



---

# **Международная конференция ЕВРАЗИЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ТЕРАПЕВТОВ и научно- практическая конференция**

---

**«МИРРАХИМОВСКИЕ  
ЧТЕНИЯ»**

---

- программа
  - сборник тезисов
- 

**26–27 марта 2015 года**

**Бишкек**

Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Аалы Токомбаева 21/2.  
Гостиница Джаннат (Jannat)



# ЕВРАЗИЙСКИЙ ЖУРНАЛ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

---

## EURASIAN JOURNAL OF INTERNAL MEDICINE

---

01 (03) 2014

---

[www.euat.org/journal](http://www.euat.org/journal)



---

This publication is intended  
for professionals only  
Данное печатное издание предназначено  
только для специалистов



---

Россия, Казахстан, Армения, Монголия, Узбекистан, Таджикистан,  
Молдавия, Беларусь, Турция, Киргизия

заболевания проводилась ЭР миокарда, значения модуля упругости тромбоцитов были в пределах от  $104,5 \pm 8,2$  до  $138,8 \pm 10,1$  МПа. При оценке модуля упругости тромбоцитов у пациентов с ОКС, которым в остром периоде проводилась экстренная ТЛТ, через 1 месяц наблюдения значения данного параметра находились в диапазоне от  $81,3 \pm 8,5$  до  $108,7 \pm 10,6$  МПа.

**Выводы.** Через 1 месяц наблюдения у пациентов с ОКС, как после ЭР миокарда, так и после экстренной ТЛТ, имеет место тенденция к снижению значений модуля упругости тромбоцитов, что может быть следствием уменьшения степени активации тромбоцитов в результате адекватной антиагрегантной терапии. У пациентов, получивших в экстренном периоде ТЛТ, эта тенденция более выражена.

### Структурно-геометрические и функциональные особенности миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца и синдромом обструктивного апноэ сна

Митьковская Н.П.<sup>1</sup>, Григоренко Е.А.<sup>1</sup>, Лойко О.В.<sup>1</sup>, Ласкина О.В.<sup>1</sup>, Бойчук Л.А.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Учреждение здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», г. Минск, Республика Беларусь

**Цель:** Разработать и внедрить алгоритм оценки кардиоваскулярного риска для лиц с синдромом обструктивного апноэ сна и обосновать необходимость дополнительного применения немедикаментозных методов его коррекции (CPAP терапия, ультрафиолетовая модификация крови, аутогемамагнитотерапия) в комплексном лечении данной категории пациентов.

**Материалы и методы.** В исследовании приняло участие 90 пациентов. Из них основную группу составили 61 пациент с ИБС (стенокардия напряжения ФК I-II) и синдромом обструктивного апноэ сна, группу сравнения составили 29 пациентов с ИБС без СОАС. Средний возраст пациентов основной группы составил  $57,4 \pm 0,78$  лет, из них мужчин 38 (63,3%), женщин 23 (36,7%), в группе сравнения мужчин и женщин соответственно 17 (58,6%) и 12 (41,4%). Предварительный диагноз СОАС был выставлен на основании клинических данных (типичный характер жалоб, опросник сонливости Эпфорт (M.W. Johns, 1991), наличия клинических маркеров СОАС и коморбидных состояний). Верификация диагноза проводилась на основании результатов кардиореспираторного мониторинга аппаратом Somnocheck -2 (Weinmann, Германия) и полисомнографии. Эхокардиография проводилась на аппарате General Electric – VIVID Five (США), датчик 2,5 МГц, в М-модальном, В-модальном и доплеровском режимах в стандартных эхокардиографических позициях. Выполнялись холтеровское мониторирование, оценка нарушения липидного и углеводного обмена: показатели липидограммы, гликемии, уровня инсулина, С-пептида, альдостерона, ренина и неконвенционных факторов кардиоваскулярного риска: СРБ, лептина, адипонектина, гомоцистеина, ФНО- $\alpha$ , 6-гидрокси мелатонина сульфата.

**Результаты.** У лиц с СОАС выявлены достоверные нарушения липидного и углеводного обмена, гиперлептинемия, повышение уровня СРБ и гомоцистеина. На ранней стадии клинической манифестации ИБС установлены значительные структурно-функциональные изменения сердечно-сосудистой системы. Наличие СОАС у пациентов с ИБС ассоциировано с увеличением размеров левого предсер-

дия и левого желудочка, среднего значения индекса массы миокарда левого желудочка, патологическим ремоделированием левого желудочка, увеличением площади правого предсердия, конечного диастолического объема правого желудочка. Увеличение показателей вариабельности сердечного ритма, длительности интервала QT по данным холтеровского мониторирования сопровождалось ростом зарегистрированных политопных нарушений ритма. Разработан алгоритм оценки кардиоваскулярного риска у лиц с синдромом обструктивного апноэ сна.

### Состояние сердечно-сосудистой системы и показателей углеводного и липидного обмена у пациентов с абдоминальным ожирением после бариатрических операций

Митьковская Н.П., Пригодина Т.А., Патенюк И.В., Дорох Н.Н.

<sup>1</sup> Учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет», Учреждение здравоохранения «4 и городская клиническая больница г. Минска им. Н. Е. Савченко» г. Минск, Республика Беларусь

**Введение.** При неэффективности диеты, физических упражнений и медикаментозных препаратов прибегают к бариатрическим операциям, которые приводят к уменьшению потребления калорий посредством модификации анатомии желудочно-кишечного тракта.

**Идея.** Оценка кардиоваскулярных факторов у пациентов с ожирением и запланированной бариатрической операцией необходима для улучшения прогноза в послеоперационном периоде.

**Цель.** Изучить состояние сердечно-сосудистой системы, углеводного и липидного обмена у лиц с абдоминальным ожирением и запланированным хирургическим вмешательством.

**Материалы и методы.** В исследовании проведен ретроспективный анализ клинических данных 96 пациентов, госпитализированных в 2013 год в городской центр бариатрической хирургии и герниопластики г. Минска по поводу ожирения высокой степени ИМТ > 40 кг/м<sup>2</sup>.

**Результаты.** У 58% пациентов перед операцией показатели гликемии превышали 6,2 ммоль/л. У 19% лиц значение общего холестерина превышало 5,2 ммоль/л. Артериальной гипертензией страдали 84% лиц, в том числе АГ I степени - 45%. Спустя 10 месяцев после бариатрической операции снижение массы тела наблюдалось у 96% прооперированных; на 60 кг и более масса снизилась у 8% прооперированных; на 50-59 кг у 36%; 40-49 кг у 30%; 30-39 кг у 22% лиц. Снижение массы тела менее 10 кг наблюдалась у 4% прооперированных пациентов. Уровень глюкозы крови снизился у пациентов с выявленным нарушением толерантности с  $7,9 \pm 1,3$  ммоль/л до  $6,1 \pm 0,9$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). У пациентов с сахарным диабетом глюкоза крови снизилась более чем на 2 ммоль/л. Уровень общего холестерина у лиц с зафиксированным до вмешательства повышением этого показателя снизился с  $6,8 \pm 1,8$  ммоль/л до  $5,2 \pm 1,3$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Уровень САД снизился с 150 (140; 155) мм рт. ст. до 130 (120; 140) мм рт. ст. ( $p < 0,05$ ); уровень ДАД с 95 (80; 95) мм рт. ст. до 90 (80; 90) мм рт. ст.). За период наблюдения повторно были госпитализированы 14% (10) прооперированных, в связи с ухудшением состояния.

**Заключение.** Снижение массы тела после бариатрических операций сопровождалось нормализацией показателей общего