

Тезисы X Межвузовской конференции молодых врачей-исследователей «Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний», посвященной памяти заслуженного врача России, профессора И. И. Чукаевой (Москва, 21 февраля 2019 года)

Организаторы конференции:

- московское отделение Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (РМОАГ);
- Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова (РНИМУ).

Председатель конференции: О. А. Кисляк, д. м. н., проф., председатель Московского отделения РМОАГ, зав. кафедрой факультетской терапии лечебного факультета РНИМУ им. Н. И. Пирогова.

В конференции принимали участие молодые ученые (до 35 лет) медицинских вузов России и лечебных учреждений г. Москвы.

Конференция ставила целью развитие научной и творческой активности молодых ученых. Участие в конференции позволило молодым ученым самостоятельно представить результаты своей работы, получить опыт выступления и публичного обсуждения научных результатов перед аудиторией.

Председатель организационного комитета: Н. В. Орлова, д. м. н., зам. председателя Московского отделения РМОАГ.

Гипотензивные эффекты амлодипина у больных артериальной гипертонией с различной солечувствительностью

И. А. Аляутдинова, Н. В. Орлова

Кафедра поликлинической терапии лечебного
факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова»
Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучить показатели суточного мониторингирования артериального давления у больных артериальной гипертонией с низким риском сердечно-сосудистых осложнений с различной солечувствительностью на фоне терапии амлодипином.

Материалы и методы. В исследование включено 96 пациентов (в возрасте 25–50 лет) с АГ 1–2-й степени. Обследование проводилось на аппарате суточного монитора артериального давления (СМАД-аппарат ЭДНИТ Meditech АВРМ-02, «Гедеон Рихтер», Венгрия) до назначения лекарственной терапии и через три месяца на фоне лечения амлодипином (Норваск, Pfizer). Оценивались показатели СМАД: среднесуточные (САД_{ср.} и ДАД_{ср.}), дневные (САД_{дн.} и ДАД_{дн.}), ночные (САД_{н.} и ДАД_{н.}), частота пульса, пульсовое АД (ПАД), значение суточного индекса (СИ), подъем АД в утренние часы. Проведено изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) по модифицированной методике R. Henkin, во время которой больные были разделены на две группы: с высоким и нормальным ПВЧПС.

Результаты. После периода высокосолевого (потребление натрия в течение пяти дней 10–12 г) и низкосолевого (потребление натрия в течение пяти дней 3–5 г) диеты пациенты были разделены на солечувствительных и солерезистентных. По данным определения ПВЧПС выявлено, что у 52 обследованных больных АГ — высокий, у 44 пациентов — нормальный ПВЧПС. Всем пациентам была рекомендована низкосолевого диета и назначен амлодипин в минимальной дозировке 2,5 мг в сутки с последующей титрацией доз. Целевые значения артериального давления у солечувствительных пациентов достигнуты на следующих схемах: 12 % пациентов — низкосолевого диета без лекарственной терапии, 27 % пациентов — низкосолевого диета и амлодипин 2,5 мг, 19 % пациентов — амлодипин 2,5 мг (диету не соблюдали), 42 % пациентов — амлодипин 5 мг (диету не соблюдали). В группе солерезистентных пациентов назначение амлодипина в дозе 5 мг потребовалось 82 % больных, низкосолевого диета не влияла на достижение целевого артериального давления. Результаты проведенного исследования выявили высокую гипотензивную эффективность низкосолевого диеты у солечувствительных пациентов. В то же время этот метод связан с низкой приверженностью пациентов, что приводит к необходимости перехода на медикаментозную терапию. Эффективность низкодозовой монотерапии амлодипином у солечувствительных больных подтверждалась достоверным изменением показателей СМАД: улучшением суточного профиля и скоростных показателей АД.

Заключение. На фоне гипотензивной монотерапии амлодипином достигнут более выраженный эффект у солечувствительных пациентов в сравнении с солерезистентными, что подтверждается изменениями показателей СМАД. Амлодипин может быть рекомендован стартовой терапией солечувствительным пациентам артериальной гипертонией 1–2 степени с низким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Сосудистое воспаление в остройшей фазе ишемических нарушений мозгового кровообращения

И. П. Амелина, Э. Ю. Соловьева

Кафедра неврологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Введение. Острые нарушения мозгового кровообращения (НМК) по сей день остаются важнейшей медико-социальной проблемой во всех экономически развитых странах мира, занимая лидирующие позиции по заболеваемости и смертности. Д-димер имеет определенное отношение к возникновению инфаркта головного мозга и атеросклероза. Уровень Д-димера значительно повышается, когда система свертывания и фибринолиза крови у пациентов с цереброваскулярными заболеваниями выходит из равновесия и находится в активированном состоянии. Чрезмерно высокий Д-димер, аккумулированный в стенке кровеносного сосуда, может вызвать его повреждение, приводя к возникновению эндотелиальной дисфункции.

Целью исследования стало изучение клинических данных и уровня Д-димера у больных с острым нарушением мозгового кровообращения в остройшей фазе.

Материалы и методы. Были проанализированы данные 78 пациентов (38 мужчин и 40 женщин), проходивших стационарное лечение в отделении реанимации и интенсивной терапии ГКБ № 13, с диагнозами «инфаркт головного мозга» ($n = 39$) и «динамическое нарушение мозгового кровообращения (ТИА)» ($n = 39$) в первые 24 часа от начала заболевания, в связи с чем были разделены на две группы. Средний возраст пациентов исследуемой группы составил 65 лет. Критерии исключения: наличие тяжелых соматических и эндокринных заболеваний, фибрилляция предсердий, ОНМК в анамнезе. Больные с диагнозом «инфаркт головного мозга» были разделены на четыре группы согласно классификации TOAST. Тяжесть состояния оценивалась в соответствии со шкалой тяжести инсульта национальных институтов здоровья США (NIHSS). Контрольная группа состояла из шести пациентов в возрасте 19–33 лет. Всем больным наряду с клиническим обследованием проводили количественное определение Д-димера ИФА-методом с использованием набора Д-димер-ИФА-БЕСТ (Россия). Оптическую плотность регистрировали на приборе Multiskan FC Thermo Scientific (США). Результаты исследований обрабатывали с использованием стандартного пакета статистических методов программы Statistica 6.0 (StatSoft, США).

Результаты. По TOAST лакунарный (49%) был наиболее часто встречающимся подтипом инсульта, следующими были атеротромботический (26%), кардиоэмболический (15%) и другие инсульты (10%). На основании шкалы NIHSS классифицировано 38 микроинсультов: 28 — умеренных, 10 — средней и 2 — крайней степени тяжести. Более выраженный неврологический дефицит отмечался при атеротромботическом и кардиоэмболическом видах инсульта, что составило 38% случаев соответственно. Смерть наступила у четырех пациентов. Гиперхолестеринемия выявлялась в 62% случаев, причем при инфаркте головного мозга составила 38%, при ТИА — 63%. В контрольной группе уровень исследуемого Д-димера соответствовал нормальным величинам. При определении содержания Д-димера его уровень был достоверно выше у пациентов с острым ишемическим инсультом по сравнению с группой ТИА ($Me = 130$ [LQ = 30; UQ = 550], $Me = 50$ [LQ = 23; UQ = 128]; $p = 0,02$). Уровень Д-димера у пациентов с острым ишемическим инсультом достоверно выше, чем в группе контроля ($Me = 130$ [LQ = 30; UQ = 550], $Me = 50$ [LQ = 16; UQ = 80]; $p = 0,04$), что косвенно свидетельствует о нарушении функции эндотелия, окислительном стрессе и воспалении. Однако достоверного изменения величин Д-димера между группой с ТИА и группой контроля не выявлено ($Me = 50$ [LQ = 23; UQ = 128], $Me = 50$ [LQ = 16; UQ = 80]; $p = 0,5$), что указывает на обратимость патологического процесса у данной категории больных.

Заключение. Д-димер плазмы крови у больных с острым нарушением мозгового кровообращения в остройшей фазе показал хорошую корреляцию с началом развития заболевания. Поэтому измерение его уровня может стать дополнительным ресурсом в оценке острого состояния пациента и потенциально последующих.

Роль артериальной гипертонии в развитии осложнений беременности: данные обсервационного исследования — регистр «БЕРЕГ»

Е. А. Баркова, Р. И. Стрюк

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить распространенность артериальной гипертонии (АГ) среди беременных и ее роль в развитии осложнений гестации в реальной клинической практике.

Материалы и методы. В обсервационное исследование, проведенное в рамках регистра «БЕРЕГ», были включены 3214 беременных, родоразрешенных в течение 2014 г. в одном из крупных перинатальных центров средней полосы России. Среди женщин у 451 (14,0%) были диагностированы различные клинические варианты АГ: хроническая АГ (ХАГ) — гипертоническая болезнь I–II ст., 1–2-й степени (175; 39,0% — первая группа), гестационная

АГ (ГАГ, 117; 26,0% — вторая группа) и преэклампсия (ПЭ, 159; 35,0% — третья группа). Анализ клинических показателей у беременных с АГ проводили в сравнении с нормотензивными пациентками этого регистра (2763%; 86,0% — группа контроля).

Результаты. Распространенность АГ в реальной клинической практике встречается в 14% случаев, что соответствует среднестатистическим показателям развитых стран. Анализ клинических вариантов АГ показал, что специфичные для беременности клинические варианты АГ — ГАГ и ПЭ среди беременных встречались достоверно чаще по сравнению с ХАГ. По возрасту пациентки с АГ были достоверно старше (Me 30 лет [25%; 75%: 27; 35 лет]), чем нормотензивные женщины (Me 28 лет [25%; 75%: 25; 32 года]; $p = 0,003$). У пациенток с ХАГ (28, 16,0%) по сравнению с группой контроля (291, 10,5%); $p = 0,033$), также как и с женщинами с ГАГ (8, 5,0%) и ПЭ (17, 14,5%), беременность чаще осложнялась угрозой ее прерывания, плацентарной недостаточностью (группа контроля — 389 [14,1%] vs. 1-я группа — 40 [22,9%] и группа контроля vs. 2-я группа — 50 [31,4%]; $p < 0,002$). Преждевременные роды путем кесарева сечения достоверно чаще были у женщин с ХАГ (30; 17,1%) и ПЭ (56; 35,2%), чем в группе контроля (276; 10,0%) и с ГАГ (10; 8,5%).

Заключение. Все клинические варианты АГ у беременных по сравнению с нормотензивными пациентками ассоциированы с более старшим возрастом, и у пациенток с ХАГ и ПЭ течение беременности чаще осложняется угрозой ее прерывания и плацентарной недостаточностью.

Значение экстренно отсроченных чрескожных коронарных вмешательств в предупреждении прогрессирования дисфункции левого желудочка у больных передним инфарктом миокарда

Г. Г. Газарян, Р. И. Стрюк

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить значение экстренно отсроченных чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST) передней локализации в отношении предупреждения прогрессирования дисфункции ЛЖ.

Материал и методы. Обследовано 295 больных передним ИМпST в возрасте 59,0 года [25%; 75%: 52,0; 69,0 года], госпитализированных в НИИ СП им. Н. В. Склифосовского с ОКС, у которых по результатам клиничко-лабораторного обследования был диагностирован передний ИМпST. У всех больных не проводилась тромболитическая терапия, и 113 из них были выполнены ранние ЧКВ (в первые 12 часов) — I группа,

103 — экстренно отсроченные (в сроки 12–72 часа) вмешательства — II группа и 79 больных, составивших группу сравнения, были без реперфузионной терапии (РТ) — III группа. Всем больным помимо тщательного сбора анамнеза и стандартных клиничко-лабораторных исследований при поступлении определяли исходный риск смерти по шкале TIMI. Успех вмешательства оценивали по данным ЭКГ-ангиографического сопоставления с исходными данными, сократительную функцию левого желудочка (ЛЖ) определяли по данным Эхо-КГ в динамике.

Результаты. При оценке сократительной функции ЛЖ оказалось, что в исходном состоянии у больных I и II групп количество больных с ФВ менее 40% было сопоставимым (20,4 и 25,3% соответственно) и меньшим по сравнению с III группой (36,2%). После проведенных ЧКВ количество пациентов с ФВ менее 40% в первых двух группах снизилось более чем в два раза (6,7 и 11,1% соответственно) и значимо не изменилось в группе сравнения (32,1%, $p < 0,05$). Количество больных с конечно-диастолическим индексом (КДИ) ЛЖ, превышающим 90 мл/м² в группах после ранних и экстренно отсроченных ЧКВ составило 10,9 и 15,1% соответственно, в то время как в группе сравнения — 21,2%. От проведения РТ зависела как частота формирования аневризмы ЛЖ, так и количество вовлеченных в нее сегментов. Так, в I и II группах количество аневризм составило 29,0% и 19,1% соответственно, что было в два раза меньше по сравнению с III группой — 57,1% ($p < 0,001$). Аневризмы ЛЖ у больных первых двух групп, как правило, носили локальный характер, ограничиваясь двумя верхушечными сегментами, и только в 6,7 и 4,0% случаев в формирование аневризмы ЛЖ было вовлечено три и более сегмента, в то время как в 26,8% случаев у больных III группы аневризмы носили обширный характер ($p < 0,001$). Госпитальная летальность после ранних и экстренно отсроченных ЧКВ составила 2,6 и 3,9%, соответственно; без РТ — 16,4% ($p < 0,001$).

Заключение. Применение ранних и экстренно отсроченных ЧКВ позволяет ограничить формирование аневризмы, предотвратить прогрессирование дисфункции ЛЖ, что важно для ближайшего и отдаленного прогноза больных, перенесших передний ИМпST.

Возможности коррекции тревожных расстройств у пациентов с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии

М. В. Путилина, Н. В. Теплова, Д. В. Гришин

Кафедра клинической фармакологии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ «ГКБ № 15 имени О. М. Филатова» Департамента здравоохранения г. Москвы

Актуальность. В настоящее время традиционная терапия дорсопатии с синдромом позвоночной артерии (ВСПА) представляет собой сборное представление врача о лекарственных средствах и методах немедикаментоз-

ного лечения (массаж, мануальная терапия, акупунктура, чрескожная электронейростимуляция, лазеротерапия и др.) без учета индивидуальных особенностей пациента. Эффективность некоторых методик, особенно лекарственных блокад, включающих глюкокортикоиды, местные анестетики, в большинстве случаев сомнительна с позиций доказательной медицины. Применение антиоксидантов при развитии ВСПА потенциально является одним из наиболее оптимальных методов патогенетической терапии.

Целью исследования данной работы явилось изучение влияния препарата Мексидол® (этилметилгидроксипроксидин сукцинат ЭМГПС) на клинические корреляции с тревожными расстройствами у пациентов с ВСПА.

Материалы и методы. Методом свободной выборки на базе неврологических отделений городской клинической больницы № 15 имени О. М. Филатова обследовано 90 человек в возрасте от 30 до 55 лет (средний возраст $47,1 \pm 2,6$ года), среди них мужчин 40% ($n = 36$, средний возраст $45,7 \pm 1,6$ года) и 60% женщин ($n = 54$, средний возраст $50,7 \pm 1,1$ года) с диагнозом «дорсопатия шейного отдела позвоночника с синдромом позвоночной артерии», хроническим рецидивирующим или персистирующим течением (давность обострения не более месяца). Выраженность болевого синдрома варьировала от умеренной (60%) до выраженной (40%), методом простой подборки пациенты были поделены на две группы: первая группа (основная, $n = 45$) принимала стандартную терапию, включающую в себя НПВС, анальгетики, миорелаксанты плюс лечение антиоксидантом Мексидол® 500 мг внутривенно капельно в течение 10 дней с последующим переходом на таблетки по 375 мг в сутки (по одной таблетке 125 мг три раза в сутки) в течение 20 дней; пациенты второй группы ($n = 45$, группа сравнения) принимали стандартную терапию для лечения дорсопатии (анальгетики, НПВС, миорелаксанты). Обе группы были сопоставимы по полу и возрасту. Повторные обследования были проведены через 1, 3, 6 месяцев с момента первого исследования. Для оценки эффективности лечения использовались следующие шкалы: общего клинического впечатления, цервикобрахиалгии, вертебрального и плечелопаточного синдромов, качества жизни EUROQOL; по шкале эмоциональных нарушений Спилбергера; по шкале головокружения; по шкале вегетативных нарушений А. М. Вейна. Для верификации диагноза проводилось рентгенологическое исследование шейного отдела позвоночника.

Результаты. У пациентов отмечался высокий удельный вес личностной тревоги, выразившейся во внутреннем волнении, тревоге и постоянном чувстве напряжения, беспокойства, отсутствия доверия к проводимому лечению. У пациентов с ВСПА обнаруживалась тесная зависимость проявлений от основного заболевания. Все пациенты после терапии отмечали значительное улучшение, через три месяца пять пациентов (11,1%) отмечали незначительное ухудшение, через шесть месяцев прослеживалась та же закономерность. Тревожность в обеих группах до лечения характеризовалась как умеренная (количество баллов от 39 до 49). Через месяц после первого осмотра в основной группе показатель личностной тревоги снизился до 24,6

балла, через три месяца остался неизменным, несколько возрос через шесть месяцев до 30,1 балла. После проведенного лечения с использованием Мексидола наблюдалась выраженная положительная динамика показателей по шкале Спилбергера. Важным компонентом лечения стало активное участие пациента, он становился партнером терапевтического процесса. Это послужило пусковым моментом для устранения психоэмоционального компонента болевого синдрома. Регресс симптомов тревоги отмечался сразу после окончания курса терапии.

Заключение. Выявлено влияние антиоксидантной терапии на динамику тревожности у пациентов с вертеброгенным синдромом позвоночной артерии.

Значимость положительного теста сердечной фракции белка, связывающего жирные кислоты, для отдаленного прогноза у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST с сопутствующим сахарным диабетом II типа

В. А. Захарова, С. А. Бернс

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва
ГБУЗ «ГКБ имени М. Е. Жадкевича» Департамента здравоохранения г. Москвы

Цель исследования. Анализ взаимосвязи положительного теста сердечной фракции белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК), с развитием неблагоприятных исходов в течение года наблюдения у пациентов с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) в зависимости от наличия сахарного диабета второго типа (СД-2).

Материал и методы. В исследование было включено 153 больных ОКСбпST, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии ГКБ им. М. Е. Жадкевича с диагнозом «острый коронарный синдром» в период с марта 2014-го по январь 2017 г. Из 153 пациентов нестабильная стенокардия (НС) была диагностирована у 106 (69,3%), инфаркт миокарда (ИМ) — у 47 (30,7%) больных. При поступлении всем пациентам проводились оценка критериев включения (исключения) и подписание информированного согласия. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ГКБ им. М. Е. Жадкевича. Критериями включения участников в исследование являлись: 1) подписанная пациентом форма информированного согласия на участие в исследовании; 2) возникшие в течение 24 часов до госпитализации НС или ИМ без подъема сегмента ST. Критерий исключения — ОКСбпST, осложнившийся чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). В качестве конечной точки рассматривались: сердечно-сосудистая смерть, нефатальный ИМ, нефатальное острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), декомпенсация

хронической сердечной недостаточности (ХСН), а также комбинированная конечная точка (ККТ), включающая все перечисленные неблагоприятные исходы. Всем пациентам помимо стандартного обследования был выполнен качественный анализ на сБСЖК. Период наблюдения составил 12 месяцев.

Результаты. Пациенты с ОКСбпСТ без СД с неблагоприятным течением заболевания были значимо ($p < 0,0001$) старше пациентов с благоприятным исходом, имели большую медиану баллов по шкале GRACE ($p = 0,0018$), позитивную реакцию маркеров некроза миокарда [hsTnI ($p = 0,03$)] и сердечной недостаточности [BNP ($p = 0,0009$)] наряду с меньшей медианой скорости клубочковой фильтрации, определенной по формуле MDRD ($p = 0,0006$), и медианой уровня гемоглобина ($p = 0,002$). Кривые Каплана-Мейера продемонстрировали значимую вероятность наступления комбинированной конечной точки у пациентов с положительным сБСЖК, определенным в индексную госпитализацию ОКСбпСТ, как у пациентов с наличием, так и с отсутствием СД-2. В представленном нами исследовании сБСЖК также выступает в роли маркера развития неблагоприятных исходов в течение года после ОКСбпСТ. Примечательно, что в группе пациентов с СД-2 с неблагоприятным прогнозом все пациенты имели положительный тест сБСЖК при поступлении.

Заключение. Положительный тест на сБСЖК при поступлении в стационар может рассматриваться как предиктор неблагоприятного отдаленного прогноза у больных ОКСбпСТ.

Распространенность ожирения у беременных различных социальных групп — анализ данных регистра «БЕРЕГ»

Е. Ю. Иванова, Р. И. Стрюк

Кафедра внутренних болезней стоматологического факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Оценить распространенность ожирения у беременных и его взаимосвязь с социальным статусом в реальной клинической практике по данным наблюдательного исследования беременных — регистр «БЕРЕГ».

Материал и методы. Из 3 214 женщин, родоразрешенных в Тульском областном перинатальном центре в период с 01.01.2014 по 31.12.2014 и вошедших в регистр «БЕРЕГ», у 625 (19,4 %) имело место ожирение I–III степени, (средний возраст $30,37 \pm 5,91$ (95 % ДИ: 29,9–30,84), до вступления в беременность ИМТ: $34,8 [32,68; 37,23]$ кг/м². В зависимости от социального статуса все пациентки с ожирением были разделены на четыре группы: служащие (225; 36 % — 1-я), рабочие (210; 33,6 % — 2-я), домохозяйки (175; 28 % — 3-я) и учащиеся (15; 2,4 % — 4-я), которую в связи с малым количеством пациенток не включили в данный анализ.

Результаты. По возрасту женщины 3-й группы оказались достоверно ($p < 0,001$) моложе (28 [23; 34] лет) женщин предыдущих двух групп (30 [27; 35] лет и 31 [27; 36] лет соответственно). Вместе с тем среди пациенток 3-й группы достоверно ($p < 0,001$) чаще встречались курящие (49; 22,5 %), число которых в 1-й и 2-й группах было меньшим (25; 9,4 % и 43; 16,8 % соответственно). Многорожавшие женщины (трое и более родов) достоверно реже встречались среди женщин 1-й группы (108; 40,4 %), в то время как во 2-й и 3-й группах многорожавшие составили более половины пациенток (130; 51,0 % и 113; 52,0 % соответственно). Коморбидные состояния имели место в большом проценте случаев среди пациенток с ожирением: артериальная гипертония до беременности (ГБ I–II ст.) встречалась у 103 (16,9 %) женщин и с одинаковой частотой во всех трех группах (39; 14,6 %; 40; 15,7 % и 24; 11,0 % соответственно). Почти с такой же частотой, как и ГБ, имел место сахарный диабет типа второго типа (СД-2), и его частота была наименьшей в 3-й группе (28; 12,9 %), чем в 1-й (59; 22,1 %; $p = 0,05$) и 2-й группах (51; 20,0 %; $p < 0,0001$). Патологию щитовидной железы, чаще гипотиреоз или узловой зоб (эутиреоз), диагностировали у каждой третьей пациентки из 1-й группы (95; 35,5 %), что было достоверно чаще по сравнению со 2-й (74; 29,0 %) и 3-й группами (57; 26,2 %). Хронические заболевания мочеполовой системы, чаще хронический пиелонефрит и хронический цистит, так же как и патология щитовидной железы, наблюдались более чем у 20 % женщин с одинаковой частотой во всех трех группах. Значительно реже (около 10 % случаев) встречались пациентки с сопутствующей патологией со стороны желудочно-кишечного тракта и органов дыхания и редко (около 3 % случаев) диагностировали железодефицитную анемию.

Заключение. Среди беременных различных социальных групп с высокой частотой диагностируется ожирение I–III ст., которое ассоциируется с наличием коморбидных состояний — АГ, СД-2, хронических заболеваний других органов и систем, что может отягощать течение гестационного периода и способствовать неблагоприятным перинатальным исходам.

Сердечно-сосудистые события и кардиальные осложнения при внебольничной пневмонии пневмококковой этиологии

Т. Н. Колосова, И. Г. Гордеев, О. А. Байкова

Кафедра госпитальной терапии № 1 лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Пневмония относится к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний. Исторически известно, что *Streptococcus pneumoniae* занимает лидирующее место в структуре возбудителей внебольничной пневмонии. Смертность среди паци-

ентов с внебольничной пневмонией в возрасте старше 60 лет, имеющих серьезную сопутствующую патологию, а также в случаях тяжелого течения пневмонии составляет от 15 до 30 %. У пациентов с внебольничной пневмонией летальные исходы, происходящие в течение месяца после разрешения заболевания, в 50 % случаев не могут быть объяснены непосредственно тяжестью течения пневмонии, наличием одного или нескольких критериев тяжести (дыхательной недостаточностью или сепсисом). В таком случае сердечно-сосудистые осложнения являются одной из основных причин летального исхода. *Streptococcus pneumoniae* обладает тропностью к миокарду и инвазивностью за счет действия адгезинов, холинсвязывающего протеина А, фосфорилхолина. Попадая в миокард, пневмококк запускает процессы некроптоза и апоптоза, что приводит к образованию микроочаговых повреждений, трансформирующихся впоследствии в зоны фиброза. Пневмококковая этиология пневмонии может служить предиктором неблагоприятного прогноза течения заболевания, отдаленных сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования. Изучить сердечно-сосудистые события и внелегочные кардиальные осложнения при внебольничной пневмонии, вызванной *Streptococcus pneumoniae*, спрогнозировать неблагоприятный прогноз течения заболевания.

Задачами исследования являются: 1) оценить распространенность *Streptococcus pneumoniae* у пациентов с внебольничной пневмонией, используя различные методы диагностики; 2) определить различие в частоте кардиальных событий и внелегочных кардиальных осложнений у пациентов с внебольничной пневмонией пневмококковой и иной этиологией; 3) установить взаимосвязь пневмококковой этиологии пневмонии и частоты сердечно-сосудистых осложнений и внелегочных кардиальных осложнений; 4) провести скрининговое исследование биомаркера повреждения миокарда сБСЖК у пациентов с внебольничной пневмонией; 5) оценить диагностическую и прогностическую значимость биомаркера повреждения миокарда сБСЖК, а также оценить его корреляцию с сердечно-сосудистыми событиями и внелегочными кардиальными осложнениями у пациентов с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Начато исследование, предполагающее включение 200 пациентов, госпитализированных в стационар с клинико-рентгенологической картиной внебольничной пневмонии, в возрасте от 40 до 80 лет. К настоящему моменту включено 30 пациентов. Всем пациентам проводятся рентгенологическое исследование органов грудной клетки (рентгенография в двух проекциях или МСКТ), общий анализ крови (оценка гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы), биохимический анализ крови (с оценкой: общий белок, альбумин, мочевины, креатинина, калий, натрий, АЛТ, АСТ, глюкоза, С-реактивный белок, КФК), анализы крови на прокальцитонин, ргс-BNP, экспресс-тест сыворотки крови для определения сБСЖК (с пороговым уровнем чувствительности 7 нг/мл), клини-

ческий анализ мокроты с окраской по Грамму, бактериологический анализ мокроты (диагностически значимая концентрация колониеобразующихся единиц более 10^6 /мл, для *S. pneumoniae* — 10^5 /л), ЭКГ, эхокардиография. При необходимости уточнения состояния миокарда проводится сцинтиграфия миокарда. Учитывая недостаточную информативность культурального метода определения *Streptococcus pneumoniae*, в качестве вспомогательной методики используется иммунохроматографический метод определения антигена *S. pneumoniae* в моче. Планируется введение ПЦР диагностики *S. pneumoniae* в крови для верификации инвазивных пневмококковых пневмоний.

Результаты и выводы. На текущий момент обращает на себя внимание меньшая встречаемость пневмококковой этиологии пневмонии (13 %) в сравнении с данными литературы, где данный показатель достигает 50–70 %. У ряда пациентов (10 %) определяется положительный экспресс-тест сБСЖК, свидетельствующий о повреждении миокарда (при исключении острой кардиальной патологии). Для изучения прогностических перспектив данного маркера планируется исследование количественного уровня сБСЖК в сыворотке крови. В ходе дальнейшего исследования планируется проведение анализа частоты сердечно-сосудистых осложнений, лабораторных показателей и определение прогностических моделей тяжелого течения и кардиальных осложнений в группах пневмококковых и непневмококковых пневмоний.

Роль биохимических биомаркеров в диагностике коронарного атеросклероза

Ю. А. Котова, А. А. Зуйкова, О. Н. Красноруцкая

Кафедра поликлинической терапии и общей врачебной практики ФГБОУ ВО «ВГМУ имени Н. Н. Бурденко» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучить возможность использования биохимических биомаркеров в диагностике коронарного атеросклероза.

Материалы и методы. Материалом для исследования стало обследование 93 пациентов со стабильным течением ИБС, в том числе 33 женщин и 60 мужчин в возрасте от 47 до 75 лет (средний возраст $61,8 \pm 8,1$ года), находившихся на лечении в кардиологическом отделении № 2 БУЗ ВО «ВГКБСМП № 1». Наличие коронарного атеросклероза у пациентов подтверждалось проведением коронароангиографии по методике Judkins (1967). Все пациенты были объединены в три группы сравнения: первую составили 3 мужчин и 19 женщин, имевших незначительное поражение коронарного русла, по данным КАГ. Во вторую группу вошли 30 мужчин и 11 женщин с поражением 1 или 2 сосудов, в третью — 26 мужчин и 4 женщины с поражением трех и более сосудов. Группы были сравнимы по возрасту. Также пациенты были разделены на группы в зависимости от процента максимального стеноза диаме-

тра пораженных артерий: первая группа также составила 22 человека (стеноз менее 50 %), вторая группа составила 50 человек (стеноз от 50 до 70 %), третья группа — 21 человек со стенозом более 71 %, что является показанием для проведения реваскуляризации. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программы SPSS Statistics 20.

Результаты. В исследуемой выборке была определена статистическая взаимосвязь между полом и числом пораженных сосудов: незначительное поражение гораздо чаще встречалось у женщин (83,3 %), двухсосудистое — у мужчин (72,7 %), преобладающее число пациентов с поражением трех и более сосудов (87,5 %) составили мужчины. При сравнении показателей в выделенных трех группах были обнаружены достоверные различия по уровню гомоцистеина ($p = 0,000$ по критерию Краскела-Уоллеса), СОД ($p = 0,015$), шаперонной активности ($p = 0,011$), АДФГн ($p = 0,003$), КДФГн ($p = 0,028$). При сравнении значений АДФГн и КДФГн в группах, отличающихся по числу пораженных сосудов, различий не было выявлено ($p = 0,493$ и $p = 0,234$ по критерию Краскела-Уоллеса соответственно). При сравнении групп в зависимости от процента максимального стеноза диаметра пораженных артерий были установлены достоверные различия по всем трем группам ($p = 0,030$) по уровню шаперонной активности: в группе с незначимым стенозом — 78,8 % [60,6; 82,5], в группе со стенозами средней выраженности — 72,4 % [67,4; 75,3], в группе со стенозами, требующими реваскуляризации — 68,3 % [60; 68,3]. Такая же тенденция отмечалась при оценке уровня гомоцистеина ($p = 0,000$). При оценке активности СОД установлено, что в группе с незначимыми стенозами она была наибольшей и составила 41,7 % [39,1; 47,3]. Между всеми тремя группами выявлена достоверная разница по данному показателю ($p = 0,003$). При оценке окислительной модификации белков также установлена достоверная разница между всеми группами по показателям АДФГн ($p = 0,001$) и КДФГн ($p = 0,025$), а вот по показателям АДФГн и КДФГн опять же не было получено достоверных различий ($p = 0,475$; $p = 0,274$).

Заключение. Полученные данные позволяют рассматривать возможность дальнейшего использования изучаемых биомаркеров в скрининг-диагностике коронарного атеросклероза.

Финансовая поддержка. Научная работа выполнена на средства гранта президента Российской Федерации для государственной поддержки молодых российских ученых — кандидатов наук № МК-552.2018.7.

Влияние полипрагмазии на когнитивные функции пациентов старческого возраста

М. И. Куликова, М. С. Черняева

Кафедра факультетской терапии и профессиональных болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО «МГМСУ имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. В последние годы в РФ и мире увеличилась продолжительность жизни, что привело к увеличению количества больных не только пожилого, но и старческого возраста. Растущий возраст создает предпосылки для развития у лиц данной возрастной группы все большего количества хронических заболеваний, наличие которых диктует необходимость назначения большого количества лекарственных средств (ЛС). Именно поэтому у этих пациентов проблема полипрагмазии особенно актуальна. Многочисленными фармакоэпидемиологическими исследованиями установлено, что полипрагмазия является основным фактором развития нежелательных побочных реакций (НПР) у больных пожилого и старческого возраста. Одной из таких НПР может являться нарушение когнитивных функций. Однако в доступной литературе отсутствуют данные о взаимосвязи полипрагмазии с состоянием когнитивных функций у лиц старческого возраста.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между количеством принимаемых ЛС и состоянием когнитивных функций у пациентов в возрасте 80 лет и старше, страдающих эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 58 пациентов в возрасте 80 лет и старше (средний возраст 86,2 года, мужчин — 17 [29,3 %], женщин — 41 [70,7 %]), находящихся на лечении в терапевтическом отделении многопрофильной больницы. Всем пациентам была проведена оценка листа назначения, и в зависимости от количества принимаемых ЛС они были разделены на две группы: больные, принимающие менее пяти ЛС, составили первую группу ($n = 17$, средний возраст 84,8 года, 6 [35,3 %] мужчин, 11 [64,7 %] женщин); пациенты, принимающие пять и более ЛС — вторую группу ($n = 41$, средний возраст — 86,7 года, 11 [26,8 %] мужчин, 30 [73,2 %] женщин). Когнитивные функции оценивали с помощью следующих тестов: КШОПС (краткая шкала оценки психического статуса), МоСА (Монреальская шкала оценки когнитивных функций), тест литеральных и категориальных ассоциаций, тест Струпа, Бостонский тест называния, TMT части А и В (trail making test), ШОИВ (шкала оценки интеллекта взрослых — The Wechsler Adult Intelligence Scale IV), тест «Цифровые символы», тест на запоминание слов (Word List Test) и когнитивная тест-шкала оценки болезни Альцгеймера (adas-cog). Статистическая обработка данных выполнялась в программе SPSS Statistics 8. Нормальность распределения полученных параметров оценивалась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Достоверность различий определялась на основании однофакторного дисперсионного анализа. Для ненормально распределенных показателей применялся непараметрический критерий U Манна-Уитни.

Результаты. У пациентов второй группы по сравнению с больными первой выявлено статистически значимо меньшее количество баллов по шкалам КШОПС (20,6 и 23,0 балла соответственно; $p = 0,021$) и МоСА (20,5 и 19,1 балла соответственно; $p = 0,023$). Больные второй группы называли статистически значимо меньшее

количество слов в тесте категориальных ассоциаций (10,6 и 13 слов соответственно; $p = 0,015$) и предметов в Бостонском тесте называния (27 и 28,6 предмета соответственно; $p = 0,038$). Результаты других когнитивных тестов статистически значимо не различались у пациентов первой и второй групп.

Заключение. У пациентов старческого возраста полипрагмазия ассоциируется со снижением интегрального показателя когнитивных функций, семантической памяти, номинативной функции речи.

Случай амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза у пациента с гипертрофической кардиомиопатией

М. Ю. Маслова, Н. С. Крылова, Н. Г. Потешкина

Кафедра общей терапии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва
ГБУЗ «ГКБ № 52» Департамента здравоохранения г. Москвы

Клинический случай. Пациент 3., 46 лет, около пяти лет наблюдается на кафедре общей терапии ФДПО. В анамнезе в 26 лет выявлены изменения на ЭКГ, установлен диагноз «гипертрофическая кардиомиопатия» (ГКМП). С 41 года появились сердцебиение, перебои в работе сердца. При суточном мониторинге ЭКГ на фоне синусового ритма — желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) высоких градаций, при электрофизиологическом исследовании — пароксизмальная полиморфная желудочковая тахикардия (ЖТ). Выполнена радиочастотная абляция очагов эктопических желудочковых аритмий в правом желудочке с неполным эффектом. При генетическом исследовании у пациента выявлены мутация в гене миозинсвязывающего протеина C (MYBPC3) — с.2541C>G (p.Tyr847Ter) с доказанной патогенетической значимостью для ГКМП и мутация в гене титин-САР (TCAP) — с.448G>A (p.Gly150Ser), расцененная как модифицирующий фактор. Учитывая высокий риск внезапной сердечной смерти (HCM Risk-SCD 8,1 %), пациенту имплантирован однокамерный кардиовертер-дефибриллятор. Назначение сотагексала по 160 мг в сутки не сопровождалось значимым антиаритмическим эффектом, назначен амиодарон по схеме. В 43 года на фоне приема амиодарона похудел на 8 кг за месяц, возобновилось сердцебиение, перебои в работе сердца. При обследовании выявлено снижение ТТГ до 0,0017 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,5), повышение $T_4_{св.}$ до 77,22 пмоль/л (норма 9–16), $T_3_{св.}$ до 29,82 пмоль/л (норма 3,7–6,5). Установлен диагноз: «амиодарон-индуцированный тиреотоксикоз (АИТ) второго типа». Амиодарон отменен, назначен бисопролол 10 мг в сутки. По ЭКГ — фибрилляция предсердий (ФП) с ЧСС 124 уд./мин., признаки выраженной гипертрофии миокарда ЛЖ. При Эхо-КГ асимметричная гипертрофия ЛЖ с толщиной МЖП 33 мм, задняя стенка ЛЖ 11 мм, КДО ЛЖ 63 мл, ФВ ЛЖ 69 %. Передне-задний размер левого

предсердия 46 мм. Среднее давление в ЛА 17,8 мм рт. ст. Признаков внутрижелудочковой обструкции не выявлено. При суточном мониторинге ЭКГ — ФП с максимальной ЧСС 165 уд./мин., минимальная ЧСС — 95 уд./мин., 24 ЖЭС, из них семь парных, одна пробежка ЖТ из трех комплексов, четыре паузы максимально до 2,1 с. Эндокринологом рекомендован прием преднизолона 15 таблеток по 5 мг в сутки, тирозол 10 мг три раза в день. На фоне назначенной терапии отмечалось постепенное повышение уровня ТТГ до 0,02 мМЕ/мл со снижением $T_4_{св.}$ до 3,71 нг/дл. По УЗИ щитовидной железы: диффузные изменения с неоднородной структурой при нормальном объеме. Лечение глюкокортикостероидами (ГКС) осложнилось развитием синдрома Кушинга. Эндокринологом рекомендовано продолжить прием тирозола и преднизолона с последующей постепенной отменой ГКС по 5 мг в неделю под контролем гормонов щитовидной железы. В связи с тахисистолической формой ФП до 120 уд./мин. назначено лечение метопрололом 150 мг в сутки с сотагексалом 160 мг в сутки с положительным эффектом и последующим уменьшением дозы метопролола до 50 мг в сутки и сотагексала до 80 мг в сутки.

Заключение. Клинический случай демонстрирует сложность подбора антиаритмической и пульсурежающей терапии у пациента с ГКМП, высоким риском ВСС, осложненной АИТ с тахисистолической формой ФП. Назначение комбинации препаратов из группы бета-блокаторов в высоких дозировках, один из которых обладает антиаритмическим действием, является редким исключением и не обсуждается в международных рекомендациях. Более того, высокие дозы сотагексала при выраженной гипертрофии миокарда могут оказывать проаритмогенный эффект. Однако, учитывая наличие у пациента высокого риска ВСС, установленного ИКД с функцией водителя ритма, некупирующееся состояние тахисистолии до 120 уд./мин., противопоказания к назначению амиодарона, это привело к назначению одновременно двух препаратов из одной группы, что позволило эффективно контролировать ЧСС с отсутствием рецидивирования ЖТ и последующей коррективной терапии.

Изучение суточного мониторингирования артериального давления в периоперационном периоде у больных с различной стрессоустойчивостью

О. Е. Моруннов, Н. В. Орлова

Кафедра поликлинической терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Цель исследования. Изучить показатели суточного мониторингирования артериального давления в периоперационном периоде артроскопии и сопоставить полученные данные со стрессоустойчивостью пациентов.

Материалы и методы. В исследование включили 91 пациента (в возрасте 30–60 лет) с АГ 1–2-й степени. Проведены тесты на стрессоустойчивость: Perceived Stress Scale (PSS) и the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). Обследование проводилось на аппарате суточного монитора артериального давления (СМАД-аппарат ЭДНИТ Meditech АВРМ-02 «Гедон Рихтер», Венгрия) за две недели до оперативного вмешательства и за сутки до оперативного вмешательства. Оценивались показатели СМАД: среднесуточные (САД_{ср.} и ДАД_{ср.}), дневные (САД_{дн.} и ДАД_{дн.}), ночные (САД_{н.} и ДАД_{н.}), частота пульса, пульсовое АД (ПАД), значение суточного индекса (СИ), подъем АД в утренние часы.

Результаты. По результатам тестов на стрессоустойчивость больные были разделены на две группы: 34 стрессоустойчивых пациента и 57 — нестрессоустойчивых. Группы были сопоставимы по основным показателям: возраст, пол, данные анамнеза. При сравнении показателей СМАД у нестрессоустойчивых пациентов в дооперационном периоде определялось увеличение вариабельности САД. Среди нестрессоустойчивых пациентов выявлены более низкие величины суточного индекса САД (Non-dipper): до операции СИ САД — 9, после операции СИ САД — 7, до операции СИ ДАД — 8, после операции СИ ДАД — 6,5. У стрессоустойчивых пациентов СИ САД до операции — 12, после операции — 11, СИ ДАД до операции — 11, после операции СИ ДАД — 9,5 ($P < 0,05$).

Закключение. У пациентов с АГ 1–2-й степени с низкой стрессоустойчивостью в периоперационном периоде под воздействием предоперационного стресса определяются увеличение скорости утреннего подъема АД, увеличение вариабельности САД и снижение величины суточного индекса в периоперационном периоде. Таким образом, показатели суточного профиля АД указывают на наличие риска гипертензивных реакций в периоперационном периоде у нестрессоустойчивых пациентов, что необходимо учитывать в подготовительном предоперационном периоде.

Токсическая кардиомиопатия на фоне высокодозной химиотерапии у молодой пациентки с множественной миеломой

А. К. Пашаева, Н. Г. Потешкина, А. М. Сванадзе

Кафедра общей терапии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва
ГБУЗ «ГКБ № 52» Департамента здравоохранения г. Москвы

Клинический случай. В гематологическом отделении ГКБ № 52 наблюдалась *пациентка Е.* 42 лет с диагнозом: «множественная миелома с парапротеинемией и протеинурией Бенс-Джонса каппа, распространенным остеодеструктивным синдромом, III стадия (Durie-Salmon), III стадия (ISS)». Химиотерапия (пять курсов ПХТ по программе VCD: бортезомиб 2,0 мг, подкож-

но 1 раз в день в 1-й, 4-й, 8-й, 11-й дни, циклофосфан 400 мг, внутривенно капельно в 1-й, 8-й дни, дексаметазон 40 мг, внутривенно капельно в 1–4-й, 8–11-й дни). Мобилизация ПСКК (периферических стволовых кроветворных клеток) — высокая доза циклофосфана 1200 мг, внутривенно капельно пять раз в день (суммарно 6100 мг). Сбор ПСКК. Осложнения: миеломная нефропатия, токсическая кардиомиопатия, артериальная гипертензия II стадии, АГ II степени, риск ССО-3. НК 2А III ФК по NYHA. БЛНПГ.

В анамнезе: заболевание дебютировало в 40 лет с болями в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Лечилась амбулаторно, периодически принимала НПВС. Ухудшение состояния в 41 год, когда усилился болевой синдром. Rg плоских костей и МРТ позвоночника: во всех костях выявляются множественные очаги деструкции.

При обследовании во время проведения первого курса химиотерапии по программе VCD у пациентки отмечается повышение цифр АД до 150/90 мм рт. ст. Назначена гипотензивная терапия (кордафлекс R 50 мг, индапамид 2,5 мг). На ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 86 в минуту. ПБЛНПГ. ЭхоКГ: размеры полостей и функции миокарда в пределах нормы (ФВ 62%). При поступлении после пятого курса химиотерапии перед ауто-ТПСКК жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, учащенное сердцебиение. Объективно состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические отеки голеней и стоп. Дыхательная система без патологии. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца приглушены, шумов нет. Ритм правильный. ЧСС 100 уд./мин. АД 140/90 мм рт. ст. Пищеварительная и мочевыделительная системы без патологии.

Результаты инструментально-лабораторных исследований. Общий анализ крови: гемоглобин — 118 г/л, тромбоциты — 228×10^9 /л, лейкоциты — $6,3 \times 10^9$ /л. Б/х анализ крови: креатинин — 130 мкмоль/л. IgM — 14 мг/дл, IgA — 20 мг/дл, IgG — 412 мг/дл. СКФ 21 мл/мин./1,73 м²; общий анализ мочи: белок 0,3 г/л. Белок Бенс-Джонса: в сыворотке — 2,1 г/л, в моче — 5,28 г в сутки. Миелограмма: плазматические клетки 0,4%. Вторичная гипогаммаглобулинемия. Содержание β_2 18,9 мг/л. NT-proBNP — 3542 нг/л. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 100 в минуту. ПБЛНПГ. ЭхоКГ: диффузный гипокинез ЛЖ с ФВ 36%. Незначительная дилатация ЛЖ. Незначительный гидроперикард (расхождение листков перикарда до 5 мм). Диастолическая дисфункция по первому типу. Признаков легочной гипертензии нет. МРТ сердца без контрастирования: умеренная дилатация полости ЛЖ с ФВ 40%. Гистологическое исследование костного мозга: картина множественной миеломы, убедительных данных амилоидоза с поражением структур костного мозга нет. Учитывая данные Эхо-КГ, ФВ 36%, рекомендовано воздержаться от проведения ауто-ТПСКК в настоящее время. Рекомендованы бисопролол 5 мг два раза в день, эналаприл 5 мг утром, гипотиазид 25 мг утром. На фоне терапии состояние пациентки улучшилось, повысилась толерантность к физическим нагрузкам, уменьшился отечный синдром.

Заключение. Данный клинический пример демонстрирует токсическое влияние ВХТ на сердечно-сосудистую систему у онкологических больных, которое подтверждается снижением сократительной способности миокарда и развитием артериальной гипертензии.

Остеопонтин у больных хронической обструктивной болезнью легких как независимый фактор риска развития ишемической болезни сердца

Н. А. Суворова, И. Г. Гордеев, О. А. Байкова

Кафедра госпитальной терапии № 1 лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

Актуальность. Белок остеопонтин (ОП) является многофункциональным протеином, занимающим важное место в продукции цитокинов, дифференциации различных клеток, в процессах иммунного ответа, кальцинирования. Имеются большое количество исследований по изучению данного маркера у онкологических пациентов, у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), различными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Большое число публикаций говорит о роли ОП в формировании атеросклероза, корреляции уровня ОП с тяжестью атеросклероза. Кроме того, ОП признан значимым участником в процессе воспаления при атеросклерозе.

Целью исследования явилось изучение роли ОП у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) как маркера системного воспаления в патогенезе ишемической болезни сердца.

Задачами исследования являлись изучение взаимосвязи между повышением уровня ОП и степенью снижения ОФВ₁, выявление взаимосвязи между уровнем остеопонтина и дислипидемией, определение корреляционных связей между повышением уровня остеопонтина и изменениями в коагуляционном потенциале крови; анализ корреляции между уровнем остеопонтина и частотой сердечно-сосудистых событий, частотой повторных госпитализаций по поводу обострения ХОБЛ.

Материалы исследования. В исследование включены 100 пациентов, которые были разделены на две группы (первая группа: пациенты с ХОБЛ A-D по GOLD [n = 47]; вторая группа: пациенты с ХОБЛ A-D по GOLD в сочетании с ИБС [n = 53]); 20 здоровых некурящих добровольцев. Обследуемые пациенты распределены по подгруппам A, B, C, D с учетом тяжести ХОБЛ по шкале GOLD.

Методы исследования. Всем участникам исследования проведено стандартное обследование (подсчет индекса никотин-ассоциированного риска, оценка шкал САТ, mMRC, CCQ; исследование функции внешнего дыхания, рентгенография органов грудной клетки, ЭКГ, Эхо-КГ; исследование липидного профиля, уровня С-реактивного белка; исследование спонтанной агрегации тромбоцитов и индуцированной АДФ-агрегации тромбоцитов, тест шестиминутной ходьбы, подсчет

индекса BODE). Всем пациентам проведено исследование уровня остеопонтина методом иммуноферментного анализа.

Результаты. При предварительной оценке полученных данных установлено достоверное повышение уровня остеопонтина в обеих группах, более значительное повышение в группе ХОБЛ + ИБС. Выявлено достоверное повышение уровня СРБ у пациентов в группе ХОБЛ + ИБС по сравнению с пациентами с изолированной ХОБЛ. При этом имеется тенденция к повышению уровня СРБ в подгруппах пациентов с ХОБЛ и ХОБЛ + ИБС B и D по шкале GOLD, а как известно, пациенты с ХОБЛ B и D имеют более выраженную симптоматику, более частые обострения. При проведении предварительной оценки уровня ЛПНП и АДФ-агрегации тромбоцитов имеется тенденция к повышению уровня ЛПНП и агрегационного потенциала в подгруппах пациентов B и D в обеих группах обследованных.

Заключение. Можно сделать предварительный вывод о том, что уровень остеопонтина зависит от стадии ХОБЛ, а также повышается при сочетании ХОБЛ с ИБС. Необходима дополнительная оценка полученных данных для определения корреляции между такими показателями, как уровень остеопонтина, липидный профиль, С-реактивный белок, агрегация тромбоцитов, их корреляции с частотой сердечно-сосудистых событий, частотой обострения ХОБЛ. Уровень остеопонтина также может быть использован в качестве маркера системного воспаления, определения стадии ХОБЛ и оценки степени сердечно-сосудистого риска.

Оценка факторов сердечно-сосудистого риска у медицинских работников городской многопрофильной больницы

К. Г. Ткаченко, А. Д. Эрлих

Кафедра факультетской терапии лечебного факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва

ГБУЗ г. Москвы «ГКБ № 29 имени Н. Э. Баумана» Департамента здравоохранения г. Москвы

Цель исследования. Оценить частоту распространения различных факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у сотрудников многопрофильной больницы (городская клиническая больница № 29 г. Москвы).

Материал и методы. Проведено медицинское обследование (артериальное давление, вес, рост, окружность талии, определение в крови уровней липидов и глюкозы и ответы на вопросы специально созданной анкеты) 322 медицинских работников старше 40 лет.

Результаты. Средний возраст обследуемых составил $51,6 \pm 7,8$ года; среди них: 21 % врачей, 47 % медсестер; 91 % женщин. Известная артериальная гипертензия в прошлом была у 50 %, а повышенное артериальное давление выше 140/90 мм рт. ст. выявлено у 40 % обследуемых, причем у 56 % из тех, кто регулярно принимает анти-

гипертензивные препараты. Частота других ФР ССЗ была следующей: низкая физическая активность — 74 %, гиперлипидемия — 69 %, избыточное употребление соли — 68 %, ожирение — 43 %, неправильное питание — 37 %, курение — 25 %. Среди всех сотрудников, принимающих ацетилсалициловую кислоту, 80 % принимали ее, не имея к этому абсолютных показаний (для первичной профилактики), а среди лиц с абсолютными показаниями к статинам, препарат этого класса принимали 11 %. При сравнении показателей у женщин разного возраста было выявлено, что частота поведенческих ФР (неправильное питание, избыточное потребление соли, низкая физическая активность) у женщин младше 50 лет значимо не отличалась от таковой у женщин старше 50 лет, а частота курения у более молодых женщин была даже выше.

Заключение. Обследование медицинских работников старше 40 лет выявило высокую частоту хорошо известных модифицированных ФР ССЗ, особенно низкой физической активности, гиперлипидемии, избыточного употребления соли, ожирения. Распространенность в исследуемой группе артериальной гипертензии, курения и неправильного питания также была высокой, но в среднем не превышали эти показатели в общероссийской популяции. Выявлены высокая частота приема аспирина лицами, не имеющими к нему абсолютных показаний и, наоборот, низкая частота использования статинов у лиц с абсолютными показаниями к этому классу препаратов, а также низкая эффективность медикаментозного лечения артериальной гипертензии.

Влияние распространенности и локализации фрагментации QRS-комплекса на течение ИБС у лиц, перенесших инфаркт миокарда

Ю. Н. Федулаев, И. В. Макарова, А. В. Бабаев, И. Н. Шошина, Т. В. Пинчук

Кафедра факультетской терапии педиатрического факультета ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, ГБУЗ ГКБ №13 ДЗМ, ГБУЗ ГП №109 ДЗМ; г. Москва

Цель исследования. Оценить частоту обращений в ЛПУ амбулаторного звена, количество госпитализаций (в том числе для установки ЭКС), повторных сердечно-сосудистых событий и летальных исходов в когорте лиц, перенесших инфаркт миокарда (давностью от 4 до 15 лет) в зависимости от наличия фрагментации QRS-комплекса на 12-канальной ЭКГ покоя. Изучить влияние распространенности и различной локализации фрагментации QRS на течение ИБС в данной группе больных.

Методы исследования. Проанализированы электрокардиограммы 137 пациентов (возраст 46–67 лет) ЛПУ ЮВАО г. Москвы, перенесших инфаркт миокарда. Основная группа (с фрагментацией QRS-комплекса) включала 39 пациентов (43,6 % мужчин; средний возраст $56,1 \pm 9,4$ года), контрольная группа — 98 (42,9 %

мужчин; средний возраст $57,3 \pm 9,8$ года). Критерии включения: ФВ ЛЖ выше 50 %, ширина желудочкового комплекса менее 120 мс. Критерии исключения: фибрилляция и трепетание предсердий в анамнезе, АВ-блокада III ст., удлинение интервала QT, ГЛЖ по данным Эхо-КГ. Использовались общепринятые критерии фрагментации QRS-комплекса: зубина зубца R (S) или RSR не менее чем в двух отведениях, соответствующих одной зоне кровоснабжения. Статистическая обработка выполнялась в программе SPSS 20.0 (SPSS Inc., США), статистически значимыми считались значения $p < 0,05$.

Результаты. Получены достоверно более высокие шансы летального исхода ($p = 0,048$; ОШ: 2,7; 95 % ДИ: 1,1–6,5) в основной группе. Фрагментация по трем стенкам левого желудочка (передней, нижней, боковой) отмечалась в 16,7 % летальных исходов и не отмечалась в случаях благоприятного исхода ($p < 0,001$), при этом в 75,0 % летальных случаев (и только в 3,7 % случаев с благоприятным исходом) фрагментация локализовалась по боковой стенке (в отведениях I, AVL, V5, V6; $p < 0,001$). Среди больных с фрагментацией QRS частота обращений в ЛПУ амбулаторного звена, госпитализаций и имплантации ЭКС была достоверно выше ($p < 0,001$). Корреляционная связь между числом отведений с фрагментацией QRS и частотой госпитализаций оказалась прямой, сильной, статистически достоверной ($r_{xy} = 0,77$; $p < 0,001$). Частота развития повторных сердечно-сосудистых событий (инфарктов миокарда) не зависела от наличия фрагментации QRS. Фрагментация по нижней стенке (отведения II, III, AVF) увеличивала шансы имплантации ЭКС в 18,7 раза ($p = 0,005$; ОШ: 18,7; 95 % ДИ: 2,1–167,3).

Заключение. У больных с ИБС, перенесших инфаркт миокарда, с сохраненной ФВ ЛЖ и синусовым ритмом фрагментация QRS-комплексов свидетельствует о неблагоприятном прогнозе: более высокой обращаемости в ЛПУ амбулаторного звена, увеличении частоты госпитализаций, в том числе для установки ЭКС, увеличении частоты летальных исходов. С увеличением распространенности фрагментации QRS возрастает число госпитализаций в кардиологические стационары. Регистрация фрагментации QRS по трем стенкам левого желудочка, и в особенности по боковой стенке, может указывать на высокую вероятность неблагоприятного исхода, по нижней стенке — на более высокие шансы развития аритмических событий, требующих установки ЭКС.

Ишемия миокарда у пациента с гипертрофической кардиомиопатией в сочетании с ИБС. Восьмилетняя история наблюдения

А. С. Юнисова, Н. С. Крылова, Н. Г. Потешкина

Кафедра общей терапии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «РНИМУ имени Н. И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва
ГБУЗ «ГКБ № 52» Департамента здравоохранения г. Москвы

Клинический случай. Пациент Ц., 64 года, около восьми лет наблюдается на кафедре общей терапии ФДПО. В возрасте 40 лет появились ноющие боли за грудиной без четкой связи с физической нагрузкой, а с 56 лет беспокоят приступы сжимающих болей за грудиной при быстрой ходьбе. Артериальная гипертензия максимально до 180/100 мм рт. ст. На ЭКГ выявлены глубокие асимметричные отрицательные зубцы Т в I, aVL, V2–V6, по поводу чего в 56 лет госпитализирован с диагнозом «инфаркт миокарда». При Эхо-КГ эндокардиальная поверхность верхушки ЛЖ неоптимально визуализировалась, создавая впечатление апикальной аневризмы ЛЖ. В связи с отсутствием динамики кардиоспецифических маркеров данных за ОКС не получено, и больному проведена велоэргометрия (ВЭМ). Выявлена преходящая депрессия сегмента ST до 2 мм при нагрузке мощностью 125 Вт. Пациенту выполнена коронароангиография (КАГ) с вентрикулографией (ВГ), при которой не было выявлено стенотического поражения коронарных артерий, а в области верхушки ЛЖ выявлена не аневризма, а уменьшение объема ЛЖ с апикальным заострением полости ЛЖ. Таким образом, диагностирована апикальная гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП), которая подтверждена данными МРТ сердца с гадолинием, где отмечалось интрамиокардиальное накопление препарата в апикальных сегментах ЛЖ, характерное именно для ГКМП. Спустя шесть лет пациент стал отмечать изменение характера загрудинных болей с их учащением. ВЭМ по-прежнему продемонстрировала наличие ишемии миокарда, однако толерантность к физической нагрузке несколько снизилась, и проба прекращена на уровне 100 Вт. При КАГ выявлен стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) в средней трети до 95%. Больному выполнена баллонная ангиопластика, и имплантирован стент без лекарственного покрытия в среднюю треть ПМЖВ. Восстановлен кровоток TIMI3. После проведенной процедуры больной отметил улучшение

самочувствия: исчезновение ангинозных болей и увеличение толерантности к физической нагрузке. Больному рекомендована тройная антитромботическая терапия в связи с наличием пароксизмальной формы фибрилляции предсердий (ацетилсалициловая кислота 75 мг, клопидогрел 75 мг, дабигатран 110 мг два раза в день с монотерапией дабигатраном через один год), бисопролол 5 мг в сутки, аторвастатин 40 мг, периндоприл 2 мг, амиодарон 200 мг в сутки. Через месяц после выписки из стационара по дороге в поликлинику на плановый прием к терапевту у пациента отмечался дискомфорт за грудиной, потребовавший остановки. Несмотря на то что на ЭКГ отсутствовала динамика, больной с подозрением на тромбоз стента госпитализирован в отделение кардиореанимации другого стационара. В рамках ОКС проведена повторная КАГ. Стент проходим, данных за тромбоз не получено. Спустя два года пациент в плановом порядке госпитализирован. При ВЭМ, помимо обычных для пациента признаков ишемии миокарда, отмечено незначительное снижение толерантности к физической нагрузке по сравнению с предыдущим исследованием. Проведена КАГ в плановом порядке, и выявлено поражение ПМЖВ: на границе проксимальной и средней трети эксцентрично стенозирована до 65–70%, в средней трети визуализируется установленный ранее стент с рестенозом до 55%. Стент с лекарственным покрытием имплантирован в проксимальной-средней трети ПМЖВ с покрытием ранее стентированного участка (стент в стент). На контрольной ангиограмме коронарный кровоток в бассейне ПМЖВ TIMI III. Рекомендовано увеличение дозы статинов.

Заключение. Приведенный случай интересен тем, что иллюстрирует присоединение ИБС у больного с ГКМП через шесть лет и ее прогрессирование, несмотря на адекватную терапию. Продemonстрированы сложность дифференциальной диагностики ГКМП и ИБС, возможность их сочетания и важность выявления сопутствующей ИБС у пациентов ГКМП.





РОССИЙСКОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБЩЕСТВО
ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

ХV ЮБИЛЕЙНЫЙ
ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

2019

13-15 МАРТА 2019 ГОДА

ТЕЗИСЫ ПРИНИМАЮТСЯ
ДО 30 ЯНВАРЯ 2019 ГОДА

WWW.GIPERTONIK.RU

