2 сопутствующих патологии N=24 пациента	71,6	2,3 суток	41.6%
3 сопутствующих патологии N=13 пациентов	77,6	3,3	53,80%
4 сопутствующих патологии N=4 пациента	80	1,25	75%

Летальность составила 45% (23 пациента), показано статистически значимая зависимость смертности от количества сопутсвующих нозологических единиц (Коэффициент корреляции Спирмена (ρ) равен 1.000 Связь между исследуемыми признаками - прямая, теснота (сила) связи по шкале Чеддока - функциональная). Причинами смерти стали в 73,9% случаев кардиогенный шок, 17,4% разрыв миокарда с развитием гемотампонады, в 8,7% - острая почечная недостаточность на фоне хронической болезни почек.

2 пациента переведены в Уральский институт кардиологии, 26 пациентов- в кардиологическое отделение МАУ ЦГКБ№24 для продолжения лечения.

Выводы

Наиболее часто у пациентов с ОКСБПST была выявлена гипертоническая болезнь, сахарный диабет, цереброваскулярные болезни, нарушения ритма сердца, хроническая обструктивная болезнь легких. Сопутствующая патология ассоциируется с более тяжелым течение ОКСБПST и высокой летальностью.

Литература:

1. Мировой отчет по неинфекционным заболеваниям, 2010 г. Женева, ВОЗ

2. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2011.

3. Справочник Росстата 2015 г.

УДК 616.127-005.8

А.И. Милащенко, М.С. Ибрагимов, В.В. Минин, А.С. Савин

КОНТРОЛЬ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Кафедра госпитальной терапии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация.

A.I. Milashchenko, M.S. Ibragimov, V.V. Minin, A.S. Savin

CONTROL OF HEART RATE IN PATIENTS WITH UNSTABLE ANGINA AND METABOLIC SYNDROME

Department of hospital therapy
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: milashchenko-ai@yandex.ru

Аннотация. Определено влияние ивабрадина на эффективность контроля частоты сердечных сокращений и клинических проявлений нестабильной стенокардии. Также продемонстрированы изменения липидного спектра и гликемического профиля у пациентов с нестабильной стенокардией в сочетании с метаболическим синдромом при различных вариантах ритмурежающей терапии.

Annotation. The article describes the influence of ivabradine on heart rate and symptoms of unstable angina. Also demonstrated changes in lipid profile and glycemic profile in patients with unstable angina and metabolic syndrome in various embodiments, heart rate controlling therapy.

Ключевые слова: нестабильная стенокардия, метаболический синдром, ивабрадин.

Keywords: unstable angina, metabolic syndrome, ivabradine.

В ходе нескольких масштабных исследований продемонстрировано, что нарушения углеводного обмена тесно связаны с увеличением частоты осложнений ишемической болезни сердца, риска смерти от сердечнососудистых причин. [3,4,5,6,7].

Одним из самых важных моментов в лечении пациентов с нестабильной стенокардией занимает строгий контроль частоты сердечных сокращений (ЧСС).

β-адреноблокаторы препятствуют воздействию эндогенных катехоламинов на миокард, урежая частоту сердечных сокращений, уменьшая сократимость, снижая артериальное давление, в результате чего наступает антиангинальный эффект.

Однако при приеме β-адреноблокаторов возникает ряд побочных эффектов. Доказано негативное влияние β-адреноблокаторов на углеводный и липидный обмен, периферическое кровообращение, тонус бронхов и др. [1].

Назначение антагонистов кальция при нестабильной стенокардии нежелательно, поскольку в исследованиях HINT и DRS продемонстрировано отрицательное влияние верапамила и дилтиазема на смертность и риск повторного инфаркта миокарда.

Сравнительно недавно был разработан новый класс препаратов - специфические брадикардические средства, среди которых лишь один препарат ивабрадин (кораксан) нашел свое применение в клинике. Антиангиальный

эффект ивабрадина подтвержден в ряде рандоминизированных многоцентровых исследований (INITIATIVE, BEAUTIFUL, ASSOCIATE). Также доказано, что этот препарат не оказывает влияние на углеводный и липидный обмен. Кораксан был включен в рекомендации Европейского Общества Кардиологов по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST у пациентов с противопоказаниями к лечению β-адреноблокаторами в 2011 году [2].

Цель исследования - оценить эффективность контроля ЧСС у пациентов с ИБС нестабильной стенокардией в сочетании с метаболическим синдромом при применении ивабрадина и комбинации ивабрадина с β1-адреноблокатором.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 90 пациентов с установленным диагнозом ИБС нестабильная стенокардия, находившихся на лечении в кардиологическом отделении ЦГКБ №24 в 2012-2015 гг. Критериями включения в исследование служили возраст от 40 до 70 лет, наличие метаболического синдрома, неполная базовая терапия (во всех случаях отсутствие приема препарата, урежающего частоту сердечных сокращений). Критериями исключения являлись: повышенная чувствительность к ивабрадину; частота сердечных сокращений в покое ниже 70 уд/мин (на момент поступления), кардиогенный шок; тяжелая печеночная недостаточность, фибрилляция предсердий; синдром слабости синусового узла; синоатриальная блокада; атриовентрикулярная блокада III степени; наличие искусственного водителя ритма; хроническая сердечная недостаточность III-IV функционального класса; применение пациентом препаратов, являющихся сильными ингибиторами цитохрома Р 4503А4; низкая комплаентность пациента.

Для диагностики у пациентов метаболического синдрома использовали критерии IDF, диагноз «ИБС нестабильная стенокардия» устанавливался согласно критериям Всероссийского научного общества кардиологов, нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа легкой/средней степени тяжести в стадии компенсации выставлялись по критериям ADA.

Всем пациентам, при поступлении в стационар назначалась базовая терапия ИБС нестабильной стенокардии, включавшая: нитраты, дезагреганты, антикоагулянты, статины, ингиторы АПФ. Относительно выбора препарата для контроля тахикардии пациенты были разделены на 3 равные, статистически достоверные группы: группа пациентов, получавших в качестве препарата урежающего ритм β-адреноблокатор (метопролол тартрат в среднесуточной дозировке 62.5 мг) - 30 человек; группа пациентов, получавших ивабрадин (в среднесуточной дозировке 12 мг) - 30 человек; группа пациентов, получавших комбинацию β-адреноблокатора с ивабрадином (50 мг метопролола тартрат + 10 мг ивабрадина) - 30 человек. Пациенты с СД 2 типа дополнительно получали сахароснижающие препараты.

После проведенного лечения пациенты повторно обследовались через 3 месяца. На основании клинического обследования и лабораторных исследований (липидный спектр, гликемический профиль) проводилась сравнительная оценка эффективности данных препаратов. Статистическая обработка данных проводилась в программном пакете Statistica v6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

За период наблюдения частота сердечных сокращений достоверно снизилась во всех трех группах. При оценке антиангинального эффекта терапии было выявлено достоверное снижение количества приступов стенокардии и потребности в нитроглицерине в неделю во всех трех группах. В то же время необходимо отметить, что в группах, получавших β-АБ и комбинацию β-АБ с ивабрадином данные изменения были более значимые, хотя и недостоверные. Результаты представлены в виде таблицы (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика ЧСС, приступов стенокардии и потребности в нитроглицерине

Группа пациентов, получающих в качестве ритмурежающей терапии	ЧСС		приступы стенокардии в неделю		Потребность в нитроглицерине в неделю, мг	
	На момент поступления	Через 3 месяца	На момент поступления	Через 3 месяца	На момент поступления	Через 3 месяца
ивабрадин	98,8±5,4	67±3,4*	8,7±1,1	3,3±1,4*	6,2±1,0	2,7±1,5*
ивабрадин+β-адреноблокатор	96,6±5,7	62±4,1*	8,7±1,0	2,9±1,0*	6,0±1,2*	2,1±1,4*
β-адреноблокатор	97,9±4.9	61±4,7*	8,9±1,0	3,1±1,1*	6,3±1,1	2,3±1,8*

* при $p<0,05$

Оценка липидного спектра проводилась по трем параметрам (общий холестерин, холестерин липидов высокой плотности и триглицериды) на момент поступления и через 3 месяца при условии регулярной терапии. Достоверное улучшение значений липидного спектра наблюдалось только в группах пациентов, получавших в качестве препарата, контролирующего ЧСС ивабрадин и комбинацию β-АБ с ивабрадином, в группе с β-АБ наблюдалось недостоверное улучшение показателей липидного спектра. Для оценки углеводного обмена измеряли уровень глюкозы крови натощак на момент поступления в стационар и через 3 месяца. Во всех группах пациентов наблюдалось недостоверное снижение показателей глюкозы крови натощак, несколько лучшее в группе ивабрадин и комбинацию β-АБ с ивабрадином, данные представлены в таблице (табл. 2).

Таблица 2.

Группа пациентов, получающих в качестве ритмурежающей терапии	ивабрадин		β-АБ +ивабрадин		Группа 1 (β-АБ)	
	На момент поступления	Через 3 месяца	На момент поступления	На момент поступления	На момент поступления	Через 3 месяца

Глюкоза натощак у пациентов с НТГ	6,3±0,2*	5,9±0,4*	6,2±0,2*	5,7±0,5*	6,3±0,3	6,2±0,2*
Глюкоза натощак в группе у пациентов с СД 2 типа легкой/средней степени тяжести в стадии компенсации	6,9±0,5*	6,6±0,5*	6,9±0,4*	6.5±0,4*	7.0±0,4	6.9±0,5*
Хс ЛПВП	1,1±0,6	2,3±0,7**	1,2±0,5	2,4±0,6**	1,2±0,8	1,3±0,8*
ТГ	2.2±0,6	0.9±0,2**	2.2±0,4	1.0±0,1**	2.3±0,5	1.9±0,4*
Хс общий	6,3±0,2	4,9±0,5**	6,2±0,3	5,1±0,4**	6,5±0,5	6,1±0,4*

* при p>0,05

** при p<0,05

Выводы:

1. Ивабрадин эффективно контролирует частоту сердечных сокращений у пациентов с нестабильной стенокардией в сочетании с метаболическим синдромом, уменьшает количество приступов стенокардии в неделю и потребность в нитроглицерине.

2. Сочетание β-адреноблокатора с ивабрадином позволяет снизить дозу β-адреноблокатора и уменьшить его негативное влияние на углеводный и липидный профили.

Литература:

1. Выбор бета адреноблокатора трудному пациенту В.Ю. Лишневская// Ліки Украіны proCardio №1 (167) – 2013 стр.54-64

2.Рациональная фармакотерапия в кардиологии 2012 // Рекомендации Европейского Общества Кардиологов по лечению острого коронарного синдрома без стойкого подъема сегмента ST// 2012 г.

3. Anand SS, Yusuf S, Pogue J, Weitz JI, Flather M. Long-term oral anticoagulant therapy inpatients with unstable angina or suspected non-Q-wave myocardial infarction: organization toassess strategies for ischemic syndromes (OASIS) pilot study results Circulation 1998; 98:1064-1070.

4. Baron AD: Impaired glucose tolerance as a disease.Am J Cardiol 2001, 88(6A):16H-19H.

5. Burke GL, Evans GW, Riley WA, Sharrett AR, Howard G, Barnes RW, ef al. for the ARIC Study Group: Arterial wall thickness is associated with prevalent

cardiovascular diseases in middle-aged adults. The Aterosclerosis Risk Communities (ARIC) study. Stroke 1995; 26:386-391.

6. Girman CJ et al. The metabolic syndrome and risk of major coronary events in the Scandinavian Simvastin Survival Study (4S) and the Air Force/ Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study (AFCAPS/TexCAPS). Am J Cardiol 2004; 93: 136-141.

7. Jackson CA, Yudkin JS, Forrest RD: A comparison of the relationships of the glucose tolerance test and the glycated haemoglobin assay with diabetic vascular disease in the community. The Islington Diabetes Survey .Diabetes Res Clin Pract 1992, 17(2):111-123.

УДК 616.125.2

Д.Ю. Николин, В.Г. Грачев, А.А. Липченко, Е.Г. Фокина М.В. Архипов

УЛЬТРАЗВУКОВЫКЕ МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ МИШЕНИЕЙ И РИСК ИНСУЛЬТА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРМИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕДИЙ И 1 ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ФАКТОРОМ РИСКА ТРОМБОЭМБОЛЧИЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В СООТВЕСТВИИ СО ШКАЛОЙ CHA2DS2-VASc, ОБУСЛОВЛЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кафедра терапии ФПК и ПП
Уральский государственный медицинчкий университет
Екатеринбург, Российская Федерация

D.Y. Nikolin, V.G. Grachev, A.A. Lipchenko, E.G. Fokina, M.V. Arkhipov

ULTRASOUND SIGNS OF TARGET ORGAN DAMAGE AND STROKE RISK IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND 1 ADDITIONAL THROMBOEMBOLIC RISK FACTOR ACCORDING TO CHA2DS2-VASc SCORE DUE TO HYPERTENSION

Department of therapy
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: dendoc-plus@yandex.ru

Аннотация. В статье рассмотрены вопросы назначения антикоагулянтной терапии пациентам с фибрилляцией предсердий с промежуточным риском тромбоэмболических осложнений. У таких пациентов необходимо выявление дополнительных клиники-функциональных параметров для более тщательной стратификации риска и определения показаний к назначению терапии оральными антикоагулянтами.