

пациентов составил $69,67 \pm 9,06$ года). Давность заболеваний сердечно-сосудистой системы составила в среднем $13,21 \pm 5,34$ года. Наиболее часто встречалась артериальная гипертензия II-III ст. (92,1% пациентов) и нарушения сердечного ритма (постоянная или пароксизмальная форма фибрилляции предсердий и суправентрикулярная и/или желудочковая экстрасистолия) – у 55,4% пациентов). Признаки хронической сердечной недостаточности II-III функционального класса (по NYHA) выявлены у 86,1% пациентов. Сахарный диабет или нарушенная толерантность к глюкозе выявлены в 45,2% случаев. Реже встречается стенокардия напряжения (8,31% пациентов) и инфаркт миокарда (13,6% случаев) в анамнезе, пороки клапанов сердца (12,8% пациентов), операции на сердце (АКШ, стентирование коронарных артерий, РЧА – 6,7% пациентов), а также ОНМК (9,5% случаев). Проводимая фармакотерапия (до госпитализации и продолжающаяся в стационаре) по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы представлена следующими группами лекарственных препаратов. Чаще всего пациенты принимали бета-адреноблокаторы (58,6%), дезагреганты (45,9%) и блокаторы РААС (ингибиторы АПФ (44,5%) или блокаторы рецепторов ангиотензина (31%)). Несколько реже назначались блокаторы кальциевых каналов (29,9%), статины (29,3%), диуретики (26,8%), антикоагулянты (16%), препараты метаболической терапии (9,6%), антиаритмические препараты (7,9%), нитраты и нитратоподобные препараты (3,8%). Выявлено также, что только 48,5% пациентов соблюдали рекомендации кардиолога (терапевта) и принимали все назначенные ранее лекарственные препараты, т.е. приверженность терапии наблюдается почти у каждого второго пациента. Обращает на себя внимание тот факт, что 12,7% пациентов вовсе не принимали назначенной ранее лекарственной терапии по поводу заболевания сердечно-сосудистой системы в течение нескольких лет, а 10,2% пациентов длительное время принимали только один из нескольких назначенных лекарственных препаратов.

Заключение:

В результате исследования выявлено, что каждый четвертый пациент с патологией мочевыделительной системы имеет заболевание сердечно-сосудистой системы, в большинстве случаев это артериальная гипертензия и нарушения сердечного ритма, хроническая сердечная недостаточность, и почти каждый второй пациент имеет сахарный диабет. Фармакотерапия патологии сердечно-сосудистой системы представлена широким спектром лекарственных препаратов. Однако комплаентность пациентов недостаточна для предотвращения прогрессирования заболевания сердечно-сосудистой системы, что может способствовать также прогрессированию патологии мочевыделительной системы.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ПОЧЕЧНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Попель О.Н.¹, Кошлатая О.В.¹, Суджаева О.А.¹,
Мещеряков Ю.В.², Колядко М.Г.¹,
Русских И.И.¹, Ковш Е.В.¹

¹ РНПЦ «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь;

² ИПКиПКЗ УО «БГМУ», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Определить прогностические факторы риска развития хронической болезни (ХБП) почек у пожилых пациентов с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС).

Материал и методы:

Обследовано 64 пациента (40 женщин и 24 мужчины) с ХИБС без органического заболевания почек в анамнезе в возрасте

74,4±4,5 года. Все, включенные в исследование пациенты, были коморбидными или имели несколько факторов сердечно-сосудистого риска, такие как наличие в анамнезе инфаркта миокарда (ИМ) и/или реваскуляризации миокарда, артериальной гипертензии, сахарного диабета, ожирения, патологии щитовидной железы. Всем обследуемым были проведены: биохимический анализ крови на автоматическом анализаторе «Architect с 4000» (Abbot, США) с определением цистатина С иммунотурбидиметрическим методом, креатинина с применением кинетического метода Яффе, основанного на реакции с щелочным пикритом, биохимический анализ утренней и суточной мочи выполняли на автоматическом анализаторе мочи iQ 200 Select (Beckman Coulter, США) с определением содержания альбумина в суточной моче пробой с сульфосалициловой кислотой и методом с пирогаллоловым красным, натрия мочи, эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате экспертного класса GE Vivid 7 (GE HealthCare, США). ХБП диагностировалась всем пациентам при выявлении нарушения их структуры и/или функции длительностью более 3 месяцев. Для выявления факторов риска (ФР) развития ХБП через 3 месяца проведен линейный регрессионный анализ. Вклад каждого ФР в развитие дисфункции почек оценивался методом отношения шансов (Odd Ratio). В качестве функции активации выбран сигмоид ($f(x)$). Если значение $f(x) > 0,5$, то пациент выйдет на ХБП через 3 месяца с вероятностью 95%. Если значение $f(x) < 0,5$, то пациент не выйдет на ХБП через 3 месяца с вероятностью 95%. Статистический анализ выполнен с помощью программы «STATISTICA 12.0» (StatSoft Inc.).

Результаты:

Пациентам, исходно не имевшим почечной дисфункции, через 3 месяца проведено комплексное обследование, по результатам которого был выставлен диагноз ХБП: у 18% пациентов в стадии С1, у 6% – С2, у 18% – С3А, у 3% – С3Б. После проведения регрессионного анализа выявлены ФР, оказавшие статистически значимое влияние ($p < 0,05$) на возникновение ХБП: 1) по данным ЭхоКГ: пиковая скорость раннего диастолического наполнения-Е ($U=678$, $p=0,039$), время замедления пика Е- DT ($U=514$, $p=0,0168$), пиковая скорость позднего диастолического наполнения А ($U=682$, $p=0,013$); 2) биохимические показатели: содержание альбумина в суточной моче ($U=690$, $p=0,049$), натрия мочи ($U=135$, $p=0,013$), цистатина С ($U=634$, $p=0,009$), креатинин крови ($U=557$, $p=0,014$); 3) клинические данные: возраст, наличие/отсутствие в анамнезе ИМ. Для предсказания развития ХБП через 3 месяца по выявленным ФР составлено уравнение регрессии: $X = -1,2953 + 0,006 \times \text{Возраст} + 0,322 \times \text{Наличие ИМ в анамнезе} + 0,149 \times E - 0,108 \times A + 0,003 \times DT - 0,02 \times \text{Натрий мочи} + 0,02 \times \text{Альбумин суточной мочи} + 1,09 \times \text{Цистатин С} - 0,0015 \times \text{Креатинин}$, где «X» – входное значение для расчета сигмоидной функции активации, «Возраст» – возраст пациента в годах, «Наличие ИМ» – при наличии ИМ в анамнезе принимается за 1, при отсутствии ИМ в анамнезе принимается за 0, «Е» – пиковая скорость раннего диастолического наполнения в м/с, «А» – пиковая скорость позднего диастолического наполнения в м/с, «DT» – время замедления пика раннего диастолического наполнения в мс, «Натрий мочи» – содержание натрия в суточной моче в ммоль/л, «Альбумин суточной мочи» – содержание альбумина в суточной моче в мг/сут, «Цистатин С» – содержание цистатина С в сыворотке крови в мг/л, «Креатинин» – содержание креатинина в сыворотке крови в мкмоль/л. Все факторы коррелировали между собой на высоком уровне ($R=0,79$), коэффициент детерминации $R^2=0,62$, критерий Фишера 0,04.

Заключение:

У пожилых пациентов с ХИБС имеется высокий риск развития нарушения функции почек, которое взаимосвязано не только с

возрастными изменениями, но и с наличием и степенью выраженности патологии сердечно-сосудистой системы, что диктует необходимость проведения профилактики в обоих направлениях.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЗАКРЫТИИ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОКНА

Терещенко А.С., Меркулов Е.В., Азимова М.Р., Гришин Н.С., Сивакова О.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии им. Ак. Е.И. Чазова» Минздрава России,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Инфекционный эндокардит (ИЭ) может возникать в случае микро- и макроповреждений сердца при дегенеративных процессах, пороках клапанов, хирургических манипуляциях и имплантации внутрисердечных устройств. К группе вмешательств с малым объемом доказательной базы, потенциально способных приводить к развитию ИЭ, относится эндоваскулярное закрытие открытого овального окна (ООО). Это связано с тем, что в большинстве случаев такие пациенты исключались из исследований или оценивались с другими группами, прошедшими вмешательство. Следствием является отсутствие указаний в клинических рекомендациях о необходимости профилактической антибиотикотерапии перед эндоваскулярным закрытием ООО. Цель исследования. Изучить влияние профилактической антибиотикотерапии у пациентов, перенесших эндоваскулярное закрытие ООО.

Материал и методы:

В исследовании приняли участие 276 пациентов, которым проводилось закрытие ООО. Длительность наблюдения – 12 месяцев. В зависимости от проведения профилактической антибиотикотерапии (АБП) пациенты были разделены на 2 группы – не получавшие (n=115) и получавшие АБП (n=161).

Результаты:

В качестве АБП пациентам назначались цефалоспорины, а при наличии аллергических реакций они заменялись на гликопептиды. Послеоперационные осложнения присутствовали у 37 (22,98%) пациентов, получавших АБП, и у 12 (10,43%), не проходивших профилактику (p=0,0072). Наиболее часто выявлялись осложнения места доступа, однако они не носили воспалительного характера. Повышение температуры тела более 37,1°C наблюдалось у 19 (11,80%) пациентов, получавших АБП, по сравнению с 5 (4,35%), не проходивших профилактику (p=0,0303). При этом выраженный лейкоцитоз отсутствовал в обеих группах. Длительность повышения температуры тела в группах не отличалась. Также у них была установлена большая длительность госпитализации – 7,00 [6,00; 8,00] койко-дней, в сравнении с 6,00 [4,00; 7,00].

Заключение:

Гипертермия может быть связана с профилактическим приемом антибактериальных препаратов, вызывающим гибель постоянной микрофлоры. У пациентов, не получавших АБП, их концентрация была меньше, что не привело к повышению температуры тела. Так как указания на необходимость АБП перед проведением эндоваскулярного закрытия ООО в клинических рекомендациях отсутствуют, то предлагается оценивать ее целесообразность для каждого пациента индивидуально.

РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИЕМА ИНГИБИТОРОВ НАТРИЙ-ГЛЮКОЗНОГО КО-ТРАНСПОРТЕРА 2 ТИПА (SGLT2I)

Занина Т.В.¹, Тавлужева Е.В.²

¹ГБУЗ «ГКБ им. Ф.И. Иноземцева ДЗМ»,
г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины»,
г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

У пациентов с острым коронарным синдромом все еще может сохраняться вторичная сердечная недостаточность вследствие инфаркта миокарда или вторичного реперфузионного повреждения несмотря на то, что чрескожное коронарное вмешательство может эффективно устранить стеноз коронарной артерии и восстановить коронарное кровоснабжение. Вопрос о том, является ли раннее назначение SGLT2i после инфаркта миокарда (ИМ) эффективным и безопасным, имеет ключевое значение, поскольку инфаркт миокарда является основной причиной возникновения сердечной недостаточности в течение 12 месяцев. Цель. Оценить уровень NTproBNP у пациентов с острым инфарктом миокарда в сочетании с фибрилляцией предсердий и диагнозом ХСН в анамнезе до назначения SGLT2i и на момент выписки из стационара

Материал и методы:

В исследование было включено 110 пациентов, госпитализированных в отделение реанимации и интенсивной терапии для больных с острым инфарктом миокарда с подтвержденным диагнозом острый инфаркт миокарда. У всех пациентов в анамнезе регистрировалась фибрилляция предсердий с формированием хронической сердечной недостаточности II-IV ФК по NYHA. Во время госпитализации пациентам было проведено комплексное лечение инфаркта миокарда, включая реваскуляризацию инфаркт-связанной артерии. Пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составили 55 больных, получающих стандартную медикаментозную терапию, которая включала в себя аспирин, клопидогрел, ПОАК, статины, В-блокаторы, иАПФ. Основную группу 55 пациентов, которым к стандартной терапии был добавлен SGLT2i. Всем пациентам при поступлении и в динамике при выписке контролировался NTproBNP.

Результаты:

При поступлении медиана Me [IQR] уровня NTproBNP у пациентов в основной группе составила 350 [133,6-752] пг/мл. Me [IQR] уровня NTproBNP при выписке составила 406 [162-725] пг/мл (p=0,367). Снижение уровня NTproBNP отмечалось у 43,65% пациентов. При поступлении медиана Me [IQR] уровня NTproBNP у пациентов в контрольной группе составила 435 [130-675] пг/мл. Me [IQR] уровня NTproBNP при выписке составила 480 [135-755] пг/мл (p=0,002). Снижение уровня NTproBNP в динамике отмечалось у 27,3% пациентов. В группе пациентов со стандартной медикаментозной терапией были установлены статистически значимые различия уровня NTproBNP между поступлением и выпиской p=0,002

Заключение:

Таким образом, результаты наблюдения на ограниченной популяции больных с острым инфарктом миокарда в сочетании с фибрилляцией предсердий показали статистически значимое повышение уровня NTproBNP к моменту выписки в группе пациентов, которые не получали SGLT2i в период госпитализации

ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

**ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ОБЩЕСТВ КАРДИОЛОГОВ СТРАН:
АЗЕРБАЙДЖАНА, АРМЕНИИ, РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, КАЗАХСТАНА, КЫРГЫЗСТАНА,
ТАДЖИКИСТАНА, ТУРКМЕНИИ, УЗБЕКИСТАНА**

**VI МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ
«СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ
ВОПРОСЫ КАРДИОЛОГИИ 2024»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

16-17 октября 2024 года