

## КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В ПРОГНОЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Хусаинова Л. Н., Мингазетдинова Л. Н., Муталова Э. Г.,  
Исламгалеева З. М.

*Башкирский государственный медицинский университет*

### Введение (цели/ задачи):

Артериальная гипертензия (АГ) является ведущей проблемой здравоохранения вследствие ее широкой распространенности и тяжести осложнений. Цель: Оценить особенности кардиоренального синдрома у женщин с артериальной гипертензией.

### Материал и методы:

Проведено исследование 90 женщин (средний возраст 50,8 [42 - 58] лет) с АГ. Пациенты разделены на 2 группы в соответствии с индексом массы тела (ИМТ). 1 группу составили 36 больных с АГ и степени ИМТ до 27 кг/м<sup>2</sup>, 2 группу – 54 пациента с АГ и ожирением (ИМТ  $\geq$  30 кг/м<sup>2</sup>, отношение объема и талии  $>0,8$ ). Всем больным проводились общехимические методы обследования, суточное мониторирование артериального давления (АД), ЭХО КГ, функциональное состояние почек по определению креатинина (КК) методом Яффе, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по уравнению MDRD, суточную экскрецию альбумина с мочой (МАУ).

### Результаты:

У всех обследованных пациентов выявлены различия в вариабельности артериального давления (ВАД), индекса времени (ИВ). Уровень ВАД значимо увеличивался в обеих группах, но во 2 группе женщин с ожирением он был в 1,8 раза выше, а ИВ больше нарастал в ночное время в 2,8 раза в 1 группе и в 3,1 раза во 2 группе. Выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка, повышение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в 1,5 раза и 1,6 раза соответственно. Концентрическая гипертрофия ЛЖ выявлена у 48,2% пациентов 1 группы и 51,7% женщин АГ с ожирением, эксцентрическая гипертрофия ЛЖ у 12,3% и 15,1% пациентов соответственно. Средние значения КК в сыворотке крови не отличались значимо между собой, но процент больных с повышенным КК был выше во 2 группе (3,0% и 10,4% соответственно). Параллельно у больных АГ с ожирением нарастало количество больных с СКФ  $< 70$  мл/мин/1,73м<sup>2</sup> с 5,0% в 1 группе до 11,4% во 2 при нарастании клубочковой фильтрации с 86,4 [78,2 - 90,4] мл/мин/1,73м<sup>2</sup> до 96,2 [86,4 - 112,6] мл/мин/1,73м<sup>2</sup>, что, вероятно связано с повышением почечного кровотока. У женщин с АГ обнаружен высокий процент МАУ. Так, у больных с ожирением он составил 24,2% при 12,0% женщин без ожирения ( $p=0,032$ ); уровень суточного альбумина нарастал в 1 группе до 46,84 [32,1 - 54,8] мг/л и во 2 группе до 61,23 [51,8 - 76,8] мг/л. В целом, наши исследования выявили микроальбуминурию во 2 группе у 38,5% женщин, снижение клубочковой фильтрации у 15,9% пациентов. Повышенная МАУ у женщин становится предиктором артериальной гипертензии с развитием почечной недостаточности, что более значимо при наличии ожирения и является маркером ранней дисфункции сосудов почек с последующим развитием хронической болезни почек. Корреляционный анализ величины и скорости утреннего подъема САД и ДАД у женщин с АГ выявил зависимость между ИВ ДАД и МАУ

( $r=0,34$ ;  $p=0,036$ ), отражающий состояние внутриклубочковой гемодинамики. С развитием ожирения обнаружена корреляция функционального состояния почек с показателями диастолической функции сердца ( $r=0,40$ ;  $p=0,028$ ).

### Заключение:

Таким образом, у женщин с АГ должно проводиться тщательное исследование структурно-функционального состояния почек, особенно при наличии ожирения.

## КАРДИОСАРКОИДОЗ С НЕОБЫЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ УЛУЧШЕНИЕМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕТРАДИЦИОННО МАЛОЙ ДОЗЫ МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА

Третьяков А. Ю.<sup>1</sup>, Придачина Л. С.<sup>2</sup>, Захарченко С. П.<sup>3</sup>,  
Шиленок В. Н.<sup>4</sup>, Третьякова В. А.<sup>3</sup>, Паламарчук Ю. Ю.<sup>3</sup>,  
Андросова С. С.<sup>3</sup>, Егорова Е. С.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Белгородский государственный национальный исследовательский, <sup>2</sup>Белгородская городская клиническая больница №2, <sup>3</sup>НИУ БелГУ, <sup>4</sup>ООО "Томограф"

### Введение (цели/ задачи):

Цель: представить для обсуждения клинический пример кардиосаркоидоза (КС) у пациентки с 8-летним анамнезом легочного саркоидоза, проявлявшегося за весь срок наблюдения незначительным респираторным симптомокомплексом без использования системных глюкокортикостероидов (сГКС), далее манифестирующий быстро нарастающей сердечной недостаточностью (СН) и атриовентрикулярной блокадой (АВБ) с обратным развитием последних при назначении минимальной дозы метилпреднизолон (МП).

### Материал и методы:

Пациентка 63 лет, с легочным саркоидозом 2 стадии (по L.E.Silzbach, 1967): внутригрудная, субкаринальная, симметричная паратрахеальная лимфаденопатия, нодулярное субплевральное (больше справа) поражение паренхимы, консолидация в S6 справа; латентное течение, дыхательная недостаточность I ст. за 3 месяца до последней госпитализации в пульмонологическое отделение (в мае 2015 г.), которая, в свою очередь, вызвана появлением признаков нарастающей СН. В связи с неэффективностью терапии, признаками систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и АВБ проводилось исключение острой коронарной патологии, миокардита, миокардиопатии. Диагноз КС поставлен согласно Japanese Ministry of Health and Welfare Criteria for Diagnosis of Cardiac Sarcoidosis (2006) и рекомендации HRS (2014).

### Результаты:

Ведущими клиническими проявлениями КС являлись СН с отеками, трудно корректуемым высокими пероральными дозами петлевых диуретиков (фуросемид 40-60 мг/сут / тарасемид 60 мг/сут), антагонистов альдостерона (эплеренон 100 мг/сут); быстрое развитие АВБ I - II ст. Мебиц 2. По данным ЭхоКГ - увеличение конечного диастолического размера ЛЖ (КДР ЛЖ) до 61 мм, снижение фракции выброса ЛЖ (ФВ) до 39%, толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) 7 мм. Дополнение к лечебной схеме 8 мг МП (Метипред, Orion, Финляндия) в пероральном приеме уже через 3 сут. значительно повысило эффективность (в прежних дозах получаемой) комбинации тарасемид-эплеренон; полное

купирование отека произошло еще через 12 сут., с этого дня доза МП снижена до 4 мг/сут (добавим, что указанный в нашем примере необычный режим терапии сГКС связан более с психологической составляющей работы с пациенткой). При контрольной ЭхоКГ на 18 сут. от начала лечения МП КДР ЛЖ - 53 мм (снижение на 13%), ФВ - 48%, АВБ II ст. Мебиц 2 купирована, интервал PQ в пределах 140-200 мс.

#### **Заключение:**

КС, как частному выражению многообразного в своей клинической реализации саркоидозу, свойственна еще и вариабельность терапевтического ответа с достижением, если не полного купирования, то существенного обратного развития СН и АВБ при использовании дозы МП в 4-8 раз меньшей средней рекомендуемой.

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ**

Муллабаева Г. У., Курбанов Р. Д., Алимова Д.

*Республиканский Специализированный Центр Кардиологии*

#### **Введение (цели/ задачи):**

Цель: изучить особенности качества жизни (КЖ) у больных с желудочковыми аритмиями (ЖА) некоронарогенной этиологии.

#### **Материал и методы:**

Исследование включено 44 больных (I группа) (средний возраст 34,2±9,5 лет, мужчин 29 (65,9%) с ЖА с аритмическим анамнезом 4,2±2,9 лет. Во II группу вошли 20 «практически здоровых» лиц сопоставимого возраста, у которых в результате проведенных исследований не выявлено структурной патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. У 3 (6,8%) больных диагностирована аритмогенная дисплазия левого желудочка (АДПЖ), постмиокардитический кардиосклероз у 15 (34%) больных, у остальных 26 (59,2%) ЖА рассматривались как идиопатические. Всем больным проводилось 24-часовое мониторирование ЭКГ. Тяжесть ЖА оценивалась по классификации Lown-Wolf. В исследование включались больные с ЖА выше II класса. КЖ оценивалось с помощью общего опросника SF-36 и специального опросника «Жизнь больного с аритмией».

#### **Результаты:**

По данным опросника SF-36 сравниваемые группы различались по параметрам КЖ. Так, у больных с ЖА имелись достоверно низкие параметры физической активности (ФА) – 71,5 против 90,2 баллов ( $p<0,05$ ), что в свою очередь создавало проблемы в ограничении жизнедеятельности (47,3 против 70,8 баллов в здоровой группе,  $p<0,05$ ). Достоверные различия группы демонстрировали и в ментальной сфере. Так параметры РЭ (роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности) составила соответственно I, II группам 52,8 и 69,0 баллов ( $p<0,05$ ). Больные с ЖА достоверно чаще предъявляли жалобы, отражающие психическое здоровье (ПС). Анкетирование с помощью опросника «Жизнь больного с аритмией» выявило, что основными причинами снижения КЖ были приступы сердцебиения (70%) больных, кардиалгия у 55% больных, снижение настроения у 52% больных. В целом по группе больные с ЖА демонстрировали низкий

уровень КЖ. Нами выявлена прямая корреляционная связь между общим числом ЖА и КЖ ( $r=0,49$ ,  $p<0,05$ ).

#### **Заключение:**

ЖА оказывает влияние как на физическое здоровье больных, так и затрагивает их ментальную сферу. Показатели качества жизни находятся в прямой зависимости от количества ЖА.

### **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ РЕЦИПИЕНТОВ МЕХАНИЧЕСКИХ И БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ИЗОЛИРОВАННОГО ПОРОКА МИТРАЛЬНОГО И АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА**

Роголина Н. В., Одаренко Ю. Н., Кокорин С. Г., Кондюкова Н. В., Барбараш Л. С.

*ФГБНУ "НИИ КПССЗ", Кемерово, РФ*

#### **Введение (цели/ задачи):**

Традиционно критериями оценки результатов лечения клапанных пороков сердца являются показатели выживаемости и нелетальных клапанны-обусловленных осложнений: тромбозов, кровотечений, дисфункций протезов. Однако последнее десятилетие особое внимание уделяется анализу качества жизни, как интегральному показателю физической, психологической и социальной адаптации пациента после оперативного вмешательства. Цель: Провести анализ качества жизни реципиентов механических (МП) и биологических протезов (БП) при изолированных пороках митрального (иПМК) и аортального клапана (иПАК).

#### **Материал и методы:**

При помощи опросника SF-36 выполнена оценка качества жизни у 245 пациентов с иПМК (МП=82, БП=104) и у 279 с иПАК (МП=158, БП=121), оперированных в Кемеровском кардиологическом центре с 1995 по 2016 год. Средний возраст реципиентов БП и МП при иПМК составил 48,7±7,5 и 45,1±10,0 лет, при иПАК - 66,5±5,5 и 51,1±9,4 лет, соответственно.

#### **Результаты:**

При пороке митрального клапана показатели физического компонента здоровья были достоверно выше у реципиентов биологических протезов ( $GH=49,4\pm14,4\%$ ,  $p\leq0,05$ ;  $RP=69,4\pm10,1\%$ ,  $p\leq0,05$ ;  $PF=52,7\pm14,3\%$ ,  $p>0,05$ ;  $BP=65,6\pm15,7\%$ ,  $p>0,05$ ). Показатели психологического компонента здоровья ( $RE$ ,  $VT$ ,  $MH$ ) также были достоверно выше у реципиентов биопротезов:  $RE=82,4\pm16,3\%$ ,  $p\leq0,05$ ;  $VT=58,0\pm9,4\%$ ,  $p\leq0,05$ ;  $MH=65,0\pm15,7\%$ ,  $p\leq0,05$ , однако различий в оценке социального функционирования ( $SF$ ) между группами выявлено не было. При пороке аортального клапана реципиенты механических протезов продемонстрировали более высокие показатели физического и ролевого функционирования ( $PF=51,3\pm4,5\%$ ,  $p\leq0,05$  и  $RE=72,3\pm3,8\%$ ,  $p\leq0,05$ ), а также достоверно более высокие значения интенсивности боли ( $BP=57,6\pm5,0\%$ ,  $p\leq0,05$ ). Несмотря на то, что реципиенты биологических протезов были более чем на 15 лет старше реципиентов механических клапанов других различий в качестве жизни (показатель общего состояния здоровья, ролевого и социального функционирования, а также жизненный тонус и психическое здоровье) при пороке аортального клапана выявлено не было.