

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-10-10

ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

**А.Ю. Губина, М.К. Гапоева, Ж.Н. Сагирова, А.А. Шмелева, В.П. Седов,
П.Ш. Чомахидзе, Д.А. Андреев**

*ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия*

Введение. Среди функциональных и ультразвуковых методов диагностики значимого поражения коронарного русла ведущая роль отведена стресс-эхокардиографии (Стресс-ЭХОКГ). На сегодняшний день показана высокая диагностическая точность выявления зон асинергии не фоне нагрузки. Таким образом, имеется возможность определения значительной гипоперфузии миокарда, приводящей к нарушению систолической функции. В то же время известно, что снижение диастолической функции миокарда начинается раньше в ишемическом каскаде и является ранним признаком снижения перфузии сердечной мышцы.

Целью нашей работы являлось определение диагностической точности стресс-эхокардиографии с определением динамики диастолической функции миокарда у пациентов с коронарным поражением.

Материал и методы. Проведено 113 стресс-эхокардиографических исследований с применением теста с субмаксимальной физической нагрузкой на беговой дорожке (тредмил) по протоколу BRUCE или Mod-BRUCЕ. Всем пациентам выполнялось ЭХОКГ-исследование до и на пике нагрузки с комплексным анализом систолической и диастолической функции миокарда

левого желудочка. Всем пациентам выполнена коронароангиография или мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием с 3-D моделированием коронарного русла.

Результаты. Из 113 пациентов 52 имели значимое поражение коронарных артерий (стенозы более 70 %, закрытие шунта, окклюзия или стеноз стента). У остальных пациентов ($n = 61$) значимого стенозирования коронарного русла выявлено не было. Был разработан протокол теста, определена временная дисперсия показателей диастолической функции после нагрузки. Диагностические параметры диастолического стресс-ЭХОКГ теста оказались следующими (в скобках указан 95 % доверительный интервал): чувствительность – 80,8 % (65,5–90,4), специфичность – 93,4 % (84,1–98,2), прогностическая значимость положительного результата 91,3 % (80,1–96,5), прогностическая значимость отрицательного результата – 85,1 % (76,5–90,0), диагностическая точность – 87,6 % (80,1–93,1).

Заключение. Оценка динамики диастолической функции левого желудочка до и после субмаксимального теста с физической нагрузкой является независимым точным диагностическим методом выявления значимого поражения коронарного русла.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-10-11

ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПОВТОРНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

О.В. Демчук, И.А. Сукманова

КГБУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия

Цель исследования. Изучить частоту нарушений сердечного ритма и повторных сердечно-сосудистых событий у пациентов с инфарктом миокарда после чрескожных вмешательств (ЧКВ) в зависимости от функции почек.

Материал и методы. В исследование включено 166 пациентов с ИМпST и ИМбпST, выполненным ЧКВ в возрасте от 34 до 79 лет, средний возраст $61,1 \pm 0,9$ года. Пациенты раз-

делены на две группы: в первую вошел 91 пациент: 66 (72 %) мужчин и 25 (27 %) женщин в возрасте $61,8 \pm 1,1$ года после ЧКВ с наличием признаков ОПП. Вторую группу составили 50 пациентов с ОКС после ЧКВ, без ОПП, возраст $60,6 \pm 1,6$ года. Критерии исключения: возраст старше 80 лет, сахарный диабет, онкопатология, анемия тяжелой степени, ХБП. При поступлении у всех выполнялась оценка уров-

ня креатинина с подсчетом СКФ по СКД-ЕРІ. При нарастании уровня креатинина (более чем на 26,5 ммоль/л) от исходного значения в течение первых трех суток, на 3-и и 14-е сутки госпитализации методом ИФА в моче исследованы молекулы КИМ-1 (Kidney Injury Molecule-1) и ИЛ-18. Всем пациентам проводилась КАГ со стентированием ИЗА. При повторных визитах и телефонных консультациях у обследованных пациентов через год оценивалась частота повторных сердечно-сосудистых событий, прогрессирования ХСН и нарушений ритма.

Результаты. На третьи сутки у пациентов первой группы наблюдалось статистически значимое повышение уровня креатинина до $130,4 \pm 3,5$ мкмоль/л, во второй группе данный показатель составил $79,2 \pm 2,1$ ($p = 0,000$) и снижение показателя СКФ до $51,8 \pm 1,7$ мл/мин/1,73 м², во второй группе данный показатель составил $90,2 \pm 2,4$ ($p = 0,000$). Уровень КИМ-1 и ИЛ-18, оцененный на 3-й день госпитализации у пациентов первой группы, был выше, чем во второй ($1990,9 \pm 147,6$ против $1269,8 \pm 126,1$ пг/мл, $p = 0,001$ соответственно) и $168,0 \pm 12,9$ и $84,3 \pm 6,1$ пг/мл ($p < 0,001$). Показатели КИМ-1 и ИЛ-18 на 3-й день госпитализации были выше, чем на 14-й день госпитализации ($1990 \pm 147,6$

и $922,5 \pm 66,5$ ($p < 0,001$) и $168,0 \pm 12,9$ и $84,3 \pm 6,1$ ($p < 0,001$) соответственно).

Через один год в обеих группах оценивалась частота повторных острых коронарных событий (повторные инфаркты у пациентов с ОПП – 7 (8 %), без ОПП – 2 (4 %)) ($p = 0,390$). В группе с острым почечным повреждением чаще встречались нестабильная стенокардия (27 (30 %) против 6 (12 %), ($p = 0,02$)) и прогрессирование с ХСН I до ХСН IIa стадии (17 (3 %) против 2 (4 %), ($p = 0,014$)), среди нарушений ритма в группе с ОПП чаще встречались пароксизмы фибрилляции предсердий (14 (15,3 %) против 1 (2 %) во второй, ($p = 0,014$)), желудочковую тахикардию имели 10 (10,9 %) пациентов с ОПП и 7 (14 %) с сохраненной функцией почек ($p = 0,599$), наджелудочковые нарушения ритма зарегистрированы у 16 (17,5 %) пациентов первой и 8 (16 %) второй группы ($p = 0,811$).

Заключение. Выявлено, что у пациентов с ОПП в сравнении с группой с нормальной функцией почек имеется статистически значимое повышение уровня молекулы КИМ-1, ИЛ-18, больше частота встречаемости повторных сердечно-сосудистых событий (нестабильная стенокардия, прогрессирование ХСН) и фибрилляции предсердий.

DOI 10.52727/2078-256X-2021-17-3-11-12

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МОДИФИЦИРОВАННОГО ПРОТОКОЛА ВВЕДЕНИЯ ПРЕПАРАТА РЕФРАЛОН ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Х.М. Дзаурова, Н.Ю. Миронов, Ю.А. Юричева, В.В. Влодзяновский, Д.А. Гаглоева,
С.Ф. Соколов, С.П. Голицын

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России,
Москва, Россия

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) одна из самых часто встречающихся форм нарушений ритма сердца. Тяжесть клинических проявлений определяет необходимость восстановления синусового ритма (СР). Одним из способов восстановления СР является медикаментозная кардиоверсия. Отечественный антиаритмический препарат III класса рефралон доказал свою высокую эффективность (85 %) купирования ФП. В настоящее время применяется трехэтапная схема введения препарата (10 мкг/кг – 10 мкг/кг – 10 мкг/кг), у части больных отмечалось купирование аритмии до окончания введения первой дозы 10 мкг/кг, т.е. до того как введенная доза препарата 10 мкг/кг полностью реализует свою антиаритмическую активность. В связи с этим целесообразно изуче-

ние применения начальной дозы 5 мкг/кг, что может позволить купировать аритмию с использованием меньших доз у большего количества больных и тем самым снизить риск аритмогенного действия.

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения модифицированного протокола введения препарата рефралон для купирования ФП.

Материал и методы. Включено 100 больных (55 мужчин, средний возраст 64 ± 12 лет), имеющих показания для восстановления СР. Всем пациентам в условиях блока интенсивной терапии под непрерывной регистрацией ЭКГ вводился рефралон по следующей схеме: 5 мкг/кг – 5 мкг/кг – 10 мкг/кг – 10 мкг/кг. Интервал между введениями составлял 15 минут. После введения каждого болюса и перед