

2. Орлова Н.В. Изучение дефицита витамина D у машинистов железнодорожного транспорта. *Клин. лаб. диагностика*, 2020; 3: 163–168.
3. Сторожаков Г.И. и др. Поликлиническая терапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 701 с.
4. Чукаева И.И. и др. Основы формирования здорового образа жизни. М., 2016: 126.
5. Арутюнов Г.П. и др. Школы здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021. 199 с.

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-299-300

Оценка риска постинфарктной хронической сердечной недостаточности в современных условиях

И.Р. Мукарамов

ФГБНУ «Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины», г. Новосибирск, Россия

Введение. Широкое внедрение в клиническую практику первичной чрескожной коронарной ангиопластики при остром инфаркте миокарда позволило существенно улучшить прогноз больных [1]. Несмотря на это, у них сохраняется высокий риск хронической сердечной недостаточности (ХСН), что ухудшает качество жизни больных и увеличивает кумулятивный риск летального исхода. В связи с этим оценка риска постинфарктной хронической сердечной недостаточности в современных условиях является актуальной задачей кардиологии.

Цель: разработать способ оценки риска постинфарктной хронической сердечной недостаточности ≥ 2 класса по NYHA.

Материал и методы. В исследование включено 186 пациентов (средний возраст 63,5 года), перенесших инфаркт миокарда (ИМ) с января 2019 по январь 2020 г. и лечившихся на базе регионального сосудистого центра № 1 Городской клинической больницы № 1 г. Новосибирска. В основную группу вошли 86 человек с признаками ХСН выше 2-го функционального класса (ФК) (NYHA), в группу сравнения — 100 человек без признаков ХСН или с ХСН 1-го ФК (NYHA). Диагноз ИМ и ХСН устанавливался в соответствии с национальными и европейскими рекомендациями [2–3]. Обе группы получали стандартную терапию ХСН: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, антагонисты рецепторов ангиотензина 2, ангиотензиновых рецепторов и неприлизина ингибитор (АПНИ), β -блокаторы, антагонисты минералокортикоидных рецепторов (АМКР), ингибиторы SGLT2-рецепторов; также применялись антикоагулянты, сахароснижающие препараты, дезагреганты, статины, диуретики при необходимости. С применением методов факторного и корреляционного анализа построена математическая модель оценки риска ХСН после перенесенного ИМ.

Результаты. При разработке способа оценки риска развития ХСН после перенесенного ИМ в качестве факторов, потенциально влияющих на вероятность формирования ХСН 2-го класса и выше по NYHA, использовались более 100 клиничко-демографических, анамнестических, физикальных, функциональных, лабораторных показателей. Отобран 21 параметр: X1 — возраст пациента в годах, X2 — пол, X3 — применение АПНИ, X4 — наличие фибрилляции предсердий, X5 — сахарный диабет 2 типа, X6 — класс острой сердечной недостаточности по Killip, X7 — курение сигарет, X8 — повторный ИМ, X9, X10, X11, X12 и X13 — содержание триглицеридов, общего холестерина, холестерина липопротеинов высокой, низкой и очень низкой плотности соответственно, X14 — однососудистое поражение коронарного русла, X15 — многососудистое поражение коронарного русла, X16 — ИМ с подъемом сегмента ST, X17 — депрессия сегмента ST при наличии ИМ, X18 — уровень креатинина сыворотки, X19 — частота сердечных сокращений при поступлении, X20 — систолическое артериальное давление при поступлении, X21 — фракция выброса левого желудочка. Эти показатели имели значимые высокие коэффициенты парной корреляции с неблагоприятным исходом и слабую корреляцию между собой. Для вычисления в пакете SPSS коэффициентов использовался метод, называемый «метод Вальда назад». В окончательное уравнение вошли 7 независимых переменных: наличие/отсутствие фибрилляции предсердий, за исключением впервые выявленной при ИМ; оценка острой сердечной недостаточности по классификации Killip; концентрация триглицеридов в крови перед выпиской, наличие элевации или депрессии сегмента ST (указывается конкретно на сколько миллиметров) на электрокардиограмме при поступлении, фракция выброса левого желудочка в период госпитализации, применение/непри-

менение в лечении валсартан/сакубитрила. Данная формула оценки риска ХСН недостаточности ≥ 2 ФК по NYHA запрограммирована в Visual Basic for Applications (VBA) для Excel.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность финансовой деятельности: исследование выполнено с использованием оборудования ЦКП «Протеомный анализ», поддержанного финансированием Минобрнауки России (соглашение № 075-15-2021-691).

Литература

1. Bahit M., Kochar A., Granger C. Post-Myocardial Infarction Heart Failure. *J. Am. Coll. Cardiol HF*, 2018 Mar; 6 (3): 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2017.09.015>
2. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur. Heart J.*, 2016; 37: 267–315.
3. Мареев В.Ю., Фомин И.В., Агеев Ф.Т., Беграмбекова Ю.Л., Васюк Ю.А., Гарганеева А.А., Гендлин

Г.Е., Глезер М.Г., Готье С.В., Довженко Т.В., Кобалава Ж.Д., Козиолова Н.А., Коротеев А.В., Мареев Ю.В., Овчинников А.Г., Перепеч Н.Б., Тарловская Е.И., Чесникова А.И., Шевченко А.О., Арутюнов Г.П., Беленков Ю.Н., Галявич А.С., Гиларевский С.Р., Драпкина О.М., Дупляков Д.В., Лопатин Ю.М., Ситникова М.Ю., Скибицкий В.В., Шляхто Е.В. Клинические рекомендации ОССН – РКО – РНМОТ. Сердечная недостаточность: хроническая (ХСН) и острая декомпенсированная (ОДСН). Диагностика, профилактика и лечение. *Кардиология*, 2018; 58 (S6). ISSN 0022-9040. [Mareev V.Yu., Fomin I.V., Ageev F.T., Begrambekova Yu.L., Vasyuk Yu.A., Garganeeva A.A., Gendlin G.E., Glezer M.G., Got'e S.V., Dovzhenko T.V., Kobalava Zh.D., Kozioleva N.A., Koroteev A.V., Mareev Yu.V., Ovchinnikov A.G., Perepech N.B., Tarlovskaya E.I., Chesnikova A.I., Shevchenko A.O., Arutyunov G.P., Belenkov Yu.N., Galyavich A.S., Gilyarevskii S.R., Drapkina O.M., Duplyakov D.V., Lopatin Yu.M., Sitnikova M.Yu., Skibickii V.V., Shlyakhto E.V. Russian Heart Failure Society, Russian Society of Cardiology. Russian Scientific Medical Society of Internal Medicine Guidelines for Heart failure: chronic (CHF) and acute decompensated (ADHF). Diagnosis, prevention and treatment. *Kardiologiya*, 2018; 58 (S6): 8–158. (In Russ.) <https://doi.org/10.18087/cardio.2475>]

DOI 10.52727/2078-256X-2023-19-3-300-301

Некоторые коронароангиографические показатели с позиций морфологического анализа поражений основных венечных артерий

Г.А. Нагаева

СП ООО Многопрофильный медицинский центр «Эзгу Ният», г. Ташкент, Узбекистан

Цель: морфологическая оценка коронарных стенозов передней нисходящей артерии (ПНА) во взаимосвязи с основными показателями внутрисердечной гемодинамики.

Материал и методы. Для проведения исследования анализировались результаты коронароангиографии (КАГ) больных ИБС. Было отобрано 154 КАГ-заключения с поражением ПНА. Морфологическая оценка включала в себя КАГ-параметры: классификация АСС/АНА атеросклеротического поражения коронарной артерии (КА) (типы А, В и С), локализацию стенотического сужения (устье – У, проксимальная – П/3, средняя – С/3 и дистальная – Д/3 треть КА) и наличие бифуркационных поражений (по классификации Medina). ЭхоКГ-оценка включала в себя анализ фракции выброса левого желудочка (ФВЛЖ) и объемных показателей – конечно-диастолического (КДО) и конечно-систолического (КСО) объемов ЛЖ.

Результаты. Из 154 поражений ПНА тип А имел место в 14 (9,1 %), тип В – в 52 (33,8 %) и

тип С – в 88 (57,1 %) случаях. Стеноз у больных с А-типом составил $64,5 \pm 6,4$ %, с В-типом – $55,8 \pm 14,3$ %, с С-типом – $90,3 \pm 9,4$ %. Наличие тотальных окклюзий (стеноз КА = 100 %) было выявлено у 18 (11,7 %) больных, из которых 17 (94,4 % от числа всех тотальных окклюзий или 11,0 % от общей выборки больных) имели С-тип поражений КА и один больной имел В-тип.

По оценке локализации поражений было выявлено: устьевые поражения – 0 случаев; поражения П/3 – 111 (72,1 %) случаев (А-тип – у 12 больных; В-тип – у 35 и С-тип – у 64 больных); С/3 – 62 (40,2 %) случая (А-тип – 3; В-тип – 21 и С-тип – 38 пациентов); Д/3 – 5 (3,2 %) случаев (А-тип – 0; В-тип – 3 и С-тип – 2 больных). У 26 (16,9 %) пациентов имелись комбинированные поражения: П/3+С/3; П/3+Д/3 или С/3+Д/3.

Из всей выборки КАГ-заключений в 19 (12,3 %) случаях поражения ПНА характеризовались наличием бифуркаций. Истинные бифуркационные поражения составили 6 случаев