

Редакционная коллегия

Абдикалиев Н.А., проф.
Абдукаримов Б.У., проф.
Абылайулы Ж., проф.,
Атарбаева В.Ш. проф.
Бекжигитов С.Б., д.м.н.
Изатуллаев Е.А., проф.
Нурпеисов Т.Н., проф.
Рысулы М.Р., проф.
Шокарева Г.В., проф.

Редакционный совет

Аканов А.А., проф. (РК)
Алибек К., проф., (США)
Алчинбаев М.А., проф., (РК)
Арзыкулов Ж.А., проф., (РК)
Зельцер М.Е., проф., (РК)
Ишибаши Хироми, проф., (Япония)
Каражанова Л.К., проф., (РК)
Полимбетов Д.С., проф., (РК)
Султаналиев Т.А., проф., (РК)
Шалхаров С.Ш., проф.

*Журнал выпускается в сотрудничестве
с Ассоциацией кардиологов Республики Казахстан*

*Главный научный редактор
Беркинбаев С.Ф., профессор*

*Главный редактор
Кабдрахманов К.Б.*

Терапевтический

Терапия **ВЕСТНИК** *хабаршысы*

Адрес редакции

г. Алматы, 050000, ул. Айтеке би, 120
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК
Электронная почта: kbk4554@gmail.com
По вопросам публикаций 8 777 562 8570

«Терапевтический вестник», Специальный выпуск №1 (47), 2018 г.
Учредитель - РГП «НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК»
Свидетельство о регистрации - № 4754-ж от 02.03.2004
Тип. «Идан». г. Алматы, ул. Уссурийская, 118 Тираж 600 экз.
Журнал выпускается 1 раз в 3 мес.
Подписной индекс **75230**

Материалы

X Конгресс Ассоциации кардиологов и V Съезд терапевтов Республики Казахстан, IX Конгресс Ассоциации кардиологов Тюркского мира, посвященные 40-летию Алма-Атинской декларации ВОЗ по ПМСП.

5-8 июня 2018 г.
г. Алматы.

Организаторы:

- Министерство здравоохранения Республики Казахстан
- НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК
- Ассоциация кардиологов Республики Казахстан
- Ассоциация терапевтов Республики Казахстан
- Ассоциация кардиологов Тюркского мира

сосудистых заболеваний в динамике требует пересмотра подготовки врачей, медсестер и населения. Эффективность

программы скрининга зависит от совместной работы врача, медсестры и пациента.

ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ УСТРОЙСТВ ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Беккулиева С.А., Жангелова Ш.Б., Кодасбаев А.Т., Туякбаева А.Г.

Городской кардиологический центр, Казахский Национальный Медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, Алматы.

Цель данной работы: оценить эффективность медикаментозного лечения у пациентов с ХСН после имплантации устройств вспомогательного кровообращения левого желудочка и трансплантации сердца, проживающих в городе Алматы.

Материалы и методы: За период 2015-2018 гг. на базе Городского кардиологического центра под наблюдением находилось 41 пациент, из них 3 женщины и 38 мужчин. Всем пациентам были имплантированы устройства вспомогательного кровообращения по поводу терминальной ХСН в АО «ННЦ» города Астаны. Так как постоянным местом жительства у пациентов является город Алматы, наблюдали пациентов два врача из ГКЦ, которые были обучены в ННМЦ г Астаны по ведению данной категории пациентов. Исходное состояние пациентов на момент оперативного вмешательства было оценено в соответствии со шкалой INTERMACS (Interagency Registry for Mechanically Assisted Circulatory Support) 4 - у 26, и 3 - у 15 пациентов. **Результаты:** Всем наблюдаемым пациентам были имплантированы следующие виды устройств. HeartMate II – 19, HeartMate III – 17, HeartWare – 5. Средний возраст всех оперированных больных составил 53,8 лет. Самый минимальный возраст пациента составил 24 года, максимальный – 78 лет. У 48,8% пациентов причиной ХСН являлось ишемическая кардиомиопатия, у 26,9% – дилатационная кардиомиопатия, приобретенный порок сердца на фоне ХРБС – 11,5%, врожденный порок сердца – 3,8%, гипертоническая кардиомиопатия 11,5%. У всех пациентов отмечалось низкое значение фракции выброса. Среднее значение фракции выброса левого желудочка составил 22,1%. У 11,5% пациентов использование

вспомогательных желудочковых устройств возникла как необходимость в качестве эффективного средства до проведения трансплантации сердца, как «мост к трансплантации» («BTТ – bridge to cardiac transplantation») и у 88,5% в качестве альтернативы трансплантации или как «окончательная терапия» («DT – destination therapy»). Для оценки результатов VAD имплантации применялась ШОКС и 6-минутный тест ходьбы, исследование NT – pro BNP до и после 3-6 месяцев операции, мониторинг выживаемости пациентов в течении 24 месяцев. Выживаемость в течение 3-х месяцев составила 92,6%, до 12 месяцев – 85,3%, до 24 месяцев – 75,6%, более 24 месяцев – 63,4% при 3-4 по шкале INTERMACS. Всего из наблюдавшихся за весь период 2015-2018 годов умерло 15 пациентов, что составило 36,6%. Основными причинами смерти была ОНМК (n=10), инфекция кабеля (n=2), тромбоз помпы (n=1), тромбоз мезентериальных сосудов (n=1). Фармакотерапия проводилась у всех пациентов согласно клинического протокола РЦРЗ МЗ РК «Хроническая сердечная недостаточность».

Таким образом, летальность до 2015-2018 годы среди пациентов с терминальной ХСН после имплантации LVAD составила 36,6%. Доминирующими причинами смерти явились ОНМК и инфекция кабеля. Соблюдение клинического протокола по ХСН и ведение пациентов согласно протокола по имплантации левого искусственного желудочка сердца (lvad) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ННМЦ РК позволяет продлить жизнь пациентов более 24 месяцев у 63,4%, максимальный период наблюдения по нашему опыту составил 59 месяцев.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЙ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА-1 И ЕГО ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Беловол А.Н., Ильченко И.А., Немцова В.Д.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель. Изучить изменения инсулиноподобного фактора роста-1 (ИПФР-1) при различных формах фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследовано 78 пациентов с ФП (из них 35 женщин; средний возраст - 47,2±5,4 года) без артериальной гипертензии и степенью хронической сердечной недостаточности не выше II функционального класса по классификации NYHA. Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от формы ФП: 1 группа - 23 пациента с пароксизмальной ФП (ФПпр), 2 группа - 30 пациентов с персистирующей ФП (ФПпс), 3 группа - 25 пациентов с постоянной ФП (ФПп). Уровень ИПФР-1 оценивали исходно, через 6 и 12 месяцев (иммуноферментным методом Immulite (Siemens AG, Германия)). Контрольная группа - 14 здоровых людей аналогичного пола и возраста (ИПФР-1 - 189,63±9,32 нг/мл).

Результаты. Исходно во всех 3 группах больных с ФП концентрация ИПФР-1 была ниже, чем в контроле. Уровень ИПФР-1 был выше при ФПпр, чем ФПпс и ФПп (соответственно ФПпр, ФПпс, ФПп (нг/мл): 178,52±10,16; 169,46±9,23 (p>0,05);

161,37±8,24 (p<0,05)). Через 6 месяцев выявлена тенденция к снижению ИПФР-1, которая была более выражена при ФПп (соответственно ФПпр, ФПпс, ФПп (нг/мл): 174,48±10,24; 166,52±9,16; 152,29±9,27). Через 12 месяцев уровень ИПФР-1 уменьшился при ФПп и ФПпс, и мало изменился при ФПпр (соответственно ФПпр, ФПпс, ФПп (нг/мл): 172,32±10,12; 161,48±8,10; 147,32±5,23). У 4 пациентов в течение года наблюдения ФПпр перешла в ФПпс.

Выводы. При ФП уровень ИПФР-1 меньше, чем у здоровых людей, однако степень снижения зависит от формы ФП. Так незначительное снижение выявлено при ФПпр, максимальное - при ФПп, промежуточная степень снижения - при ФПпс. Подобная динамика снижения ИПФР-1 при различных формах ФП сохранялась в течение года наблюдения. Очевидно, снижение ИПФР-1 отражает ухудшение процессов роста и восстановления, а также активацию развития фиброза в миокарде. При ФП снижение ИПФР-1 может быть прогностически неблагоприятным маркером ухудшения течения заболевания.

