

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ
СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С СОХРАННОЙ
ФУНКЦИЕЙ ВЫБРОСА**

Хохлова Ю. А., Вахрашина Е. В., Лашук Н. С.

*ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет, студентка СГМУ Лечебный факультет***Введение (цели/ задачи):**

Своевременная диагностика и терапия сердечной недостаточности с сохранной функцией выброса (СН–СФВ) – актуальная проблема современной кардиологии. Цель исследования – выявить особенности клинического течения и терапии СН–СФВ.

Материал и методы:

В исследование включено 35 пациентов с СН–СФВ и 22 пациента с сердечной недостаточностью со сниженной фракцией выброса (СН–НФВ), находившихся на лечении в стационаре кардиологического профиля. Основным признаком, по которому проводилось разделение между пациентами, стали данные полученные с помощью эхо-кардиографии. Для пациентов с СН–СФВ характерна фракция выброса больше 50–55, а также наличие диастолической дисфункции (обычно 1 типа), в то время как у больных СН–НФВ фракция выброса – меньше 50. Также анализировался пол, возраст больных; структура диагноза; время появления сердечной недостаточности (СН), ее стадия и функциональный класс; лекарственная терапия на стационарном и амбулаторном этапе.

Результаты:

Среди пациентов с СН–СФВ преобладали женщины (74,3%, $p < 0,0001$), у 97% больных была диагностирована артериальная гипертензия (АГ). Вместе с тем, АГ без ассоциированной ишемической болезни сердца (ИБС) наблюдалась в нашем исследовании только у 17% больных. В подавляющем большинстве случаев (80%, $p < 0,05$) на первое место у больных с АГ выступала ИБС, в структуре, которой преобладала стабильная стенокардия (88,6%, $p < 0,05$). Среди пациентов с СН–СФВ преобладали пожилые пациенты (старше 60 лет – 74%, $p < 0,05$). Клапанные пороки встречались у 2,9% больных (стеноз митрального клапана). В группе больных с СН–НФВ наблюдалась тенденция к преобладанию мужчин (63,64%, $p = 0,06$). СН–НФВ страдали пациенты более молодого возраста, чем пациенты с СН–СФВ (старше 60 лет – 45,5%, $p < 0,05$). Основной причиной развития СН–НФВ являлась ИБС с АГ (63,5%) и кардиомиопатии (27%). Однако в структуре ИБС, по сравнению с больными с СН–СФВ, чаще встречался постинфарктный кардиосклероз (соответственно, 41% и 11,4%, $p < 0,05$), которой, вероятно, и привел к более значимому снижению фракции выброса. Одинаково часто больные с СН–СФВ и СН–НФВ страдали сахарным диабетом (27% и 28%, $p > 0,05$), и имели острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (11,5% и 9,1%, $p > 0,05$). Большинство пациентов, отвечая на вопрос о длительности заболевания, не могли вспомнить точно, когда появились первые симптомы СН. Однако, 75% больных с СН–СФВ утверждали, что дыхательный дискомфорт стал их беспокоить десять и более лет назад, в то время как аналогичный ответ дали ответ только 50% больных с СН–НФВ. Кроме того, у большинства пациентов с СН–СФВ наблюдалась только левожелудочковая СН (83%, $p < 0,05$), как правило не тяжелее II

ФК (77%, $p < 0,05$). В группе больных с СН–СФВ преобладал III ФК бивентрикулярной СН (68%, $p < 0,05$). Полученные данные могут говорить о более медленном прогрессировании СН–СФВ и менее тяжелой клинической картине по сравнению с СН–НФВ. Мы проанализировали лечение больных в обеих группах на амбулаторном и стационарном этапе лечения. Как амбулаторно, так и при лечении в стационаре больные с СН–СФВ принимали блокаторы кальциевых каналов (БКК) чаще, чем пациенты с СН–НФВ (соответственно, амбулаторно – 17,1% и 9%, $p < 0,05$; стационарно – 54,3% и 27,3%, $p < 0,05$). Причем в стационаре количество больных СН–СФВ, получавших БКК, возросло в 3 раза. В стационаре больные с СН–СФВ, по сравнению СН–НФВ, чаще получали бета-адреноблокаторы (БАБ), антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА), тиазидовые диуретики (соответственно, 71,4% и 54,5%, $p < 0,05$; 20% и 9,1%, $p < 0,05$; 62,9% и 27,3%, $p < 0,05$). Больным СН–НФВ чаще, чем больным с СН–СФВ, на всех этапах лечения назначались антагонисты минералкортикоидных рецепторов (АМКР), петлевые диуретики: АМКР – амбулаторно, соответственно, 18,1% и 2,9%, $p < 0,05$; стационарно, соответственно, 63,6% и 17,1%, $p < 0,05$; петлевые диуретики – амбулаторно, соответственно, 13,6% и 5,7%, $p < 0,05$; стационарно, соответственно, 72,7% и 26%, $p < 0,05$. Во время лечения в стационаре больные с СН–НФВ также несколько чаще получали и ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) (86,4% по сравнению 57,1% у больных с СН–СФВ, $p < 0,05$). Дигоксин получали больные только с СН–НФВ. Данные особенности терапии, вероятно, можно объяснить тяжелой АГ у больных СН–СФВ, требующей комбинированной гипотензивной терапии, а также наличием у больных СН–НФВ более тяжелой сердечной недостаточности.

Заключение:

Наиболее распространенным заболеванием, способствующим развитию СН–СФВ является АГ, как правило, ассоциированная с ИБС. Более часто СН–СФВ диагностируется у женщин, чаще пожилого возраста. СН–СФВ прогрессирует медленнее и имеет менее тяжелые клинические проявления, чем СН–НФВ. Имеются различия в лечении СН–СФВ, по сравнению с СН–НФВ: наряду с препаратами базисной терапией сердечной недостаточности, чаще используются блокаторы БКК, БАБ, АРА и тиазидовые диуретики.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, БИОХИМИЧЕСКИХ
И ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У МУЖЧИН И
ЖЕНЩИН В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ
С ГИПЕРУРИКЕМИЕЙ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА**Кожуховская О. Л.¹, Голикова А. А.¹, Стрюк Р. И.¹,
Сергиенко И. В.², Голиков А. П.²*¹ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И.Евдокимова, ²ФГБУ ДПО «ЦГМА»
УД Президента РФ***Введение (цели/ задачи):**

Изучить особенности анамнеза, клинического течения, лабораторных показателей и функционального состояния миокарда у мужчин и женщин пожилого и старческого возраста с гиперурикемией (ГУ) на фоне острого инфаркта миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST.

Материал и методы:

Обследовано 87 больных крупноочаговым и трансмуральным ИМ. Больные были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из 52 мужчин с ИМ и ГУ, медиана возраста 74,5 (70,5; 80,5) лет. Вторая группа включала 35 женщин с ИМ и ГУ, медиана возраста 78,0 (76,5; 81,0) лет. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Сравнение групп проводилось посредством критерия Манна-Уитни и точного двустороннего критерия Фишера.

Результаты:

По данным анамнеза выявлено увеличение частоты хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), гипертонической болезни (ГБ) 3 стадии, острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) у больных 2 группы, что составило 64% vs. 24% ($p < 0,01$); 48% vs. 23% ($p < 0,04$); 32% vs. 13% ($p < 0,05$), соответственно. У больных 1 группы в 2 раза чаще выявлялась подагра и в 4 раза чаще мочекаменная болезнь. У больных 2 группы в 2 раза чаще регистрировался трансмуральный ИМ. В структуре осложнений острого периода ИМ частота кардиогенного шока и пневмонии была выше у больных 2 группы, что составило 16% vs. 8% и 24% vs. 18%. При анализе лабораторных данных ГУ у больных 1 и 2 группы составила 438,5 мкмоль/л и 463,0 мкмоль/л ($p > 0,05$). Содержание холестерина у больных 2 группы было выше, чем у больных 1 группы 5,3 (4,7; 6,0) ммоль/л и 4,7 (4,0; 5,9) ммоль/л ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ медиана конечного диастолического размера левого желудочка (КДРЛЖ) у больных 1 группы составила 5,2 (5,0; 5,6) см; у больных 2 группы 5,0 (4,7; 5,4) см ($p < 0,04$). Максимальный передне-задний размер левого предсердия (ЛП) у больных 1 группы составил 4,1 (3,9; 4,3) см, у больных 2 группы 4,3 (4,0; 4,5) см ($p > 0,05$). В обеих группах с одинаковой частотой отмечалась незначительная и умеренная гипертрофия ЛЖ. Отмечено уплотнение и кальциноз фиброзного кольца аорты, утолщение и кальцинирование стенок аорты в большей степени выраженное и с большей частотой регистрировавшееся у женщин с ИМ и ГУ. Диаметр аорты на уровне синусов Вальсальвы был статистически значимо меньше у женщин, чем у мужчин, что составило 3,2 (3,1; 3,5) см и 3,5 (3,4; 3,7) см ($p < 0,02$). Фракция выброса (ФВ) ЛЖ у больных 1 и 2 группы была снижена, что составило 44,0 (34,5; 50,0)% и 40,0 (35,0; 46,0)%, ($p > 0,05$). Выявлено статистически значимое различие в нарушении локальной сократимости стенок ЛЖ по типу дискинезии у больных 2 группы по сравнению с 1 группой, что составило 36% vs. 13% ($p < 0,03$). Это обусловлено большей частотой развития трансмуральных ИМ, выявленных у женщин с ИМ и ГУ. Статистически значимых различий по типу акинезии и гипокинезии у больных обеих групп выявлено не было. При оценке регургитационных потоков у больных 1 и 2 группы статистически значимых различий не отмечено.

Заключение:

Полученные результаты свидетельствуют о том, что гиперурикемию у больных острым инфарктом миокарда можно рассматривать как фактор, способствующий прогрессированию атеросклероза в большей степени выраженному у женщин в старших возрастных группах.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ РЕЗИСТЕНТНЫХ И ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ К КЛОПИДОГРЕЛУ

Гринштейн И. Ю., Савченко А. А., Гринштейн Ю. И., Филоненко И. В., Косинова А. А.

Красноярский государственный медицинский университет

Введение (цели/ задачи):

Изучить особенности уровней активности НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) после коронарного шунтирования (КШ) в зависимости от их чувствительности к клопидогрелу.

Материал и методы:

Обследованы 51 больной мужского пола с хронической формой ИБС до и после КШ и 35 здоровых мужчин (контроль). Спонтанная и индуцированная агрегация тромбоцитов изучалась на агрегометре «Биола» до АКШ (двухнедельная отмена антитромбоцитарных препаратов), после КШ на фоне терапии 75 мг клопидогрела и через 6 месяцев после операции. В зависимости от подавления АДФ зависимой агрегации тромбоцитов на 50% от исходной через две недели лечения клопидогрелом или отсутствия таковой все пациенты были разделены на две группы: чувствительные ($n=41$) и резистентные ($n=10$) к клопидогрелу. Биоломинесцентным методом определялась активность НАД(Ф)-зависимых дегидрогеназ тромбоцитов.

Результаты:

Установлено, что метаболизм тромбоцитов больных ИБС независимо от чувствительности к клопидогрелу характеризуется снижением активности анаэробной энергетики, глутатион-зависимой антиоксидантной системы, а также реакций, осуществляющих перенос продуктов липидного катаболизма на гликолиз и НАДФН-зависимый отток субстратов с лимонного цикла на аминокислотный обмен. Метаболическими особенностями тромбоцитов, характеризующими состояние резистентности к клопидогрелу, являются низкая активность ключевой реакции пентозофосфатного цикла, отражающей состояние пластического обмена и субстратного потока по циклу трикарбонных кислот, определяющего интенсивность аэробной энергетики. Только у клопидогрел-чувствительных больных ИБС в тромбоцитах повышается активность НАДФМДГ (ключевой реакции липидного анаболизма).

Заключение:

Изменения метаболизма влияет на агрегационную активность тромбоцитов и создает риск развития резистентности к клопидогрелу.