



РОССИЙСКОЕ
КАРДИОЛОГИЧЕСКОЕ
ОБЩЕСТВО
60 ЛЕТ

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

21 – 23 СЕНТЯБРЯ

ЦЕНТР МЕЖДУНАРОДНОЙ ТОРГОВЛИ
МОСКВА, КРАСНОПРЕСНЕНСКАЯ НАБ., Д. 12

ТЕЗИСЫ

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА С ПОГРАНИЧНЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. МНОГОГРАННЫЕ ОТТЕНКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	298
Яхонтов Д.А., Останина Ю.О.	
КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	299
Старичкова А.А., Хидирова Л.Д.	
КЛАСТЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА	300
Недбаева Д.Н., Зологова Е.А., Морозова Е.И., Сироткина О.В., Кухарчик Г.А.	
КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	301
Шишкина Е.А., Хлынова О.В., Сафаров Э.Н., Исламова Н.Р.	
КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА ST	302
Рубаненко О.А., Рубаненко А.О., Айдумова О.Ю.	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКРОВАСКУЛЯРНОЙ СТЕНОКАРДИИ	303
Шматова Е.Н., Гринштейн Ю.И., Савельева А.С.	
КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	304
Кодирова Ш.А., Жаббаров О.О., Ходжанова Ш.И.	
КОРРЕЛЯЦИЯ ПАРАМЕТРОВ ТРАНСМИТРАЛЬНОГО ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ПОТОКА И L – ТИРОКСИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ПЕРВИЧНЫМ МАНИФЕСТНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ	305
Виджейрагхаван Г., Мунир А.Р., Калыгин А.Н., Анкудинов А.С.	
ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С РЕЗИСТЕНТНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ КОМОРБИДНОЙ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ	306
Ахмедова Д.А., Атаева З.Н., Кудавев М.Т., Магомедов А.З., Гусейнова Р.К., Османова А.В., Гаджиева Т.А., Эзильева М.Р., Бейбалаева А.М.	
ЛИПОКАЛИН, АССОЦИИРОВАННЫЙ С ЖЕЛАТИНАЗОЙ НЕЙТРОФИЛОВ (NGAL) КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ИБС И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ	307
Сваровская А.В., Вендэ А.Д.	
МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ И ПОТРЕБНОСТЬ В РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ, В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ.	308
Егорова И.С., Никитина А.О., Везикова Н.Н., Малыгин А.Н.	
МИКРО-РНК У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ ИБС С ПОГРАНИЧНЫМИ СТЕНОЗАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	309
Останина Ю.О., Яхонтов Д.А.	
МОНОТЕРАПИЯ ИЛИ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСЛИПИДЕМИЙ? ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЭЗЕТИМИБА.	310
Лутай Ю.А., Крючкова О.Н., Ицкова Е.А., Турна Э.Ю.	
МУЛЬТИПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ВЫВЛЕНИЮ АТЕРОГЕННЫХ КАЧЕСТВ КРОВИ МЕТОДОМ УСИЛЕННОЙ РАМАНОВСКОЙ СПЕКТРОСКОПИИ	311
Скуратова М.А., Лебедев П.А., Давыдова Н.А., Братченко И. А., Братченко Л.А.	
О КОМПЛЕКСНОМ ПОДХОДЕ К ЛЕЧЕНИЮ И РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ПЛАНОВОГО СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	312
Абдуллаев А.Х., Аляви Б.А., Узоков Ж.К., Курмаева Д.Н., Пулатов Н.Н.	
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.	313
Хохлюк Е.В., Жернакова Н.И.	
ОПРЕДЕЛЕНИЯ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ ПРИ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	314
Ходжанова Ш.И., Аляви А.Л.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	315
Багрий А.Э., Андрусак А.Ю., Михайличенко Е.С., Щукина Е.В., Рачкелок В.В.	
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОТОКОЛА СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ	

КОРРЕКЦИЯ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кодирова Ш.А., Жаббаров О.О., Ходжанова Ш.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Источник финансирования: отсутствует

Цель исследования: повысить эффективность лечения пациентов с ишемической болезнью сердца категорий высокого и очень высокого риска смерти от сердечно – сосудистых заболеваний путем коррекции дислипидемий.

Материалы и методы исследования. Работа выполнена на базе кафедры и клиники Ташкентской медицинской академии. В исследование включено 80 пациента с ИБС в возрасте от 42 до 60 лет с дислипидемией и атеросклеротическим поражением артерий брахиоцефального ствола (БЦС) и 30 практически здоровых людей, сопоставимых по полу и возрасту, которые составили контрольную группу (ГК). Все больные разделены на 2 группы в зависимости от категории 10 – летнего риска смерти от ССЗ (ВНОК, 2009). К I группе отнесены пациенты категории высокого риска (43 человека), ко II группе – категории очень высокого риска (37 человек). В дальнейшем пациенты каждой группы в зависимости от уровня ХС ЛНП, общего холестерина (ОХ) и проводимого лечения были разделены на три подгруппы. В подборе препарата мы руководствовались данными рекомендаций АТР III (США, 2002) и ВНОК (2009) о сравнительной эффективности статинов в зависимости от дозы и степени снижения уровня ХС ЛНП и ОХ. Период наблюдения составил 24 недели. Оценка клинических данных, динамики течения заболевания, показателей липидемического профиля и системы гемостаза проводилась через 4, 12 и 24 недели наблюдения, ультразвуковая доплерография артерий БЦС, ЭхоКГ – через 24 недели во время контрольного визита пациентов.

Результаты исследования. У пациентов I и II групп было выявлено повышение уровня ОХ на 37% и 38% и уровня ХС ЛНП на 29% и 30% соответственно по сравнению с ГК ($p<0,001$). Уровень ТГ у больных высокого риска достоверно не отличался от показателей ГК, а у пациентов очень высокого риска отмечалось повышение уровня ТГ на 28% ($p=0,049$). У больных II группы уровень ТГ был на 19% выше, чем у пациентов I группы ($p=0,028$). Таким образом, у пациентов с ИБС категории высокого и очень высокого риска смерти от ССЗ отмечалось повышение уровня ХС ЛНП, ОХ, а у больных очень высокого риска - и ТГ по сравнению с ГК. Пациенты IA группы получали симвастатин в стабильной дозе 20 мг/сутки. Так, как в IB группе через 12 недель лечения 8 пациентов (36%) не достигли целевого уровня ХС ЛНП, доза аторвастатина увеличена до 40 мг/сутки. Средняя доза аторвастатина составила 27 мг/сутки. В IC группе 4 больных (25%) через 12 недель терапии не достигли целевого уровня ХС ЛНП, поэтому доза розувастатина увеличена до 20 мг/сут. Средняя доза розувастатина составила 11 мг/сутки. Наиболее выраженным гиполлипидемическим эффектом обладал розувастатин в средней дозе 11 мг/сутки. Назначение этого статина позволило снизить уровень ХС ЛНП на 51% ($p<0,001$), ТГ – на 18% ($p=0,005$) и повысить уровень ХС ЛВП на 13% ($p=0,03$), при этом 18 пациентов (90%) достигли целевого уровня ХС ЛНП. Назначение аторвастатина в средней дозе 27 мг/сутки позволило снизить уровень ХС ЛНП на 43% ($p<0,001$), ТГ – на 22% ($p<0,001$), при этом 21 пациент (96%) смог достигнуть целевого уровня. Симвастатин в дозе 20 мг/сутки снизил уровень ХС ЛНП на 31% ($p<0,001$), ТГ – на 14% ($p=0,002$), при этом целевого уровня ХС ЛНП достиг 21 пациент (100%). Таким образом, при проведении дифференцированной терапии статинами у больных I группы целевого уровня ХС ЛНП достигло 95% пациентов.

Выводы. Включение статинов в комплексную терапию ИБС в течение 24 недель приводит к улучшению клинического состояния больных, достижению целевых уровней показателей липидного обмена.