

**НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИБС
У ЖЕНЩИН В ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

Нарзуллаева А.Р., Ситораи А.

*ГОУ «Институт последипломного образования
в сфере здравоохранения РТ»***Введение (цели/ задачи):**

Цель работы: изучить особенности проявления ИБС у женщин в перименопаузальном периоде.

Материал и методы:

Нами было обследовано 95 женщин в возрасте от 37 до 55 лет (средний возраст $44,5 \pm 0,6$ лет). Контрольную группу составили 30 здоровых женщин репродуктивного возраста (средний возраст $28,5 \pm 0,7$ лет). В зависимости от степени нарушения менструальной функции все пациентки основной группы (95 человек) были разделены на 2 группы: I группу составили 30 женщин в перименопаузальном периоде, а также женщины, у которых регистрировался нерегулярный менструальный цикл за последние 3-11 месяцев (средний возраст – $42,1 \pm 0,6$ лет). Во II группу были включены 65 женщин (средний возраст $45,6 \pm 0,6$ лет) в постменопаузальном периоде. Всем больным была проведена клиническая оценка, стандартная ЭКГ, мониторинг ЭКГ (МЭКГ) по Холтеру и проба с физической нагрузкой (ПФН).

Результаты:

При проведении опроса и сбора анамнеза в 10% случаев среди больных I группы и в 38,5% среди больных II группы перименопаузальный период характеризовался усугублением течения АГ и ИБС. ИБС была выявлена у 28 пациенток (29,4% от всех обследованных). ИБС существенно чаще выявлялась во II группе (у 25 человек, 38%), чем в первой (3 пациентки, 10%, $p < 0,01$). В I группе у всех больных была диагностирована стенокардия напряжения (СН) II функционального класса (ФК). Во II группе стенокардия напряжения ФК II была выявлена у 13 пациентов (20% случаев), а у 12 пациенток (18,4%) стенокардия напряжения ФК III, среди которых у 6 женщин (9,2%) на момент поступления в стационар и включения в исследования была диагностирована нестабильная стенокардия. Среди обследованных во II группе был выявлен 1 случай (1,5%) ранее перенесенного инфаркта миокарда. В общем, из 95 больных боли в прекардиальной области и за грудной отмечали 68 человек: 19 пациентов из I группы (63,3%) и 49 человек из II группы (75,4%). Однако только в 2 случаях в I группе (6,7%) и в 16 случаях во II группе (24,6%) у этих больных диагноз был верифицирован при проведении велоэргометрической пробы. В остальных случаях боли в области сердца носили не ишемический характер, т.е. у женщин в перименопаузе имеет место высокая частота неишемических кардиалгий, из 28 пациентов с документированной ИБС типичные стенокардические боли отмечались лишь у 10 женщин (35,7%). У 8 женщин (28,6%) стенокардия носила атипичный характер, когда эпизоды ишемии миокарда на ЭКГ клинически ощущались больными как одышка, чувство нехватки воздуха, сердцебиение, перебои в работе сердца. У остальных 10 пациентов (35,7%) была зарегистрирована безболевая ишемия миокарда при проведении ПФН или при МЭКГ. При проведении МЭКГ в I группе больных тяжелых на-

рушений ритма и проводимости не выявлялось: у 5 пациенток (16,7%) регистрировалась наджелудочковая экстрасистолия (НЭС) и еще у 2-желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) невысоких градаций (Lown I-II). Тогда как в II группе лишь у 87,7% регистрировался синусовый ритм, в остальных случаях (12,3%) ритм имел несинусовое происхождение, в 5 случаях (7,8%) у больных отмечалась постоянная мерцательная аритмия (МА) и по 1 случаю (1,5%) идиовентрикулярный, нижнепредсердный ритм и суправентрикулярная тахикардия (СВТ)). Кроме того, у 7 пациенток (10,8%) регистрировалась НЭС и еще у 4 больных (6,1%) ЖЭС, причем у одной пациентки высоких градаций (Lown IVa). В основной группе исследования были выявлены нарушения внутрижелудочковой проводимости и блокады в системе пучка Гиса, однако они регистрировались с одинаковой частотой в I и II группах (23,3% и 13,3% соответственно, $p > 0,05$). Частота нарушений реполяризации также не имела существенных межгрупповых различий (10% и 13,8% соответственно для I и II групп, $p > 0,05$).

Заключение:

Наступление менопаузы характеризуется резким повышением риска развития ИБС. Для ИБС, развившейся в период менопаузы, характерно частое наличие безболевого форм стенокардии и атипичного болевого синдрома, а также частые сочетания с кардиалгиями неишемического генеза, что с одной стороны ведет к поздней диагностике ИБС, а с другой – может существенно ее затруднять. Кроме того, у больных в постменопаузе коронарная патология осложняется тяжелыми нарушениями ритма, что существенно повышает у данной категории пациентов риск кардиоэмболических осложнений и внезапной аритмической смерти.

**РЕГРЕСС ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У
БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМ ПОРОКОМ ПОСЛЕ
ИМПЛАНТАЦИИ ПРОТЕЗОВ МАЛОГО ДИАМЕТРА
У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**Шнейдер Ю.А., Цой М.Д., Антипов Г.Н., Исаев М.В.,
Михеев А. А., Созинова Е.С., Слепенко Е.В.*ФГБУ «ФЦВМТ», г. Калининград, Россия***Введение (цели/задачи):**

Цель исследования: Изучить динамику регресса левого желудочка после имплантации протезов малого диаметра у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы:

С октября 2012г. по июль 2015г. в центре имплантировано 57 протезов №21 в аортальную позицию у этой группы пациентов. Средний возраст составил $69,8 \pm 4,5$ (60-82) лет. 29 (50,8%) пациентам имплантировали биологический протез «Medtronic Hancock II», 16 (28,1%) – «МедИнж» и 12 (21,1%) – «Op-X». Гемодинамический порок аортального клапана был представлен стенозом у 49 (85,9%) больных, у 8 (14,1%) аортальной недостаточностью. У 32 (56,1%) пациентов выполнены сочетанные вмешательства: 26 (45,6%) больным выполнены АКШ, 6 (10,5%) – пластика митрального клапана.

Результаты:

В раннем послеоперационном периоде летальных случаев не было. С целью уменьшения объема оперативного вмешательства и риска послеоперационных осложнений, размер

имплантируемого протеза определяли исходя из диаметра фиброзного кольца. Аортоаннулопластика- крайняя мера, которую использовали в двух случаях. Средний срок госпитализации 13,2±3,4 дня. В зависимости от индекса массы тела (ИМТ) и площади поверхности тела (ППТ) были выделены 2 группы пациентов: I – группа (33 пациента), у которых ИМТ был больше 25 и ППТ больше 1,6 м²; II группа – 24 больных с ИМТ меньше 25 и ППТ менее 1,6 м². Гипертрофию ЛЖ оценивали, исходя из до- и послеоперационных данных ЭхоКГ. К моменту выписки регресс гипертрофии ЛЖ в первой группе составил 10,5±1,5%, во второй - 11,7±1,9% (p=0,05); через 12 месяцев после операции 29,7±2,1% в первой группе и 28,5±2,3% (p<0,05) во второй группе, соответственно. В группах не наблюдали значимых изменений сократительной способности миокарда (ФВ 55,4±7,3 и 58,4±6,9% соответственно, p=0,7). Пиковый транспротезный градиент в первой группе

составил 22,3±7,2 мм рт. ст. во второй 26,6±7,5 мм рт. ст. Согласно нашим исследованиям, функциональное состояние миокарда, выраженное в величине ФВ ЛЖ, а также степень гипертрофии сердечной мышцы, не оказывают достоверного влияния на формирование чреспротезного сопротивления току крови; на формирование чреспротезного градиента давления оказывают влияние УО, ИМТ и обратное влияние диаметра протеза.

Заключение:

Имплантация протезов диаметром 21 мм у больных пожилого и старческого возраста позволяет провести аортальное протезирование без необходимости сопоставления ИМТ, ППТ и расчетной площади аортального отверстия. Регресс гипертрофии миокарда с имплантированным в аортальную позицию протезом №21 не зависит от конституциональных особенностей пациентов.

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ ТЕЗИСОВ IV ЕВРАЗИЙСКОГО КОНГРЕССА КАРДИОЛОГОВ

А

Абдуллаев А. А.	117
Абдуллаева Г. Ж.	117
Абдуллаев Т. А.	107, 119
Абросимов В. Н.	147
Авезов Д. К.	121
Агеев Ф. Т.	47, 157
Адзериho И. Э.	85, 127, 132
Азарапeтян Л. Г.	185
Азизова Ф. Ф.	111
Азизов В. А.	57, 167
Айриян П. Э.	191
Акбаров З. С.	44, 45
Акимова Е. В.	111
Акопян З. Н.	196, 198, 199
Александрова Е. А.	155
Алексеева И. А.	73
Алиджанова Х. Г.	136
Алиева Т. А.	84
Алимова Д.	93
Алтымышева А. Т.	149
Аль-Травнех Е. В.	80, 154, 189
Аляви А.Л.	194, 195
Аминов А. А.	161
Анацко С. В.	94
Андралойть И. Е.	108, 152, 160
Андреасян Д. М.	197
Андреева А. А.	58
Андреева Н. В.	78
Андреева О. С.	149
Андреев С. Л.	155
Андросова С. С.	92
Андрушук В. В.	177, 178

Аннамухаммедов С. А.	181
Антипов Г.Н.	205
Аншелес А. А.	121
Апанасевич В. В.	110
Арефьева Т. И.	47
Архипова О. А.	134
Асадов Д. А.	124, 201
Асоев А.	203
Асоев И.	203
Атаханова Л. Э.	84, 131
Атьков О. Ю.	129
Афанасьев С. А.	163
Ахмедов Х. А.	78, 97, 98, 141, 146
Ачинович А. С.	166
Ашканова Т. М.	53, 86, 156

Белкорей О. С.	72
Беловол А. Н.	80, 154, 189
Бельская М. И.	178
Благодарумова Е. О.	172
Бляхман Ф. А.	126
Бобронникова Л. Р.	80, 143, 154, 189
Болотнова Т. В.	167
Борель К. Н.	55, 71
Боровикова Т. А.	174
Бровко Л. Е.	177
Булгак А. Г.	104, 125
Бураго А. Ю.	45, 102
Бурумбаева М. Б.	130
Бутова Е. Ю.	143
Бутова Т. С.	82
Бушкевич М. И.	141, 166

Б

Бабаджанов С. А.	78, 97, 98, 141, 146, 152
Бабкин А. П.	120, 132, 162, 190
Бакшеев В. И.	135
Балашова А. А.	125
Баранов А. П.	42, 144, 154
Барбараш Л. С.	42, 45, 93, 163, 168
Барбук О. А.	178
Барсукевич В. Ч.	56, 70, 112, 189, 191
Барташевич Б. И.	88
Бедин А. В.	110
Бейлина Н. И.	112, 119

В

Вавилова А. А.	87
Вайханская Т. Г.	94, 110, 144, 169
Валентюкевич А. В.	99, 178
Валикова О. В.	99
Варакин Ю. Я.	149
Василевская Т. А.	77
Вахрашина Е. В.	115
Вельмакин С. В.	47, 175
Викентьев В. В.	81
Виллевальде С. В.	47, 62, 64, 70, 106, 125, 139, 140, 150, 158, 159, 175, 179