



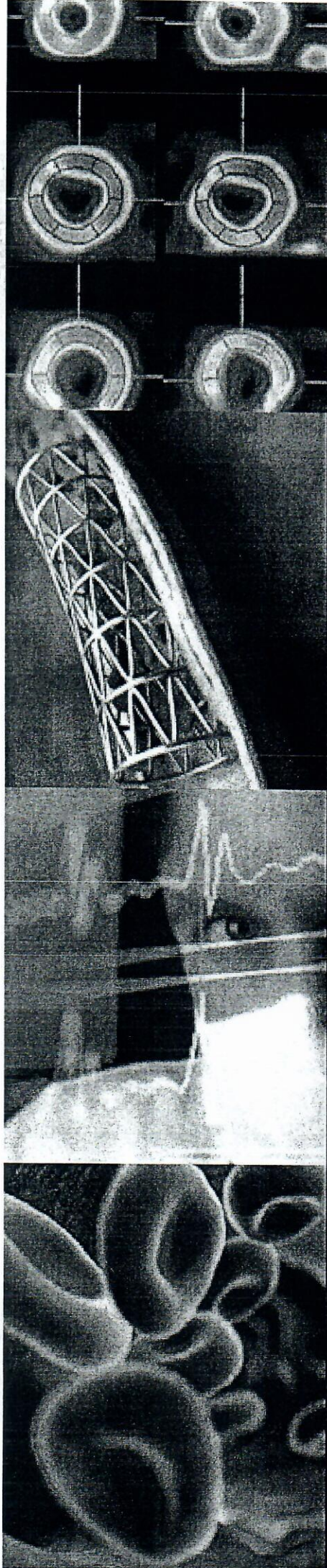
Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Российский кардиологический
научно-производственный комплекс
Министерства здравоохранения РФ



Общество специалистов по неотложной кардиологии

Российское медицинское общество
по артериальной гипертензии



ВОПРОСЫ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ 2014:

ОТ НАУКИ К ПРАКТИКЕ

VII Всероссийский форум

ТЕЗИСЫ

26 — 27 ноября 2014 г.
г. Москва

Материал и методы:

Проведен анализ 55 случаев тромболизиса: у 43 мужчин и 12 женщин. Средний возраст $67,0 \pm 1,3$ лет. Тромболизис проводился при поступлении больных с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST не позднее 6 часов после развития болевого синдрома при отсутствии противопоказаний к проведению тромболизиса и невозможности раннего чрескоронарного вмешательства. Тромболизис по стандартной методике с использованием актилизе проводился у 35 больных (1я-группа) и с использованием пулолазы (2я- группа) у 20 больных. Эффективность тромболизиса оценивалась по уменьшению подъема сегмента ST через 2 часа после начала тромболизиса по сравнению с исходным уровнем. Частота осложнений и побочных эффектов оценивалась по числу летальных исходов, случаев больших кровотечений, острой сердечно-сосудистой недостаточности, тяжелых нарушений ритма.

Результаты:

Группы были сопоставимы по возрасту. Снижение сегмента ST более чем на 50% через 2 часа после начала тромболизиса в 1 группе было зарегистрировано у 18 больных, во 2 группе у 9 больных (н.д.). Летальные исходы в 1 группе были у 3 больных, во 2 группе у 2 больных (н.д.). Также не было зарегистрировано различий между группами по числу случаев острой сердечно-сосудистой недостаточности, тяжелых нарушений ритма, геморрагических осложнений.

Заключение:

Проведенный анализ не выявил различий в эффективности и безопасности использования актилизе и пулолазы для проведения тромболизиса у больных острым инфарктом миокарда. Ввиду актуальности данной проблемы требуется дальнейшее продолжение исследования.

ФАКТОРЫ, АССОЦИИРУЮЩИЕСЯ С КРИЗОВЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Андреева О.С., Варакин Ю.Я., Гнедовская Е.В., Горностаева Г.В., Кравченко М.А., Прокопович М.Е., Ощепкова Е.В., Лазарева Н.В., Пирадов М.А.

ФГБУ «Научный центр неврологии» РАМН,
ФГБУ РКНПК МЗ РФ, Москва, Россия

Введение (цели/ задачи):

Гипертонический криз (ГК) является одним из наиболее тяжелых проявлений АГ, связанный с декомпенсацией регуляции общей гемодинамики, регионарного и локального кровотока. Развитие церебральных проявлений ГК обусловлено срывом реакции ауторегуляции сосудов мозга на верхней ее границе с развитием фильтрационного отека, структурным повреждением сосудов и ткани мозга. Цель исследования - изучение особенностей кризового течения артериальной гипертензии и роли ГК в развитии цереброваскулярной патологии

Материал и методы:

Обследованы 109 пациентов (48 муж. и 61 жен.), средний возраст $57,4 \pm 5,8$ лет с «неосложненной» АГ 1-2 степени. Исключались пациенты с тяжелой соматической и сердечно-сосудистой патологией, а также с грубой патологией сонных артерий. Проводилось: СМАД, ЭКГ, ЭХО-КГ, ДС сонных артерий, МРТ/КТ, комплекс нейropsychологических тестов.

Результаты:

В «основную» группу включены 65 чел. с ГК в анамнезе и в группу «сравнения» - 44 чел. без ГК. Преобладали (66,7%) редкие ГК

- 1-2 криза в год. Тяжелые ГК (потребовавшие госпитализации) определялись только в 15,4% случаев. «Церебральные» жалобы чаще отмечались у больных с ГК - головная боль (у 56,9% и 38,0% $p=0,46$); головокружение (у 88,9% и 51,8% $p=0,04$). Для пациентов с ГК характерно повышение АД на фоне психоэмоционального напряжения (98,5% и 88,6% $p=0,04$), наследственная отягощенность по БСК. При ГК существенно чаще выявлялась клинически значимая «депрессия» (20,4% и 2,7%, $p=0,01$), а также психо-вегетативный синдром (73,8% и 54,5% $p=0,03$). Наличие кризов в анамнезе не ассоциировалось с увеличением ИММЛЖ, количеством очагов на КТ/МРТ, расширением периваскулярных пространств, лейкоареозом, а также с более выраженными когнитивными нарушениями.

Заключение:

Кризозное течение АГ у пациентов с АГ 1-2 степени ассоциируется с психоэмоциональными и психовегетативными нарушениями и не сопровождается более выраженными изменениями сердца и головного мозга.

СРАВНЕНИЕ СИМПТОМ-СВЯЗАННЫХ И СИМПТОМ-НЕСВЯЗАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ВИРТУАЛЬНОЙ ГИСТОЛОГИЕЙ

Тагиева Н.Р., Шахнович Р.М., Миронов В.М., Митрошкин М.Г., Матчин Ю.Г., Ежов М.В., Сафарова М.С.

ФГБУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» МЗ РФ, Москва, Россия

Материал и методы:

38 больным с острым инфарктом миокарда (ОИМ) проводилось внутрисосудистое ультразвуковое исследование с виртуальной гистологией (ВСУЗИ-ВГ) в симптом-несвязанных поражениях. В группу сравнения были включены 32 больных со стабильной ишемической болезнью сердца (ИБС), больным выполнялось ВСУЗИ-ВГ симптом-связанных и симптом-несвязанных поражений. При количественной оценке изображений определялись следующие параметры: общий объем бляшки (ООБ, мм³); объем бляшки (процент объема стенки относительно объема всего сосуда, включая сосудистую стенку; минимальная площадь просвета артерии (МПА, мм²) - зона с наименьшим просветом артерии в месте сужения просвета сосуда определялась при просмотре продольного и поперечного изображений ВСУЗИ; собственная площадь артерии (СПА, мм²) рассчитывалась по границе медиа-адвентиция (наружная эластическая мембрана); индекс ремоделирования (ИР) - соотношение СПА/Рефер. СПА. На основании ВСУЗИ с ВГ АСБ в зависимости от морфологических особенностей классифицировались: патологическое утолщение интимы (ПУИ); фиброзная бляшка (ФИБР); фиброзно-кальцинированная бляшка; фиброатерома (ФА); фиброатерома с тонкой капсулой (ФАТК).

Результаты:

У больных с ОИМ проанализировано с помощью ВСУЗИ-ВГ 91 коронарная артерия: 35 симптом-связанных, 56 симптом-несвязанных. У больных с СС выполнили ВСУЗИ-ВГ 32 симптом-связанных артерий. Было выявлено 130 АСБ: 70 у больных с ОИМ и 60 у больных с стабильной стенокардией. Среди всех поражений идентифицировано 49 нестабильных АСБ. Следующие показатели ВСУЗИ в серой шкале у больных с ОИМ были значимо выше: - Объем бляшки (от площади поперечного сечения артерии) - $65,25\% \pm 10,3\%$ и $41,15\% \pm 13,8\%$ ($p=0,001$), ООБ (мм³) - $216,9 \pm 91$

НАУЧНО–ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

Чазов Е. И.	Академик РАН, генеральный директор ФГБУ РКНПК МЗ РФ
Каграманян И.Н.	Первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
Багненко С.Ф.	Академик РАН, ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. Акад. И.П. Павлова, главный специалист по скорой медицинской помощи Министерства здравоохранения РФ

ЗАМЕСТИТЕЛИ ПРЕДСЕДАТЕЛЕЙ:

Чазова И.Е.	Член-корр. РАН, профессор, директор института клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГБУ РКНПК МЗ РФ, главный специалист по кардиологии Министерства здравоохранения РФ
Руда М.Я.	Профессор, руководитель отдела неотложной кардиологии ФГБУ РКНПК МЗ РФ, председатель общества специалистов по неотложной кардиологии
Терещенко С.Н.	Профессор, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности ФГБУ РКНПК МЗ РФ, директор общества специалистов по неотложной кардиологии

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Наконечников С. Н. Профессор, д.м.н., ученый секретарь ФГБУ РКНПК МЗ РФ

ЧЛЕНЫ ОРГКОМИТЕТА:

Абугов С.А. (Москва)	Николаева И.Е. (Уфа)
Архипов М.В. (Екатеринбург)	Огарков М.Ю. (Кемерово)
Барбараш О.Л. (Кемерово)	Ощепкова Е.В. (Москва)
Бойцов С.А. (Москва)	Плавунов Н.Ф. (Москва)
Галявич А.С. (Казань)	Романчук С.В. (Иваново)
Говорин А.В. (Чита)	Самко А.Н. (Москва)
Голицын С.П. (Москва)	Сыркин А.Л. (Москва)
Довгалецкий П.Я. (Саратов)	Тюрин В.П. (Москва)
Жиров И.В. (Москва)	Фетисов В.В. (Москва)
Затейщиков Д.А. (Москва)	Шалаев С.В. (Тюмень)
Карпов Р.С. (Томск)	Шахиджанова С.В. (Москва)
Карпов Ю.А. (Москва)	Шлык С.В. (Ростов-на-Дону)
Кириенко А.И. (Москва)	Шпектор А.В. (Москва)
Марков В.А. (Томск)	Шубик Ю.В. (Санкт-Петербург)
Мартынов А.И. (Москва)	Явелов И.С. (Москва)
Матюшин Г.В. (Красноярск)	Яковлев А.Н. (Санкт-Петербург)