

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНОГО 10-ЛЕТНЕГО  
КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА СМЕРТИ  
У МУЖЧИН ГОРОДА ТЮМЕНИ**

Пушкарев Г. С., Акимова Е. В., Кузнецов В. А.,  
Ярославская Е. И.

*Тюменский кардиологический научный центр*

**Введение (цели/ задачи):**

Цель работы оценить суммарный 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в мужской популяции города Тюмени на индивидуальном уровне используя конвенционные и неконвенционные факторы риска (ФР).

**Материал и методы:**

Для этого в 1996 году было проведено эпидемиологическое исследование стандартными методами на основе репрезентативной выборке из избирательных списков граждан города Тюмени 25-64 лет в количестве 1000 человек. Отклик составил 79,5%. В течение последующих 10 лет вся обследованная мужская когорта (795 мужчин) была подвергнута изучению на предмет анализа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в комитете ЗАГСА администрации Тюменской области. Причины смерти кодировались по международной классификации МКБ-10. Всего за 10 лет наблюдения было зарегистрировано 83 смертей от ССЗ в когорте среди мужчин. Для оценки связи между факторами риска и смертностью от ССЗ использовали регрессионную модель пропорционального риска Кокса. Определяли коэффициенты регрессионного уравнения  $\beta$  и относительный риск (ОР).

**Результаты:**

Анализировали связи между смертностью и 10 факторами: возрастом, образованием, профессиональной принадлежностью, брачным статусом, систолическим и диастолическим артериальным давлением (САД и ДАД), индексом массы тела, содержанием в плазме крови общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов низкой плотности, статусом курения. В результате для построения модели суммарного кардиоваскулярного риска были отобраны 6 факторов с уровнем статистической значимости  $P < 0,05$ : возраст, ДАД, ОХС, начальный уровень образования, занятость в профессии тяжелого физического труда и брачный статус. На основании этих данных была построена модель для оценки суммарного кардиоваскулярного риска смерти от сердечно-сосудистых причин у мужчин, которая имела вид  $h(t;x) = h_0(t;x) \cdot \exp(x_1\beta_1 + x_2\beta_2 + x_3\beta_3 + x_4\beta_4 + x_5\beta_5 + x_6\beta_6)$ , где  $x_1$  – возраст (количество лет на момент обследования),  $x_2$  – величина ДАД в мм рт. ст.,  $x_3$  – величина ОХС в мг/дл,  $x_4$  – начальное образование,  $x_5$  – занятость в профессиональной группе ТФТ,  $x_6$  – брачный статус,  $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6$  – регрессионные коэффициенты переменных  $x_1, x_2, x_3, x_4, x_5$  и  $x_6$ , и имеющие следующие значения:  $\beta_1 = 0,043$ ;  $\beta_2 = 0,042$ ;  $\beta_3 = 0,007$ ;  $\beta_4 = 0,801$ ;  $\beta_5 = 0,900$ ;  $\beta_6 = 1,232$ ; положительный знак коэффициентов модели свидетельствует о том, что все факторы при возрастании показателей увеличивают риск смерти от ССЗ. Абсолютный суммарный риск смерти от ССЗ через 10 лет в % (индивидуальный риск), рассчитывали по формуле:  $P = 100 \times (1 - \exp(-h(t;x)))$ , где  $a$  – кумулятивная доля выживших к концу срока наблюдения для функции дожития определенной для средних значений переменных в полученной многофактор-

ной модели Кокса = 0,928, таким образом итоговое уравнение расчета абсолютного риска в процентах имело вид:  $P = 100 \times (1 - 0,928(\exp(-7,6411 + X_1 \cdot 0,043 + X_2 \cdot 0,042 + X_3 \cdot 0,007 + X_4 \cdot 0,801 + X_5 \cdot 0,900 + X_6 \cdot 1,232)))$ .

**Заключение:**

Таким образом, у мужчин 25-64 лет города Тюмени прогностически значимыми оказались 6 факторов (возраст, величина ДАД и ОХ в плазме крови, а так же уровень образования, занятость в сфере тяжелого физического труда и брачный статус). Рассчитанный на основании этих факторов показатель суммарного риска позволяет определить абсолютный 10-летний риск смерти от ССЗ у мужчин 25-64 лет города Тюмени на индивидуальном уровне.

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА И  
ТОЛЩИНЫ ЭПИКАРДИАЛЬНОГО ЖИРА У БОЛЬНЫХ С ИБС**

Талипова Ю. Ш., Нуралиева Д. М., Азизова Ф. Ф.

*Ташкентский Институт Усовершенствования Врачей*

**Введение (цели/ задачи):**

Оценка толщины комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТКИМ) и толщины эпикардиального жира (ТЭЖ) у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) с метаболическими нарушениями.

**Материал и методы:**

В исследование включены 51 человек (мужчин и женщин) в возрасте от 41 до 74 лет (средний возраст  $56,9 \pm 1,9$  лет) с диагнозом: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ФК I – II. У 25 больных выявлены метаболические нарушения и ультразвуковые признаки жирового гепатоза (основная группа) и у 26 больных не выявлены метаболические нарушения и ультразвуковые признаки жирового гепатоза (группа сравнения). Всем пациентам определялись индекс массы тела (ИМТ), ТКИМ, проводилось Эхо-КГ с расчетом индекса массы миокарда (ИММ) левого желудочка. Измерение ТЭЖ в В-режиме в стандартной левой парастернальной позиции по длинной оси ЛЖ между свободной стенкой миокарда правого желудочка и висцеральным листком перикарда в конце систолы. Всем пациентам, с целью выявления признаков жирового гепатоза (ЖГ), было проведено УЗИ печени - оценивались эхогенность паренхимы печени, дистальное затухание эхосигнала, нечеткость сосудистого рисунка, прерывистость диафрагмального контура, на основании чего определялись признаки ЖГ.

**Результаты:**

Результаты исследования показали, что значение ИМТ в основной группе находился в пределах  $31,3 \pm 1,9$  кг/м<sup>2</sup>, в группе сравнения  $26,5 \pm 0,4$  кг/м<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ). Значение ИММ в основной группе составило  $110,6 \pm 4,2$  г/м<sup>2</sup>, в группе сравнения –  $87,0 \pm 2,4$  г/м<sup>2</sup> ( $p < 0,001$ ). При определении ТКИМ в основной группе среднее значение находилось в пределах  $1,0 \pm 0,02$  см, в группе сравнения –  $0,94 \pm 0,02$  см ( $p < 0,05$ ). ТЭЖ в основной группе составила  $9,1 \pm 0,4$  мм, в группе сравнения  $5,9 \pm 0,4$  мм ( $p < 0,001$ ). При корреляционном анализе обнаружена достоверная прямая связь между значениями ИММ и ТЭЖ в основной группе ( $r = 0,55$ ;  $p < 0,001$ ), в группе сравнения ( $r = 0,45$ ;  $p < 0,05$ ). В основной группе выявлена прямая связь между значениями ИМТ и ТЭЖ ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,001$ ). Прямая корреляционная связь выявлена в основной группе и в группе сравнения

между значениями ТКИМ и ТЭЖ ( $r=0,66$ ;  $p<0,001$ ).

**Заключение:**

У больных ИБС с метаболическими нарушениями и ультразвуковыми признаками жирового гепатоза выявлена концентрическая гипертрофия левого желудочка, сопровождающаяся увеличением толщины эпикардального жира с достоверным увеличением толщины комплекса интима-медиа.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ  
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Бейлина Н. И.

*ГБОУ ДПО КГМА Минздрав России*

**Введение (цели/ задачи):**

Проблема достижения и поддержания в течение суток оптимальных цифр артериального давления (АД) у пациентов пожилого и старческого возраста остаётся актуальной несмотря на большой арсенал гипотензивных препаратов различных фармацевтических групп. Для удобства лечения пожилого больного часто используются фиксированные комбинации лекарств с однократным приемом, что в реальной клинической практике приводит к «ускользанию» эффекта к концу суток и /или чрезмерному снижению АД на фоне достижения максимальных концентраций препаратов в крови. Такие «скачки» АД не только субъективно плохо переносятся, но и являются гемодинамически неблагоприятными. Общеизвестно, что среди пациентов пожилого и старческого возраста часто выявляются атеросклеротические изменения сосудов сердца, головного мозга, нижних конечностей, сахарный диабет 2 типа (СД 2) с нарушением микроциркуляции. Препарат Билобил Форте® (КРКА) из экстракта листьев гинкго билоба, содержащий в том числе гингголиды, билобалиды и флавоновые гликозиды, снижает способность тромбоцитов к агрегации (улучшает реологические свойства крови), несколько расширяет кровеносные сосуды, повышает устойчивость тканей к гипоксии. Наиболее выражено действие препарата на сосуды конечностей и церебральные сосуды. Таким образом Билобил Форте® нашел широкое применение в гериатрической практике, обычно хорошо переносится пациентами, не влияет на АД, частоту сердечных сокращений (ЧСС).

**Материал и методы:**

В исследование включены 27 пациентов, в том числе 19 женщин, средний возраст  $72\pm3$  года. Условием включения были: наличие гипертонической болезни (ГБ) III стадии, 2-3 степени, отсутствие целевых цифр АД на стандартной гипотензивной терапии комбинированными препаратами, значения вариабельности для систолического АД (САД) более 15 днем и ночью, диастолического АД (ДАД) - более 14 днем, более 12 ночью. Критерии исключения: деменция, злоупотребление алкоголем, обострение язвенной болезни, необходимость приема антикоагулянтов. Всем исследуемым до и после включения в стандартную терапию гипертонической болезни Билобил Форте® 80 мг × 2 раза в сутки на 3 месяца проводилось суточное мониторирование АД (СМАД): средние величины АД (мм рт. ст.), значения показателей нагрузки давлением (%), суточный профиль АД – степень ночного снижения АД, значения вариабельности АД. Статистическая

обработка полученных результатов проводилась с помощью компьютерной программы «Statistica v.6.0».

**Результаты:**

Исходно пациенты имели средние величины АД в дневное время: САД-  $170\pm15$ , ДАД-  $100\pm5$ ; в ночное время: САД-  $130\pm10$ , ДАД-  $70\pm7$ . Показатели нагрузки давлением повышены у всех пациентов: для САД – днем 27%, ночью 25%, для ДАД - днем 25%, ночью 20%. Однако в течение суток у пациентов наблюдались как состояния гипертонии (АД>140/90 днем и АД>125/75 ночью), так и гипотонии (АД>101/61 днем и АД>86/47 ночью). Что выражается в следующих показателях вариабельности АД: днем для САД  $-30\pm3$ , для ДАД  $-16\pm1$ ; ночью для САД  $-18\pm2$ , для ДАД  $-14\pm1$ . По суточному ритму АД пациенты делились на dipper (53%) и non-dipper (47%). В исследуемой группе пациентов кроме ГБ имелись иные заболевания, влияющие на прогноз пациентов с ГБ: ишемическая болезнь сердца – 40%, цереброваскулярная болезнь – 35%, СД 2 – 36%. Все пациенты получали стандартную терапию сопутствующих заболеваний и ГБ комбинированными препаратами, включающими β-блокаторы, антагонисты Са каналов, ингибиторы ангиотензин превращающего фермента, мочегонные, на время назначения Билобил Форте® отменялась ацетилсалициловая кислота. Неблагоприятных реакций на назначение Билобил Форте® (80 мг × 2 раза в сутки на 3 месяца) не было выявлено. Пациенты отмечали субъективное улучшение самочувствия: уменьшение симптомов головокружения (82%), слабости (77%), головных болей (72%). Объективно изменились показатели вариабельности АД: днем для САД  $-20\pm3$ , для ДАД  $-15\pm1$ ; ночью для САД  $-16\pm2$ , для ДАД  $-12\pm1$  ( $p<0,05$ ). При этом не было достигнуто достоверных различий ( $p>0,05$ ) в показателях средних величин АД (САД-  $160\pm20$ , ДАД- $95\pm5$  днем и САД- $125\pm9$ , ДАД- $75\pm3$  ночью) и показателей нагрузки давлением (для САД – днем 25%, ночью 25%, для ДАД - днем 24%, ночью 20%).

**Заключение:**

Необходимо продолжить исследования по использованию в комплексной терапии гипертонической болезни пожилых курсового лечения препаратом Билобил Форте® для коррекции вариабельности АД в течение суток.

**ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОЙ АБЛАЦИИ  
ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ  
КАРДИОМИОПАТИИ – ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ «ГОМОГЕНИЗАЦИИ  
АРИТМОГЕННОГО СУБСТРАТА» И РЕНАЛЬНОЙ ДЕНЕРВАЦИИ**

Гончарик Д. Б., Мрочек А. Г., Плащинская Л. И., Савченко А. А., Барсукевич В. Ч., Часнойть А. Р., Коваленко О. Н., Севрукевич Д. В., Персидских Ю. А.

*ГУ "РНПЦ Кардиология", г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение (цели/ задачи):**

Пациенты с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и реци-дивизирующей пароксизмами желудочковой тахикардии (ЖТ) имеют высокий риск разрядов ИКД и электрического шторма (ЭШ [повторных разрядов ИКД в течение суток]); частота эпизодов ЭШ достигает 10-40%. Рецидивирующие пароксизмы мономорфной ЖТ у лиц с имплантированным ИКД является показанием (класс 1В) к эндокардиальному элек-