

что потребовало применения внутриаортальной баллонной контрпульсации (ВАБК) в 5,9% случаев (n=8). Клиника прогрессирующей стенокардии в 80,9% (n=110) случаев, пациенты со стенокардией напряжения различных функциональных классов составили 48,5% (n=128). При плановом обследовании в стационаре ср. ФВ составила $55 \pm 4,2\%$. Нагрузочная проба выполнялась при отсутствии противопоказаний, в 74,6% случаев выявлялся положительный нагрузочный тест. Средний порог толерантности к физической нагрузке составил $52,4 \pm 2,4$ Вт. При проведении диагностической коронароангиографии у всех изучаемых пациентов выявлялся гемодинамически значимое поражение ствола ЛКА, выявленный стеноз СЛКА колебался от 60 до 100% и в среднем составил 78,8%. В 2,7% случаев (n=7) отмечалась острая окклюзия ствола ЛКА. В 0,4% случаев была выявлен хронически окклюзированный СЛКА (n=1). Изолированное устьевое поражение СЛКА наблюдалось в 18,2% случаев (n=48), поражение тела ствола ЛКА наблюдалось у 44 пациентов (16,7%), бифуркационное поражение ствола ЛКА с переходом на крупные ветви системы ЛКА у 172 пациентов (65,1%). У большинства пациентов отмечались гемодинамически значимые изменения в других коронарных артериях. В 81,8% случаев (n=216) выполнялось прямое стентирование СЛКА, в 13 случаях (4,9%) при выявленной окклюзии СЛКА потребовалось проведение механической реканализации ствола ЛКА, баллонная ангиопластика с переходом в стентирование проводилось в 2,7% случаев (n=7), kissing\V стентирование выполнялось в 38,6% случаев (n=102), Т-стентирование в 6,1% случаев (n=16). В ствол ЛКА в большинстве случаев были имплантированы т.н. голометаллические стенты в 75,4% случаев (n=199), а так же стенты с лекарственным покрытием в 24,6% случаев (n=65). В 2,3% случаев (n=6) в ствол ЛКА было имплантировано 2 стента. В 100% случаев удалось достигнуть хорошего непосредственного ангиографического результата, без осложнений. В 91,3% (n=241) случаев госпитальный период протекал гладко, в стабильном состоянии эти пациенты были выписаны из стационара. Внутригоспитальная летальность составила 8,7% (n=23).

Результаты:

В среднем через $9,01 \pm 2,6$ месяцев после стентирования ствола ЛКА было повторно обследовано 73,9% пациентов (n=195). Возобновление клиники стенокардии отмечалось в среднем через 4,3 месяца после процедуры стентирования. В 7,2% случаях (n=14) при контрольном обследовании пациенты были госпитализированы с ОИМ, в 21,5% случаев с клиникой прогрессирующей стенокардии (n=42), с клиникой стенокардии напряжения различных функциональных классов в 26,7% случаев (n=52), в 44,6% случаев (n=87) пациенты были асимптоматичны. У 10,8% (n=21) были клинические проявления сердечной недостаточности. При проведении контрольного УЗИ сердца отмечено недостоверное увеличение ср.ФВ до $57 \pm 2,4\%$ ($p > 0,05$). Нагрузочная проба выполнялась при отсутствии противопоказаний, в 54,2% случаев выявлялся положительный нагрузочный тест. Средний порог толерантности к физической нагрузке составил $57,6 \pm 2,2$ Вт. ($p > 0,05$). При проведении контрольной коронароангиографии общий рестеноз стента ствола ЛКА составил 41,5% (n=81). В группе пациентов с дистальным поражением ствола ЛКА и проведенным бифуркационным стентированием с применением различной техники стентирования рестеноз составил

61% (n=119). Прогрессирование атеросклероза отмечено у 48,2% пациентов (n=94). У пациентов с выявленным рестенозом в стенке ствола ЛКА в 60,5% случаев (n=49) выполнялись повторные эндоваскулярные вмешательства (баллонная ангиопластика, стентирование), в 34,6% (n=28) случаев была рекомендована операция АКШ, 4 пациентам (4,9%) было рекомендовано консервативное лечение. Общая и коронарная выживаемость в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 96,4% (n=188). Летальность (по кардиологическим причинам) в отдаленном периоде после стентирования ствола ЛКА составила 3,6% (n=7).

Заключение:

Применение техники стентирования при поражении ствола ЛКА при правильном подборе пациентов в большинстве случаев отмечается удовлетворительный непосредственный ангиографический результат эндоваскулярного лечения. Подобные эндоваскулярные вмешательства при стенозирующем процессе в стволе ЛКА могут являться альтернативным методом лечения у пациентов с многососудистым поражением венечного русла операции АКШ. Однако, в отдаленном периоде эффект от эндоваскулярного вмешательства на СЛКА сохраняется только лишь у 58,5% пациентов.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Рахимова Д.А., Сабиржанова З.Т., Таджиходжаева Ю.Х., Назирова М.Х.

АО, РСНПМЦ Терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз. Ташкент.

Введение (цели/задачи):

Цель исследования. Изучение состояния эндотелиальной функции периферических сосудов и центральной гемодинамики у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), тяжелой бронхиальной астмой (БА) и оценка влияния на вышеуказанные показатели комплексной терапии.

Материал и методы:

Обследовано 16 больных ХОБЛ (1-я группа) и 12 больных БА (2-я группа), осложненной формированием легочного сердца. У всех больных определялась легочная гипертензия.

На протяжении 10 дней пациенты получали таблетки амлодипина в дозе 5-10 мг в сутки в составе стандартной терапии (GOLD, GINA, 2006) и озонотерапию (в виде внутривенного введения озонированного физиологического раствора (1000 мкг/л).

Проводилось доплерэхокардиографическое исследование сердца больных. Спектрофотометрическим методом оценивалось функциональное состояние эндотелия, изучался уровень стабильных метаболитов оксида азота (СмNO) в плазме крови.

Результаты:

До лечения выявлено существенное нарушение функции эндотелия, выражающееся в уменьшении общего синтеза СмNO. У пациентов 2-группы по сравнению с 1-ой группой подобная гипопродукция меньше на 14%. При определении показателей центральной гемодинамики зафиксированы признаки ухудшения диастолической функции правого желу-

дочка и уменьшение отношения раннего и позднего наполнения. Также у всех больных ХЛС было выявлено повышение среднего давления в легочной артерии, достоверно выше у больных 1 группы.

При применении амлодипина на фоне стандартной терапии и озонотерапии, нами отмечены следующие особенности: в условиях изначальной гипорпродукции оксида азота отмечается повышение синтеза CmNO в плазме крови в 1 и 2 группах соответственно на 1,05 и 1,5 раз ($p < 0,05$).

При повторной доплерэхокардиографии отмечается снижение степени среднего давления в легочной артерии и увеличивается отношения раннего и позднего наполнения правого желудочка сердца на 1,07 и 1,08 раз ($p < 0,05$). Также выявлена тенденция к улучшению параметров систолической и диастолической функции правого желудочка в обеих группах. Так, фракция предсердного наполнения и время изоволюмического расслабления уменьшились соответственно на 11,2 и 4,1% в 1-й группе, на 22 и 9,3% во 2-й группе.

Заключение:

У больных БА с легочной гипертензией, гипорпродукция стабильных метаболитов NO выражена умеренно, чем у больных ХОБЛ с легочной гипертензией.

Амлодипин на фоне стандартной терапии и озонотерапии корректирует показатели CmNO в плазме крови соответственно, улучшает эндотелиальную функцию сосудов и показатели центральной и периферической гемодинамики.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛЕЧЕНИЯ СТЕНОКАРДИИ НАПРЯЖЕНИЯ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СРЕДИ ЛИЦ МУЖСКОГО ПОЛА, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОТНОЙ ГИПОКСИИ

Рахимов З.¹, Асоев А.¹, Кудратбеков А.²

¹Институт последипломного образования в сфере здравоохранения. Душанбе, Республика Таджикистан.

²Кардиологический центр Горно-Бадахшанской Автономной Области, город Хорог, Республика Таджикистан.

Введение (цели/задачи):

Цель. Исследование эффективности фармакотерапевтических возможностей лечения больных стенокардией напряжения в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) путем включения метаболической кардиоцитопroteкции с помощью p-FOX ингибиторов в условиях высотной гипоксии.

Материал и методы:

Работа осуществлена на различных высотах Республики Таджикистан (в городе Душанбе – 800 м над уровнем моря, $\text{PO}_2=136$ мм рт.ст., город Хорог – 2200 м, $\text{PO}_2=114$ мм рт.ст., и городке Мургаб – 3660-4000 м над уровнем моря, $\text{PO}_2=87$ мм рт.ст.). За 2012-2016 гг. на указанных трех высотах проживания обследованы шесть урвненных по клиническим признакам групп больных мужского пола в возрастном диапазоне 35-60 лет, верифицированные по диагнозу стабильной стенокардии напряжения II - III функционального классов и артериальной гипертензии II степени с высоким риском осложнений и имеющие клинические признаки сердечной недостаточности I-II функционального класса NYHA. Изучена эф-

фективность и безопасность препарата Милдронат® в трех испытываемых группах на фоне стандартной фармакотерапии (РКО 2013; ESC 2013). Наблюдение больных осуществлялось на протяжении 28 дней. При этом испытываемые группы кроме стандартной терапии с первого дня получала препарат Милдронат® внутрь в дозе 1000 мг/сут.

Результаты:

На фоне приема препарата Милдронат® в суточной дозе 1000 мг отмечено достоверное улучшение ($P < 0,01$) таких кардиогемодинамических показателей, как KCO , см; $\% \Delta \text{S}$; Vcf , с1. Одновременно отмечено снижение средней частоты приступов стенокардии в сутки с $2,87 \pm 0,22$ до $1,12 \pm 0,18$ ($P < 0,01$). Параллельно отмечено уменьшение суточного количества потребляемого нитроглицерина с $3,3 \pm 0,21$ таблеток до $1,2 \pm 0,13$ таблеток ($P < 0,01$) и достоверное увеличение толерантности к физической нагрузке, обнаруженная тестом 6-минутной ходьбы: с 308 ± 33 м до 514 ± 35 м ($P < 0,01$). В группах больных, получавших только стандартную терапию сдвиги были также положительными, но менее значимыми и они отставали в среднем на 3-5 дней в сравнении с испытываемой группой ($P < 0,05$). Также обнаружена четкая тенденция повышения эффективности лечения p-FOX ингибиторами по мере нарастания уровня высотной гипоксии.

Заключение:

Изучение безопасности и эффективности использования мельдония (Милдронат® АО Гриндекс) у больных стенокардией напряжения и артериальной гипертензии в условиях Памира подтвердили четко выраженные антиангинальные его свойства. Дополнительное включение препарата Милдронат® АО Гриндекс позволило достоверно повысить эффективность фармакотерапии больных стенокардией напряжения II - III функционального класса и артериальной гипертензии. При этом одновременно отмечается снижение суточного потребления нитроглицерина, а также достоверное повышение толерантности больных к физической нагрузке, что доказывает перспективность включения p-FOX ингибитора Милдронат® в планы лечения стабильной стенокардии напряжения II - III функционального классов и артериальной гипертензии в условиях высотной гипоксии.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Рахимов З.^{1,2}, Шарипов Ш.¹, Асоев И.²

¹ Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики, Таджикистан

² Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе.

Введение (цели/задачи):

Цель. Определить структуру неинфекционных заболеваний (НИЗ) в Республике Таджикистан (РТ), их удельный вклад в смертность населения, обозначить целевые уровни снижения бремени болезней от сердечно-сосудистых болезней и в целом, от НИЗ.

Материал и методы:

Использованы методические документы Всемирной ор-