Литература:

1. Бубешко, Д. А. К вопросу о механизмах развития тахииндуцированной кардиомиопатия и у пациентов с фибрилляцией предсердий / Д. А. Бубешко, В. А. Снежицкий // Журн. ГрГМУ. – 2015. – № 2 (50). – С. 24-29.
2. Бубешко, Д. А. Взаимосвязь полиморфизмов генов ангиотензиногена (М-235Т) и альдостеронсинтазы (С-344Т) с клиническим течением неклапанной фибрилляции предсердий / Д. А. Бубешко, В. А. Снежицкий, Т. Л. Степура // Кардиология в Беларуси. – 2019. – № 2 (11). – С. 196-204.

GENETIC MARKERS OF ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION AND TACHY-INDUCED CARDIOMYOPATHY

Bubeshka D. A.

*Grodno State Medical University, Grodno
bubeshkodarya@gmail.com*

We have estimated the frequency of cardiovascular events in patients with atrial fibrillation and tachy-induced cardiomyopathy. It was revealed that adverse cardiovascular events were associated with Alu I/D angiotensin-converting enzyme (ACE) gene polymorphism and C-592A interleukin-10 (IL-10) gene polymorphism. We found that DD-genotype of Alu I/D polymorphism (OR=5,93, 95% ДИ 1,27-27,7) and AA-genotype of IL-10 -C592A polymorphism (OR=4.6, 95% ДИ 1,14-20,3) play a substantial role for increasing risk of cardiovascular events.

КЛИНИЧЕСКИЕ И АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ В СОЧЕТАНИИ С ТАХИ-ИНДУЦИРОВАННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Бубешко Д. А.

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь
bubeshkodarya@gmail.com*

Введение. Фибрилляция предсердий (ФП) – наиболее частое нарушение ритма, встречающееся в кардиологической практике. Заболеваемость ФП неуклонно увеличивается с возрастом и встречается более чем у 9% пациентов старше 80 лет. Научное сообщество предполагает, что к 2030 г. распространенность ФП может возрасти до 12,1 млн человек, что связано как с увеличением продолжительности жизни, так и с увеличением числа пациентов с артериальной гипертензией (АГ), ожирением, сахарным диабетом и другими традиционными факторами риска ФП. Известно, что как сама ФП, так и ее осложнения накладывают существенное бремя расходов на систему здравоохранения. Около 10-40% пациентов с ФП нуждаются в ежегодной

госпитализации, что составляет до 1/3 всех поступивших по причине нарушений ритма. ФП связана с увеличением риска смерти, инсульта и других тромбоэмболических событий, ухудшением качества жизни, снижением когнитивной функции, депрессивными расстройствами. Присутствие как ФП, так и сердечной недостаточности (СН) предвещает больший риск смертности, особенно среди лиц с впервые выявленной СН со сниженной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) на фоне существующей ФП (ОШ 2,72; 95% ДИ 2,12-3,48), по сравнению с впервые выявленной СН с сохраненной ФВ ЛЖ (ОШ 1,83; 95% ДИ 1,41-2,37) [1].

Тахи-индуцированная систолическая дисфункция (ТиКМП) представляет собой обратимое нарушение функции ЛЖ у пациентов без органического заболевания сердца, которое развивается на фоне неконтролируемой тахикардии при ФП. Наличие одновременно ФП и кардиомиопатии связано с возрастанием риска прогрессирования СН, жизнеугрожающих желудочковых аритмий и неблагоприятных сердечно-сосудистых осложнений [2].

Цель исследования – изучить клинические и анамнестические характеристики у пациентов с ФП и ТиКМП, оценить их взаимосвязь с развитием неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Материалы и методы. На базе УЗ «Гродненский областной клинический кардиологический центр» были обследованы 40 пациентов с ФП и ТиКМП на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертензии (АГ) (33 мужчины, 82,5%; средний возраст 59 (50; 64) лет). Диагноз ТиКМП ввиду отсутствия специфических критериев выставлялся на основании наличия симптомов СН у пациента с тахисистолической формой ФП, эхокардиографических показателей (дилатация ЛЖ и снижение ФВ <50%), исключения коронарной, эндокринной и алкогольной этиологии ХСН. В исследование не включались пациенты с ФП на фоне органических клапанных пороков сердца, острым или перенесенным инфарктом миокарда, миокардитом, тиреотоксикозом, острым нарушением мозгового кровообращения.

В течение 30 месяцев осуществлялись динамическое наблюдение за пациентами и анализ медицинской документации с целью выявления приверженности к терапии и оценки наступления неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов – инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) и смерть от сердечно-сосудистой причины.

Статистический анализ выполнялся с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 10.0. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты исследований. За время наблюдения у 11 (27,5%) пациентов отмечен неблагоприятный исход – группа 1: 3 (7,5%) случая ИМ, 4 (10%) – ОНМК, 2 (5%) – ТЭЛА, 2 (5%) пациента умерли от прогрессирования СН. В группу 2 вошли 29 пациентов без сердечно-сосудистых осложнений.

Сравниваемые группы исходно не различались по возрасту, полу и сопутствующим заболеваниям. Среди пациентов с исходом большее число

пациентов имели повторный эпизод ФП и отягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) (таблица).

Таблица – Характеристика исследуемых групп

Признак		Группа 1 Сердечно-сосудистый исход есть (n=11)	Группа 2 Сердечно-сосудистого исхода нет (n=29)	p	
Возраст, лет		59 (54; 63)	57 (50; 60)	нд	
Пол (м), n (%)		8 (72,2%)	25 (86,2%)	нд	
ИМТ		31 (28; 34)	32 (29; 36)	нд	
Сахарный диабет, n (%)		5 (45,5%)	6 (20,6%)	нд	
ИБС	ИБС: атеросклеротический кардиосклероз, n (%)	3 (27,3%)	9 (31,1%)	нд	
	Стенокардия напряжения	ФК 1, n (%)	3 (27,3%)	5 (17,2%)	нд
		ФК 2, n (%)	4 (36,3%)	12 (41,4%)	нд
		ФК 3, n (%)	1 (9,1%)	3 (10,3%)	нд
АГ	1 ст., n (%)	3 (27,3%)	9 (31,1%)	нд	
	2 ст., n (%)	8 (63,6%)	17 (58,6%)	нд	
	3 ст., n (%)	1 (9,1%)	3 (10,3%)	нд	
Впервые возникший эпизод ФП, n (%)		4 (36,4%)	20 (68,9%)	<0,05	
Давность ФП, месяцев		5 (3; 6,5)	6 (3,5; 7,5)	нд	
Наследственность по аритмиям, n (%)		4 (36,4%)	14 (48,2%)	нд	
Наследственность по ССЗ, n (%)		9 (81,8%)	11 (37,9%)	<0,05	

Пациенты с неблагоприятным исходом имели более высокий функциональный класс (ФК) СН: 3 (27,2%) пациента из группы 1 имели ФК 4, 7 пациентов – ФК 3 (63,6%) по сравнению с группой 1, где ФК 3-4 встречались у 3 (10,3%) и 7 (24,1%) пациентов, соответственно ($p < 0,05$). А большинство пациентов (65,6%) в группе 2 относились ко 2-му ФК СН.

По приему основных групп кардиологических препаратов, таких как: ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента/блокаторы рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы, статины, антагонисты минералокортикоидных рецепторов, сравниваемые группы были сопоставимы. Различия выявлены лишь в приверженности к антикоагулянтной терапии: 3 пациента (33,3%) из группы 1 не принимали антикоагулянт. В то время как в группе 2 абсолютно все пациенты принимали варфарин (68,9%) или ривароксабан (31,1%).

На стационарном этапе 22 пациентам (55%) был восстановлен синусовый ритм методом электрической кардиоверсии. Из них: 5 пациентов из группы 1 и 17 пациентов из группы 2. За время наблюдения рецидив ФП зафиксирован у 4 (80%) пациентов из группы 1 и у 6 (35,5%) из группы 2 ($p < 0,05$). Медиана

удержания синусового ритма составила 3 (1; 5) и 10 (8, 14) месяцев в группах 1 и 2, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. Пациенты с ФП и ТИКМП, имеющие отягощенную наследственность по сердечно-сосудистой патологии, неоднократные пароксизмы ФП, высокий функциональный класс СН и рецидив аритмии в короткие сроки после восстановления ритма имеют более высокую вероятность наступления негативного сердечно-сосудистого исхода.

Литература:

1. Atrial fibrillation and the risk for myocardial infarction, all-cause mortality and heart failure: A systematic review and meta-analysis / V. Ruddox [et al.] // Review Eur. J. Prev. Cardiol. – 2017. – Vol. 24. – P.1555-1566. doi: 10.1177/2047487317715769.

2. Бубешко, Д. А. К вопросу о механизмах развития тахииндуцированной кардиомиопатия и у пациентов с фибрилляцией предсердий / Д. А. Бубешко, В. А. Снежицкий // Журн. ГрГМУ. – 2015. – № 2 (50). – С. 24-29.

**CLINICAL AND ANAMNESTIC MARKERS OF ADVERSE
CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH ATRIAL
FIBRILLATION AND TACHY-INDUCED CARDIOMYOPATHY**

Bubeshka D.A.

Grodno State Medical University, Grodno

bubeshkodarya@gmail.com

The aim of the study was to investigate the relationship of clinical and anamnestic factors with development of cardiovascular events in patients with atrial fibrillation (AF) and tachy-induced cardiomyopathy. Family history of cardiovascular pathology, repeated paroxysms of AF, high heart failure functional class and recurrence arrhythmia in a short period after cardioversion were identified as factors associated with increasing risk of negative cardiovascular events.

**ВТОРИЧНЫЙ ФЛЕГМОНОЗНЫЙ ДИВЕРТИКУЛИТ МЕККЕЛЯ
НА ФОНЕ ГАНГРЕНОЗНОГО ПРОБОДНОГО АППЕНДИЦИТА.
ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ**

Ведник Г. А., Макеева Е. В.

УЗ «Могилевская областная детская больница», Могилев, Беларусь

GriG86@mail.ru

Введение. Дивертикул Меккеля является не полностью редуцированным остатком желточного протока, соединяющим просвет средней кишки зародыша с желточным мешком. Желточный мешок формируется в первые недели развития эмбриона и выполняет трофическую и кроветворную функции. В ходе развития желточный мешок отделяется от зародыша туловищной складкой,