

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО НАУЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ
ФИЛИАЛ НИИ КАРДИОЛОГИИ
«ТЮМЕНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР»

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

VII МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
«КАРДИОЛОГИЯ НА ПЕРЕКРЕСТКЕ НАУК»
совместно с

XI Международным симпозиумом по
эхокардиографии и сосудистому ультразвуку,
XXIII ежегодной научно-практической конференцией
«Актуальные вопросы кардиологии»

Нижний Новгород, Тюмень
2016

ракторные показатели острого периода ИМ.

Материалы и методы: Обследовано 135 больных с острым первичным Q-позитивным ИМ левого желудочка различной локализации в возрасте от 34 до 88 лет (средний возраст 66 ± 1 лет). Среди них – 64 женщины и 71 мужчина. Больные госпитализированы в первые 24 часа от начала заболевания. Диагноз ИМ был установлен на основании клинических, электрокардиографических и лабораторных данных. В прогнозировании исходов ИМ был использован Data Mining алгоритм – «Дерево решений», реализованный в программном пакете Deductor Studio Academic, который является полноценной аналитической платформой, поддерживающей технологии Data Mining (процесс построения моделей и поиска закономерностей).

Результаты: Прогнозирование последствий повреждения острого ИМ осуществлялось с использованием алгоритма «Дерево решений». В математический анализ были включены показатели клинического анализа крови, маркеры некроза миокарда, липидный спектр плазмы крови, пробы печени, метаболиты оксида азота – нитрит- (NO_2) и нитрат-анионы, С-реактивный белок, глюкоза плазмы крови, данные коагулограммы, электролиты крови, почечные пробы. Построение таблицы сопряженности позволило определить правильность классификации данных. Дерево правильно классифицировало 129 человек и 6 – неверно. Так, 5 больных ложно отнесены к выжившим и 1 – к умершим, т.е. ошибочно было распознано 4,44% выборки. Следовательно, получен результат с точностью 95,56%. «Дерево решений» выделило восемь лабораторных показателей с определенными условиями. При этом значимость метаболита NO_2 составила 24,9%, триглицеридов (ТГ) – 16,7%, мочевины – 14,8%, эритроцитов – 11,2%, аспартатаминотрансферазы (АСАТ) – 9,4%, липопротеинов очень низкой плотности (ЛПОНП) – 9,4%, креатинина – 8,5%, протромбинового индекса – 5,1%. Остальные показатели были «отсечены», что означает их минимальное влияние или его отсутствие на факт смерти. На визуализаторе «Правила» изображены 9 правил. Показатели представлены с различными пределами их значений, согласно которым можно отнести пациента к

классу выживших или умерших. С достаточным доверием можно относиться только к 4 и 9 правилам, в которых достоверность приближается к 100%, а цена влияния на факт смерти (поддержка) составила 33,59% и 32,03% соответственно. В остальных правилах менее 11% примеров из исходной выборки отвечают условию. Таким образом, 4 правило гласит: если содержание NO_2 менее 22,755 мкмоль/л, ТГ – более или равно 1,565 ммоль/л, эритроцитов – менее 4,91 Т/л, АСАТ – менее 1,23 ммоль/л, мочевины – менее 7,05 ммоль/л, ЛПОНП – менее 0,965 ммоль/л, креатинина – более или равно 91,55 мкмоль/л, то прогнозируется летальный исход. То есть у больных с острым ИМ, у которых отмечается избыточная продукция оксида азота вследствие активации индуцибельной NO-синтазы, повышение АСАТ при отсутствии гепатотоксичности на фоне приема статинов, регистрируются дислипидемия в виде увеличения содержания ТГ при повышенном уровне ЛПОНП и нарушение функции почек вследствие, в первую очередь, уменьшения объема циркулирующей крови и снижения перфузии почек из-за нарушения сократимости миокарда левого желудочка, прогнозируется неблагоприятное течение заболевания. В 9-м правиле определено, что если содержание NO_2 больше или равно 22,755 мкмоль/л, то прогнозируется благоприятный исход. Это можно объяснить тем, что продуцируемый NO-синтазой избыток оксида азота на ранних этапах развития острого ИМ может служить компенсаторным фактором, способствующим поддержанию тканевой перфузии и коронарного кровотока.

Выводы: С помощью Data Mining алгоритма «Дерево решений» выявлены прогностически значимые факторы течения острого ИМ. Установлено, что при совокупности признаков: содержании NO_2 менее 22,755 мкмоль/л, ТГ – более или равно 1,565 ммоль/л, эритроцитов – менее 4,91 Т/л, АСАТ – менее 1,23 ммоль/л, мочевины – менее 7,05 ммоль/л, ЛПОНП – менее 0,965 ммоль/л, креатинина – более или равно 91,55 мкмоль/л прогнозируется летальный исход с точностью 95,56%. При содержании NO_2 более или равно 22,755 мкмоль/л прогнозируется благоприятный исход с точностью 95,56%.

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

Цель работы: Определить гендерные особенности структурно-функциональных изменений (СФИ) миокарда у пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ожирением и сахарным диабетом 2 типа (СД-2).

Материалы и методы: Обследовано 63 пациента (29 женщин и 34 мужчины, средний возраст $49,7 \pm 3,2$ года) с ожирением 1-2 степени (индекс массы тела (ИМТ) $32,7 \pm 2,4$ кг/м²), АГ II стадии и СД-2. Оценивались ИТМ, окружность талии (ОТ), бедер (ОБ), их соотношение (ОТ/ОБ), количество жировой ткани (ЖТ) в организме биоимпедансным методом (БИМ), толщина висцерального жира (ТВЖ) ультразвуковым методом, эхокардиография (ЭхоКГ), уровень

гликемии и липидограмма. Для оценки корреляции использовали t-критерий Кендалла, и R - точный критерий Фишера.

Результаты: Гендерные СФИ миокарда у обследованных больных характеризовались наличием у женщин прямой корреляции между диаметром корня аорты и ИМТ ($t=0,15$, $P=0,043$), а у мужчин – с ОТ, ОТ/ОБ ($t=0,33$, $P=0,047$; $t=0,22$, $P=0,034$ соответственно). У женщин с диаметром левого предсердия прямо коррелировали ОТ, ОТ/ОБ, ТВЖ ($t=0,17$, $P=0,042$; $t=0,15$, $P=0,041$; $t=0,17$, $P=0,013$ соответственно), а у мужчин - ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ, ТВЖ ($t=0,16$, $P=0,034$; $t=0,23$, $P=0,025$; $t=0,21$, $P=0,034$;

$t=0,27$, $P=0,027$ соответственно). У женщин установлена прямая корреляция диастолического диаметра левого желудочка (ЛЖ) с ИМТ, ОТ, ОБ и ТВЖ ($t=0,21$, $P=0,008$; $t=0,21$, $P=0,008$; $t=0,16$, $P=0,012$; $t=0,16$, $P=0,022$ соответственно). У мужчин выявлена обратная корреляция между фракцией выброса ЛЖ с ИМТ, ОТ, ТВЖ и ВЖТ ($t=-0,17$, $P=0,041$; $t=-0,32$, $P=0,009$; $t=-0,26$, $P=0,009$; $t=-0,37$, $P=0,016$ соответственно). У мужчин и женщин масса ЛЖ прямо коррелировала с показателями абдоминального (ОТ, ОТ/ОБ) и висцерального (ТВЖ) ожирения, но у женщин дополнительно установлена корреляция массы ЛЖ с показателями общего (ИМТ, ВЖТ) ожирения, а у мужчин – с показателем периферического (ОБ) ожирения.

Индекс массы ЛЖ прямо коррелировал с ОТ/ОБ и ТВЖ у женщин и мужчин. У мужчин отмечалась прямая корреляция между диаметром правого желудочка и ИМТ ($t=0,22$, $P=0,009$).

Выводы: Абдоминальное ожирение является важным фактором риска развития кардиоваскулярных осложнений, способствует у пациентов с АГ и СД-2 формированию гипертрофии ЛЖ как у женщин, так и мужчин. У данной категории больных гендерные особенности СФИ миокарда проявлялись у женщин развитием дилатации левых отделов сердца без нарушения фракции выброса ЛЖ, а у мужчин расширением корня аорты и снижением систолической функции ЛЖ без изменения его диаметра.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Бендингер М.Н., Юлдашева Х.Ю., Халмухамедов Б.Т.

Ташкентская медицинская академия, г.Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Исследования особенностей течения и лечения хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) являются всегда актуальными. Изучение ХОБЛ и изменений со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС) позволяет выявить важные звенья в клиническом течении данных патологий.

Цель работы: Проследить за тяжестью течения ХОБЛ в сочетании с заболеваниями ССС, оценить их клинико-функциональные особенности и эффективность комплексной терапии.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 74 больных ХОБЛ в возрасте от 39 до 68 лет. Из них женщин - 14, мужчин - 60. Все пациенты прошли необходимые клинические обследования. В динамике изучены ОФВ₁, ЭКГ и ЭхоКС, что позволило верифицировать диагноз.

Согласно принятой классификации (GOLD, 2007г.), все больные были разделены на 4 группы в зависимости от тяжести течения ХОБЛ. У 53 больных ХОБЛ сочеталась с гипертонической болезнью (ГБ) I и II стадий. У больных с легким течением ХОБЛ цифры АД достигали до лечения 150/100 мм рт.ст., в группе больных со среднетяжелым течением - 170/100 мм рт.ст. Больные с тяжелым и крайне тяжелым течением ХОБЛ в сочетании с ГБ в исследование не вошли. В лечении ГБ у больных ХОБЛ применяли препараты из группы антагонистов кальция и блокаторы ангиотензиновых рецепторов.

Результаты: На фоне лечения показатели АД стабилизировались и составили 130/80 мм рт.ст. у больных с легким течением ХОБЛ и 140/90 мм рт.ст. - со среднетяжелым

течением. Изучение рентгенограмм грудной клетки и данных ЭКГ и ЭхоКС выявило гипертрофию как правого, так и левого желудочков. Изучение сократительной способности миокарда, по данным фракции выброса (ФВ): показало, что в первой группе ФВ составляла до лечения 59,3% и 61,4% после лечения; во второй группе показатели ФВ составили 52,3% до лечения и 56,4% после лечения. Отмечена взаимосвязь и вариабельность сердечного ритма и функционального состояния респираторной системы. Из 74 обследованных больных с ХОБЛ пароксизмальная наджелудочковая тахикардия выявлена у 17-ти больных: у 2-х больных - из первой группы, 15-и больных - из второй группы, у 8-ми - из третьей группы. Единичные желудочковые экстрасистолы отмечены у 33-х пациентов (в 1-й группе не отмечены, у 23-х - во 2-й группе, у 10-ти - в 3-й группе). В лечении нарушений ритма использовали верапамил. Комплексное лечение больных ХОБЛ в сочетании с патологией ССС дало улучшение во всех группах.

Выводы: Проведенное наблюдение показало, что ХОБЛ утяжеляет течение сердечно-сосудистой патологии. Сочетание ХОБЛ и ГБ ведет к гипертрофии обоих желудочков, ухудшая сократительную способность миокарда. ХОБЛ сопровождается нарушением ритма сердца: чем выше стадия ХОБЛ, тем чаще выявляются нарушения ритма. Средством выбора лечения ГБ у больных ХОБЛ являются антагонисты кальция и АРА II блокаторы. Нарушения ритма поддавались терапии верапамилом. Исследование показало, что комплексное лечение даёт значительное улучшение в состоянии больных в незапущенных случаях.

Белая И.Е., Коломиец В.И., Мусаева Э.К. ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА.....	47	Бессонова И.Н., Рак Л.И., Кашина-Ярмак В.Л., Костенко Т.А. ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ПОДРОСТКОВ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И РАЗНЫМИ СОМАТОТИПАМИ.....	55
Беловол А.Н., Бобронникова Л.Р., Ильченко И.А. ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ.....	48	Бобронникова Л.Р., Беловол А.Н., Ильченко И.А. ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.....	56
Бендингер М.Н., Юлдашева Х.Ю., Халмухамедов Б.Т. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ.....	49	Богмат Л.Ф., Никонова В.В. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА.....	57
Бендингер М.Н., Юлдашева Х.Ю., Халмухамедов Б.Т. АНТАГОНИСТЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ.....	50	Болтабоев С.А., Азизов С.В. АНТИСТРЕССОВАЯ ПЛАСТИЧЕСКАЯ ГИМНАСТИКА В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ ВЕНЕЧНЫХ СОСУДОВ.....	58
Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Мавлянов С.И. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.....	50	Борель К.Н., Кужелева Е.А., Округин С.А., Гарганеева А.А. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....	59
Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Мавлянов С.И. КАРДИО-ГАСТРАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ.....	51	Бредихина Е.Ю., Смирнова И.Н., Левицкий Е.Ф. ЦИРКАННАУАЛЬНАЯ ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В УСЛОВИЯХ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ.....	61
Бендингер М.Н., Халмухамедов Б.Т., Мавлянов С.И. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ ЖЕНЩИН.....	51	Вайханская Т.Г., Сивицкая Л.Н., Даниленко Н.Г., Курушко Т.В. ЛАМИН-АССОЦИИРОВАННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ОДИН (190-й) КОДОН МУТАЦИЙ LMNA – РАЗНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ФЕНОТИПЫ.....	61
Бендингер М.Н., Мирзаев Р.Х. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ.....	52	Васильев А.П., Стрельцова Н.Н. ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ КЛАССА ОМЕГА-3 В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ.....	63
Березикова Е.Н., Попова А.А., Шилов С.Н., Тепляков А.Т., Гракова Е.В., Молоков А.В., Яковлева И.В., Неупокоева М.Н., Кобец В.В. КЛИНИЧЕСКАЯ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СВЯЗЬ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ И ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ.....	52	Васильцева О.Я., Лавров А.Г., Силиванова И.Х., Горлова А.А., Ворожцова И.Н., Карпова Р.С. ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ.....	63
Березуцкий В.И. ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА.....	53	Вахмистрова Т.К., Баталина М.В., Лобанова Л.Н., Карпенко С.Л., Глущенко М.В., Вахмистрова А.В. КАРОТИДНЫЙ АТЕРОСКЛЕРОЗ В ЗАВИСИМОСТИ НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ.....	64
Березуцкий В.И. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ.....	54	Веневцева Ю.Л., Казидеева Е.Н., Мельников А.Х., Царев Н.Н., Якушина Г.Н. ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ: ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ.....	65
Бессонов И.С., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Сапожников С.С. ПРЯМОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST.	55	Вершинина Е.О., Сальникова Е.С., Репин А.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАГРУЗОЧНЫХ ДОЗ СТАТИНОВ ПРИ ПЛАНОВЫХ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ.....	66