

длительности заболевания. Пациенты 1-й группы в течение 3 мес. получали лизиноприл (10-20 мг в сутки), 2-й - филодипин (5-10 мг), 3-й - комбинацию эналаприла 20 мг и 12,5 мг гипотиазид. Больным дважды выполняли суточное мониторирование АД. Солечувствительность АД оценивали по методике Weinberger M.N., 1986. Солечувствительными считались пациенты с уменьшением САД при офисном измерении на 10 мм рт. ст. и более при переходе с диеты с повышенным содержанием (250 ммоль) соли на низкосолевою (50 ммоль). Суточную экскрецию ионов Na оценивали методом ионселективной потенциометрии.

Результаты:

Солечувствительный (СЧ) характер АД выявлен у 33 (50%) больных, сольрезистентный (СР) – у 33 (50%). Длительность АГ у СЧ больных составила $9,5 \pm 1,5$ лет, у СР – $10,2 \pm 1,3$ лет, $p > 0,05$. ИМТ у СЧ больных оказался больше, чем у СР – $30,8 \pm 0,7$ и $26,6 \pm 1,0$, $p < 0,05$. Суточная экскреция Na у СЧ больных составила $229,3 \pm 15,2$ ммоль против $188,1 \pm 11,2$ ммоль у СР ($p < 0,05$), что указывает на более высокое потребление пищевого натрия. В первой группе через 3 месяца терапии САД ср. снизилось с $144,3 \pm 1,4$ до $128,8 \pm 1,9$ мм рт.ст. ($p < 0,001$), ДАД ср. – с $85,0 \pm 1,5$ до $76,6 \pm 1,6$ ($p < 0,01$). У СР САД ср. и ДАД ср. снизилось достоверно более значительно, чем у больных СЧ – $17,6 \pm 1,9$ против $11,6 \pm 1,7$ ($p < 0,05$) и $9,1 \pm 1,1$ и $5,4 \pm 1,0$ мм рт.ст. соответственно ($p < 0,05$). Во 2-й группе САД ср. уменьшилось с $143,1 \pm 2,1$ до $130,5 \pm 2,4$ мм рт. ст. ($p < 0,01$), ДАД ср. с $81,7 \pm 1,5$ до $74,3 \pm 1,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), при этом абсолютное снижение АД у СЧ больных было более значительно, чем у СР – САД ср. снизилось на $16,1 \pm 2,8$ и $9,6 \pm 1,9$ мм рт.ст., $p < 0,05$, ДАД ср. – с $8,8 \pm 1,9$ и $5,7 \pm 1,5$, $p < 0,05$. В группе больных, получавших комбинированную терапию отмечено самое значительное снижение АД – САД ср. уменьшилось с $146,6 \pm 3,4$ до $128,8 \pm 3,0$, $p < 0,05$ и ДАД ср. – с $82,7 \pm 2,4$ до $71,2 \pm 2,0$ мм рт.ст., $p < 0,05$. У СЧ больных САД ср. снизилось более значительно, чем у больных СР – на $22,7 \pm 3,7$ против $13,9 \pm 3,1$ мм рт.ст., $p < 0,05$, ДАД ср. – на $13,9 \pm 1,8$ против $7,2 \pm 1,6$ мм рт. ст. $p < 0,05$.

Заключение:

1. Исследования антигипертензивных препаратов показали различную эффективность в зависимости от реакции АД на солевую нагрузку – лизиноприл показал наибольшую эффективность у сольрезистентных больных, филодипин и комбинация эналаприла и гипотиазид обладают более выраженной антигипертензивной эффективностью у солечувствительных больных. 2. Оценка солечувствительности АД может быть использована для оптимизации выбора индивидуальной антигипертензивной терапии

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ПРОЦЕССАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Авезов Д. К., Нуритдинов Н. А.

Ташкентская медицинская академия

Введение (цели/ задачи):

Оценить взаимосвязь между процессами постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и уровнем альдо-

стерона у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы:

Обследованы 86 больных ХСН. Средний возраст больных составил $53,8 \pm 4,1$ лет. Все больные были с перенесенным инфарктом миокарда (ИМ) и давность ИМ составил $3,6 \pm 1,2$ года. Уровень плазменной концентрации альдостерона (Ал) определялся иммуноферментным методом.

Результаты:

Анализ полученных данных эхокардиографии с оценкой процессов ремоделирования ЛЖ выявил, что у больных с ХСН I ФК у 67% был выявлен концентрический тип ремоделирования, у 28 % концентрическая гипертрофия ЛЖ, у больных со II ФК ХСН у 42 % больных встречалась концентрическая гипертрофия ЛЖ и у 58% больных преобладал эксцентрический тип ремоделирования. У больных с III ФК ХСН преобладал эксцентрический тип ремоделирования – у 78%) больных. Анализ показателей нейрогуморального статуса у 86 больных ХСН показал, что у больных перенесших ИМ, осложненной ХСН отмечается активация нейрогуморальных факторов. У больных ХСН I ФК уровень альдостерон превышал показатели контрольной группы на 9,8% ($P > 0,05$). У больных ХСН II ФК отмечалось увеличение содержания альдостерона на 36,8% ($P < 0,001$) по сравнению с контрольной группой. В группе больных с ФК III увеличение содержания альдостерона составляло 66,3% ($P < 0,001$). Соответственно уровень альдостерона увеличивался в 1,3 раза при ФК II и в 1,6 раза при III ФК ХСН. В ходе анализа полученных результатов обнаружена достоверная отрицательная корреляционная связь средней силы между ФВ и Ал ($r = -0,31$ – I ФК, $r = -0,26$ при II ФК, $r = -0,35$ при III ФК), а также положительная корреляционная связь средней силы между Ал и объемными параметрами ЛЖ – КДО, КСО и Ал (I ФК – $r = 0,24$ и $r = 0,29$, при II ФК $r = 0,34$ и $r = 0,29$, при III ФК $r = 0,18$ и $r = 0,29$ соответственно).

Заключение:

Таким образом, у больных ХСН процессы ремоделирования ЛЖ коррелируют с уровнем альдостерона.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ НА ПЕРФУЗИЮ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Мартирисян Л. А., Сергиенко И. В., Аншелес А. А., Сергиенко В. Б.

ФГБУ РК НПК МЗ РФ, Москва

Введение (цели/ задачи):

Цель: Оценка особенностей перфузии миокарда по данным ОЭКТ с применением 99mTc -МИБИ (4,2-метоксиизобутилизонитрила) в сочетании с нагрузочной пробой у больных с уровнем общего холестерина (ХС) $\geq 7,5$ ммоль/л и/или уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) $\geq 4,9$ ммоль/л (высокого риска развития атеросклероза), но без явных клинических проявлений.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 30 пациентов в возрасте от 28-70 лет с уровнем общего холестерина выше 7,5 ммоль/л и/или уровнем холестерина липопротеидов низкой

плотности (ХС ЛНП) ≥ 4.9 ммоль/л. 14 мужчин, 16 женщин. Всем пациентам была проведена ОЭКТ миокарда с 99mTc-МИБИ в сочетании с нагрузочной пробой с последующей оценкой и сопоставлением перфузии в покое и после физической нагрузки. Кроме стандартных показателей для оценки перфузии: SDS=SSS-SRS - показатель тяжести преходящей ишемии, SRS - сумма глубины баллов поражений миокарда в покое, SSS - сумма глубины баллов поражений миокарда после нагрузки, были использованы и статистический показатель – среднеквадратическое отклонение.

Результаты:

При оценке результатов была выявлена неравномерность распределения радиофармпрепарата (РФП) по принятым международным стандартным показателям SDS,SSS,SRS – не достигающих до критериев преходящей ишемии, что по современным протоколам приравнивается к норме. Однако, эти изменения при оценке с помощью показателя среднеквадратического отклонения, показывают разницу между нормальным распределением и неравномерным.

Заключение:

Использование в протоколах показателя среднеквадратического отклонения по сравнению со стандартными показателями преходящей ишемии позволяет нам достовернее судить о начальных процессах перераспределения кровотока в миокарде, что является важным аспектом в диагностике начальных - доклинических проявлений ишемической болезни сердца в любых его проявлениях.

ОЦЕНКА ВЫЖИВАЕМОСТИ И ФАКТОРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМИ ИСХОДАМИ В КОГОРТЕ БЕЛОРУССКИХ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Комиссарова С. М., Захарова Е. Ю., Севрук Т. В., Устинова И. Б.

РНПЦ "Кардиология"

Введение (цели/ задачи):

Цель работы: изучение факторов, ассоциированных с неблагоприятными исходами в когорте белорусских пациентов с ГКМП, наблюдаемых в течение 10 лет в РНПЦ «Кардиология».

Материал и методы:

Комплексное обследование, включавшее ЭхоКГ-исследование на ультразвуковом сканере экспертного класса IE-33 фирмы PHILIPS, ХМ ЭКГ, МРТ сердца выполнено 306 пациентом с ГКМП в возрасте от 17 до 70 лет (199 мужчина и 107 женщин), которые наблюдались в РНПЦ «Кардиология» от 3 до 10 лет. За период наблюдения у 25 (8,5%) пациентов были зарегистрированы неблагоприятные исходы: внезапная сердечная смерть (ВСС) развилась у 6 пациентов, ВСС с успешной реанимацией и имплантацией КД – у 4 пациентов; летальные исходы вследствие прогрессирования сердечной недостаточности (СН) до «конечной» стадии заболевания – у 7 пациентов, в том числе в раннем периоде после трансплантации сердца – у 1 пациента; острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - у 8 пациентов, в том числе с летальным исходом - у 2 пациентов. Годовая кардиоваскулярной летальность во всей

когорте составила 0.85%. В анализе выживаемости оценивали такие исходы, как ВСС, смерть, связанная с прогрессированием СН и инвалидизацию или смерть вследствие развития ОНМК.

Результаты:

3- и 5- летняя выживаемость в исследуемой когорте составила соответственно 97,0% и 92,2%, ежегодная летальность вследствие ВСС составила 0,78%. Наряду с традиционными факторами риска ВСС наибольшее влияние на прогноз оказывали факторы, связанные с электрической нестабильностью миокарда: увеличение продолжительности интервала QTc ($p=0,0061$) и величина микроволновой альтернации зубца Т (mTWA, $p=0,0003$). Для стратификации групп риска разработано уравнение: Риск= $0,1132 \times QTc + mTWA - 54$. При величине риска > 0 предполагается, что группа риска ВСС-исхода – высокая. Независимыми факторами неблагоприятного исхода от прогрессирования СН являлись: старший возраст (ОР 1,09; 95% ДИ 1,01 – 1,18, $p=0,02$ на 1 год возраста), индекс объема левого предсердия (ОР 1,08; 95% ДИ 1 – 1,17, $p=0,05$) и наличие фибрилляции предсердий (ФП) (ОР 7,67; 95% ДИ 1,74 – 34,096 $p=0,008$). Единственным и наиболее значимым фактором риска неблагоприятного исхода от ОНМК являлось наличие ФП (ОР 95,77; 95% ДИ 3,52 – 2603,52, $p=0,007$).

Заключение:

Выявленные предикторы риска неблагоприятных исходов позволяют своевременно идентифицировать пациентов высокого риска и проводить им профилактические мероприятия.

ОЦЕНКА ДОГОСПИТАЛЬНОЙ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ СТАЦИОНАР

Ганиев Т. З., Закиров Н. У., Ирисов Д. Б.

АО РСЦК, Узбекистан, Ташкент

Введение (цели/ задачи):

Определить соответствие до госпитальной антитромботической терапии у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) по стандартам европейского общества кардиологов (ЕОК).

Материал и методы:

Для достижения цели ретроспективно изучены истории болезни 653 больных, выписанных из клиник РСЦК за 1 месяц (01-30.11.2015г). В анализ включены все формы ФП как неклапанной так и клапанной этиологии, согласно выписке. В данном исследовании риск ТЭО рассчитывался по шкале CHA2DS2-VASc и риск кровотечения рассчитывался по шкале HAS-BLED.

Результаты:

Установлено, что из 653 больных, ФП выявлено у 78 (11,6%), количество мужчин составило 44 (56,4%). Возраст больных колебался от 33 до 87, составив в среднем 64.10 ± 10.57 лет. Из них 60 (84,6%) больных с неклапанной и 12 (15,4%) больных клапанной ФП. Различные клинические формы ФП по данным выписки распределились следующим образом: пароксизмальная у 26 (33,3%), персистирующая у 10 (12,8%) и постоянная у 42 (53,9%) больных. Среди сопутствующей па-