

ют панрезистентность к антибактериальным препаратам согласно результатам микробиологических исследований.

Заключение. Резюмируя полученные данные, можно сделать вывод о том, что старческий возраст, патогенная флора, резистентная к большинству антибактериальных препаратов, полиморбидность, повторные госпитализации в стационар и дренирование мочевых путей являются предикторами неблагоприятного исхода при уросепсисе.

152 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА У ПАЦИЕНТОВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА КОРОНАРОАНГИОГРАФИЮ

МАКАРОВА И. В., ФЕДУЛАЕВ Ю. Н.

ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

Цель. Выполнить сравнительный анализ основных характеристик желудочковых нарушений ритма (ЖНР) у пациентов с различной степенью коронарного атеросклероза.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 116 пациентов кардиологического профиля, разделенные на три группы. I — выраженный коронарный атеросклероз, II — незначимое атеросклеротическое поражение сосудов и III — неизмененные коронарные артерии (контрольная группа). Оценка тяжести поражения коронарного русла осуществлялась на основании результатов коронароангиографии. Сравнительный анализ количественных и качественных характеристик ЖНР основывался на данных, полученных в ходе суточного мониторирования ЭКГ.

Результаты. ЖНР чаще регистрировались у лиц с незначимым атеросклерозом (медиана оказалась равной 71 экстрасистоле за сутки во II группе, 58 — в I группе и 4 — в III группе; $p=0,004$). У каждого третьего пациента с коронарным атеросклерозом были выявлены прогностически неблагоприятные — ранние — желудочковые экстрасистолы (у 36,8% — из I группы и 35,0% — из II группы). У лиц с интактными сосудами данные экстрасистолы встречались лишь в 10,5% случаев. Редкие (<30 за сутки) желудочковые экстрасистолы, напротив, наиболее часто регистрировались у пациентов из контрольной группы. Частота регистрации эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии достоверно не различалась между группами.

Заключение. Ранние желудочковые экстрасистолы представляются наиболее часто встречающимся классом ЖНР у пациентов с верифицированным коронарным атеросклерозом (как на начальном этапе, так и при выраженном атеросклерозе), в то время как редкие желудочковые экстрасистолы преобладают у лиц с неизмененными коронарными артериями.

153 ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ОТВЕТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ

МАЛЬ Г. С.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Изучить лекарственный ответ при лечении ишемической болезни сердца и способы его коррекции.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 25 человек. Критерии включения. мужчины и женщины в возрасте от 45 до 60 лет, страдающие ИБС, имеющие стабильную стенокардию напряжения I-II ФК и изолированную или сочетанную гиперхолестеринемия. Участники не имели противопоказаний к назначению ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы и дали добровольное информированное согласие на участие. Критерии исключения. отказ от предлагаемой модели лечения; индивидуальная непереносимость розувастатина; побочные эффекты (повышение уровня печеночных трансаминаз в 3 раза); полиморбидные патологии. Всем больным было проведено стандартное общеклиническое обследо-

вание. На каждом этапе исследования определяли содержание ХС ЛНП в сыворотке крови энзиматическим калориметрическим методом с применением наборов фирмы “Виталаб Флексор Е” наборами “Analyticon”. Фармакокоррекция гиперлипотеинемии осуществлялась при помощи статинов IV поколения (розувастатин в стартовой дозировке 10 мг в сутки). Статистическая значимость полученных результатов подтверждалась с помощью пакета программного обеспечения Microsoft Excel Office 2007.

Результаты. I этап — проявление гиполипидемического эффекта розувастатина в виде достижения целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности у 55,7% лиц. II этап — понижение достигнутого целевого уровня у 61,7% пациентов с ИБС. У пациентов с ишемической болезнью сердца и изолированной ГХС доза розувастатина 10 мг способствовала достижению целевого уровня ХС ЛНП в 54% (I этап), 50% (II этап), 54% (III этап), 57% (IV этап), 60% (V этап) и 65% (VI этап). Прием 20 мг розувастатина привел к достижению целевого ХС ЛНП у 60% больных (III этап), у 64% — на IV, у 68% — на V и у 72% — на VI этапах. Для больных, имеющих сочетанную ГХС на I и II этапах фармакокоррекция ГЛП розувастатином 10 мг/сут. привела к достижению целевого уровня ХС ЛНП 43% и 46% больных. При дальнейшей коррекции дозового режима на III этапе целевого уровня при приеме розувастатина 10 мг/сут. достигли 50% больных, а при 20 мг/сут. — 58%. IV этап характеризуется достижением целевого уровня 53% больных при дозе 10 мг/сут., а при 20 мг/сут. — 62% участников. К V этапу отмечено достижение целевого уровня у 56% пациентов (10 мг/сут.) и 66% — при 20 мг/сут. К VI этапу 69% больных достигли целевого холестерина при дозовом режиме 20 мг/сут. и 60% — при 10 мг/сут.

Заключение. Индивидуальный подход к фармакологической коррекции гиперлипотеинемии у лиц, страдающих ИБС, показал необходимость титрации дозировки розувастатина до 20 мг/сут. для достижения целевого уровня холестерина липопротеинов низкой плотности у 27% больных, не ответивших на дозу 10 мг/сут. 33% участников исследования, имевших на момент включения более высокие показатели параметров липид-транспортной системы, не достигли целевого уровня ХС ЛНП при коррекции гиперлипотеинемии розувастатином 20 мг/сут.

154 НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА ГЛЮТЕНА И IGA-НЕФРОПАТИЯ У ВЗРОСЛЫХ

МАНЦАЕВА М. Е., БОРИСОВ А. Г., СТРЕМОУХОВ А. А.

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, ФГБУ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель. Определить распространенность и клинико-лабораторные особенности пациентов при сочетании нарушений обмена глютенa с IгA-нефропатией.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 30 пациентов (26 мужчин и 4 женщины; средний возраст составил 42 года) с морфологически подтвержденной IгA-нефропатией, наблюдавшихся в ГВКГ им. Н.Н. Бурденко в 2020 году. Помимо рутинных методов лабораторной (клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, определение суточной протеинурии (СПУ)) и инструментальной диагностики (УЗИ органов брюшной полости, почек, фиброгастродуоденоскопия при наличии показаний, колоноскопия пациентам старшей возрастной группы), в качестве скринингового метода выявления нарушений обмена глютенa в сыворотке крови определялся уровень иммуноглобулина А и титр антител IгA к тканевой трансглутаминазе, деаминированным пептидам глиаина и эндомизию. В результате были сформированы две группы. группа 1 (n=25) пациенты с IгA-нефропатией, группа 2 (n=5) пациенты с IгA-нефропатией в сочетании с нарушением обмена глютенa, что составило 17% от включенных в исследование. Пациенты обеих групп не имели в анамнезе воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта и соответствующих жалоб.

Результаты. В 1 группе средний возраст составил 39 лет, распределение по полу. мужчин — 81%, женщин — 19%.