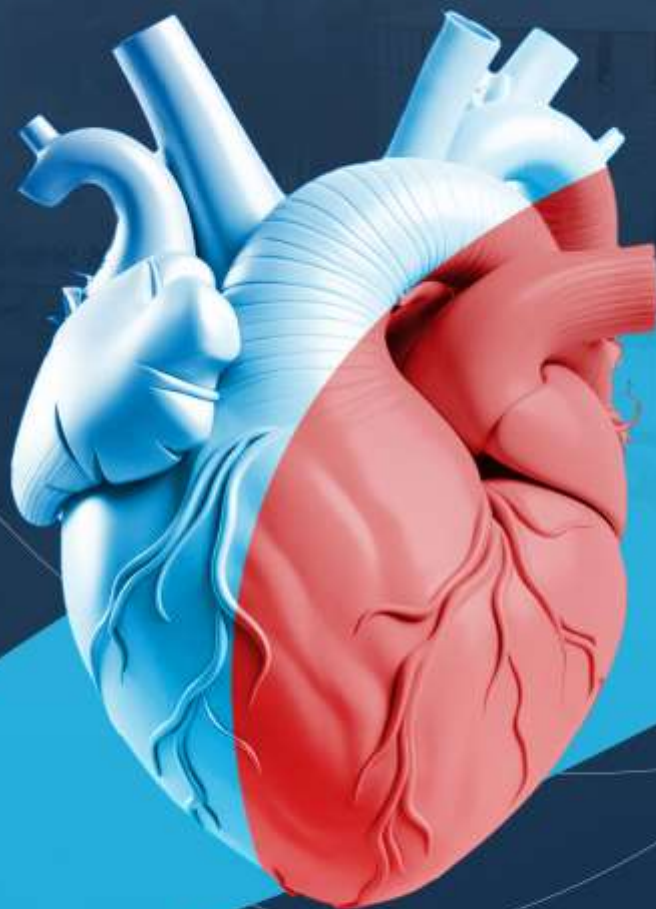


Кардиологический форум «Практическая кардиология:
достижения и перспективы»

07-08 февраля
2025 года



МАТЕРИАЛЫ

IX ВСЕРОССИЙСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
РОССИЙСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА «НИЖЕГОРОДСКАЯ ЗИМА»
КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ФОРУМ

ПРАКТИЧЕСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

7/8 ФЕВРАЛЯ
2025 ГОДА

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

Редакционная коллегия:

Боровкова Н.Ю.

*д.м.н., первый заместитель директора Института терапии, заведующий кафедры терапии и общей
врачебной практики ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России*

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Алямкин С.Ю., Куняева Т.А., Ямашкина Е.И., Боровкова Н.Ю.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИИ В РАМКАХ ПРАФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ..... 6

Андрианов А.И., Маврычева Н.В., Боровкова Н.Ю., Жарёнова Д.А.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ОЖИРЕНИЕ: ПОРОЧНЫЙ КРУГ ВЗАИМОЗАВИСИМЫХ МЕХАНИЗМОВ 7

Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Андрусак А.Ю., Ефременко В.А., Сабельникова Я.А.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 8

Бородулин Е.А., Щербенев В.М., Корягин В.С., Пестерев Е.А., Бородулина Н.А., Арусланова О.Р.

СЛУЧАЙ КАТЕТЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА С ВЫЯВЛЕННЫМ СИНДРОМОМ СУАЙРА-ДЖЕЙМСА-МАКЛЕОДА И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНЫ..... 9

Ботова С.Н., Смирнов Н.Д.

ОЦЕНКА ЛОЯЛЬНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 10

Бутусов М.В., Кучин К.В., Клеменов А.В., Дроздецкий С.И.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ 11

Гиршович Ю.Д., Билукова Р.Ш., Хачирова К.Г.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ У СПОРТСМЕНОВ 12

Голодников И.А., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Багрий А.Э.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ДОЗИРОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА .. 13

Гудим А.Л.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА: АНАЛИЗ ДАННЫХ ТРАНСТОРАКАЛЬНОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ..... 14

Денисова А.Ю., Мензоров М.В., Керимова С.Ф., Денисов О.Н.

ЧАСТОТА, КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК, ОСТРОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 15

Занозина О.В., Калугина Е.В., Жук С.Д., Пластова Н.Н., Тарадайко Н.Ю., Сорокина Ю.А., Мосина А.А., Суханов С.А., Токарева А.С., Ильина А.С., Дубова Н.А., Богданов С.И.

КАРДИОНЕФРОПРОТЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО АГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ ГПП-1 В УСЛОВИЯХ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ . 15

Зубеев П.С., Суслова О.А, Зубеева Г.Н., Харламова О.В., Щербакова А.Е., Польшкина Т.О.
ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ 17

Зубеев П.С., Харламова О.В., Зубеева Г.Н., Суслова О.А.
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ КАРДИОТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 18

Кауров Я.В.
НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ПАТОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ 19

Конторщиков М.М., Боровкова Н.Ю., Тушинская Л.А., Байрамова С.О., Курашин В.К., Токарева А.С., Миронов М.А.
ПРОБЛЕМА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ..... 20

Корягин В.С., Козиолова Н.А., Корягина Н.А., Пестерев Е.А., Бородулин Е.А., Загуменнов А.С.
СОЗДАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ В РАБОТЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА 21

Косоногов К.А., Косоногов А.Я., Ямбатов А.Г., Дворникова М.И., Лобанова Н.Ю.
СТИМУЛЯЦИЯ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА. ЧТО НОВОГО В ЛЕЧЕНИИ ХСН? 21

Кунгурцева Е.М., Орнатская А.А., Погодина Е.В.
ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ 23

Малыхин Ф.Т., Гордеева Л.П., Суслова И.А.
СРАВНЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДОКОВИДНЫЙ И ПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ..... 24

Манюкова Э.Т., Кулинченко К.Р.
СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИПАТИИ..... 25

Михайлова З.Д., Рязанов К.А.
АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 26

Першина А.А., Колобова С.О., Боровкова Л.В., Андосова Л.Д., Боровкова Н.Ю., Туличев А.А., Пичугина Е.С., Егорова М.Д., Турлаева А.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В I ТРИМЕСТРЕ
БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ...

.....27

Ребровская М.М., Ефремова Е.В., Платова Ю.А., Шутов А.М., Мударисов Р.И., Шарафутдинова Р.К., Крымзалова Н.Д.

ВКЛАД ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ....28

Рябова А.Ю., Гузенко Т.Н.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РААС У ПАЦИЕНТОВ С
ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-1929

Сергеев А.С., Дыдышко В.Т.

ПОКАЗАТЕЛИ ЧСС НА ЭКГ ПОКОЯ И ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ У
ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В
ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ30

Скуратова М.А., Лебедев П.А., Додика А.С., Братченко И.А., Братченко Л.А., Трушина М.С., Гусейнова А.Р.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПОВ
ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА31

Хурса Р.В.

ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЫШЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО
МОНИТОРИНГА КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ.....32

Эркинова Д.Э., Тарасова Н.А., Хастиева Д.Р.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ФОНЕ
СКОМПЕНСИРОВАННОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА33

Эркинова Д.Э., Хастиева Д.Р.

ДИНАМИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С
АБСОЛЮТНЫМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ

.....34

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИИ В РАМКАХ ПРАФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

²Алямкин С.Ю., ³Куняева Т.А., ²Ямашкина Е.И., ¹Боровкова Н.Ю.

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
г. Нижний Новгород, Россия

²Медицинский институт ФГБОУ ВО «Национальный исследовательский мордовский
государственный университет им. Н. П. Огарева»
г. Саранск, Россия

³ГБУЗ «Мордовская республиканская клиническая больница»
г. Саранск, Россия

Актуальность. В настоящее время большое внимание уделяется развитию профилактической медицинской помощи населению России. Особое место отведено проведению профилактических медицинских осмотров (ПМО) и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Качество ПМО является важнейшим компонентом в выявлении заболеваний на ранних стадиях. С учетом распространённости и значимости сердечно-сосудистых заболеваний, представляет интерес диагностика их факторов риска. Хорошим индикатором для сравнения показателей может служить крупное популяционное исследование ЭССЕ-РФ 3 (эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации).

Цель исследования: провести анализ и сравнить данные о распространённости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у населения Республики Мордовии в рамках ПМО и Российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 3.

Материал и методы. В работе использованы данные осмотра при диспансеризации (форма 131у) и Российского эпидемиологического исследования ЭССЕ-РФ 3 на территории Республики Мордовии (РМ). Анализировались когорты населения 35–74 лет. Возрастной и гендерный состав как мужчин, так и женщин был сопоставим. Исследование проводилось в период 2021 года. Анализ проводили в количественном и процентном соотношении.

Результаты. Результаты анализа продемонстрировали различия в выявлении основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний при ПМО и при проведении эпидемиологического исследования. Так артериальная гипертензия (АГ) регистрировалась при ПМО у 18% обследуемых, а у респондентов ЭССЕ-РФ 3 в 37,9% случаев. Лица с индексом массы тела (ИМТ) ≥ 30 были отмечены в 10,6% при осмотре в рамках ПМО, тогда как эпидемиологическое исследование выявило до 36,1%. Показатели общего холестерина (ОХС) $\geq 5,2$ ммоль/л зарегистрированы у 18,6% на ПМО. А в популяции населения республики этот показатель оказался значительно выше – 53,4%. По данным осмотра при ПМО курили 6,8%. По данным ЭССЕ-РФ3 курильщиков оказалось в 2 раза больше (13,5%).

Выводы. Анализ продемонстрировал низкую выявляемость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в рамках ПМО. Это необходимо учитывать при организации их проведения. Представляется важным ответственным отношением медицинских работников к процессу обследования населения и при ПМО. Обращает внимания высокая чистота гиперхолестеринемии и избыточной массы тела среди населения Республики Мордовии. Все это требует усиления профилактических мер.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС И ОЖИРЕНИЕ: ПОРОЧНЫЙ КРУГ ВЗАИМОЗАВИСИМЫХ МЕХАНИЗМОВ

¹Андрианов А.И., ¹Маврычева Н.В., ²Боровкова Н.Ю., ¹Жарёнова Д.А.

¹Владимирский филиал ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Минздрава России

г. Владимир, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Вокруг причин растущей проблемы ожирения в настоящее время существует множество концепций. Теории разнятся. Предметное рассмотрение проблемы и анализ существующих исследований демонстрирует взаимосвязь ожирения с психоэмоциональным стрессом. Уровень последнего неизбежно увеличивается у современного человека, который живет в условиях растущих городов. Это способствует повышению распространённости ожирения в современной популяции.

Цель. Проанализировать имеющиеся на сегодняшний день исследования и выявить взаимосвязь психоэмоционального стресса и ожирения.

Материал и методы. Нами были изучены более 50 зарубежных и около 30 отечественных источников, посвященных теме ожирения и психоэмоционального стресса. Поиск литературы производился на платформе зарубежных и российских электронных библиотек и агрегаторов, таких как, eLibrary, PubMed, CyberLeninka, CochraneLibrary.

Обсуждение. Согласно исследованиям, посвященным сравнительной оценке распространенности психоэмоционального стресса у лиц с ожирением и у лиц с нормальным индексом массы тела, было выявлено, что уровень стресса и тревоги значимо выше именно у лиц с ожирением. В литературе приводятся различные теории патогенеза данной взаимосвязи. Например, Кочетков АИ, 2019г рассматривает механизм гиперсимпатикотонии у людей с ожирением как ведущий. Он может обуславливаться развитием синдрома обструктивного апноэ сна и диссомнии у таких пациентов, явлением гиперлептинемии и инсулинорезистентности. Имеет место и тесно связанная с симпатической гиперактивацией эндокринная теория, подтвержденная многими клинико-лабораторными исследованиями. Жировая ткань обладает мощным гормонсинтезирующим свойством и продуцирует более 30 гормонов и гормоноподобных веществ. Ряд из них тропен к центрам эмоционально-мотивационного поведения головного мозга, в частности, лимбической системы.

Есть работы, подтверждающие воздействие низкоактивного системного воспаления при ожирении на структуры центральной нервной системы. Воловникова ВА, 2019г. указывает на значимость изменений микробиоты кишечника у лиц с избытком массы тела на выработку тех или иных медиаторов мозга, что может быть фактором измененных психоэмоциональных реакций. Нельзя исключать и социальную депривацию людей с лишним весом как причину развития психоэмоционального стресса. Остается дискуссионным влияние ряда новых факторов, рассматриваемых многими исследователями в качестве стрессогенных (чрезмерное использование гаджетов, информационный шум, жизнь в условиях крупных городских агломераций). Так М.Чендлер (Мичиган, США) 2022г. показал необходимость борьбы с инсомнией и длительным "экранным" временем как значимой причиной стресса. В 2024 году впервые в клинические рекомендации Минздрава России были включены такие новые факторы риска развития гипертонической болезни как шум и загрязнение воздуха. Данная позиция во многом основана на понимании влияния данных факторов на развитие хронического стресса. Согласно позиции других авторов, эти условия, индуцируя хронический дистресс, могут стимулировать нездоровое пищевое

поведение и накопление избытка жировой ткани. Однако крупных рандомизированных исследований на эту тему пока нет.

Выводы. Таким образом, в результате литературного анализа научных источников обозначилась важность проблемы взаимозависимости стресса и ожирения и необходимость её дальнейшего изучения.

ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ЛИЦ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Багрий А.Э., Михайличенко Е.С., Андрусак А.Ю., Ефременко В.А., Сабельникова Я.А.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького» Минздрава
России
г. Донецк, ДНР, Россия

Актуальность. Дислипидемии с преобладанием высокоатерогенного спектра характерны для большинства больных с сахарным диабетом 2 типа (СД2) и ишемической болезнью сердца (ИБС). При этом достичь целевых уровней липидов у данной категории больных на фоне монотерапии статинами зачастую не представляется возможным. Эффективность и безопасность применения при СД2 комбинированной гиполипидемической терапии (ГЛТ) с применением статинов, эзетимиба и глифлозинов изучены недостаточно.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения комбинированной ГЛТ у больных СД2 и хронической ИБС.

Методы. В проспективное рандомизированное открытое сравнительное исследование вошли 95 лиц с СД2 в возрасте $65,2 \pm 11,3$ лет, давностью СД2 $9,3 \pm 2,8$ лет. У всех имели место атерогенные дислипидемии и хроническая ИБС. Методом конвертов были выделены 3 группы: 1 (39 больных) получала статины (аторвастатин 40-80 мг/сут или розувастатин 20-40 мг/сут), 2 (29 человек) – статины в тех же дозах и эзетимиб (10 мг/сут), 3 (27 человек) – статины в тех же дозах и дапаглифлозин (10 мг/сут). При наличии диабетической нефропатии (ДНП) назначали аторвастатин, при неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) – розувастатин. Длительность наблюдения – 6 месяцев. В динамике оценивали клинико-лабораторные и инструментальные показатели, осуществляли статистический анализ (Microsoft Excel 2007).

Результаты. Нарушения липидного спектра имели место у всех больных: повышение уровней холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в 86% случаев, триглицеридов (ТГ) – в 66%, аполипопротеина В (Апо В) – в 65%, липопротеина (а) (Lp(a)) – в 88%, снижение ХС липопротеинов высокой плотности – в 67% и аполипопротеина А1 – в 86% случаев. С высокой частотой отмечалось группирование нескольких видов нарушений липидного профиля у одного больного. Переносимость всех видов лечения была удовлетворительной. Комбинации статинов с эзетимибом и статинов с дапаглифлозином в сравнении с монотерапией статинами показывали более значимое снижение атерогенных компонентов (ХС ЛПНП, ТГ, Апо В, Lp(a)), более выраженные благоприятные эффекты на толщину комплекса интима-медиа (ТКИМ) общих сонных артерий (ОСА) и реактивность плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, $p < 0,05$. Установлено наличие связи более высокой эффективности гиполипидемической терапии с такими параметрами: возрастом ($\chi^2=13,7$, $p < 0,001$), ТКИМ ОСА ($\chi^2=12,5$, $p < 0,01$), давностью СД2 ($\chi^2=11,9$, $p < 0,001$), полом ($\chi^2=10,4$, $p < 0,01$), с использованием дапаглифлозина ($\chi^2=10,2$, $p < 0,05$), наличием перенесенного инфаркта миокарда ($\chi^2=9,7$, $p < 0,05$), исходным уровнем ХС ЛПНП ($\chi^2=9,2$, $p < 0,05$), комбинированной терапии с эзетимибом ($\chi^2=8,7$, $p < 0,05$).

Выводы. Продemonстрированная в работе безопасность и высокая гиполипидемическая и органопротекторная эффективность комбинированной ГЛТ у лиц с СД2 в сочетании с хронической ИБС, в особенности у лиц с атерогенными дислипидемиями, диктует необходимость расширения ее применения с целью оптимизации лечения данной категории больных. Результаты комбинированного применения статинов с дапаглифлозином позволяют констатировать наличие дополнительных гиполипидемических и органопротекторных эффектов у глифлозинов, что требует уточнения в более масштабных исследованиях.

СЛУЧАЙ КАТЕТЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТА С ВЫЯВЛЕННЫМ СИНДРОМОМ СУАЙРА-ДЖЕЙМСА-МАКЛЕОДА И ГИПОПЛАЗИЕЙ ЛЕВОЙ НИЖНЕЙ ЛЕГОЧНОЙ ВЕНЫ

Бородулин Е.А., Щербенев В.М., Корягин В.С., Пестерев Е.А., Бородулина Н.А., Арусланова О.Р.

ФГБОУ «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»
Минздрава России
г. Пермь, Россия

Введение. Синдром Суайера-Джеймса-Маклеода (ССДМ) или синдром односторонней повышенной прозрачности легких – редкое заболевание, связанное с облитерирующим постинфекционным бронхолитом, возникающим в детском возрасте [1]. Он характеризуется гипоплазией или агенезией легочных сосудов, приводящей к гипоперфузии легочной паренхимы, проявляющейся характерной рентгенологической картиной, как, например, полупрозрачное или гиперпрозрачное одностороннее легкое. Также в случае гипоплазии одного из приносящих в легкие или выносящих кровь сосудов, имеет место компенсация гемодинамики за счет второго сосуда, проявляющаяся его гиперплазией или же викарным расширением сосудистого просвета.

Основная часть. Пациент Ш. предъявлял жалобы на одышку при подъеме до 5 этажа, при ходьбе в гору, быстрым темпом, ощущения перебоев в работе сердца. Пациент поступил в отделение хирургического лечения сложных НРС и ЭКС ГБУЗ ПК ККД 30.07.2024 с диагнозом: основной – НРС по типу длительно персистирующей ФП, редкая ЖЭС Lown III CHA2D2-VASC 2 б, HAS-BLED 1 б, EHRA IIa; Сопутствующий – ГБ III стадии 2 степени, контр., риск 3 (цел.АД 120-129/70-79 мм рт ст), Атеросклероз БЦА, ХНМК I, заболевание предстательной железы I ст. T2aN0M0.

Пациенту было выполнено МСКТ с контрастированием, при проведении которого были выявлены следующие особенности: левая нижняя ЛВ малого диаметра (гипоплазия) в устье – 5 мм, левая верхняя ЛВ 26x18 мм, уменьшение объема, бронхоэктазы, обеднение легочного рисунка нижней доли левого легкого – синдром Суайра-Джеймса-Маклеода. Со стороны рутинных анализов отклонений не выявлено. Ввиду особенностей анатомии, было принято решение о проведении оперативного вмешательства криоизоляции аритмогенных зон устьев легочных вен.

Интраоперационно: ЭКГ – ФП, средняя ЧСС 106 уд/мин, ср.АА= 180 мс. В легочных венах выявлена эктопическая активность. Произведена криоизоляция устьев левой верхней (0,26 мВ, 58 мс., 56\240), нижней (0,19 мВ, 35 мс., 56\240) и правой верхней (0,23 мВ, 45 мс., 56\240), нижней (0,21 мВ, 31 мс., 56\240) легочных вен. По итогу проведенной процедуры получено исчезновение потенциалов мышечных муфт легочных вен, эктопическая активность в устьях легочных вен нивелирована. ЭКГ – ФП, ср. АА=220 м, произведена ЭИТ 360 Дж, в результате ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 48 в минуту.

Выводы. Таким образом, в описанном случае не взирая на отсутствие клинических проявлений ССДМ, патология оказывала следующие влияния на аритмию: гипоплазированная левая нижняя ЛВ имела эктопическую активность в области муфты, что может характеризовать

закономерность взаимосвязи между синдромом СДМ и наличием субстрата для поддержания течения ФП. С точки зрения интервенционной хирургии особенность заключается в том, что викарное расширение ЛВЛВ, вызванное синдромом СДМ, в сравнении с ЛНЛВ привело к увеличению амплитуды электрического потенциала и его ширины, что подтверждает утолщение мышечной муфты, как источника аритмии.

ОЦЕНКА ЛОЯЛЬНОСТИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Ботова С.Н., Смирнов Н.Д.

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

Цель. Оценить лояльность кардиологических пациентов в многопрофильном стационаре.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование группы из 135 пациентов многопрофильного стационара. Медиана и интерквартильный интервал возраста пациентов составили 59 [48; 71] лет. В исследовании участвовали 82 женщины и 53 мужчины, 41 (30 %) пациент поступил в стационар впервые, 41 (70 %) - повторно. 65 человек (48%) были госпитализированы экстренно, 70 (52 %) - планово. В хирургических отделениях лечились 30 пациентов (22 %), в терапевтических 105 (78 %), в том числе в кардиологических – 20 пациентов. Оценка лояльности и расчет индекса лояльности пациентов NPS (Net Promoter score) производились по методике Ф. Райхельда, пациентам перед выпиской из стационара проведено анкетирование и был задан вопрос «Насколько вероятно, что Вы порекомендуете нашу клинику близким и коллегам? Оцените от 0 до 10». Расчет NPS производился по формуле: % рекомендателей (9-10 баллов) - % критиков (0-6 баллов). Дополнительно сравнивалась лояльность пациентов кардиологического профиля с лояльностью остальных терапевтических пациентов многопрофильного стационара. Оценивались социо-демографические факторы (уровень образования, семейный статус, занятость). Оценка лояльности пациентов проводилась в данном многопрофильном стационаре впервые. При сравнении долей использовали χ^2 Пирсона, для оценки различий количественных данных – критерий Манн-Уитни.

Результаты. Индекс лояльности пациентов NPS изучаемого многопрофильного стационара составил 23%. Не выявлено достоверных различий между промоутерами, нейтральными и критиками по возрасту, полу, опыту лечения в клинике, экстренности поступления, профилю отделения. Высокий NPS (43%) был у пациентов хирургического профиля, низкий (17%) – у пациентов терапевтического профиля. NPS группы плановых пациентов хирургического профиля, моложе 65 лет, госпитализированных в стационар впервые (5 пациентов), оказался высоким и составил 80%. Кардиологические пациенты выбирали более высокие баллы при анкетировании по сравнению с остальными терапевтическими пациентами (медиана и интерквартильный интервал 9 [8;10] баллов против 8 [6;9], $p < 0,01$). Доля промоутеров среди кардиопациентов достоверно выше, чем среди терапевтических (65% против 35 %), доля критиков достоверно ниже (10% против 38% $p=0,04$). NPS пациентов отделения кардиологии (20 пациентов) – 55%, а остальных терапевтических пациентов (85 человек) – 8%. Достоверно более высокие баллы ставили кардиологические и терапевтические пациенты с семейным статусом «женат или замужем», нежели одинокие (10 [10;10] баллов против 9,5 [9;10] среди кардиологических, 9 [7;10] баллов против 8 [6;9] среди терапевтических, $p=0,038$). Не выявлено достоверных различий в оценке в зависимости от уровня образования и занятости. Среди причин низкой оценки пациенты называли нарушение комфорта (холод, замечания по питанию, необходимость ремонта).

Выводы

1. Индекс лояльности исследованного стационара выше средних значений.
2. Необходимо оценить индекс лояльности в динамике.
3. Пациенты кардиологического профиля характеризуются высокой лояльностью среди терапевтических пациентов.
4. Статус «женат, замужем» благоприятно влияет на лояльность пациентов. Необходимы корректирующие действия для повышения комфорта пациентов.

КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В РАЗРЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ

Бутусов М.В., Кучин К.В., Клеменов А.В., Дроздецкий С.И.

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

Актуальность. Артериальная гипертензия является одной из основных проблем современного здравоохранения, поскольку играет ключевую роль в развитии сердечно-сосудистых осложнений, а также прогрессирующего снижения почечной функции. С другой стороны, наличие почечной дисфункции у пациентов без сердечно-сосудистой патологии связано с повышенным риском развития артериальной гипертензии. Более того, дисфункция почек является самостоятельным фактором, влияющим на скорость развития структурных и функциональных изменений в сердечно-сосудистой системе, включая увеличение жесткости артерий. Таким образом, сочетание артериальной гипертензии и хронической болезни почек сопровождается значительным снижением эластичности сосудистой стенки, что обуславливает высокий риск кардиоваскулярных осложнений у этих пациентов.

Цель исследования. Оценка клинической характеристики пациентов с артериальной гипертензией в контексте функционального состояния почек и эластических свойств сосудистой стенки.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование были включены 203 пациента с основным диагнозом артериальная гипертензия. У всех пациентов проводили оценку наличия традиционных факторов риска, поражения органов-мишеней, ассоциированных клинических состояний, определяли обобщённую клиническую характеристику. ХБП устанавливали на основании структурной патологии почек по данным УЗИ и/или стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации. Жесткость сосудистой стенки оценивали по пульсовому артериальному давлению.

Результаты. При сопоставлении пациентов с нарушенной фильтрационной способностью почек и повышенной жесткостью сосудистой стенки с группами сравнения, представленными пациентами с нормальным уровнем пульсового артериального давления и скорости клубочковой фильтрацией, а также пациентами с нормальным уровнем пульсового артериального давления и «умеренно» сниженной скорости клубочковой фильтрацией (далее представлены в порядке упоминания) был обнаружен ряд статистически значимых различий. В частности установлено, что в обсуждаемой группе пациентов наблюдается более высокое систолическое АД (145 [130; 160] мм рт. ст., против 140 [130; 145] мм рт. ст. и 130 [120; 130] мм рт. ст. в группах сравнения ($p < 0,001$)), уровень мочевины в крови (5,75 [5,005; 6,775] ммоль/л против 4,65 [3,975; 5,825] ммоль/л и 5,7 [4,9; 6,5] ммоль/л в группах сравнения ($p = 0,007$)), большая частота поражений органов мишеней (28,57% против 7,14% и 0% в группах сравнения ($p < 0,001$)), инфаркта миокарда в анамнезе (12,7% против 2,38% и 0% в группах сравнения ($p = 0,001$)). Данные пациенты чаще имели вторую стадию АГ (58,73% против 33,33% и 42,53% в группах сравнения ($p < 0,001$)), реже достигали контроля АД

(11,11% против 2,38% и 1,15% в группах сравнения ($p < 0,001$)), а также характеризовались более высокой градацией суммарного сердечно-сосудистого риска (28,57% против 11,9% и 6,9% пациентов с очень высоким риском в группах сравнения ($p < 0,001$)).

Вывод. Таким образом результаты исследования подтверждают гипотезу о том, что снижение фильтрационной функции почек и упруго-эластических свойств артериальной стенки взаимосвязано с увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с артериальной гипертензией, в том числе за счет большей распространенности отдельных факторов риска, поражений органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний.

ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ У СПОРТСМЕНОВ

¹Гиршович Ю.Д., ²Билукова Р.Ш., ²Хачирова К.Г.

¹ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 12 Сормовского района Нижнего Новгорода»,

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Во всем мире принято считать, что спортсмены являются самой здоровой частью общества. В таком случае встает вопрос: почему умирают молодые люди, занимающиеся спортом, без видимых проблем со здоровьем?

Целью исследования является выявление основных причин внезапной сердечной смерти (ВСС) у спортсменов и мер профилактики.

Материалы и методы. Был проведен сбор и анализ статистических данных из российской и зарубежной современной научной литературы. До последнего времени в мировой литературе в качестве лидирующей причины ВСС атлетов традиционно рассматривалась гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП). Однако по данным исследования Кимберли Хармона (К. Harmon): 1866 актов вскрытия спортсменов в США 36 % смертей произошли из-за ГКМП, но большая часть актов вскрытия была исключена из-за отсутствия структурных аномалий в сердце при посмертном осмотре и если эти смерти интерпретировать как аутопсия-негативные, то тогда их частота составит 34 % от общего числа сердечно-сосудистых смертей. В отчете британского регистра ВСС в спорте из 357 умерших спортсменов диагноз аутопсия-негативная смерть был наиболее распространенным и составил 149 смертей (42%). Второй по частоте причиной стала идиопатическая гипертрофия левого желудочка – 59 смертей (16%), аритмогенная кардиомиопатия (АКМП) правого желудочка – 48 смертей (13%), ГКМП – 23 случая (6%), дилатационная кардиомиопатия (2%). Патология коронарных артерий имела место в 7% случаев, при этом их аномалии составляли большинство случаев. По данным национального центра спортивной медицины Италии, в год частота внезапной смерти у спортсменов составляет 2,6 мужчин и 1,1 женщин на 100 тыс. спортсменов. Элои Мэрижон (Е. Marijon) с соавт., провели исследование во Франции, охватив случаи ВСС у спортсменов и лиц моложе 35 лет, регулярно занимающихся физической активностью: в общей структуре смертности на долю аутопсия-негативной смерти пришлось 36%, на случаи ГКМП – только 10%. G. Finocchiaro с соавт. отметили, что в молодой группе атлетов (младше 18 лет) частота аутопсия-негативной смерти была максимальной (56%).

Результаты исследования. Проанализировав различные научные статьи, выявили основные факторы риска развития ВСС: молодые спортсмены (≤ 35 лет) – ГКМП, АКМП правого желудочка, аномальное происхождение коронарных артерий, синдром удлиненного интервала QT, миокардит, катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия; опытные спортсмены (> 35 лет) – ИБС, ГКМП, АКМП правого желудочка, миокардит, синдром удлиненного интервала QT; все возрасты – мужской пол, афроамериканская этническая принадлежность, энергичные упражнения,

начало тренировки, синдром WPW, вещества, повышающие работоспособность, ушиб сердца, гипотермия и тепловой удар. В 2012 г. в Сиэтле экспертная группа кардиологов предложила стандарты интерпретации ЭКГ у спортсменов, по которым нормальными для спортсменов показателями признаны: брадикардия ≥ 30 уд./мин, АВ-блокада I ст., АВ-блокада II ст. Мобиц I, синдром ранней реполяризации желудочков.

Выводы. Основной причиной смерти спортсменов является внезапная сердечная смерть (42%), второй по частоте - идиопатическая гипертрофия левого желудочка (16%), а третьей - АКМП правого желудочка (13%). Спортсмены мужского пола наиболее чаще подвержены внезапной сердечной смерти, чем спортсмены женского пола (2,6:1,1). Скрининговые методы для профилактики ВСС следует адаптировать к возрасту спортсмена. Для предупреждения ВСС следует рекомендовать: увеличение количества регулярно проходимых предварительных и текущих медицинских обследований, соблюдение рационального режима тренировок, введение здорового образа жизни, отказ от вредных привычек. При проведении медицинских освидетельствований и тренировочного процесса обращать в динамике особое внимание на лиц с плохой переносимостью физических нагрузок, склонных к обморочным состояниям.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ДОЗИРОВАНИЯ БЛОКАТОРОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН- АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СО СНИЖЕННОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Голодников И.А., Михайличенко Е.С., Приколота А.В., Багрий А.Э.

ФГБОУ ВО «Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького Минздрава
России
г. Донецк, ДНР, Россия

Введение. Коморбидность сахарного диабета (СД) 2 типа и (ХСН) представляет собой важную проблему современной медицины. Наличие этих двух заболеваний у одного и того же больного существенно ухудшает прогноз, а также взаимно отягощает течение каждого из них.

Цель исследования. В проспективном исследовании изучить влияние различных режимов дозирования блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) на структурно-функциональные параметры ЛЖ у лиц с сочетанием СД 2 типа и ХСН со сниженной фракцией выброса (ФВ).

Материалы и методы. В рандомизированном проспективном исследовании принимал участие 41 человек (23 мужчины и 18 женщин, средний возраст $66,4 \pm 12,2$ лет) с СД 2 типа в сочетании с ХСН II-III функциональных классов (ФК). Эти пациенты вначале были разделены на две подгруппы: с приемом либо низких доз блокаторов РААС (лосартан 50 мг/сут и спиронолактон 25 мг/сут) – 19 больных, либо их более высоких доз (лосартан 100-150 мг/сут и спиронолактон 50 мг/сут) – 22 больных. Затем эти же больные дополнительно были разделены еще на две подгруппы, одна из которых в качестве сахароснижающих средств получала комбинацию дапаглифлозина в дозе 10 мг/сут с другими сахароснижающими средствами (обычно с метформином) – 25 больных; вторая – иные режимы сахароснижающих средств (без дапаглифлозина) – 16 больных. Длительность наблюдения составила $11,4 \pm 2,7$ месяца. В ходе наблюдения всем пациентам выполняли стандартные общеклинические и биохимические исследования, эхокардиографическое исследование (в т.ч. тканевую импульсную доплерографию) Статистическую обработку данных выполняли в программе Microsoft Excel 2007.

Результаты. Применение всех вариантов дозирования блокаторов РААС переносилось удовлетворительно, не отмечалось значимого повышения уровней креатинина и калия. В подгруппе пациентов со сниженной ФВ ЛЖ ее прирост составил с $33,4 \pm 4,8\%$ до $36,6 \pm 5,1\%$ в подгруппе низких доз блокаторов РААС и с $34,2 \pm 5,2\%$ до $39,6 \pm 4,7\%$ в подгруппе более высоких доз. Индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) снизился в ходе лечения соответственно с $137,4 \pm 15,5 \text{ г/м}^2$ до $128,5 \pm 20,3 \text{ г/м}^2$ и с $139,6 \pm 19,2 \text{ г/м}^2$ до $130,4 \pm 22,9 \text{ г/м}^2$. Соотношение E/e' – с $9,91 \pm 1,28$ до $9,52 \pm 1,31$ и с $9,84 \pm 1,14$ до $8,75 \pm 0,97$ соответствующим образом. Различия показателя Δ (разница между конечным и начальным значениями) для всех этих показателей между группами были достоверны, все $p < 0,05$.

Выводы. Оба представленных режима дозирования блокаторов РААС у исследуемой категории пациентов переносились удовлетворительно. Применение всех указанных режимов оказывало благоприятное влияние на общее состояние пациентов, а также на исследуемые структурные и функциональные параметры ЛЖ. У лиц, принимающих более высокие дозы блокаторов РААС, отмечались более выраженные благоприятные эффекты. Кроме этого следует отметить, что указанные изменения были более выражены в подгруппе пациентов, принимавших дапаглифлозин.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА: АНАЛИЗ ДАННЫХ ТРАНСТОРАКАЛЬНОГО ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Гудим А.Л.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38 Нижегородского района Нижнего Новгорода»
г. Нижний Новгород, Россия

Введение. Клапанная болезнь сердца остается приоритетной проблемой, так как относится к одной из главных причин поражения миокарда и формирования сердечной недостаточности.

Цель. Установить половые особенности клапанной патологии сердца у пациентов, проживающих на территории г. Нижнего Новгорода.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 5502 эхограмм больных (2472 – мужчин (М), 3030 – женщин (Ж)), получавших стационарное лечение в Городской клинической больнице № 38 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода в период с 2022 по 2024 гг. Медиана возраста на момент исследования – 62 [49; 72] года (от 18 до 95 лет). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы R 4.3.2. При сравнении использовался точный критерий Фишера. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Всего на долю пороков аортального клапана приходилось 26,2% случаев. У Ж аортальная недостаточность регистрировалась в 26,8% случаев, у М в 23,1% ($p = 0,002$). Не установлено различий по частоте аортального стеноза (М – 3,3%, Ж – 4,2%, $p = 0,088$). Двухстворчатый аортальный клапан был диагностирован лишь в 0,3% случаев (Ж – 0,2%, М – 0,4%, $p = 0,181$). Сочетанные пороки аортального клапана были выявлены у 3,0% Ж и 2,3% М ($p < 0,134$). Пороки митрального клапана встречались у каждого 3-го (36,2%) исследуемого. Митральная недостаточность отмечена у 34,6% Ж и в 37,7% у М ($p < 0,001$). Проплапс митрального клапана чаще регистрировался у М (12,1% и 9,4% соответственно, $p < 0,001$), а митральный стеноз в 3 раза чаще у Ж – 1,5% против 0,5% у М ($p < 0,001$). Пороки трикуспидального и легочного клапанов были представлены клапанной недостаточностью. Трикуспидальная недостаточность одинаково часто встречалась среди М (13,3%) и Ж (13,5%, $p = 0,843$), в то время как недостаточность легочного клапана преобладала у Ж (1,1% и 0,5% соответственно, $p = 0,015$).

Выводы. Выявлены значимые различия в частоте и распределении патологии клапанов сердца в зависимости от их локализации и пола пациентов.

ЧАСТОТА, КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК, ОСТРОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

¹Денисова А.Ю., ¹Мензоров М.В., ²Керимова С.Ф., ²Денисов О.Н.

¹ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»

²ГУЗ «Ульяновская областная клиническая больница»

г. Ульяновск, Россия

Цель исследования. Оценить частоту и клинические варианты острого повреждения почек (ОПП), острой болезни почек (ОБП) при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST).

Материалы и методы исследования. Обследовано 52 пациента (мужчин-40 (77%), женщин-12 (23%), средний возраст-63±11 лет) с ИМпST, госпитализированных в отделение сердечно-сосудистой хирургии с палатой реанимации и интенсивной терапии ООО «Альянс Клиник Свияга» г. Ульяновска с марта по декабрь 2021 года. Диагностика ИМпST, наличие показаний и противопоказаний для проведения чрескожного коронарного вмешательства осуществлялась согласно Рекомендациям Министерства здравоохранения РФ (2020 г). ОПП, ОБП диагностировали исходя из критериев Международных Рекомендаций KDIGO (2012 г). ОБП верифицировали при наличии функциональных и/или структурных нарушений с последствиями для здоровья длительностью ≤3 месяцев, включая острое повреждение почек.

Результаты. ОПП диагностировано у 17 (32%) пациентов, при этом у 2 из них (12%) на фоне предшествующей хронической болезни почек (ОПП на ХБП), а у 15 (88%) - без ХБП. ОБП диагностирована у 20 (38%) пациентов с ИМпST. ОБП на фоне предшествующего ОПП выявлена у 17 (85%) обследованных, ОБП без ОПП - у 3 (15%) пациентов. У пяти (9,6%) пациентов с ИМпST в анамнезе имелась информация о предшествующей хронической болезни почек. ОБП на фоне ОПП без предшествующей ХБП была выявлена у 15 пациентов (75%).

Заключение. У пациентов с ИМпST наблюдается высокая частота развития ОПП и ОБП, которые диагностируются у каждого 3-го пациента. Преобладает фенотип ОБП на фоне ОПП без предшествующей ХБП (75%).

КАРДИОНЕФРОПРОТЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО АГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ ГПП-1 В УСЛОВИЯХ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

^{1,2}Занозина О.В., ²Калугина Е.В., ²Жук С.Д., ²Пластова Н.Н., ²Тарадайко Н.Ю., ¹Сорокина Ю.А.,
¹Мосина А.А., Суханов С.А., Токарева А.С., Ильина А.С., ²Дубова Н.А., ²Богданов С.И.

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России

²ГБУЗ НО «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Пандемия сахарного диабета 2 типа (СД 2), характеризующаяся стремительной распространённостью, ранней инвалидизацией, высокой сердечно-сосудистой смертностью, диктует необходимость применения препаратов, которые могут в корне поменять ситуацию на этом фронте, выигрывая не только отдельные битвы, но и всю кампанию в целом.

В настоящее время приоритеты лечения смещены в сторону коррекции факторов развития сердечно-сосудистых осложнений (проявлений) СД 2 типа, а также в сторону коррекции уже имеющихся атеросклеротических сосудистых заболеваний (АССЗ). В качестве инициатора и катализатора полифункциональных нарушений служит ожирение

Революционным прорывом было применение с начала 2021-2022гг препаратов агонистов глюкагон-подобного пептида 1 (ГПП-1), однако данный препарат ушёл с Российского фармацевтического рынка, что вызвало на некоторое время небольшое смятение в рядах эндокринологов. Вместе с тем, появления на отечественном рынке в 2024г российских двух препаратов этой группы разрядило напряжение, позволив своевременно назначать качественные современные препараты.

Первым появился препарат Семаглутид (Семавик® (GP40221) (ООО «ГЕРОФАРМ», Россия), относящийся к аналогам нативного человеческого ГПП-1, обладающий высокой (94%) степенью структурной гомологии к нему, пролонгированным действием, что позволяет вводить его 1 раз в неделю. показана высокая степень сопоставимости биоэквивалента препарату сравнения в отношении характеристик действующего вещества, примесей и состава вспомогательных веществ.

Материалы и методы. За 7 месяцев 2024 года в отделении эндокринологии ГБУЗ НО «НОКБ им. Н.А. Семашко» данный препарат был включён в терапию 62 пациентам с СД 2 типа. Возраст пациентов был от 39 до 74 -х лет. Длительность СД 2 типа от 3-х месяцев до 16 лет. У всех пациентов было ожирение (выше 1 степени), у 34- пациентов – артериальная гипертензия, у 48 пациентов – неалкогольная жировая болезнь печени. У 28- пациентов диагностирована ИБС, подтверждённая коронарографией. В монотерапии препарат принимали только 6 пациентов (9,7%), в комбинации с метформином – 28 пациент (45,2%), в комбинации с ингибиторами SGLT2 – 16 человек (25,8%), в комбинации с инсулином пролонгированного действия и метформином – 10 человек (16,1%). 2 пациента (3,23%) получали квадротерапию (метформин + ингибиторы SGLT2+аналог инсулина продлённого действия). В стационаре были введены 1-2 первые дозы, начиная с 0,25 мг, с рекомендациями продолжить далее с титрацией дозы.

Методы исследования. В соответствии с клиническими рекомендациями и стандартами ведения для больных сахарным диабетом: рост, вес, индекс массы тела, гликемические показатели, липидный профиль, микроальбуминурия, уровень мочевой кислоты, УЗИ органов брюшной полости

Результаты. При использовании препарата нежелательные явления были получены после 1 дозы только у 1-го человека (тошнота), что не потребовало отмены препарата. В условиях стационара за 10-14 дней вес снижался от 2 до 6 кг (на фоне комплексного лечения, включая занятия в школе сахарного диабета). В процессе наблюдения отмечалась чёткая тенденция с нормализации липидного спектра, в частности, реагировал уровень липопротеидов низкой плотности, снижалось артериальное давление в среднем на 5-7 мм рт ст, особенно в комбинации с ингибиторами SGLT2.

При повторном осмотре или госпитализации (через полгода) отмечалось потеря массы тела до 24 кг, снижение АД на 10-12 мм рт ст, достижение целевых показателей липопротеидов низкой плотности. На еженедельную дозу 1 мг препарата вышли 50 % пациентов, дозу 0,5 мг 1 раз в неделю принимала треть пациентов, остальные остались на уровне 0,25 мг 1 раз в неделю.

Заключение. Появление на российском рынке первого отечественного препарата семаглутида (Семавик, Герофарм), внося свой вклад в обеспечении национальную безопасности страны, позволяет корректировать факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, управляя течением грозных хронических заболеваний.

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

^{1,2}Зубеев П.С., ¹Суслова О.А., ¹Зубеева Г.Н., ¹Харламова О.В., ¹Щербакова А.Е., ¹Полькина Т.О.

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,
кафедра скорой медицинской помощи
²ГБУЗ НО «Городская больница № 33»
г. Нижний Новгород, Россия

Актуальность и цель. Психологическая адаптация к своему заболеванию и процедурам гемодиализа (ГД) является одним из важных факторов, влияющих на продолжительность жизни пациентов на ГД. Поэтому целью исследования явился анализ психометрических показателей пациентов, получающих лечение ГД, для разработки комплекса реабилитационных мероприятий.

Методы и материал. В исследование включены 98 пациентов в возрасте от 24 до 86 лет, находящихся на амбулаторном лечении в отделении ГД городской больницы № 33. Всем проведено клиническое обследование и определение реабилитационного потенциала по модифицированной шкале Rankin и шкалам кардиореабилитации. У всех пациентов проведены исследования по опросникам: качества жизни (EQ-5D), госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), тяжести одышки (MRC).

Результаты. По результатам психометрических исследований выявлено: по шкале EQ-5D проблемы с подвижностью испытывали 52,0% больных; на затруднения с самообслуживанием жаловались 10,2%; имели проблемы с выполнением повседневных привычных обязанностей 48,0%; испытывали боль или дискомфорт 58,2%. По шкале MRC 51,0% испытывали одышку разной степени выраженности. По шкале HADS 55,1% пациентов испытывали напряжение; 37,8% жаловались на чувство страха; 41,8% испытывали постоянные беспокойные мысли; 46,9% не могли легко сесть и расслабиться, 51,0% испытывали внутреннее напряжение или дрожь; 53,1% отмечали неусидчивость, необходимость постоянно двигаться; 28,6% жаловались на внезапное чувство паники; 59,2% отмечали снижение чувства удовольствия; 34,7% отмечали утрату способности видеть в том или ином событии смешное; 71,4% утратили чувство бодрости; 72,4% отмечали замедленность своих действий; 49,0% отмечали безразличие к своей внешности; 51,0% не испытывали удовлетворение своими занятиями, увлечениями; 29,6% не испытывали удовольствия от хорошей книги или телепрограммы. Таким образом, более половины больных испытывали проблемы с подвижностью, бытовой активностью и жаловались на боль или дискомфорт; это свидетельствует о патологии опорно-двигательного аппарата, характерной для больных в диализной стадии хронической болезни почек. Так же более половины больных отмечали одышку при физической нагрузке, что соответствует признакам сердечно-сосудистой патологии. Наконец, более 70% больных отметили признаки депрессии и более 50% - признаки тревоги, что указывает на необходимость включения психотерапевтических методик в программу реабилитации.

Выводы. Пациенты, получающие терапию ГД, нуждаются в проведении психологической реабилитации наряду с физической. Программа физической реабилитации должна быть направлена в первую очередь на коррекцию патологии сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ОТРАВЛЕНИЯМИ КАРДИОТОКСИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ НА БАЗЕ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

^{1,2}Зубеев П.С., ¹Харламова О.В., ¹Зубеева Г.Н., ¹Суслова О.А.

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России,
кафедра скорой медицинской помощи
²ГБУЗ НО «Городская больница № 33»
г. Нижний Новгород, Россия

Острые отравления кардиотоксическими веществами относятся к наиболее тяжёлым отравлениям. Развитие тяжёлых расстройств ритма и проводимости сердца характерно именно в токсикогенной стадии отравления, на высоте концентрации токсического вещества в крови. Частота развития жизнеугрожающих нарушений в работе сердечно-сосудистой системы (ССС) составляет более 60%. Именно они нередко являются непосредственной причиной смерти в раннем периоде отравлений. Летальность при отравлении кардиотропными ядами по литературным данным может достигать 20%.

Специфическим кардиотоксическим действием обладают многие вещества: медикаменты, ряд растительных алкалоидов (вератрин, аконит), химические соединения (в том числе фосфорорганические соединения), соли калия, бария и т.д. По данным Нижегородского токсикоцентра (ТЦ) за 2019 и 2023 гг. данная патология в структуре отравлений составила около 8-10%, причём значительно преобладали (более 90%) в этой группе о. отравления медикаментами (β -адреноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов, сердечные гликозиды, антиаритмики, ингибиторы АПФ, трициклические антидепрессанты). В структуре о. отравлений медикаментами кардиотоксические препараты занимали около 40%. Традиционно женщин было больше, чем мужчин (63-66% и 34-37% соответственно). Более 80% составили пациенты трудоспособного возраста.

Механизм нарушений сердечной деятельности следующий: прямое повреждающее действие токсиканта на кардиомиоциты и клетки проводящей системы, воздействие на нервную систему. Развитие гипоксии, метаболического ацидоза, электролитных нарушений приводит к ещё большему поражению ССС. Клиническая картина характеризуется развитием следующих синдромов: гастроинтестинального, синдрома поражения ССС (нарушения ритма сердца и проводимости, резкое снижение АД вплоть до шока), поражения ЦНС (нарушение сознания разной степени тяжести). Оказание неотложной помощи больным с данной патологией проводилось по общему алгоритму: СЛР при необходимости, удаление яда, не всосавшегося в организм, элиминация яда, всосавшегося в организм (форсированный диурез, введение антидотов, эфферентная терапия и др.), коррекция осложнений и последствий отравлений, реабилитация. Наиболее тяжёлые отравления связаны с приёмом медикаментов, угнетающих функцию автоматизма и проводимости, летальность у данной категории больных составила 10%, особенно в случае позднего поступления (свыше 6 часов с момента отравления), наличием уже имеющейся патологии, со стороны ССС и элиминирующих органов. Надо отметить, что у ряда пострадавших эти заболевания не были диагностированы ранее и манифестировали только в момент отравления. Всем пациентам с данной патологией проводилась необходимая своевременная лабораторная и инструментальная диагностика в полном объёме в соответствии с клиническими рекомендациями, был обеспечен постоянный мониторинг гемодинамики и дыхания. Больным с тяжёлым течением часто требовались перевод на ИВЛ с проведением различных видов респираторной поддержки, ЭДС, кардиоверсия, экстракорпоральная гемокоррекция, временная ЭКС. Наличие тех или иных сопутствующих заболеваний не только утяжеляло течение острого отравления, но и меняло клиническую картину: нивелировало или

усиливало некоторые симптомы. В связи с этим требовались консультации врачей самых разных специальностей. Кроме токсиколога, реаниматолога и психиатра, в лечении принимали участие кардиолог, терапевт, невролог, врач отделения диализа, эндокринолог и реабилитолог, т.е. была привлечена мультидисциплинарная бригада врачей. В результате уровень летальности даже при тяжёлых отравлениях кардиотоксическими ядами по данным нашего ТЦ составил не более 8%.

Таким образом, учитывая тяжесть течения о. отравлений кардиотоксическими веществами, высокую летальность, важно, чтобы лечение пациентов проходило на базе многопрофильного стационара с участием всех необходимых специалистов, возможностью своевременной лабораторной и инструментальной диагностики и лечения в полном объёме.

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ПАТОЛОГИИ В СТРУКТУРЕ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ОПАСНЫХ ПРОФЕССИЙ

Кауров Я.В.

ГБУЗ НО «Городская больница № 33»
г. Нижний Новгород, Россия

Создание и внедрение системы мер по сохранению и укреплению здоровья граждан является приоритетным направлением государственной политики и, как показывает опыт ведущих европейских стран, позволяет существенно снизить показатели смертности среди взрослого населения. На необходимость национальной безопасности в сфере здравоохранения и здоровья нации обращено внимание в Стратегии национальной безопасности Российской Федерации. В последние годы в Российской Федерации началась активная работа по профилактике хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения страны.

В структуре показателя первичной заболеваемости по причинам, связанным с ХНИЗ, у лиц опасных профессий лидирующие классы это X класс «Болезни органов дыхания» и заболевания органов кровообращения:

- на $49,5 \pm 0,31\%$ заболеваниями X класса «Болезни органов дыхания», относящиеся в соответствии с кодами МКБ–10 к ХНИЗ (J40–47), которые выбирают на 15,9% общее значение показателя данного класса;

- на $28,5 \pm 0,33\%$ заболеваниями органов кровообращения, где болезни, связанные с повышенным артериальным давлением, составляют $30,8 \pm 1,12\%$.

Фактически каждый десятый случай временной утраты трудоспособности у лиц опасных профессий в течение года связан с патологией, входящей в группу ХНИЗ.

В структуре показателя смертности от разных причин удельный вес случаев смертности у лиц опасных профессий, связанных с ХНИЗ, составляет в среднем $52,6 \pm 1,1\%$.

Вышеуказанное делает абсолютно необходимым проведение ряда профилактических мероприятий по предотвращению причин возникновения данных патологий у соответствующего контингента лиц. В наше время, когда страна решает задачи необыкновенной важности в связи с защитой как собственных рубежей, так и интересов на международной арене, охрана здоровья и работоспособности лиц опасных профессий является государственной задачей.

ПРОБЛЕМА ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА НА ПРИМЕРЕ ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Конторицков М.М., Боровкова Н.Ю., Тушинская Л.А., Байрамова С.О., Курашин В.К., Токарева А.С., Миронов М.А.

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

Известно, что число людей с ожирением и избыточной массой тела ежегодно увеличивается во всем мире, в том числе в Российской Федерации. По данным ВОЗ на 2022 год, 43% взрослого населения планеты имели избыточную массу тела, а 16% страдали ожирением. Исследование NATION показало, что в России ожирение выявлено у 30% населения (около 40 миллионов человек), а лишний вес имеют 47,6% мужчин. Ожирение и избыточная масса тела тесно связаны с развитием таких хронических заболеваний, как сахарный диабет 2 типа, заболевания сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем, желудочно-кишечного тракта и даже онкопатологии. Это представляет собой значимую проблему общественного здравоохранения, оказывающую влияние на здоровье мужчин трудоспособного возраста

Цель исследования: оценить распространенность ожирения и избыточной массы тела у мужчин трудоспособного возраста в Нижегородской области и проанализировать их связь с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. В рамках исследования ЭССЕ-РФ 3 было обследовано 2499 респондентов в возрасте 35–74 года, случайно отобранных из сельского и городского населения Нижегородского региона методом многоступенчатой стратифицированной случайной выборки. Среди обследуемых оказалось 765 мужчин трудоспособного возраста (35-59 лет). Проводилась антропометрия с измерением массы тела (МТ), роста и окружности талии (ОТ), рассчитан индекс массы тела (ИМТ). Учитывалось, что нормальный ИМТ < 25 кг/м², избыточная МТ при 25 ≤ ИМТ < 30, ожирение 1 степени (ст.) 30 ≤ ИМТ < 35, 2 ст. 35 ≤ ИМТ < 40 и 3 ст. при ИМТ ≥ 40. Рассматривали ОТ, как показатель абдоминального ожирения при ОТ ≥ 94 см. У всех обследуемых был тщательно собран анамнез, проводились лабораторные исследования. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программы «IBM SPSS Statistics 26.0» (США).

Результаты. Среди 765 обследованных респондентов распространенность ожирения составила 32% (среди них 1 ст. – 77, 2 ст. – 15 и 3 ст. – 8%). Избыточная МТ регистрировалась у 46%, а нормальная МТ была лишь в 22%. Абдоминальное ожирение было выявлено у 62% обследуемых. В результате анализа была выявлена статистически значимая взаимосвязь избыточной массы тела, ожирения с имеющейся сердечно-сосудистой патологией: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца (p < 0,001).

Выводы: по результатам проводимого исследования была выявлена высокая распространенность ожирения и избыточной массы тела у мужчин трудоспособного возраста в Нижегородском регионе. Установлено, что избыточная масса тела и ожирение достоверно связаны с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца. Проблема избыточной массы тела и ожирения у мужчин трудоспособного возраста в Нижегородской области требует пристального внимания и активных действий со стороны медицинских организаций. С этой целью необходимо разрабатывать и внедрять программы по профилактике и лечению ожирения для улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни мужчин.

СОЗДАНИЕ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ В РАБОТЕ ВРАЧА-КАРДИОЛОГА РЕГИОНАЛЬНОГО СОСУДИСТОГО ЦЕНТРА

Корягин В.С., Козиолова Н.А., Корягина Н.А., Пестерев Е.А., Бородулин Е.А., Загуменнов А.С.

ФГБОУ «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А. Вагнера»
Минздрава России
г. Пермь, Россия

Введение. Высокая смертность от сосудистых заболеваний определяет необходимость поиска новых методов оценки рисков и повышения эффективности мер профилактики. Это обуславливает необходимость разработки прогностических моделей, которые могут быть внедрены в региональные сосудистые центры для оценки вероятности неблагоприятного исхода.

Основная часть. Для разработки многофакторной прогностической модели пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, были разделены на группу выживших и группу с летальным исходом в течение 24 месяцев. Выбор предикторов осуществлялся на основе статистически значимых различий между группами по клинико-лабораторным показателям. Среди важных параметров выделились возраст, уровень глюкозы, фракция выброса левого желудочка, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и другие.

Модель была разработана на данных 440 пациентов, госпитализированных в региональный сосудистый центр ГБУЗ ПК «Клинический кардиологический диспансер» в период с 2020 по 2022 год. На основе анализа данных была создана формула расчета вероятности летального исхода в течение 24 месяцев:

Наблюдаемая зависимость описывается уравнением:

$$P = 1 / (1 + e^{-z}) \cdot 100 \%,$$

$$z = -8,478 + 1,038X_{\text{КШ}} + 0,769X_{\text{ФП}} + 0,846X_{\text{диабет в анамнезе}} + 2,044X_{\text{ХОБЛ}} + 0,090X_{\text{возраст}},$$

где P – вероятность смерти пациента в течение 24 месяцев после госпитализации, $X_{\text{КШ}}$ есть – кардиогенный шок (0 – нет КШ, 1 – есть КШ), $X_{\text{ФП}}$ – ФП (0 – нет ФП, 1 – есть ФП), $X_{\text{диабет в анамнезе}}$ – диабет (0 – нет диабета при поступлении, 1 – есть диабет в анамнезе), $X_{\text{ХОБЛ}}$ – ХОБЛ (0 – нет ХОБЛ, 1 – есть ХОБЛ), $X_{\text{возраст}}$ – возраст, количество лет.

ROC-анализ модели показал площадь под кривой 0,847 с чувствительностью и специфичностью 77,6%. Для практического применения был разработан калькулятор, позволяющий стратифицировать пациентов на группы высокого ($P > 10\%$) и умеренного риска.

Выводы. Разработанная модель является эффективным инструментом для оценки рисков и может стать основой для мер профилактики и индивидуализации тактики лечения пациентов с сосудистыми заболеваниями. На основе полученной модели была создана программа для ЭВМ для использования в практическом здравоохранении

СТИМУЛЯЦИЯ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА. ЧТО НОВОГО В ЛЕЧЕНИИ ХСН?

^{1,2}Косоногов К.А., ¹Косоногов А.Я., ²Ямбатов А.Г., ¹Дворникова М.И., ¹Лобанова Н.Ю.

¹ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №5 Нижегородского района г. Нижнего Новгорода»
г. Нижний Новгород, Россия

²ООО «Первый клинический медицинский центр»
г. Ковров, Россия

Введение. В течение последних лет все больше работ посвящено стимуляции проводящей системы сердца (СПСС), особенно области левой ножки пучка Гиса (ЛНПГ) как более достижимого и эффективного метода ресинхронизации, также как дополнение и альтернатива бивентрикулярной кардиостимуляции.

За 2023-2024 годы в ОССХ ГКБ 5 и ССЦ ПКМЦ выполнено более 100 операций по стимуляции ЛНПГ. Преимущественно в связи ожидаемым большим процентом желудочковой стимуляции. Больных с кардиопатией и показаниями к ресинхронизирующей терапии (СРТ) было 14. В данной работе оценивались 9 пациентов с ХСН на фоне ПБЛНПГ и ДКМП с ФВ менее 40%. Время наблюдения 1-13 мес.

Цель. Оценить эффективность стимуляции проводящей системы сердца больным с хронической сердечной недостаточностью.

Материалы и методы. В группе 9 человек, 3 женщины, средний возраст 65,55 лет (SD 7,53). ХСН с низкой фракцией выброса (ФВ) на фоне ПБЛНПГ. Коморбидность по артериальной гипертензии, ХОБЛ, сахарному диабету. Дооперационная ФВ составила 30,5% (SD 5,65), QRS 156-211мс, в среднем - 171мс (SD 31,21). КСО 111-233мл, 169 мл в среднем. Все пациенты на оптимальной медикаментозной терапии.

Критерием окончания процедуры было достижение целевых значений по стимуляции проводящей системы сердца по критериям Burgi H. et al, 2023г., либо принятие решения о невозможности СПСС у пациента и глубокой септальной стимуляции.

Результаты. Оценка эффективности затруднена небольшой на данный момент выборкой. Три группы: стимуляция ЛНПГ изолированно QRS на фоне стимул, LOT-CRT и CRT с глубокой стимуляцией перегородки правожелудочковым электродом. Успешная СПСС достигнута в шести из девяти случаев. В трех случаях, где не удалось добиться СПСС, получены достаточно узкие комплексы ПЖ стимуляции по сравнению со стимуляцией верхушки ПЖ. 140-157мс против 155-180мс.

Изменение QRS в группах ЛНПГ с 167мс SD 29 до 122мс SD 14, LOT-CRT с 173,6мс SD 3,5 до 99мс SD 6,08, CRT с 187,3 SD 20,5 до 124,6 мс SD 14,3.

Средние показатели ФВ в группе ЛНПГ исходно 33,6 SD 0,55, в динамике через 1-3 мес. 39,5 SD 0,75. В группе LOT-CRT 27,9% SD 4,6 и 32,8 SD 4,5. В группе CRT с септальной правожелудочковой стимуляцией ФВ исходная 30,8% SD 8,15, ФВ в динамике 35,6%. Основным значимый прирост в группе СРТ был за счет пациента, которому при подборе бивентрикулярной программы удалось добиться сужения QRS до 100мс, ФВ выросла с 21% до 31%, у двух остальных ФВ увеличилась незначительно на 2-3% за 1 мес. Критерии достоверности не оценивались на маленькой выборке. Осложнений в группах не получено.

Выводы. Эффективность в плане электрической диссинхронии и динамики ФВ: максимальный в группе LOT-CRT, менее выражен в группе ЛНПГ, наименьший в группе обычной CRT.

Методика позволяет увеличить долю респондеров среди пациентов с показаниями к ресинхронизирующей терапии в сравнении с обычной СРТ.

Оценка долгосрочного результата, осложнений требует дополнительного исследования.

ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Кунгурцева Е.М., Орнатская А.А., Погодина Е.В.

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

Артериальная гипертензия (АГ) является относительно редким заболеванием у детей, но, несмотря на это, занимает важное место среди всей сердечно-сосудистой патологии. Согласно статистическим данным, АГ встречается с распространенностью 2 - 4 % в детской когорте. Однако по результатам последних эпидемиологических исследований отмечается тенденция прогрессирования, причем как высокого нормального артериального давления, так и артериальной гипертензии у детей в целом. Так, представители National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), утверждают, что частота встречаемости АГ за период 1988 г. – 2014 г. среди детей существенно возросла: с 15,8% до 19,2% среди мальчиков и с 8,2% до 12,6% среди девочек.

Основным фактором, определяющим артериальное давление у детей, служит индекс массы тела. Но не каждый подросток с повышенным индексом массы тела или ожирением страдает гипертензией. Риск развития артериальной гипертензии с последующим поражением органов мишеней возрастает при воздействии метаболических факторов риска, которые определяются нарушением состава тела и висцеральным ожирением. Дислипидемия, метаболический синдром, малоподвижный образ жизни – являются факторами риска развития атеросклеротических изменений в сосудах, а также служат причиной формирования АГ у детей и подростков.

С целью определения причин возникновения и особенностей клинических проявлений артериальной гипертензии у детей и подростков в Нижегородской области нами проведено проспективное исследование историй болезни пациентов в возрасте 7-17 лет с артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в 1 педиатрическом отделении ГБУЗ НО «НОДКБ» в 2023 году. Проанализированы истории болезни 129 детей с диагнозом «Артериальная гипертензия». Среди них 105 мальчиков и 24 девочек, т.е. у мальчиков нижегородской области в 2023 году АГ встречалась чаще - 81,4% против 18,6%. Стоит отметить, что 53 (41%) пациента имели «избыточную массу тела» (SDS ИМТ от +1,0 до +2,0), а 35 (27%) - «ожирение» (SDS ИМТ от +2,0). «Ожирение 1 степени» (SDS ИМТ от +2,0 до +2,5) отмечалось у 20%, 9 (7%) человек – «Ожирение 2 степени» (SDS ИМТ от +2,6 до +3,0). В связи с чем, можно сделать вывод, что важным фактором риска развития АГ у детей в Нижегородской области послужила высокая масса тела.

Безусловно, изменение состава тела сопровождалось отклонениями лабораторных показателей. Так, у 29 (22,5 %) пациентов с диагнозом «Артериальная гипертензия» была выявлена гиперхолестеринемия. 34 (30,9%) пациента имеют гипергликемию, в их числе 3-е детей с установленным диагнозом «Сахарный диабет». Необходимо уточнить, что отклонения от референсных значений чаще отмечались у мальчиков: 23 (17,8%) мальчика имеют гиперхолестеринемию ($6,02 \pm 0,4$), 2 (1,55%) – изолированную гипертриглицеридемию, 1 – изолированное повышение коэффициента атерогенности, 1 – гиперхолестеринемию, гипертриглицеридемию, повышение коэффициента атерогенности. Подобная динамика прослеживается и с гликемией: высокие показатели глюкозы ($5,96 \pm 0,15$) зарегистрированы у 34 (26,4%) пациентов, среди которых 26 (20,2%) – мальчики.

В ходе проведенного исследования мы выяснили, что наиболее важными этиологическими факторами АГ у детей и подростков Нижнего Новгорода и Нижегородской области являются избыток массы тела и ожирение, нарушение липидного обмена, гипергликемия, а также половая принадлежность к мужскому полу.

СРАВНЕНИЕ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДОКОВИДНЫЙ И ПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

¹Малыхин Ф.Т., ²Гордеева Л.П., ²Суслова И.А.

¹ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России
²ГБУЗ СК «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» города Ставрополя
г. Ставрополь, Россия

Материалы и методы. Проведен вторичный анализ статистических показателей пациентов, умерших от хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) в доковидный и пандемический периоды на основании данных журналов патологоанатомических вскрытий ГКБ СМП за 2017-2022 годы.

Результаты. В рамках исследования проанализировано 2912 случая смерти, зарегистрированных в ГКБ СМП за доковидный (2017-2019 гг.) и пандемийный (2020-2022) периоды. Суммарное число случаев смерти за доковидный период - 1830, а за пандемийный – 1082 ($p<0,05$). Наиболее часто причиной смерти среди умерших пациентов выступала патология сердечно-сосудистой системы (ССС) – 38,8% от общего числа летальных случаев. При этом число пациентов, умерших от заболеваний ССС, в пандемийный период меньше, чем в доковидный (728 случаев и 403 случая, $p<0,05$). Из них 45,6% приходится на случаи смерти мужчин в доковидный период, и 47,1% на умерших мужчин в пандемийный период ($p<0,05$). При исследовании случаев смерти женщин определено, что 54,4% их приходится на смерть женщин в доковидный период, 52,9% случаев - в период пандемии COVID19, ($p<0,05$). Наиболее часто у умерших встречалось сочетание ХОБЛ и ишемической болезни сердца (ИБС), что составило 80,8% от общего количества умерших с диагнозом ХОБЛ в доковидный период и 90,4% от общего количества умерших с диагнозом ХОБЛ в пандемийный период. При сочетании ХОБЛ и ИБС у большинства больных (97,1 %) в обоих временных промежутках обнаружено по два или более сопутствующих заболеваний. В 2017 – 2019 гг. в 66,7 % всех случаев ИБС выступала основным заболеванием, сочетающимся с ХОБЛ; из них 66,1 % случаев приходится на мужчин, 33,9 % – на женщин ($p<0,05$). В 33,3 % случаев ИБС являлась сопутствующим заболеванием, сочетающимся с ХОБЛ. При этом 89,3% таких пациентов составили мужчины, а 10,7 % – женщины ($p<0,05$). В 2020-2022 гг. ИБС выступала основным заболеванием, сочетающимся с ХОБЛ в 51,6% случаях; из них 78,8% случаев летальности приходится на мужчин, и 21,2% приходится на случаи смерти женщин ($p<0,05$). В 48,4% случаев ИБС была сопутствующим заболеванием, при основном заболевании ХОБЛ; из них 64,5% случаев составила смерть пациентов-мужчин, и 35,5% - смерть пациентов-женщин ($p<0,05$). Среди прочих сопутствующих заболеваний при ХОБЛ в доковидный период диагноз «атеросклероз» (морфологическая основа большинства случаев ИБС) установлен в качестве сопутствующего заболевания у 71,2% больных ХОБЛ (мужчины – 79,1%, женщины – 20,9%, $p<0,05$). В пандемийный период диагноз «атеросклероз» установлен в качестве сопутствующего заболевания у 63,0% больных ХОБЛ, среди которых на долю мужчины приходится 82,6%, а женщин – 17,4%, $p<0,05$).

Заключение. Наиболее частой причиной смерти пациентов, как в доковидный, так и в пандемийный периоды, выступала патология сердечно-сосудистой системы – 38,8% от общего числа летальных случаев. Чаще всего у умерших встречалось сочетание хронической обструктивной болезни легких и ишемической болезни сердца (80,8% от общего количества умерших с диагнозом ХОБЛ в доковидный период и 90,4% от общего количества умерших с диагнозом ХОБЛ в пандемийный период).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИПАТИИ

¹Манюкова Э.Т., ²Кулинченко К.Р.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 38 Нижегородского района Нижнего Новгорода»
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России
г. Нижний Новгород, Россия

Ишемическая кардиомиопатия (ИКМП) представляет собой сердечно-сосудистое заболевание, характеризующееся выраженной сократительной дисфункцией и расширением полостей желудочков сердца, имеющее в своей основе обструктивное поражение коронарных артерий (КА). ИКМП связано с высоким уровнем заболеваемости и смертности, являясь наиболее распространенной причиной хронической сердечной недостаточности (ХСН) во всем мире.

Цель работы. Провести анализ зарубежной и отечественной литературы для определения современных подходов в диагностике и лечении пациентов с ИКМП.

Всемирной организацией здравоохранения ИКМП включена в классификацию специфических кардиомиопатий (КМП) и представлена в МКБ-10 и 11 как одна из форм хронической ишемической болезни сердца (ИБС) (I 25.5). Современное определение ИКМП включает в себя следующие критерии: фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) $\leq 40\%$, увеличение его объемов, инфаркт миокарда (ИМ) или реваскуляризация в анамнезе, стенозирующее поражение более 75% ствола левой КА, либо проксимальный стеноз передней нисходящей артерии; стенозирующее ($>75\%$) поражение двух и более КА; исключение КМП другой этиологии (в том числе алкогольной). ИКМП составляет от 10% до 40% случаев клинически выраженной ИБС, 11-13 % - от всех случаев КМП, развивается преимущественно в возрасте 45–55 лет (мужчины составляют 90 %).

В становлении и прогрессировании ИКМП важная роль отводится нескольким процессам, находящимся в тесной взаимосвязи друг с другом: постинфарктного рубцевания и ремоделирования, гибернации и «оглушения» миокарда. Воспалительные и нейрогуморальные изменения, связанные с ишемией миокарда, приводят к неблагоприятному структурному и функциональному ремоделированию желудочков с развитием фиброза миокарда, его дилатации и систолической дисфункции. Явления «оглушения», и «гибернации» миокарда представляют собой континуум одного и того же процесса с разными уровнями ультраструктурного повреждения кардиомиоцитов, общим для которых является определение жизнеспособности миокарда и потенциальное восстановление сократительной функции ЛЖ после реваскуляризации в отличие от нежизнеспособного рубцового миокарда. Кроме того, тяжесть течения ИКМП определяет степень ремоделирования ЛЖ, развивающееся на разных стадиях заболевания. С учетом патологических процессов, протекающих в миокарде, а также массивности поражения сердечной мышцы, при обследовании пациента с ИКМП определяющим этапом является оценка жизнеспособности миокарда. Это позволяет оценить резервы миокарда, а также возможности консервативной и хирургической тактики лечения. Применяются несколько методов, позволяющих оценить жизнеспособность миокарда: эхокардиография (ЭХО-КГ), стресс-ЭХО-КГ, радионуклидная томографию, магнитно-резонансная томография сердца, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография.

Тактика ведения пациентов с ИКМП соответствует общим принципам терапии, приведенным в рекомендациях по лечению хронического коронарного синдрома и ХСН. В ряде исследований у лиц с ИКМП установлено преимущество коронарного шунтирования (КШ) перед консервативным ведением, при этом показания к проведению сочетания КШ с хирургической реконструкцией ЛЖ неоднозначны.

Вместе с тем, ИКМП ассоциирована с неблагоприятным прогнозом в связи с высоким риском развития угрожающих жизни желудочковых аритмий, тяжелой дисфункции ЛЖ во время повторной ишемии или нового ИМ, ятрогенных осложнений, связанных с многокомпонентной медикаментозной терапией и применением имплантируемых устройств.

Заключение. Современные методы обследования позволяют проводить своевременную диагностику жизнеспособности миокарда и фракционного резерва кровотока, а лечебные мероприятия способствуют облегчению симптомов, предотвращению прогрессирования заболевания и улучшению качества жизни и выживаемости пациентов с ИКМП.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Михайлова З.Д., Рязанов К.А.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №38 Нижегородского района Нижнего Новгорода»
г. Нижний Новгород

Терапевт в практической деятельности сталкивается с различными синдромами, в том числе из смежных специальностей, так как артериальная гипертензия (АГ) часто носит вторичный характер при различной патологии.

Цель. Изучить особенности АГ при синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС) и тактику ведения пациентов, оценить эффективность пробного курса СИПАП-терапии (постоянное положительное давление в дыхательных путях).

EMBASE и WebofScience с использованием ключевых слов: АГ, СОАС.

Результаты. Согласно данным исследований Benjafield A.V. et al. в России в возрасте 30-69 лет СОАС имеется у 40 млн. человек, при этом среднетяжелая степень – у половины.

Частота АГ при СОАС по данным различных авторов составляет от 5-10% до 30-83%. До 70% случаев СОАС не распознается.

Заподозрить СОАС можно при наличии у пациента прерывистого ночного храпа, остановки дыхания во сне, ноктурии, нарушения сна, дневной сонливости, утренней головной боли и ожирения, при недостаточном снижении артериального давления (АД) во время сна.

При СОАС часто встречается резистентная (не достижение целевого АД при приеме 3 антигипертензивных препаратов (АГП) в максимально переносимых дозах) и рефрактерная (не достижение целевого АД при приеме 5 АГП, включая тиазидоподобный диуретик длительного действия и антагонист минералокортикоидных рецепторов) АГ. Для АГ при СОАС характерны: 1) высокая частота изолированной диастолической АГ; 2) высокая вариабельность АД; 3) увеличение количества пациентов non-dipper, night-peaker.

При оценке результатов суточного мониторирования АД важным представляется триггерный мониторинг ночного АД при СОАС с оценкой распределения и воспроизводимости ночных измерений АД, вызванных гипоксемией.

Применение ПАП-терапии (АРАР, ВРАР, СРАР (СИПАП), ТРАР) или адаптивной сервентилиационной (ASV) терапии рекомендовано для улучшения контроля АГ при СОАС. ПАП-терапия эффективна при ее длительности ≥ 4 часов за ночь и $>70\%$ ночей.

В ходе доклада будет представлен клинический случай. Пациент С., 49 лет, страдает АГ, имеет ожирение 3 степени. Пациенту было проведено сомнологическое обследование. Выявлены нарушения дыхания по типу СОАС тяжелой степени (индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ) = 61/час). Эпизоды остановки дыхания сопровождались выраженным снижением сатурации (минимально до 74%; общее время со снижением сатурации менее 90% (TST90) составило 31% от всего времени

исследования, индекс десатурации (ODI) - 56/час, в норме <5). Максимальная продолжительность апноэ - 71 секунда. Пациенту был проведен пробный курс СИПАП-терапии, на фоне которой удалось полностью устранить обструктивные респираторные события, ИАГ снизился с 61 в час до 1,6 в час (из них 1,6/ час - центральное апноэ), достигнут целевой уровень средней сатурации (95%), АГ стала контролируемой.

Заключение. Таким образом, представленный клинический случай демонстрирует необходимость более активного внедрения в практику различных методик исследования нарушений сна, более тщательный сбор жалоб и анамнеза на наличие нарушений сна, а также сопутствующей патологии, при которой существует высокая вероятность СОАС.

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Першина А.А., Колобова С.О., Боровкова Л.В., Андосова Л.Д., Боровкова Н.Ю., Туличев А.А.,
Пичугина Е.С., Егорова М.Д., Турлаева А.А.*

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

Введение. В настоящее время артериальная гипертензия является одной из самых частых соматических заболеваний беременных женщин и осложняет около 10% всех беременностей в мире. Частота АГ среди беременных в Российской Федерации составляет от 5 до 30%. Патогенез осложнений беременности у женщин с гипертензивными расстройствами сложный, до конца не изучен. Изменения цитокинового профиля может служить дополнительным диагностическим критерием при различных осложнениях беременности, поскольку изменения сывороточной концентрации цитокинов, обладающих многочисленными биологическими эффектами, способны быть индикаторами системных иммунных расстройств.

Цель работы. Дать оценку содержания цитокинов IL-8 и IL-1 β в I триместре беременности у женщин с хронической артериальной гипертензией (ХАГ).

Материалы и методы. Всего в работу включены 76 женщины (n=76). Основная группа – 46 женщины с ХАГ (гипертонической болезнью I стадии), контрольная группа – 30 женщин с неосложненным течением беременности, с отсутствием гипертензивных расстройств. Материалом для лабораторного анализа служила периферическая венозная кровь. Содержание цитокинов IL-8 (пг/мл) и IL-1 β (пг/мл) определяли в образцах сыворотки крови методом твердофазного иммуноферментного анализа. Математическая обработка осуществлялась с помощью программы «StatSoft Statistica 10». Проверка выборок на нормальность проводилась при помощи метода Колмогорова-Смирнова. Распределение отличалось от нормального. Достоверность различий между показателями оценивали с использованием критерия Манна-Уитни (уровень значимости $p < 0,05$ считался достоверным).

Результаты. Было установлено, что у женщин с ХАГ наблюдались статистически значимо более низкие уровни ИЛ-8 по сравнению с группой контроля ($p = 0,01$). При исследовании уровня ИЛ-1 β была обнаружена тенденция к снижению уровня цитокина у пациенток основной группы по сравнению с группой контроля. Анализ течения беременности показал, что в основной группе у 9 женщин (19,6%) развилась тяжелая ПЭ, по сравнению с основной группой, в которой осложнений беременности отмечено не было.

Заключение. ХАГ у женщин в первом триместре беременности, способствует развитию эндотелиальной дисфункции, что в свою очередь ведет к установлению провоспалительного профиля в организме матери. Однако, по полученным нами данным, мы можем сделать вывод о наличии компенсаторного процесса и восстановления баланса цитокинов на границе мать-плод.

Таким образом, мы пришли к выводу, что профиль воспалительных цитокинов в первом триместре у женщин с ХАГ может смещаться в сторону уменьшения их концентрации. Этот сдвиг может представлять собой защитный механизм для поддержания функции трофобласта и ослабления воспалительных процессов в межворсинчатом пространстве.

ВКЛАД ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Ребровская М.М., Ефремова Е.В., Платова Ю.А., Шутов А.М., Мударисов Р.И., Шарафутдинова Р.К., Крымзалова Н.Д.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»
г. Ульяновск, Россия

Актуальность. Кардиоваскулярная патология представляет тяжелое бремя для систем здравоохранения во всем мире, занимая ведущее место среди причин смертности и инвалидизации трудоспособного населения. В структуре сердечно-сосудистой особое место занимает цереброваскулярная патология (ЦВП). Среди перенесших острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) 15% пациентов умирают в первую неделю госпитализации, а большинство выживших нуждаются в постоянном уходе и длительной реабилитации (Бойцов С.А. и соавт., 2023г.). Хроническая болезнь почек (ХБП) является независимым фактором риска ЦВП, способствуя структурным и функциональным изменениям мозга. Известно, что острое повреждение почек (ОПП) связано с последующим риском развития инсульта и деменции (Шутов А.М. и соавт., 2013; Гердт А.М. и соавт., 2015). В то же время острая болезнь почек (ОБП) имеет значительное распространение в клинической практике, но редко верифицируется.

Цель исследования. Оценить значение нарушения функции почек для реабилитационного потенциала пациентов после острых нарушений мозгового кровообращения.

Материал и методы. Клиническая база исследования – ГУЗ «ГКБ святого апостола Андрея Первозванного», стационар медицинской реабилитации взрослых. В исследование включаются пациенты старшей возрастной группы, которые перенесли ОНМК, и на данный момент находятся на этапе реабилитации. В исследование включено 96 человек, средний возраст $66,6 \pm 6,1$ лет, женщин – 45,8%, мужчин – 54,2%. На данный момент у 48 пациентов проведена лабораторная диагностика с оценкой биохимического и провоспалительного профилей сыворотки крови и мочи, которые включают интерлейкин-6 (ИЛ-6), интерлейкин-8 (ИЛ-8), интерлейкин 18 (ИЛ-18), интерлейкин 10 (ИЛ-10), моноцитарный хемотаксический протеин-1 (MCP-1), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), эритропоэтин. Наличие ОПП во время госпитализации оценивали согласно критериям KDIGO (2012), Рекомендациям Научного общества нефрологов России (2020). Данные обрабатывали при помощи программы Статистика 10. Значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Ограничения исследования. На данный момент мощность исследования недостаточна, продолжаются набор пациентов и обработка данных. Планируется проведение многофакторного анализа исследуемых показателей.

Результаты. Случаев ОПП во время госпитализации в стационар по поводу ОНМК – 34

(35,4%). Догоспитальное ОПП (установленное по значению креатинина сыворотки в первый день стационарного лечения) имели 22 пациента (22,9%). Внутригоспитальное ОПП (определяемое по нарастанию креатинина сыворотки в течение первых 7 дней периода госпитализации при наличии повторного биохимического анализа крови) выявлено у 12 пациентов (28,6%). Всего установлено внутри- и догоспитального ОПП во время стационарного лечения по поводу ОНМК у 34 пациентов (35,4%). По данным лабораторного исследования у пациентов, имеющих госпитальное ОПП, были выявлены высокие уровни провоспалительных ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18, MCP-1, VEGF, низкие уровни противовоспалительного цитокина ИЛ-10 и эритропоэтина по сравнению с пациентами, не имеющими ОПП ($p < 0,05$).

Заключение. Пациенты с ОНМК имеют высокую распространенность почечной дисфункции и требуют её оценки и динамического контроля как в остром периоде инсульта, так и на этапе медицинской реабилитации.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ РААС У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Рябова А.Ю., Гузенко Т.Н.

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

Термин «постковидный синдром» (ПКС) получил международное признание и нашел широкое применение в описании большого спектра симптомов после перенесенного COVID-19. Согласно международным исследованиям, ПКС страдают около 65 миллионов человек, и число случаев постоянно увеличивается. Высокий риск возникновения ПКС у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) делает актуальным изучение этой категории пациентов. До настоящего времени остается не ясной роль дисбаланса ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) в генезе ПКС. Изучение полиморфизма генов, кодирующих РАСС, может быть важным для углубления знаний об отсроченных последствиях новой коронавирусной инфекции.

Цель исследования заключалась в изучении клинического значения полиморфизма генов, кодирующих компоненты ренин-ангиотензиновой системы у пациентов с гипертонической болезнью, перенесших COVID-19.

Выполнено обследование 116 пациентов с неконтролируемой гипертонической болезнью. Из них 96 чел перенесли COVID-19. 1-ая группа включала 51 чел. с продолжающимся симптоматическим COVID-19, 2-ую группу составили 45 чел. с постковидным синдромом и 3-я группа была представлена пациентами, не болевшими новой коронавирусной инфекцией. Обследование включало клинические исследования и изучение полиморфизма генов, кодирующих компоненты РААС (AGTR 1: 1166 A>C, AGTR 2: 1675 G>A, CYP11B 2: -344 C>T, AGT: 704 T>C, AGT: 521 C>T, AGT 704T>C, rs699).

Статистический анализ генотипов гена AGT 704 выявил значимые различия ($p_{1-3} = 0,033$) у пациентов, перенесших COVID-19, и не болевших новой коронавирусной инфекцией. У пациентов, перенесших инфекцию реже встречалось носительство гомозиготного генотипа ТТ ($p = 0,005$). В группе продолжающегося симптоматического COVID-19 носительство гомозиготного генотипа ТТ гена AGT 704T>C, rs699 встречалось реже ($p = 0,005$), чем у пациентов с ПКС. Выявлена слабая отрицательная связь генотипа ТТ AGT704 с индексом массы тела ($r = -0,30$; $p = 0,001$),

систолическим АД ($r=-0,42$; $p=0,0001$) и диастолическим АД ($r=-0,36$; $p=0,0001$). У обследованных в фазе продолжающегося симптоматического COVID-19 обнаружена связь уровня АД с аллелем С гена AGT (T704C).

Результаты подчеркивают необходимость дальнейшего изучения связи полиморфизмов генов РААС с целью разработки персонализированных стратегий лечения продолжающихся симптомов нездоровья после перенесенного COVID-19.

ПОКАЗАТЕЛИ ЧСС НА ЭКГ ПОКОЯ И ПРИ ХОЛТЕРОВСКОМ МОНИТОРИРОВАНИИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТОЛЕРАНТНОСТИ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Сергеев А.С., Дыдышко В.Т.

ФГБВОУ «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации
г. Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Обычно определение сердечно-сосудистого риска (ССР) проводится у лиц старше 40 лет, так как в возрасте до 40 лет абсолютный ССР оказывается низким или промежуточным, однако может повышаться за счет множественных факторов риска. Гиподинамия ассоциирована с кардиометаболическими заболеваниями. В структуре оценки ССР может использоваться определение толерантности к физической нагрузке (ТФН) с применением велоэргометрии (ВЭМ).

Цель. Изучить показатели ЧСС на ЭКГ покоя и по данным холтеровского мониторирования (ХМ) у практически здоровых мужчин молодого и среднего возраста в зависимости от ТФН.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 555 медицинских карт лиц мужского пола 30-50 лет. Все лица в зависимости от ТФН (значения метаболических единиц (МЕ) при ВЭМ) разделены на 3 группы: 1-я (низкая ТФН) – 134 человек с 5,9 МЕ и менее (средний возраст $45,0 \pm 0,5$ лет), 2-я (средняя ТФН) – 309 человек с МЕ 6,0-7,9 ($43,9 \pm 0,3$ лет), 3-я (высокая ТФН) – 112 человек с МЕ 8,0 и более ($42,6 \pm 0,6$ лет). Изучили клинико-anamnestические, биохимические параметры, показатели ЭКГ, ВЭМ, эхокардиографии, ХМ и суточного мониторирования артериального давления. Для оценки ССР использовали шкалу Systematic Coronary Risk Evaluation2 (SCORE2).

Результаты. Параметры ЧСС на поверхностной ЭКГ были достоверно более низкими у мужчин с высокой ТФН ($62,3 \pm 1,0$ в мин.) по сравнению с мужчинами со средней ($67,5 \pm 0,6$ в мин.) и низкой ($73,8 \pm 1,0$ в мин.) ТФН (P 1-2, 1-3, 2-3 < 0,001). Данные суточного анализа кардиограммы говорят о том, что в дневные часы ЧСС была достоверно выше, чем в ночные часы у всех обследованных мужчин. Следует заметить, что у мужчин с низкой и средней ТФН, особенно в группе с $ME \leq 5,9$, ЧСС была достоверно наибольшей как в среднем за сутки ($78,8 \pm 1,0$ в мин. в группе с низкой ТФН; $75,8 \pm 0,6$ в мин. в группе со средней ТФН и $69,8 \pm 1,0$ в мин. в группе с высокой ТФН) (P 1-3, 2-3 < 0,001; P 1-2 < 0,01), так и в дневные ($85,8 \pm 1,0$; $82,5 \pm 0,7$ и $76,1 \pm 1,0$) (P 1-3, 2-3 < 0,001; P 1-2 < 0,01) и в ночные часы ($65,4 \pm 0,9$; $62,5 \pm 0,6$ и $56,8 \pm 0,9$) (P 1-3, 2-3 < 0,001; P 1-2 < 0,01), по сравнению с группой с $ME \geq 8,0$.

Выводы. В однородной по возрастному и гендерному признаку когорте мужчин молодого и среднего возраста без клинически значимой патологии осуществлена сравнительная оценка ЧСС на ЭКГ покоя и по данным ХМ на основе стратификации по признаку ТФН. Низкая ТФН ассоциирована с достоверно более высокими значениями ЧСС в покое и на протяжении суток.

Концепция дифференцированной оценки факторов ССР с учётом ТФН в совокупности с определением рутинных показателей гемодинамики позволит оптимизировать систему диспансерно-динамического наблюдения за лицами молодого и среднего возраста в аспекте их сердечно-сосудистого прогноза.

КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФЕНОТИПОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

¹Скуратова М.А., ¹Лебедев П.А., ¹Додика А.С., ²Братченко И.А., ²Братченко Л.А., ³Трушина М.С.,
³Гусейнова А.Р.

¹ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России
²ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева»

³ГБУЗ СО «Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова»
г. Самара, Россия

В современной клинической практике ведущими причинами развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) является ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) – до 90% случаев. В настоящее время выделение фенотипов ХСН осуществляется по параметру фракции выброса левого желудочка (ФВ). Такой подход важен для оптимизации лечения этого синдрома, сопряженного с крайне негативным прогнозом.

Цель. Установить различия в основных клинических, биохимических параметрах, изученных стандартными методами в сыворотке крови, а также методом усиленной рамановской спектроскопии, в двух группах пациентов с ХСН со сниженной ФВ: (ХСНнФВ, ХСНунФВ) и в группе с сохраненной ФВ (ХСНсФВ).

Материалы и методы: Включено 235 пациентов с хроническими формами ИБС, осложненной ХСН II - IV ф.к. (NYHA) в возрасте от 50 до 85 лет последовательно поступивших по поводу декомпенсации ХСН в отделение экстренной кардиологии, с сентября 2021 по июнь 2023г. Все пациенты были распределены на 2 группы: I гр. составили 64 пациента с сохраненной ФВ $\geq 50\%$ (ХСНсФВ), II гр. составили 171 пациент с ХСН с низкой ФВ $\leq 40\%$ (ХСНнФВ) и ХСН с умеренно сниженной ФВ $\leq 41-49\%$ (ХСНунФВ). В крови определялись концентрации тропонина I (сTnI), Р селектина (P-sel), интерлейкина 6 (IL-6), натрийуретического пептида NtproBNP. Так же всем пациентам была проведена рамановская спектрометрия сыворотки крови.

Результаты. В I гр. преобладали пациенты старшей возрастной группы и женского пола (53%), средний возраст составил $74,00 \pm 8,08$ лет, во II гр. - $69,40 \pm 8,94$ лет, из них женщин было 23.4% ($p < 0,001$) при отсутствии различий по стадиям ХСН и ф.к. ($p \geq 0,05$). Гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий, сахарный диабет, ожирение, перенесенный инсульт в анамнезе, перенесенное оперативное лечение на коронарных артериях и имплантированные внутрисердечные устройства не имели достоверных различий в группах. Во II гр. перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) наблюдался значительно чаще - у 108 пациентов (63%), чем в I гр. - у 22 (32%): $p < 0,0001$, что могло быть связано с большей частотой курения - у 29 пациентов (17%), в сравнении с I гр. - у 4 (6%) - $p < 0,05$. NtproBNP преобладал у пациентов II гр. ($p < 0,0001$), сTnI, P-sel, IL-6 не имели достоверных отличий, а концентрации эритроцитов и гемоглобина – были снижены у пациентов I гр. ($p < 0,05$), так же в I гр. был более высокий уровень лейкоцитов, чем во II гр. ($p < 0,05$). Усиленная рамановская спектроскопия (SERS) сыворотки крови не продемонстрировала дискриминантной способности выявления пациентов с различной ФВ левого желудочка.

Выводы. Наиболее существенным фактором, определяющим фенотип ХСН у пациентов с ишемической этиологией, является перенесенный ИМ, характерный для пациентов ХСНнФВ. Биохимические параметры, характеризующие системную воспалительную активность несколько более выражены в группе ХСНсФВ. Преобладание женщин, старческий возраст, повышенные цифры АД - наиболее характерны для пациентов ХСНсФВ.

ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЫШЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ

Хурса Р.В.

Белорусский государственный медицинский университет
г. Минск, Республика Беларусь

Повышенная артериальная жесткость (АЖ) – доказанный фактор сердечно-сосудистого риска, поэтому ведется поиск информативных индексов ее оценки при суточном мониторинге артериального давления (СМАД). Нами разработан метод определения гемодинамического фенотипа (ГФ) пациента по ряду величин его артериального давления (АД) путем количественного анализа связей параметров АД (КАСПАД) в линейной регрессии систолического давления (САД) по пульсовому давлению. По индивидуальным значениям углового коэффициента регрессии определяется ГФ пациента – гармонический (Н) или один из дисфункциональных, указывающих на нарушение оптимального соотношения сердечного и периферического компонентов гемодинамики: диастолический – D (преобладание сердечного компонента, предполагающее повышенную АЖ) или систолический – S (преобладание периферического компонента, очень редкий фенотип).

Цель. Исследовать АЖ с помощью расчетных «сосудистых» показателей СМАД в зависимости от ГФ у нормотензивных молодых людей и пациентов с артериальной гипертензией (АГ) до начала антигипертензивной фармакотерапии.

Материалы и методы. Амбулаторно обследованы 126 практически здоровых лиц возраста 22 (21-24) лет (группа 1) и 49 пациентов с впервые установленной АГ возраста 30 (26-38) лет до начала лечения (группа 2): проведены СМАД регистраторами BPLab (РФ) с определением ГФ методом КАСПАД, анализом традиционных параметров и расчетных индексов АЖ: RWTТ (время распространения отраженной волны), SAI (систолический индекс сердечного цикла), dP/dt max (максимальная скорость нарастания АД), AASI (амбулаторный индекс артериальной жесткости, вычисляемый по угловому коэффициенту регрессии диастолического давления (ДАД) по САД).

Результаты. В группе 1 лиц с ГФ-Н было больше, чем в группе 2 (76,2 и 59,2% соответственно), а с ГФ-D, соответственно, меньше – 12,7 и 26,5%, $p < 0,05$. В группе 1 лица с ГФ-D по сравнению с ГФ-Н имели более высокую АЖ, что выражалось значимо ($p < 0,05$) более низкими показателями RWTТ – 121,0 [110,0-131,5] и 127,5 [121,0-137,0] соответственно, dPdt – 550,0 [502,0-724,0] и 685,5 [593,0-784,5] соответственно, увеличением SAI – $49,9 \pm 1,07$ и $47,5 \pm 0,37$ ($p < 0,05$). В группе 2 значимых различий между ГФ-D и ГФ-Н по этим показателям не было. Такие результаты согласуются с полученными нами ранее данными, что в группе 1 скорость пульсовой волны (общепризнанный показатель АЖ) при ГФ-D была значимо больше, чем при ГФ-Н и не отличалась от СПВ у пациентов группы 2 (различий этого показателя между ГФ-D и ГФ-Н в группе 2 не было).

Величина AASI не выходила за пределы 0,5 (принятой нормы для молодых людей) и не различалась между группами 1 и 2 (0,3 [0,2-0,4] и 0,3 [0,2-0,5] соответственно, $p > 0,05$), и между ГФ-Н и ГФ-D. Этот индекс, согласно зарубежным литературным данным, имеет связь не только с АЖ, но и с САД, хроническим воспалением, сердечно-сосудистыми событиями, доклиническими поражением органов-мишеней, почечными исходами и др. Однако, сильная зависимость AASI от

вариабельности АД, корреляции между САД и ДАД, возраста пациента и отсутствие изменчивости после лечения ставят под сомнение его однозначную трактовку как индекса именно АЖ. В нашем исследовании у лиц обеих групп с ГФ-Н корреляция между САД и ДАД была незначима: $r = 0,39$ [0,16-0,51] (в группе 1 – 0,33 [0,04-0,42], в группе 2 – 0,49 [0,24-0,58]), что делает использование AASI при данном фенотипе некорректным. У лиц с дисфункциональными ГФ корреляция между САД и ДАД была значимая и сильная ($r = 0,77$ [0,68-0,85], без различий в группах 1 и 2), что может указывать на вмешательство регуляторных систем более высокого уровня. Поэтому мы полагаем, что AASI является не столько показателем АЖ, сколько признаком регуляторной дисфункции.

Заключение. Современные возможности статистического анализа и моделирования получаемых при СМАД параметров открывают новые перспективы оценки сосудистого компонента кровообращения. Выявленные различия гемодинамических параметров, в т.ч. расчетных индексов АЖ и корреляции между САД и ДАД у лиц с разными ГФ, не только подтверждают «анормальный» характер дисфункциональных фенотипов, но и позволяют рассматривать КАСПАД как простой метод дифференциации регуляторных различий кровообращения по индивидуальным рядам АД.

ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ СКОМПЕНСИРОВАННОГО ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА

Эркинова Д.Э., Тарасова Н.А., Хастиева Д.Р.

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
г. Казань, Россия

Актуальность. Качество жизни (КЖ) - это концепция, отражающая благополучие населения или отдельных людей в отношении как положительных, так и отрицательных элементов в рамках всего их существования в определенный момент времени. Повышение КЖ стало одной из ключевых целей современного здравоохранения. Инфаркт миокарда (ИМ) является основной причиной снижения не только продолжительности, но и качества жизни пациентов. Установлено отрицательное влияние дефицита железа (ДЖ) на качество жизни и исходы пациентов, перенёсших ИМ. Известно, что медикаментозная коррекция ДЖ у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (СН) оказывала благоприятный эффект, улучшая их КЖ. Однако, есть лишь небольшое количество данных о влиянии ДЖ и его коррекции на КЖ у пациентов с ИМ.

Цель исследования. Оценить качество жизни у пациентов с ДЖ на фоне его медикаментозной коррекции в течение 12 месяцев после ИМ.

Материал и методы. В исследование было включено 82 пациента (37 (45,1%) женщин и 46 (56%) мужчин), старше 18 лет, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии с диагнозом инфаркт миокарда, согласно IV универсальному определению ИМ (2018 г). Всеми пациентами было подписано информированное добровольное согласие. Средний возраст пациентов составил 64 (58-72) лет. В день госпитализации у пациентов проводился забор крови с определением уровня сывороточного железа, сывороточного ферритина, сатурации трансферина (TSAT%). ДЖ определялся как уровень ферритина <100 мкг/л (абсолютный ДЖ) или от 100 до 299 мкг/л при $TSAT < 20\%$ (функциональный ДЖ). Всем пациентам проводилась коррекция ДЖ. Через 12 месяцев коррекции ДЖ препаратами железа пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 58 пациентов с компенсированным ДЖ, 2 группу составили - 24 пациента с сохраняющимся ДЖ. КЖ 810 из 1667 оценивалось путем подсчета суммы баллов «Казанского опросника для пациентов с кардиомиопатией» (KCCQ), который заполнялся пациентами самостоятельно после стабилизации состояния в дни госпитализации, а также повторно через 3, 6 и 12 месяцев. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик - ООО «Статтех», Россия).

Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух групп по количественному показателю выполнялось с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты. При сравнении суммы баллов КССQ, заполненного пациентами во время госпитализации в 1 и 2 группах, были выявлены статистически значимые различия: в группе пациентов с компенсированным ДЖ КЖ было исходно хуже по сравнению с группой с сохраняющимся ДЖ (91 (80-98); и 102 (95-114); $p=0,002$, соответственно)). При дальнейшей оценке результатов КССQ в динамике, наблюдалось улучшение КЖ в 1 группе: через 3 месяца, в виде увеличения суммы баллов КСС, 96 (87,75-107,5), через 6 месяцев 96,5 (88-113), через 12 месяцев 102,5 (90,75-120,75), данные изменения были статистически значимыми ($p<0,001$). У пациентов во 2 группе не наблюдалось статистически значимого изменения КЖ по сравнению с исходными результатами: через 3 месяца сумма баллов составила 99,5 (95,25-111), через 6 месяцев - 101,5 (88-111,25), через 12 месяцев - 102 (85,75-107) ($p=0,126$).

Вывод. Коррекция ДЖ препаратами железа ассоциирована с улучшением КЖ у пациентов с ДЖ в течение 12 месяцев после ИМ.

ДИНАМИКА СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С АБСОЛЮТНЫМ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ДЕФИЦИТОМ ЖЕЛЕЗА В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕСЯЦЕВ

Эркинова Д.Э., Хастиева Д.Р.

ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет»
г. Казань, Россия

Введение. Железо, как микроэлемент, играет важную роль в поддержании энергетического баланса сердечной мышцы и является прогностически значимым в отношении функции левого желудочка (ЛЖ). Дефицит железа (ДЖ) напрямую влияет на функцию кардиомиоцитов человека, нарушает митохондриальное дыхание и ассоциируется со снижением сократимости и расслабления. Установлено негативное влияние ДЖ на систолическую функцию ЛЖ, качество жизни и исходы пациентов, перенёсших ОКС. Однако, еще недостаточно сведений об эффективности и влиянии медикаментозной коррекции. ДЖ на систолические показатели ЛЖ у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ).

Цель. Оценить изменение фракции выброса (ФВ) и суммарного индекса подвижности миокарда (ИСПМ) ЛЖ у пациентов с абсолютным и функциональным ДЖ на фоне коррекции препаратами железа в течение 6 месяцев после ИМ.

Материал и методы. В исследование было включено 146 пациентов (54 (37%) женщин и 92 (63%) мужчин), старше 18 лет, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии с диагнозом инфаркт миокарда, согласно IV универсальному определению ИМ (2018 г), с наличием акинезии/гипокинезии как минимум в 2-х соседних сегментах миокарда ЛЖ по результатам ЭхоКГ. Всеми пациентами было подписано информированное добровольное согласие. Средний возраст пациентов составил 62 ± 11 лет. В день госпитализации у пациентов проводился забор крови с определением уровня сывороточного железа, сывороточного ферритина, коэффициента насыщения трансферрина железом и трансторакальная ЭХО-КГ с оценкой ФВ и ИСПМ ЛЖ. ДЖ определялся как уровень ферритина <100 мкг/л (абсолютный ДЖ) или от 100 до 299 мкг/л при КНТЖ $<20\%$ (функциональный ДЖ). В исследование включались пациенты при уровне гемоглобина 90-150 г/л во время скринингового визита. Пациенты были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли 24 (16%) пациента с абсолютным ДЖ, во 2 группу — 54 (37%) пациента с функциональным ДЖ. Группы не

имели достоверных различий по основным клинико-- демографическим показателям, сопутствующим заболеваниям и медикаментозной терапии. Всем пациентам в 1 и 2 группе проводилась коррекция ДЖ. Через 6 месяцев пациентам проводилась повторная ЭхоКГ с оценкой ФВ и ИСПМ ЛЖ. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech v. 2.8.8 (разработчик — ООО "Статтех", Россия). Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Сравнение двух групп по количественному показателю выполнялось с помощью критерия Манна-Уитни.

Результаты. Средние значения ФВ и ИСПМ ЛЖ при ЭхоКГ в первые сутки после ИМ в группах 1 и 2 не отличались (ФВ: 52% [48;57] и 52% [45;56] соответственно, $p=0,693$. ИСПМ ЛЖ: 1,16 [1,1;1,56] и 1,25 [1,12;1,57], соответственно, $p=0,507$). Через 6 месяцев на фоне коррекции при повторном ЭХО-КГ наблюдалось значимое снижение ИСПМ ЛЖ в группах с абсолютным и функциональным ДЖ по сравнению с исходными значениями. ИСПМ ЛЖ составил 1,11 [1,01;1,5], $p=0,001$ в группе 1 и 1,16 [1;1,48], $p=0,001$ в группе 2. Средние значения ФВ ЛЖ через 6 месяцев наблюдения в группах с абсолютным и функциональным ДЖ была значимо выше по сравнению с исходными значениями и составила 56% [50;59], $p=0,004$ в группе 1 и 55% [46;59], $p=0,001$ в группе 2.

Заключение. 1. ФВ ЛЖ и ИСПМ ЛЖ у пациентов с абсолютным и функциональным ДЖ в первые сутки после ИМ не отличались. 2. Коррекция ДЖ ассоциирована с улучшением систолической функции левого желудочка у пациентов с абсолютным и функциональным ДЖ через 6 месяцев после ИМ.