

(19 пациентов), «овер-дипперы» – 4,3% (2 пациента), «найт-пикеры» – 26,1% (12 пациентов). Исследование выявило статистически значимую связь между суточной вариабельностью систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления и суточным индексом (СИ), отражающим степень ночного снижения АД. В частности, обнаружена значимая положительная корреляция между вариабельностью САД и СИ ($r=0,379$; $p=0,009$) и сильная положительная корреляция между вариабельностью ДАД и СИ ($r=0,596$; $p=0,00001$). Оценка индекса времени гипертензии (ИВ) продемонстрировала, что значительную часть суток, дня и ночи пациенты находились в состоянии гипертензии, особенно в ночные часы. Средние значения ИВ САД и ДАД за сутки составили $69,9 \pm 24,3\%$ и $63,4 \pm 26,2\%$, соответственно. В дневные часы ИВ САД и ДАД снижались до $66,3 \pm 27,4\%$ и $56,8 \pm 28,6\%$, однако в ночные часы отмечалось их значительное повышение до $77,7 \pm 26,4\%$ и $74,4 \pm 30,3\%$. Выявлена статистически значимая отрицательная корреляция между степенью ночного снижения (СИ) и ночным ИВ для САД ($r=-0,497$; $p=0,0004$) и ДАД ($r=-0,604$; $p=0,00001$), что свидетельствует о взаимосвязи между недостаточным ночным снижением АД и увеличением продолжительности периодов ночной гипертензии. Кроме того, обнаружена умеренная, но статистически значимая положительная корреляция между степенью ночного снижения ДАД и скоростью его утреннего подъема ($r=0,44$; $p=0,002$).

Заключение:

Результаты исследования демонстрируют важную взаимосвязь между колебаниями артериального давления в течение суток и его снижением в ночное время. Выраженные суточные колебания как систолического, так и диастолического давления ассоциируются с недостаточным снижением давления ночью. У пациентов наблюдался высокий индекс времени гипертензии, особенно в ночные часы, что может указывать на повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений. Недостаточное ночное снижение давления тесно связано с увеличением времени, в течение которого давление остается повышенным ночью, что подчеркивает важность контроля суточной вариабельности АД и достижения адекватного ночного снижения давления. Кроме того, выявленная связь между ночным снижением ДАД и скоростью его утреннего подъема может иметь значение для прогнозирования сердечно-сосудистых событий.

ОЦЕНКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ СЕРДЦА И ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Доценко А.А.¹, Ардашев В.Н.², Масленникова О.М.¹

¹ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация;

²ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ, г. Москва, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Учитывая цереброваскулярную этиологию острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), необходима совместная и одновременная оценка нарушений сердечно-сосудистой и нервной систем для объективизации реабилитационного потенциала у больных в остром периоде инсульта. Цель работы: установить взаимосвязь между биоэлектрической активностью сердца и головного мозга у пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Материал и методы:

Обследовано 26 больных с ОНМК (14 мужчин, 12 женщин, средний возраст $63,0 \pm 14,7$ лет). Для одновременного исследования сердечной активности (дисперсионное картирование ЭКГ, анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР)) и функционального состояния головного мозга (электроэнцефалография) использовался анализатор-монитор биопотенциалов головного мозга «Нейровизор-БММ» (ООО «Медицинские компьютерные системы», Российская Федерация).

Результаты:

При сравнении основных характеристик альфа-ритма с классическими индексами данных ЭКГ высокого разрешения выявлены корреляционные связи средней и высокой силы между большим числом пока-

зателей ЭКГ высокого разрешения и характеристиками альфа-ритма (индекс ритм, Т-альтернация, показатель активности реактивных систем, мощность спектра низких частот) у пациентов с фибрилляцией предсердий. В то же время при синусовом ритме взаимосвязь между частотными характеристиками головного мозга и сердца была менее значимой. Из всех анализируемых параметров выявлена корреляция средней силы между максимальной частотой альфа-ритма и некоторыми показателями ВСР (индекс ритм, мощность спектра низких и очень низких частот). Пациенты, у которых по данным ВСР преобладали симпатические вегетативные влияния, имели меньше сопутствующих заболеваний, более «лёгкую» неврологическую симптоматику.

Заключение:

Электрофизиологическое состояние сердца было тесно связано с тяжестью клинической картины инсульта. Доказательство существования оси «мозг-сердце» открывает новые перспективы для изучения, прогнозирования и лечения заболеваний сердечно-сосудистой и нервной системы.

ПАЦИЕНТ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: АЛГОРИТМ СНИЖЕНИЯ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЙ

Савченко А.В., Савченко М.А., Борис А.М.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», г. Минск, Республика Беларусь;

УО Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

В рутинной кардиологической практике в последние годы все чаще встречаются пациенты, имеющие коморбидную патологию. Особое значение имеют те сочетающиеся заболевания, которые не толькоотягчают течение патологических процессов, но и не позволяют применять современные схемы лечения каждого из них, внося коррективы не только в качество, но и в продолжительность жизни пациентов. Одним из сочетаний, вызывающих затруднения в выборе терапевтической тактики, является наличие у пациента синдрома портальной гипертензии (ПГ) как внутрипеченочного, так и подпеченочного варианта, и различных патологических состояний, вызывающих поражения левых отделов сердца и развитие фибрилляции предсердий (ФП). Главный вопрос для подобных пациентов – риски и целесообразность назначения антикоагулянтной терапии, т.к. значительное число неблагоприятных исходов при ПГ связано с развитием кровотечений, а назначение антикоагулянтов – с высоким риском тромбозомболических осложнений. Целью исследования явилось сформировать алгоритм определения необходимости/опасности назначения оральных антикоагулянтов (ОАК) пациентам с сочетанием ПГ с варикозным расширением вен пищевода и/или желудка (ВРВПЖ) и ФП.

Материал и методы:

В исследование включены 141 пациент с синдромом ПГ и ВРВПЖ (84 мужского и 57 женского пола), 61 – с подпеченочной и 80 с внутрипеченочной формой синдрома. У всех пациентов диагностирована ФП (пароксизмальная форма – у 72 – 51%; персистирующий вариант – у 12 – 8,5% и перманентная форма – у 57 пациентов – 40%). Все пациенты имели показания для длительной терапии ОАК, связанные с высоким тромбозомболическим риском. Учитывая наличие описанных предикторов высокого риска кровотечений из ВРВПЖ («красные точки» и др.), выявляемых при эндоскопическом исследовании, перед назначением ОАК всем пациентам была выполнена фиброзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) и, при необходимости, выполнено эндоскопическое склерозирование/ лигирование потенциально угрожаемых расширенных вен пищевода и желудка. В дальнейшем ФЭГДС в плановом порядке выполнялось с периодичностью около 1 года, при необходимости с проведением повторных сеансов склеротерапии и/или лигирования. Формирование группы сравнения из пациентов с ВРВПЖ и ФП без выполнения ФЭГДС и применения методов коррекции варикоза не проводилось по этическим соображениям. Длительность наблюдения за пациентами составила от 2 до 11,5 лет. В указанный период из группы исследования были исключены 19

пациентов (в связи с прогрессированием цирроза печени и смертью, либо отсутствием комплаентности по прохождению обследования или приему препаратов).

Результаты:

За период наблюдения у 6 человек (4,2%) отмечены эпизоды кровотечений из ВРВПЖ (все пациенты с внутрипеченочной формой портальной гипертензии), купированные с применением малоинвазивных эндоскопических методик, у 2 человек (1,4%) развились кардиоэмболические инсульты, что потребовало госпитализации и проведения специальной лечебно-реабилитационной программы. За период наблюдения пациентам группы исследования выполнено более 235 диагностических ФЭГДС. Число выполненных сеансов склерозирования/лигирования составило 69, от 1 до 4 одному пациенту. Клиническое ухудшение состояния наблюдалось только у пациентов с внутрипеченочной ПГ и было связано с прогрессированием основного заболевания – цирроза печени. В процессе наблюдения оценивались также показатели сократимости миокарда и размеры левых отделов сердца. У 59 пациентов (41,8%) отмечено снижение фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) в среднем с 47% до 41%, увеличение КДО и размеров ЛЖ и ЛП. Неблагоприятный исход заболеваний у пациентов группы наблюдения отмечен в 12 случаях (8,5%) и не связан с эмболическими осложнениями, либо развитием кровотечений.

Заключение:

На основании полученных данных, сделаны следующие выводы: 1. Для определения риска кровотечений у пациентов с ПГ и ФП не достаточно применения шкал (HAS-BLED и др.), т.к. кроме стандартных факторов риска эти пациенты могут иметь потенциально угрожающий фактор в виде ВРВПЖ. 2. Перед назначением и в процессе применения ОАК у пациентов с ПГ целесообразно выполнять ФЭГДС не реже 1 раза в год с проведением плановых сеансов склерозирования/лигирования при необходимости, что значительно снижает риск развития кровотечений.

ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СТАРШЕГО ВОЗРАСТА С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Медведева Е.А., Гелис Л.Г., Колядко М.Г., Кузнецова Т.В., Шибек Н.А., Геворкян Т.Т., Полонецкий О.Л.

ГУ Республиканский научно-практический центр «Кардиология», г. Минск, Республика Беларусь

Введение (цели/ задачи):

Пациенты с сердечно-сосудистыми катастрофами в молодом возрасте имеют другой профиль риска в сравнении с пациентами старшего возраста. Основопологающим фактором, вызывающим инфаркт миокарда (ИМ), является атеросклероз коронарных сосудов, причем у пациентов до 45 лет в большей мере связанный с наследственными нарушениями липидного обмена, что отражается в выраженности атеросклеротического поражения как коронарных, так и периферических артерий. Цель. Изучить степень поражения коронарного русла и периферических артерий у пациентов молодого и старшего возраста с инфарктом миокарда.

Материал и методы:

В исследование включен 221 пациент с инфарктом миокарда, которым проводилась эндоваскулярная реваскуляризация миокарда. ОГ составили 130 лиц молодого возраста (18-44 года), КГ представлена 91 пациентами старше 44 лет. Средний возраст в ОГ составил 38,9±10,4 лет, в КГ 57,8±9,5 лет. Всем пациентам проводились клинико-инструментальные и лабораторные обследования, включавшие в себя: общий анализ крови, биохимический анализ крови с определением высокочувствительного С-реактивного белка, NT фрагмента мозгового натрийуретического пептида, липидного спектра, уровня липопротеина (а) (Лп(а)). Для выявления пациентов с определенным и вероятным диагнозом семейной гиперхолестеринемии (СГХС) были применены критерии голландских липидных клиник. Концентрацию Лп(а) ≥30 мг/дл расценивали как гиперЛп (а). Всем пациентам выполнялась коронароангиография (КГР), эхокардиография, ультразвуковое исследование брахиоцефальных артерий (УЗИ БЦА) и артерий подвздошно-бедренного сегмента (ПБС).

Результаты:

ОГ характеризовалась достоверно большим числом пациентов с однососудистым поражением коронарного русла ($p = 0,014$), тогда как в КГ преобладали пациенты с многососудистым поражением ($p = 0,03$). Среднее количество имплантированных стентов в ОГ составило 1,5±0,1, в КГ – 1,7±0,1 на человека. Средняя длина стентированного участка коронарных артерий у пациентов ОГ 31,7±2,4 мм, в КГ – 41,1±2,9 мм на человека ($p=0,02$). Полнота реваскуляризации в ОГ составила 97,5% из-за преобладания однососудистого поражения коронарного русла, у пациентов КГ – 86% ($p = 0,048$), что можно объяснить поражением коронарных артерий в бассейне, не связанном с инфарктом миокарда и планированием отсроченной реваскуляризации. При анализе ангиографических данных у пациентов ОГ в зависимости от выявленных нарушений липидного обмена установлено, что наиболее выраженное поражение коронарного русла зарегистрировано у пациентов с СГХС в сочетании с гиперЛп (а). Исходный уровень липопротеинов низкой плотности у пациентов с СГХС составил 8,7 ммоль/л, уровень Лп (а) 93 мг/дл (максимальный уровень 346 мг/дл). Среднее количество пораженных коронарных артерий в этой группе пациентов составило 3,1±0,1 на человека, атеросклероз БЦА зарегистрирован у 80% пациентов, атеросклероз артерий подвздошно-бедренного сегмента выявлен у 40% человек. Сочетание СГХС с гиперЛп (а) привело к инфаркту миокарда в возрасте 28±7,2 лет. Изолированное увеличение уровня Лп (а) более 180 мг/дл зарегистрировано у 6% человек. Среднее количество пораженных атеросклерозом коронарных артерий в ОГ при уровне Лп (а) менее 30 мг/дл составляет 1,3±0,1 на пациента, а атеросклеротическое поражение в брахиоцефальных артериях зарегистрировано у 33% человек. При Лп (а) более 30 мг/дл среднее количество пораженных атеросклерозом коронарных артерий составило 2,4±0,1 на человека ($p=0,01$), а атеросклероз в брахиоцефальных артериях зарегистрирован у 62% пациентов. Таким образом, высокий уровень липопротеина (а) ассоциирован не только с более выраженным поражением коронарного русла, но и с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий ОР 1,857 [1,11- 3,71].

Заключение:

Пациенты молодого возраста с инфарктом миокарда характеризуются меньшей выраженностью коронарного и периферического атеросклероза в сравнении с пациентами старшей возрастной группы. Наиболее выраженное поражение коронарного русла среди лиц молодого возраста зарегистрировано у пациентов с СГХС в сочетании с гиперлипидемией (а). Высокий уровень липопротеина (а) ассоциирован с атеросклеротическим поражением не только коронарных артерий, но и брахиоцефальных артерий ОР 1,857.

ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Егорова И.С., Везикова Н.Н.

ФГБОУ ВО «Петрозаводский государственный университет»,

г. Петрозаводск, Российская Федерация

Введение (цели/ задачи):

Цель: оценить частоту и предикторы развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов, перенесших острый коронарный синдром, в отдаленном периоде (14-летнее наблюдение).

Материал и методы:

В исследование вошли 255 пациентов в возрасте до 66 лет, последовательно госпитализированных в Региональный сосудистый центр г. Петрозаводска по поводу ОКС в 2009-2010 гг. В 2023-2024 гг. выполнен ретроспективный анализ посредством телефонных контактов с пациентами и/или электронных медицинских карт. Проведена оценка частоты и предикторов развития ХСН в отдаленном периоде.

Результаты:

В исследование включены 255 пациентов, средний возраст 52,3±7,04 лет, преобладали мужчины (79,3%). В 2023 году получена информация о 212 больных. За время наблюдения 87 пациентов (37,2%) скончались, средний возраст умерших 60±8,2 лет. В течение 14 лет после перенесенного ОКС ХСН развилась у 49,7%. Проведен анализ влияния

ЕВРАЗИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ КАРДИОЛОГОВ

ЕВРАЗИЙСКАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ КОМИССИЯ

ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ РОССИИ

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

ХІІІ ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

14-15 мая 2025 г.