОПАТИЙ <i>Вайханская Т. Г., Левданский О. Д., Даниленко Н. Г.</i>	38
ПРЕДИКТОРЫ РАННИХ И ПОЗДНИХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ <i>Уланова Н. Д.</i>	38
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА <i>Кузьмичев К. В.</i>	39
АРИТМОГЕННАЯ ДИСПАЗИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ МИОКАРДИТОМ <i>Рузиева Х. Д., Бикбаева Г. Р., Ковальская А. Н., Кузнецова К. В., Тухбатова А. А., Дупляков Д. В.</i>	39
ГИПЕРТРОФИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ <i>Грузинцева А. Е., Введенская И. П.</i>	40
АМБУЛАТОРНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ-ПОЛИПРОГМАЗИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ СЕРДЦА. <i>Муминов И. И., Юсова А. А., Колоскова Н. Н.</i>	40

VII. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ/ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ

КОНЦЕНТРАЦИИ БЕЛКОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ С КОМПЕНСИРОВАННОЙ И ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Афаунова А. Р., Веденикин Т. Ю., Тимофеев Ю. С.</i>	41
ASSESSMENT OF ADHERENCE TO DRUG THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE ACCORDING TO QUESTIONNAIRES <i>Мадаминов А. М.</i>	41
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА <i>Старченко А. Д., Лискова Ю. В., Стадников А. А.</i>	41
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАБЕТИЧЕСКИМ ФЕНОТИПОМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАНЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА <i>Старченко А. Д., Лискова Ю. В., Стадников А. А.</i>	42
ДАННЫЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ДАПАГЛИФЛОЗИНОМ У ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ <i>Сайтудинова К. М., Ускач Т. М., Шария М. А.</i>	42
ВЛИЯНИЕ СОСТАВА ТЕЛА ПАЦИЕНТОВ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ <i>Шевцова В. И.</i>	43

VIII. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ

ЛАБОРАТОРНЫЙ ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ОСТРОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТИ <i>Хорев Н. Г., Чичваров А. А., Беллер А. В., Сукманова И. А., Мартыросян С. С.</i>	43
РОЛЬ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПЛАНОВОГО КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ <i>Кривошапова К. Е., Баздырев Е. Д., Барбараш О. Л.</i>	44
ЧАСТОТА КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАНОВЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА АОРТЕ И КЛАПАНАХ СЕРДЦА В УСЛОВИЯХ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ <i>Чомахидзе П. П., Гуляева-Сельцовская Е. П., Курбаналиева Н. К.</i>	44

IX. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

СРАВНЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РАЗНЫХ МЕТОДОВ ОБЪЕМНОЙ СФИГМОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ <i>Рябов А. Е., Германова О. А., Решетникова Ю. Б.</i>	45
ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ 4Д-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ СЕРДЦА КАК ОБЪЕКТИВНАЯ РЕАЛЬНОСТЬ НАШИХ ДНЕЙ <i>Цоколов А. В., Каленов И. В., Амелин В. В., Хохлаков А. В.</i>	45
ЭКСПРЕССИЯ ГЕНОВ, ОТВЕТСТВЕННЫХ ЗА ГЕМОСТАЗ, У ПАЦИЕНТОВ ОЧЕНЬ ВЫСОКОГО И ЭКСТРЕМАЛЬНОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА <i>Усманова А. Ф., Маянская С. Д., Кравцова О. А., Хаитова Ш. Т.</i>	45

X. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И РЕАБИЛИТАЦИЯ. СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК РАЗЛИЧНОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ <i>Лелявина Т. А., Бабенко А. Ю., Сонин Д. Л., Галагудза М. М.</i>	46
АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ОТ АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Пирмамедова М. Ш., Скрипник И. В., Кузнецов Д. В., Дупляков Д. В.</i>	46
СРАВНЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ШКАЛ SCORE И FRAMINGHAM, ТЕХНОЛОГИЙ МАШИННОГО ОБУЧЕНИЯ <i>Мишкин И. А., Концевая А. В., Гусев А. В., Сахаров А. А., Драпкина О. М.</i>	47
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА <i>Мацкевич С. А., Кожанова И. Н., Романова И. С.</i>	47
УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПАРАМЕТРЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТРЕНИРОВОЧНОЙ НАГРУЗКИ У СПОРТСМЕНОВ-ВETERАНОВ <i>Вялова М. О.</i>	48

XI. СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В КАРДИОЛОГИИ

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА В ПРОВЕДЕНИИ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА У ПАЦИЕНТОВ МЛАДШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ <i>Радушко А. Н.</i>	49
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ <i>Федулаева С. Б., Старостина А. В.</i>	49
ОЦЕНКА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТАМИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ СРЕДНИМ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ <i>Абзаева Н. В.</i>	50
ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ В СТАЦИОНАРЕ <i>Прохоров К. В., Нечаева Н. В., Киселева Е. А.</i>	50
РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА <i>Спицина С. С.</i>	50

Алфавитный указатель авторов

<i>J</i>		<i>Г</i>	
<i>Jovanović I.</i>	23	Габерман О. Е.	22
<i>М</i>		Галагудза М. М.	46
<i>Milovanović B.</i>	23	Галенко А. С.	8
<i>N</i>		Геворкян Т. Т.	3
<i>Nuritdinova N. B.</i>	18	Генатулина А. С.	32
<i>P</i>		Германова О. А.	6,45
<i>Pavlović S.</i>	23	Глинина Е. В.	37
<i>W</i>		Грабовый Д. А.	31
<i>Wei-Ting Chang</i>	23	Гриневич В. Б.	3
<i>Y</i>		Грузинцева А. Е.	40
<i>Yusupov R. B.</i>	18	Губарева И. В.	13,22
<i>A</i>		Гуляева-Сельцовская Е. П.	4,44
Абдуллаев А. Х.	14	Гурьянова Е. А.	37
Абзаева Н. В.	50	Гусев А. В.	47
Абир Е. Б.	3	Гусейнова А. Р.	5
Адонина Е. В.	37	<i>Д</i>	
Акимова Н. С.	3	Давыдкин И. Л.	34
Алексеев В. В.	37	Даниленко Н. Г.	38
Алиджанова Х. Г.	28	Дашева А. С.	21
Алкак Камаль Д. Ю.	35	Демкина А. Е.	10
Аляни Ю. А.	14	Денисевич Т. Л.	20
Амелин В. В.	33,34,36,45	Джинибалаева Ж. В.	36
Андреева Д. В.	32	Долгих Ю. А.	8,21,26,27
Антипова А. В.	34	Драпкина О. М.	17,47
Арестанова З. С.	37	Дупляков Д. В.	19,31,36,37,39,46
Афаунова А. Р.	41	Душеба Т. А.	24
Ахмедов С. Р.	8,13	<i>Е</i>	
<i>Б</i>		Евсиков Е. М.	29
Бабакехян М. В.	37	Егорова И. С.	17,18
Бабенко А. Ю.	46	<i>Ж</i>	
Баздырев Е. Д.	44	Жарков А. В.	5
Баирова К. И.	29	Журалиев М. Ж.	11,14
Барбараш О. Л.	44	<i>З</i>	
Басек И. В.	37	Завадовский К. В.	21
Бахтиярова Д. Р.	5	Зарайский М. И.	22
Башмалух Е. Г.	33	Заславская Е. Л.	19
Беккер Р. А.	23,28	Захарьян Е. А.	17
Беллер А. В.	43	Здоров А. Е.	17
Белоклокова Т. В.	33	Зингерман Б. В.	10
Беляева О. П.	22	Златоверова Л. А.	5
Бердышева В. А.	7	<i>И</i>	
Беркович О. А.	22	Иванчина П. С.	36
Бикбаева Г. Р.	31,39	Ионин В. А.	7
Борцова М. А.	37	Иртюга О. Б.	37
Булгакова С. В.	8,21,24,25,26,27	Искендеров Б. Г.	4,5,15
Буненкова Г. Ф.	3	Ишмаев Д. А.	7
Бушманов П. А.	12	<i>К</i>	
Быков Ю. В.	23,28	Каленов И. В.	33,34,36,45
Быкова А. Ю.	23,28	Канунова Т. А.	28
<i>В</i>		Каретникова В. Н.	26
Вайханская Т. Г.	3,38	Карпова Е. И.	26
Вакуленко А. С.	7	Кириллова А. П.	6
Варавин Н. А.	32	Киселева Е. А.	50
Варданян А. Г.	29	Кислухин Т. В.	15
Васильева И. Н.	9,10	Ковалкина Е. Е.	20
Вахмистрова Т. К.	33	Ковальская А. Н.	19,39
Введенская И. П.	40	Кожанова И. Н.	47
Веденикин Т. Ю.	41	Колодина Д. А.	22
Везикова Н. Н.	17,18	Колоскова Н. Н.	40
Воробьев Д. А.	21	Комиссарова Д. Д.	19
Вялова М. О.	48	Коновалова Д. Ю.	27,29
		Концевая А. В.	47
		Коптюх Т. М.	3

Коробейникова А. Н.	10,30	Решетникова Ю. Б.	6,34,45
Косарева О. В.	8,21,26,27	Романенко Д. А.	33
Костарева А. А.	37	Романова И. С.	47
Костенко Ю. А.	5	Рузиева Х. Д.	39
Костырин Е. Ю.	15	Русак Т. В.	20
Котова Ю. А.	20	Русяева Ю. В.	33
Кравцова О. А.	45	Рыжкова Д. В.	37
Кривошапова К. Е.	44	Рябов А. Е.	45
Кузнецов Д. В.	46		
Кузнецова К. В.	39	С	
Кузьмичев К. В.	39	Савичева А. А.	12
Кунц Л. Д.	6	Сайпудинова К. М.	42
Курбаналиева Н. К.	4,44	Сайфутдинов Р. И.	33
Курганова Ю. Н.	27,30	Саламов Г. В.	15
Курмаев Д. П.	8,21,24,25,26,27	Саликова С. П.	3
Курмаева Д. Н.	14	Сантаков А. А.	32
Куторова Е. Э.	3	Сахаров А. А.	47
		Сергеева О. С.	20
Л		Серомолот Е. С.	30
Лапина Д. Ю.	32	Сидорова Ю. Ю.	9,31
Ларионова В. Е.	22	Синяева А. А.	12
Левданский О. Д.	38	Скрипник И. В.	46
Лелявина Т. А.	46	Скуратова М. А.	5
Ли В. Н.	11,14	Соловей С. П.	20
Лискова Ю. В.	41,42	Сонин Д. Л.	46
Литвинова В. А.	18	Сотников А. В.	16
Ложкина О. А.	35	Спицина С. С.	50
		Стадников А. А.	41,42
М		Старостина А. В.	49
Мадаминов А. М.	41	Старченко А. Д.	41,42
Мальцева А. Н.	21	Сукманова И. А.	43
Мамаджонова С. Х.	8,13		
Маркус Э. А.	30	Т	
Мартиросян С. С.	43	Тарасова П. А.	19
Мацкевич С. А.	47	Теплова Н. В.	29
Маянская С. Д.	45	Тимофеев Е. В.	30,35
Мерзлова П. Я.	8,21,24,25,26,27	Тимофеев Ю. С.	41
Митрофанова Л. Б.	37	Титов А. Л.	15
Мишкин И. А.	47	Токарев С. А.	13
Мордык А. В.	24	Толстокорова Ю. А.	5
Мочула А. В.	21	Тонких В. В.	8
Мубинова Л. А.	11	Трегубов В. Г.	12
Муминов И. И.	40	Тренева Е. В.	8,21,24,25,26,27
Мусаева Ф. М.	28	Трусов И. С.	16
Мухамедова М. Г.	14	Трушина М. С.	5
		Туманов А. И.	15
Н		Тухбатова А. А.	31,39
Нагаева Г. А.	11,14	Тюрина Т. А.	19
Недвецкая С. Н.	12		
Неешана А. Г.	26	У	
Нестеров А. С.	27,30	Узиков Ж. К.	14
Нечаева Н. В.	50	Уланова Н. Д.	38
Никулина С. Ю.	5	Урумова Е. Л.	37
Носович Д. В.	16	Ускач Т. М.	42
		Усманова А. Ф.	45
О		Учаева О. В.	37
Огурцова С. Э.	20		
Орехова М. Н.	33	Ф	
Осадчая П. В.	34	Федулаева С. Б.	49
Осадчий И. А.	31	Филиппов Е. В.	12
Осадчук М. А.	10	Фролов А. В.	3
П		Х	
Патрикеева А. А.	15	Хаитова Ш. Т.	45
Пирмамедова М. Ш.	46	Хорев Н. Г.	43
Полякова Е. А.	19,22	Хохряков А. В.	33,34,36,45
Попова А. В.	8		
Прохоров К. В.	50	Ц	
Пужалов И. А.	16	Цоколов А. В.	33,34,36,45
Р		Ч	
Радушко А. Н.	49	Черданцева Т. М.	12
Разин В. А.	9,11,27,30	Чернова А. А.	5

Чичваров А. А.	43	Ю	
Чомахидзе П. П.	44	Юрьева А. И.	8,19
Чомахидзе П. Ш.	4	Юрьева С. В.	8,19
		Юсова А. А.	40
Ш		Я	
Шаницына А. М.	34	Явелов И. С.	17
Шария М. А.	42	Яковлева Е. А.	30
Шаронова Л. А.	8,21,26,27	Ярмедова С. Ф.	17
Шварц Ю. Г.	3	Ярославская Е. И.	33
Шевцова В. И.	20,43		
Шеина Н. В.	5		
Шеломенцев В. В.	12		
Шмидт Е. А.	35		

