

### **Заключение:**

Активность воспалительного процесса у больных с ревматоидным артритом, получающих базисную противовоспалительную терапию, наравне с уровнем АД и другими классическими факторами риска, является предиктором повышения артериальной ригидности.

### **АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ С ДЕФОРМАЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ МЕТОДА 2D STRAIN И ФИБРОЗОМ МИОКАРДА, ВЫЯВЛЕННЫМ С ПОМОЩЬЮ МРТ С ОТСРОЧЕННЫМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ГАДОЛИНИЕМ**

Захарова Е. Ю.<sup>1</sup>, Комиссарова С. М.<sup>1</sup>, Ильина Т. В.<sup>1</sup>, Севрук Т. В.<sup>1</sup>, Устинова И. Б.<sup>1</sup>, Козик Н. Д.<sup>2</sup>, Прибыльская В. В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Республиканский научно-практический центр "Кардиология",  
<sup>2</sup>Минский консультационно-диагностический центр

### **Введение (цели/ задачи):**

Цель работы: исследование взаимосвязи между выявленным фиброзом миокарда левого желудочка по данным МРТ с отсроченным контрастированием гадолинием, глобальной и региональной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ) с использованием метода двухмерной продольной деформации (2D Strain) и желудочковыми нарушениями ритма у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

### **Материал и методы:**

В исследование были включены 126 пациентов с ГКМП (средний возраст 46,7±15,7 лет), из них у 64 пациентов диагностирована обструктивная форма (ОГКМП) и у 62 – неструктивная форма (НГКМП), у всех пациентов на момент исследования регистрировали сохраненную ФВ ЛЖ (ФВ ЛЖ >50%). 57 (45%) пациентам с ГКМП было выполнено МРТ с отсроченным контрастированием гадолинием, из них 25 с НГКМП, 32 с ОГКМП. Трансторакальное ЭхоКГ исследование у пациентов с ГКМП проводили на ультразвуковой системе экспертного класса Vivid 7 Dimension (General Electric, США) и определяли показатели, стандартно используемые при оценке структурных изменений при ГКМП. Измерение продольной деформации миокарда проводилось в трех апикальных позициях (апикальной позиции по продольной оси, четырехкамерной и двухкамерной позициях). Показатели глобального продольного стрейна были проанализированы по 17-сегментной модели (6 базальных, 6 средних и 5 апикальных сегментов) у пациентов с ГКМП, ОГКМП и КГ по парастернальной короткой оси, верхушечной четырехкамерной оси, в 3- 2-камерной позиции. Исследования МРТ сердца проводились на магнитно-резонансном томографе MagnetomAera 1,5 T (Siemens, Германия) с использованием катушек Body 18 и электрокардиографической синхронизацией. При контрастировании внутривенно вводилось парамагнитное контрастное средство на основе гадолиния GdDTPA-BMA (омнискан, GEHealthcare Nусomed) в расчете 0,1 ммоль/кг. Всем пациентам выполнялось суточное мониторирование ЭКГ.

### **Результаты:**

У 45 из 57 исследуемых пациентов (79 %) по данным МРТ с отсроченным контрастированием гадолинием выявлены

участки фиброза миокарда ЛЖ при этом, площадь участков фиброза < 10% массы миокарда выявлена у 25 (44%) пациентов; от 11 до 19% у 15 пациентов (27 %) и >20% у 17 (29 %) пациентов. В группе пациентов с фиброзом миокарда отмечалось снижение продольной сократимости миокарда ЛЖ по данным 2D Strain по сравнению с группой без фиброза (-13,2±4,4 против -15,7±2,6, p<0,05). Наибольшее снижение продольной сократимости ЛЖ отмечалось в базальном и среднем передне-перегородочных сегментах в группе с выявленным фиброзом миокарда (-9,88±5,23 против -12,55±6,4 в базальных передне-перегородочных сегментах ЛЖ и -14,98±5,2 против -19,36±4,76 в средних передне-перегородочных сегментах ЛЖ, p=0,05). В группе пациентов с ГКМП с выявленными по данным суточного мониторирования ЭКГ эпизодами неустойчивой желудочковой тахикардии отмечалось снижение продольной сократимости миокарда ЛЖ по сравнению с пациентами без нарушений ритма (-12,9±4,45 против -14,5±3,95, p=0,05) и значимое увеличение площади фиброза миокарда ЛЖ по данным МРТ (19,9±6,8% против 9±7,9%, p>0,01). Была выявлена отрицательная корреляционная связь между площадью фиброза и продольной сократимостью ЛЖ (r=-0,37, p =0,05), также взаимосвязь между площадью фиброза и наличием эпизодов неустойчивой желудочковых тахикардий у пациентов с ГКМП (r=0,41, p =0,01).

### **Заключение:**

Наличие миокардиального фиброза по данным МРТ ассоциируется со снижением продольной глобальной и региональной сократимостью ЛЖ по данным 2D Strain и с увеличением частоты желудочковых аритмий у пациентов с ГКМП.

### **АНАЛИЗ ДИНАМИКИ НАЗНАЧЕНИЯ ОРАЛЬНЫХ АНТИКОАГУЛЯНТОВ АМБУЛАТОРНЫМ ПАЦИЕНТАМ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (РЕКВАЗА)**

Переверзева К. Г.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

### **Введение (цели/ задачи):**

Оценить динамику назначения оральных антикоагулянтов (ОАК) среди амбулаторных пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) в течение 2012 – 2016 гг. по данным Регистра Кардиоваскулярных Заболеваний (РЕКВАЗА).

### **Материал и методы:**

В регистр РЕКВАЗА последовательно включались все пациенты старше 18 лет, страдающие артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), хронической сердечной недостаточностью (ХСН), ФП и их сочетаниями, обратившиеся за медицинской помощью по поводу любого из этих заболеваний в три случайно отобранные поликлиники Рязанской области (две городские и одна сельская) в марте-мае, сентябре-ноябре 2012 года и в январе-феврале 2013 года. В исследование включено 3690 пациентов, диагноз «ФП» установлен у 530 пациентов. Методом генерации случайных чисел была сформирована репрезентативная выборка, включившая 112 пациентов с ФП, у которых оценивалась динамика назначения ОАК в течение 2012 – 2016 гг. по данным амбулаторной карты и телефонного контакта. Частота назначения ОАК по

данным амбулаторных карт оценивалась в 2012 г. у 112 пациентов, а также в последующие годы – из числа выживших пациентов: в 2013 году – у 105 пациентов, в 2014 и 2015 годах – у 101 и 95 пациентов, соответственно. Частота назначения ОАК по состоянию на март 2016 года оценивалась по данным амбулаторной карты либо телефонного контакта у 75 пациентов. Статистическая обработка материала проводилась с помощью программ Microsoft Excel 2010, Statsoft Statistica 10.0

#### **Результаты:**

Из 112 пациентов с ФП, включенных в исследование, мужчин было 30,4% (34). Медиана возраста пациентов составила 75,0 (69,1;82,1) лет. При оценке риска тромбозомболических осложнений (ТЭО) по шкале CHA2DS2-VASc медиана баллов для всех пациентов с ФП составила 5,0 (4,0; 6,0), при этом значений CHA2DS2-VASc  $\leq 1$  не было, то есть, всем включенным в исследование пациентам было показано назначение ОАК. Наиболее распространенными факторами риска ТЭО являлись: встречающаяся в 100% (112) случаев ХСН; в 99,1% (111) случаев – АГ; в 20,5% (23) – перенесенный ранее инфаркт миокарда; в 19,6% (22) – сахарный диабет; в 14,3% (16) острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе, возраст: в 50% (56) случаев включенные пациенты были старше 75 лет, в 31,3% (35) случаев возраст пациента находился в диапазоне от 65 до 74 лет. При оценке риска развития геморрагических осложнений на фоне приема ОАК по шкале HAS-BLED медиана баллов составила 2,0 (1,0;2,0) балла. Значение HAS-BLED  $\leq 2$  имели 84,8% (95) пациента, HAS-BLED  $\geq 3$  – 15,2% (17). Наиболее распространенными факторами риска кровотечений являлись: возраст: 81,3% (91) пациентов были старше 65 лет; прием лекарственных препаратов, повышающих риск кровотечения (антиагрегантов и нестероидных противовоспалительных препаратов, – в 71,4% (80); ОНМК в анамнезе – в 15,2% (17); АГ (в том случае, если на момент включения систолическое артериальное давление превышало 160 мм рт. ст.) – в 9,8% (11). В единичных случаях (по 0,9%) факторами риска кровотечений являлись нарушение функции почек (уровень креатинина сыворотки крови  $\geq 200$  мкмоль/л) и «большие» кровотечения в анамнезе. Таким образом, по данным индексного визита возможное назначение ОАК в 84,8% случаев сопровождалось бы низким или средним риском кровотечений. Примечательно, что по данным амбулаторных карт пациентов оценка риска кровотечений и ТЭО по соответствующим шкалам врачами амбулаторно-поликлинического звена не проводилась. За период наблюдения с 2012 по 2015 год выявлено увеличение частоты назначения ОАК пациентам с ФП и высоким риском ТЭО в 2,7 раза, НОАК – в 4,7 раза, варфарина – в 2,3 раза, но данные различия не являются статистически значимыми. При сравнении данных 2012 года и марта 2016 года выявлено статистически значимое увеличение частоты назначения ОАК до 20,0%, т.е. в 3,7 раза ( $p=0,01$ ) за счет увеличения частоты назначения НОАК в 5,9 раза ( $p=0,14$ ) и за счет увеличения частоты назначения варфарина в 3,3 раза ( $p=0,049$ ).

#### **Заключение:**

По данным регистра РЕКВАЗА у пациентов с ФП, имеющих высокий риск ТЭО, частота назначения ОАК, несмотря на возрастание в 2,7 раза, остается недостаточной: в 2012 году ОАК были назначены 5,4% пациентов, а в 2016 – 20,0% пациентов.

## **АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА И ПЕРВИЧНЫМ ХРАПОМ**

Тарасик Е. С.

*Республиканский научно-практический центр “Кардиология”*

#### **Введение (цели/ задачи):**

Интенсивное изучение синдрома обструктивного апноэ-гиппноэ во время сна (СОАС) было начато в конце прошлого столетия. Значение проблемы СОАС определяется его широкой распространенностью, влиянием на качество жизни пациентов любого возраста, высокой частотой тяжелых осложнений и значительной летальностью. Выяснено, что у пациентов с СОАС заметно чаще, чем в общей популяции, наблюдаются опасные для жизни заболевания: инфаркт миокарда, нарушения мозгового кровообращения и внезапная смерть во сне. СОАС утяжеляет течение ишемической болезни сердца (ИБС), сахарного диабета, артериальной гипертензии (АГ), депрессии. У пациентов с СОАС повышение артериального давления (АД) соответствует циклическому характеру нарушений дыхания. Системное АД может возрастать на 20% во время апноэ. Таким образом СОАС является независимым фактором риска повышения АД, в том числе развития тяжелой, рефрактерной АГ. Патофизиологические механизмы развития АГ при СОАС различны (гипоксемия, гиперкапнический ацидоз, резкие респираторные усилия и увеличение симпатической активности на фоне микропробуждений) и изучены недостаточно. Цель: проанализировать показатели суточного мониторинга АД у пациентов с ИБС, СОАС и первичным храпом.

#### **Материал и методы:**

Для диагностики СОАС проводился кардиореспираторный мониторинг аппаратом Somnocheck -2 (Weinmann, Германия). При исследовании регистрировались: мониторинг нозофарингеального потока, ЭКГ, частота сердечных сокращений, пульсоксиметрия, плетизмография, положение тела, торакоабдоминальные движения, запись звукового феномена храпа. Затем рассчитывался индекс апноэ/гиппноэ (ИАГ). В настоящее время большинство клинических рекомендаций придерживаются следующей классификации: легкая степень СОАС: от 5 до 15 эпизодов апноэ/гиппноэ в час, средняя: от 15 до 30 эпизодов в час, тяжелая: от 30 и более эпизодов в час. Суточное мониторирование АД проводилось аппаратом Pressure Trak (Phillips, Нидерланды). Анализировали максимальные, минимальные и средние величины систолического и диастолического АД за сутки, день и ночь; вариабельность АД; суточный индекс (СИ), индекс времени; скорость утреннего подъема АД. В исследовании приняло участие 90 пациентов с ИБС. Из них мужчин было 46 (51%), женщин 44 (49%). Средний возраст составил 56,7 $\pm$ 9,2 лет. Все пациенты были разделены на группы. Первая группа составила 30 пациентов (пациенты с ИБС и СОАС). Вторая группа составила 30 пациентов (ИБС и первичный храп). Третья группа составила 30 пациентов с ИБС (без СОАС и первичного храпа). По половому и возрастному составу группы были сопоставимы.

#### **Результаты:**

При оценке данных суточного мониторирования установлено, что у пациентов первой группы систолическое АД (САД)