

## **СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ**

Арипова Н. А.

ТАШКЕНТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ АКАДЕМИЯ

### **Введение (цели/ задачи):**

Изучение показателей центральной гемодинамики при ОКС.

### **Материал и методы:**

Обследованы 40 больных ОКС, леченных в 1 РКБ. Из них мужчин 24, женщин – 16. Средний возраст больных 54,3 ± 5,6 лет. Больные были разделены на 2 группы: I группа- 18 больных ОКС с элевацией сегмента ST, II группа – 22 больных ОКС без элевации сегмента ST. Группу сравнения составили 10 больных со стабильной стенокардией II-III ФК. Всем больным проводили полное клиническое обследование, также изучали липидный спектр крови, тропонин 1, ЭКГ в 12 стандартных отведениях. Определяли показатели острофазовых реакций (С реактивный белок, фибриноген, интерлейкин 1, интерлейкин 6 и фактор некроза опухоли ?). Показатели центральной гемодинамики изучали по данным ЭхоКГ в двухмерном и доплеровском режимах при поступлении и на 5 й день поступления после трансформации ОКС. По ЭхоКГ оценивали показатели центральной гемодинамики: КДО, КСО, УО, ФВ, МО, СИ.

### **Результаты:**

Изучение показателей центральной гемодинамики в I группе больных показали статистически достоверное увеличение КДО (162,4±6,2 мл, p>0,01), КСО-(102,5±3,8 мл., p>0,01), снижение УО-(58,2±2,2 мл, p>0,05) ФВ-(37,3±2,5%, p>0,01), снижение МО- 3,9 л/мин, СИ- 2,3 л/мин/ м2 было статистически достоверным. Во II группе больных выявлено статистически достоверное увеличение КДО (152,3±5,9 мл, p>0,05) КСО-(86,4±4,1 мл, p>0,02), УО был в пределах нормальных показателей (66,2±3,8 мл), снижение показателей ФВ-(43,1±18%, p>0,05) МО-4,1 л/мин, СИ-2,4 л/мин/м2 было недостоверным. В контрольной группе КДО был 116,2±3,4 мл, КСО- 52,4±2,3мл, УО- 64,1±2,9 мл, ФВ- 48,2±2,3%, МО-4,6л/мин, СИ-2,8л /мин/ м2. В дальнейшем ИМ с зубцом Q диагностирован у 13, без зубца Q-у 19, нестабильная стенокардия (НС) – у 8 больных. Диагноз варифицирован в соответствии с критериями Всероссийского научного общества кардиологов (2007). У 9 больных I группы ОКС с элевацией сегмента ST произошла трансформация в ИМ с зубцом Q, у 7 больных без зубца Q и у 2 больных в НС. Во II группе больных трансформация ОКС соответственно в ИМ с зубцом Q у 5, без зубца Q – у 12 и у 5 больных в НС.

### **Заключение:**

Сравнительное изучение показателей центральной гемодинамики у больных ОКС с элевацией сегмента ST и без нее показало достоверное снижение ФВ у больных ОКС с элевацией сегмента ST по сравнению с больными ОКС без элевации и с контрольной группой. Снижение ФВ у больных ОКС без элевации сегмента ST при поступлении по сравнению с контрольной группой также были статистически достоверным. Приведенные данные позволяют заключить, что у больных ОКС с элевацией сегмента ST и без нее развиваются снижение показателей центральной гемодинамики более выраженные у больных ОКС с элевацией сегмента ST.

## **У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ СТАРШЕ 75 ЛЕТ ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ АССОЦИИРОВАНЫ СО ШКАЛАМИ РИСКА**

Соселия Н. Н., Соловьева А. Е., Виллевалде С. В.,

Кобалава Ж. Д.

РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ДРУЖБЫ НАРОДОВ

### **Введение (цели/ задачи):**

Наряду с увеличением выживаемости пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в данной популяции актуальным становится синдром старческой астении (ССА), наличие которого отражает комплекс функциональных нарушений и ассоциируется с высокой частотой осложнений и неблагоприятным прогнозом. Цель: Изучить распространенность, ассоциации ССА и его влияние на тактику ведения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) старческого возраста и долгожителей.

### **Материал и методы:**

У 90 пациентов >75 лет, экстренно госпитализированных с ОКС (74% женщин, средний возраст 83,7±4,7 лет (M±SD), артериальная гипертензия (АГ) 91%, ранее перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) 26%, фракция выброса левого желудочка 45±11%, фибрилляция предсердий 40%, сахарный диабет 23%) оценен ССА скрининговому опроснику «Возраст не помеха», проведено специализированное гериатрическое обследование с оценкой когнитивных функций (MMSE), базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел), питания (MNA), морального состояния («Philadelphia geriatric morale scale») и двигательной активности. Риск сердечно-сосудистых и геморрагических осложнений рутинно определяли по шкалам GRACE, TIMI и CRUSADE.

### **Результаты:**

По данным опросника «Возраст не помеха» у 65,7% пациентов диагностирован ССА, у 17 и 23% пациентов наблюдался легкий и умеренный когнитивный дефицит, 9 и 63% пациентов имели легкую и умеренную зависимость от посторонней помощи в повседневной жизни, 51% пациент имел риск развития синдрома недостаточности питания. Нарушений морального состояния не выявлено. Легкие и умеренные нарушения подвижности выявлены у 66 и 29%. 74% пациентов имели >140 баллов по шкале GRACE, 48,6% - >5 баллов по шкале TIMI, 88,6% - >40 баллов по шкале CRUSADE. Пациенты с ССА по сравнению с пациентами без ССА чаще были представлены женщинами (82 и 73%, p<0,05), имели более высокую частоту АГ (100 и 77%, p<0,01), перенесенного ранее ИМ (32 и 15%, p<0,05), ИМ в индексную госпитализацию (64 и 38%, p<0,05), инсульта (29 и 0%, p<0,001), скорость клубочковой фильтрации <60 мл/мин/1,73 м2 (82 и 31%, p<0,001), более высокие уровни тропонина (16±7 и 0,12±0,05 нг/мл, p<0,01), креатинина сыворотки (109±31 и 93±26 мкмоль/л, p<0,05). У пациентов с ССА наблюдался более высокий риск кровотечений по шкале CRUSADE (50±7 и 44±9 баллов, p<0,01). Пациенты с высоким ишемическим риском (GRACE >140 баллов) характеризовались более выраженными изменениями психического статуса (26,6±5,03 и 29,9±1,9 баллов, p<0,05) и двигательной активности (34,02±3,57 и 37,1±1,23 баллов, p<0,01). Пациенты с высоким риском геморрагических осложнений (CRUSADE >40 баллов) характеризовались более выраженными проявлениями ССА (3,13±1,02 и 2 балла, p<0,001), нарушениями двигательной активности (34,4±3,4 и 38±1,07 баллов, p<0,01), базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) (89,3±8,9 и 100 баллов, p<0,001). При наличии по шкале TIMI>5 баллов у пациентов были выявлены

более высокие баллы по шкале «Возраст не помеха» ( $3,26 \pm 1,12$  и  $2,5 \pm 0,51$  баллов,  $p < 0,001$ ), более выраженные нарушения базовой активности в повседневной жизни (индекс Бартел) ( $86,9 \pm 9,4$  и  $95 \pm 5,1$  баллов,  $p < 0,001$ ). Пациентам с ССА достоверно чаще выполняли ЧКВ (41 и 15%,  $p < 0,05$ ).

**Заключение:**

ССА встречается у 65,7% пациентов с ОКС старше 75 лет, ассоциируется с большей частотой сердечно-сосудистых заболеваний. ССА, нарушения когнитивных функций, двигательной активности и активности в повседневной жизни ассоциированы с более высоким риском ишемических и геморрагических осложнений.

---

---

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА**

Бабаджанов Ж. К.

Ургенский филиал Ташкентской медицинской академии

**Введение (цели/ задачи):**

Широкое внедрение в лечение острого коронарного синдрома (ОКС) в Узбекистане тромболиза, коронарной ангиопластики, в сочетании с традиционными антикоагулянтами и дезагрегантами позволили ощутимо сократить смертность. Вместе с тем, тромболизис и внутрикоронарная ангиопластика сопровождаются реперфузионной аритмией, развивающейся вследствие генерации в зоне реперфузии большого числа свободных радикалов, в результате ускоренного окисления в кардиомиоцитах недоокисленных жирных кислот. В связи с этим применение антиоксидантных кардиоцитопротекторов с первых часов ОКС представляется целесообразным. Цель исследования. Определить клиническую эффективность Милдроната в составе комплексной терапии больных ОКС с подъемом сегмента ST на стационарном этапе реабилитации с оценкой параметров внутрисердечной гемодинамики, аритмической активности и состояния процессов свободнорадикального окисления при использовании препарата с первых часов развития болезни.

**Материал и методы:**

В открытое рандомизированное исследование включено 140 больных в возрасте 45–60 лет с ОКС, которые были разделены на 4 группы по характеру проводимой терапии: 1 – получавшие тромболитическую терапию в сочетании с Милдронатом (40 чел.), 2 – получавшие тромболитическую терапию без Милдроната, 3 – получавшие Милдронат без тромболиза, 4 – не получавшие тромболитическую терапию и Милдронат. Методы исследования включали оценку параметров внутрисердечной гемодинамики, состояния процессов свободнорадикального окисления, уровень пронатрийуретического гормона (NT-proBNP). Методом доплерэхографии оценивали систолическую функцию ЛЖ с расчетом параметров трансмитрального потока. Оценка аритмической активности проводилась путем суточного холтеровского мониторирования. Статистическая обработка производилась стандартными методами параметрической статистики.

**Результаты:**

При оценке исходного состояния параметров внутрисердечной гемодинамики во всех группах установлено низкое значение ФВ, КДО, не высокий уровень IVRT, некоторое снижение IVCT, повышение ИС, пониженное значение  $V_e$ , соотношение  $V_e/V_a$  (менее 1), повышение величины  $V_a$ , а также пограничные значения DTe. Анализ динамики параметров диастолической функции ЛЖ показал, что включение Милдроната в комплексную терапию ускоряло восстановление  $V_e$ . Применение Милдроната без тромболиза также дало положительных результат. На-

блюдалось менее выраженное снижение величины IVRT. Включение милдроната в комплексную терапию сопровождалось менее выраженным дальнейшим приростом NT-proBNP в крови, существенно ограничивало прирост продуктов деградации липопероксидов (ДК и МДА) как у больных с тромболизисом, так и без тромболиза. Наблюдалось значительное сокращение ЖЭ высоких градаций и большей, в отличие от группы сравнения, частоты ЖЭ низких градаций.

**Заключение:**

Включение Милдроната в комплексную терапию больных ОКС улучшает диастолическую функцию миокарда ЛЖ. Применение Милдроната с первых часов госпитальной терапии в сочетании с тромболитиками при ОКС уменьшает частоту аритмических эпизодов в процессе госпитальной реабилитации. Терапия Милдронатом больных ОКС уменьшает проявление окислительного стресса.

---

---

**ЭЛЕКТРОННАЯ БАЗА ИНДИКАТОРОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В РАМКАХ ВНЕДРЕНИЯ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МОДЕЛИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Беркинбаев С. Ф., Джунусбекова Г. А., Нурмухамбетова М. Т., Мусагалиева А. Т., Кабыкенова Р. К., Жарылкасынова Р. К.  
РГП на ПХВ «НИИ Кардиологии и внутренних болезней»  
МЗ РК

**Введение (цели/ задачи):**

В Республике Казахстан (РК) значительно снизилась смертность от болезней системы кровообращения (БСК). Так, если в 2007г. она составляла 526 на 100 тыс. населения, то в 2016г. составила 179,3 на 100 тыс. населения. Однако сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смертности среди всех причин. В структуре смертности от БСК наибольшую долю занимает смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) – 36,7%, в том числе смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) – 7%. В рамках реализации Госпрограммы «Денсаулы?» 2016-2019гг. при НИИ Кардиологии и внутренних болезней (НИИКиВБ) создан Координационный совет по кардиологической и кардиохирургической службе. Координационным советом разработан Дорожная карта по внедрению интегрированной модели оказания медицинской помощи при ОИМ, Алгоритмы оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме (ОКС) с подъемом и без подъема сегмента ST и стандарт кардиологической и кардиохирургической службы по регионализации, то есть разделение медицинских организаций на соответствующие уровни оказания неотложной кардиологической помощи (кардиологическая, кардиохирургическая помощь) пациентам с ОКС/ОИМ. Целью исследования является изучение эффективности Электронной базы индикаторов ОКС, внедряемой в рамках интегрированной модели оказания медицинской помощи при ОИМ.

**Материал и методы:**

Электронная база индикаторов ОКС разработана специалистами НИИКиВБ совместно с компанией Real System Media для оценки качества оказания медицинской помощи пациентам при ОКС. Данная база внедрена в 256 медицинских организациях РК, участвующих в оказании экстренной кардиологической помощи. База дает возможность провести оценку достоверности данных, получения в любое время оперативных данных в разрезе медицинских организаций республики, расчет индикаторов качества во временных промежутках (в минутах), оценка качества оказания медицинской помощи в целом и каждого пациента на всех