

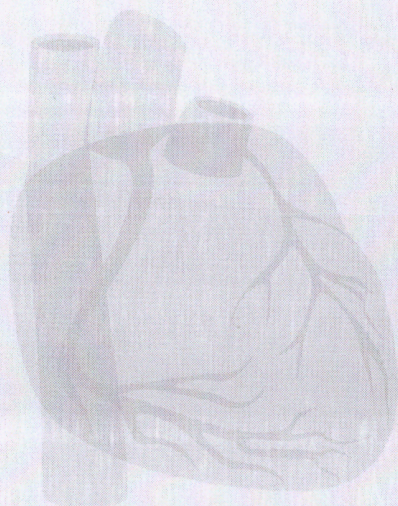


ISSN 2010-6947



O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

2017 № 2 (44)



КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА



O'zbekiston Respublikasi kardiologlar Assotsiatsiyasi
Ассоциация кардиологов Республики Узбекистан

O'ZBEKISTON KARDIOLOGIYASI

Ilmiy-amaliy jurnal
2006-yilda tashkil etilgan

№ 2/2017
(44)

КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 2006 г.

№ 2/2017
(44)



ний балл по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VAS}_c$ в этой группе составил $2,2 \pm 1,3$, из них 55 пациентов имели высокий риск тромбоэмболических осложнений. В группе 2 СЭК антикоагулянты принимали 298 пациентов (67,4%) (170—ППОАК и 128—варфарин). В этой группе 242 пациента имели высокий риск по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VAS}_c$ средний балл составил $1,7 \pm 1,2$ ($p=0,001$). В группе 1 высокий риск кровотечений ($\text{HAS-BLED} \geq 3$ баллов) имели 4 пациента (5%). В группе 2 высокий риск кровотечений по шкале HAS-BLED отмечался у 26 пациентов (6%) ($p=0,164$). У больных со СЭК ЛП устойчивая форма ФП выявлялась чаще, чем у пациентов без феномена СЭК (56 и 32,2% соответственно, $p<0,001$). Выявлены различия по частоте ИБС у пациентов со СЭК ЛП и без него (71,2 и 52,5% соответственно, $p=0,003$). Застойная ХСН чаще наблюдалась у пациентов со СЭК ЛП в сравнении с группой 2 (24 и 7,9% соответственно, $p<0,001$). Частота тромбоэмболий в анамнезе у пациентов первой группы была выше, чем у пациентов группы сравнения (10,7% и 3,6% соответственно, $p=0,014$). У пациентов со СЭК была выявлена более низкая СКФ по формуле Кокрофта-Голта ($110,2 \pm 33,0$ мл/мин/1,73м²), чем у пациентов контрольной группы ($124,0 \pm 35,0$ мл/мин/1,73м²) ($p=0,028$). Размер ЛП был достоверно выше у пациентов первой группы,

чем у пациентов второй ($44,9 \pm 4,6$ мм и $41,25 \pm 4,0$ мм соответственно, $p<0,001$). Пациенты со СЭК имели большие размеры КСД, чем пациенты без СЭК ($35,9 \pm 5,9$ и $33,1 \pm 4,1$ соответственно, $p<0,001$). Величина КДД также была больше у пациентов первой группы, чем у пациентов группы контроля ($51,3 \pm 5,8$ и $49,2 \pm 4,1$ соответственно, $p=0,005$). Индекс массы миокарда левого желудочка был выше у пациентов со СЭК, в сравнении с пациентами без него ($108,4 \pm 28,9$ г/м² и $95,5 \pm 21,1$ г/м² соответственно, $p<0,001$). В то же время фракция выброса у пациентов группы 1 была выше, чем у пациентов группы сравнения ($63,3 \pm 18,0$ и $61,8 \pm 9,0$ соответственно, $p<0,001$).

Выводы. У пациентов с персистирующей формой феномен СЭК в ЛП наблюдался чаще, чем при пароксизмальной ФП. Пациенты со СЭК в ЛП имели более тяжелый коморбидный фон. У этих больных был выше риск по шкале $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VAS}_c$ и чаще встречались такие факторы риска, как ИБС, застойная ХСН и случаи тромбоэмболии в анамнезе. У пациентов первой группы функция почек была хуже, чем у пациентов второй группы. По данным трансторакальной эхокардиографии у пациентов со СЭК были выявлены более выраженные изменения структуры сердца, чем у пациентов без СЭК.

ДОЗИРОВКА ОСНОВНЫХ ГРУПП МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КЛАССАХ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА

ПОЧИНСКАЯ М.В.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина. Украина

Цель исследования. Оценить изменение доз медикаментозных препаратов в различных классах пульсового артериального давления (ПАД) у пациентов в ранний период после имплантации ЭКС для разработки предложений коррекции дозировки приведенных групп препаратов в зависимости от класса ПАД.

Материал и методы. Обследованы 220 пациентов (110 мужчин и 110 женщин) в возрасте 70 ± 9 лет до и после имплантации ЭКС в режимах DDD(R)—132 пациента, VVI(R)—69, CRT(P/D)—19. Среди показаний к имплантации кардиостимуляторов были атриовентрикулярная (AV) блокада—у 125 пациентов, блокада ножек пучка Гиса—у 55, синдром слабости синусового узла (СССУ)—у 51, постоянная форма фибрилляции предсердий (ФП)—у 70, дилатационная кардиомиопатия (ДКМП)—у 16. Пациенты были отнесены к пяти классам ПАД: I—очень низкое ПАД—менее 20 мм рт.ст., II—низкое более 20—менее 40 мм.рт.ст., III—норма—40—60 мм рт.ст., IV—высокое

более 60—менее 80 мм рт.ст., V—очень высокое ПАД—более 80 мм рт.ст.

До и в ранний период (3–5 дней) после имплантации ЭКС в каждом классе ПАД определялся коэффициент дозы приведенных медикаментозных препаратов со среднетерапевтическими дозами: антикоагулянты (варфарин—5 мг, прадакса—300 мг, ксарелто—20 мг); антиагреганты (клопидогрель, ацетилсалициловая кислота—75 мг); антиаритмические препараты (амиодарон—200 мг и блокаторы β -адренорецепторов (метопролол—100 мг, бисопролол, небиволол, бетаксолол—5 мг, карведилол—6,25 мг, атенолол—50 мг)); диуретики (гидрохлортиазид—12,5 мг, фуросемид—40 мг, торасемид—5 мг, индапамид—2,5 мг, спиронолактон—50 мг); антагонисты Са (амлодипин—10 мг, нифедипин—90 мг, верапамил—80 мг); ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) (эналаприл, лизиноприл, фозиноприл—10 мг, рамиприл—5 мг); блокаторы рецепторов ангиотензина II (БРА) (лозартан—50

мг, кандесартан – 8 мг); статины (симвастатин, аторвастатин – 20 мг, розувастатин – 10 мг). Для каждой группы препаратов был рассчитан коэффициент дозы как среднее значение терапевтической дозы для данного препарата, принятого за 1,0. Статистическая обработка проводилась с помощью Microsoft Excel (для параметрических данных: M – среднее значение, sd – стандартное отклонение. Ожидаемый результат определялся уровнем достоверности $p < 0,05$.

Результаты. Исходно коэффициент дозы антикоагулянтов, антиагрегантов, БРА и статинов находился на среднетерапевтическом уровне во всех классах ПАД и не изменился после имплантации ЭКС. Исходно меньший

коэффициент дозы иАПФ и антагонистов Са во II, III и больший в IV, V классах ПАД не изменился в острый период после имплантации. Коэффициент дозы антиаритмических препаратов и диуретиков увеличился после имплантации ЭКС во всех классах тем больше, чем больше класс ПАД.

Выводы. В ранний период после имплантации ЭКС дозировка антикоагулянтов, антиагрегантов, антагонистов Са, иАПФ, БРА и статинов не изменяется, а антиаритмических препаратов и диуретиков – увеличивается. Пациенты с имплантированными ЭКС в IV и V классах ПАД требуют назначения антиаритмических препаратов, диуретиков, антагонистов Са и ингибиторов АПФ в более высоких дозах.

СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА

СЕДЫХ Д.Ю.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово. Россия

В связи с существующими сегодня высокими показателями заболеваемости и смертности от болезней системы кровообращения в Российской Федерации крайне актуальным является анализ многочисленных регистров и проведение научно-клинических исследований, позволяющих выявить основные факторы, демонстрирующие влияние на прогноз у пациентов с ранее перенесенными ишемическими событиями (инсульты, инфаркты миокарда). Отсюда, несомненно, важным явился и превентивный поиск значимых социальных и демографических характеристик у пациентов с различным течением первичного постинфарктного периода.

Цель работы. Выявить социально-демографические факторы, ассоциирующиеся с развитием у больных повторных инфарктов миокарда (ИМ).

Материал и методы. Исследование ретроспективное, наблюдательное. По регистру острого коронарного синдрома (ОКС) ФГБУ НИИ КПССЗ 2009 г. отобран 471 пациент с первичным ИМ. Критерии исключения: наличие перенесенного ранее ИМ; ИМ с явлениями ранней постинфарктной стенокардии; ИМ – осложнение чрескожных коронарных вмешательств и/или коронарного шунтирования; возраст 75 лет и старше; летальный исход при первичном ИМ. На протяжении 5 лет были отслежены конечные точки в отношении развития повторных ИМ (в том числе фатальных), после чего все больные разделены на группы сравнения: 346 (73,4%) пациентов – без возникновения повторного

ИМ и 125 (26,5%) пациентов – с развившимися одним или несколькими повторными ИМ. Для оценки социально-демографических факторов, достоверно влияющих на исход первого постинфарктного периода, в программе Statistica 10,0 произведен однофакторный статистический анализ анамнестических характеристик пациентов с применением критерия χ^2 Пирсона.

Результаты. За период наблюдения повторный инфаркт миокарда зарегистрирован у 125 (26,5%), из них у 23 (18,4%) – фатальный. На основании проведенного анализа статистически значимыми социально-демографическими факторами, ассоциирующимися с развитием в постинфарктном периоде повторных ОКС по типу ИМ определены: более старший возраст ($p = 0,0003$), низкий уровень образования ($p = 0,0000$), отсутствие работы ($p = 0,0010$), проживание в крупном промышленном центре ($p = 0,0028$) или сельской местности ($p = 0,0227$). Достоверного влияния на исход первого постинфарктного периода не выявлено в отношении таких факторов, как женский и мужской пол ($p = 0,5859$), нахождение на пенсии ($p = 0,9184$) и наличие инвалидности ($p = 0,1127$).

Заключение. Выявление у пациентов с первичными ИМ названных выше социально-демографических факторов позволит предотвратить повторные инфаркты миокарда за счет последующей разработки и активного внедрения индивидуальных и групповых мер вторичной профилактики в отношении потенциально модифицируемых характеристик.



ТЕЗИСЫ

РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ«ПЕРВООЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ РАЗВИТИЯ КАРДИОЛОГИИ
И КАРДИОХИРУРГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ»

(25–26 мая 2017 года, г. Ташкент)

КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Elmurodov S.I., Alyavi A.L., Juraev M.I., Buvatmuxamedova N.T. EFFICACY OF COMBINATION LIPID-LOWERING THERAPY IN PATIENTS AFTER CORONARY ARTERY REVASCULARISATION Tashkent Medical Academy, Cardiology, Tashkent, Uzbekistan	58
Karimov Bunyod M.D., Yuldashev Nabijon Ph.D. OUR EXPERIENCE OF TAVI IN PATIENTS WITH HIGH SURGICAL RISK JSC «Republican Specialized Centre of Cardiology» Tashkent, Uzbekistan	59
Нуриллаева Н.М., Абдумаликова Ф.Б. ОЦЕНКА УРОВНЯ КОМПЛАЕНТНОСТИ К ФАРМАКОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ. Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент. Узбекистан	59
Вакксов К.М., Ганюков В.И., Тарасов Р.С., Барбараш О.Л. БИОДЕГРАДИРУЕМЫЙ СТЕНТ В СРАВНЕНИИ С МАММАРО-КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ НИСХОДЯЩЕЙ АРТЕРИИ НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ БОКОВОЙ МИНИТОРАКОМИИ. ТРИДЦАТИДНЕВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово. Россия	60
Каримов А.М., Абдуллаев Т.А., Фозилов Х.Г., Цой И.А. ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИБС СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	61
Кривошапова К.Е. ОЦЕНКА РИСКА ИШЕМИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ АСПИРИНОТЕРАПИИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ АГРЕГОМЕТРИИ ФГБНУ НИИ КПССЗ, г. Кемерово. Российская Федерация	62
Кучкаров Х.Ш. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ С-РЕАКТИВНЫМ БЕЛКОМ И ВЫРАЖЕННОСТЬЮ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ НЕКОРОНАРОГЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ Республиканский специализированный центр кардиологии, г. Ташкент. Узбекистан	63
Минулина А.В. КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНТАННЫМ ЭХОКОНТРАСТИРОВАНИЕМ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ Тюменский кардиологический научный центр. Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, г. Томск. Россия	63
Починская М.В. ДОЗИРОВКА ОСНОВНЫХ ГРУПП МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КЛАССАХ ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В РАННИЙ ПЕРИОД ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина. Украина	64
Седых Д.Ю. СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТОВ МИОКАРДА Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний», г. Кемерово. Россия	65
Тукиш О.В., Гарганеева А.А. ВЛИЯНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» «Научно-исследовательский институт кардиологии», Томск, Россия	66