

мужчина и 26 женщин) в возрасте от 25 до 72 лет (средний возраст 46,4±2,5 года), находившиеся на лечении в хирургическом отделении Бухарского филиала РНЦЭМП у которых был инструментально верифицирован острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей. При ультразвуковом дуплексном сканировании венозной системы нижних конечностей у 25 (46,3%) больных был выявлен проксимальный тромбоз, у 29 (53,7%) — дистальный. Срок от начала заболевания до госпитализации в стационар составил от 1 до 5 суток, в среднем 2,5±1,3 суток. Всем больным начиная с первых суток, назначали ривароксабан по 15 мг 2 раза в день течения 21 суток от начала терапии, затем переходили на однократный ежедневный прием 20 мг препарата. Срок лечения составлял 3 месяца при дистальном тромбозе, 6 месяцев при спровоцированном проксимальном венозном тромбозе с обратимыми факторами риска и пролонгировали длительно (более 12 месяцев) при идиопатическом, рецидивирующем ТГВ, а также венозноассоциированном тромбозе. Во всех наблюдениях антикоагулянтная терапия на стационарном и амбулаторном этапах лечения сочеталась с компрессионной терапией нижних конечностей эластическим бинтом или трикотажем с давлением 23-32 мм рт.ст. и применением флебопротекторов флавоноидов в виде монотерапии диосмином. После окончания стационарного этапа лечения, продолжительность которого составила 8-10 суток, больные продолжали антикоагулянтную терапию ривароксабаном в амбулаторных условиях под наблюдением хирурга поликлиники.

Результаты. Через 3 месяца под наблюдением оставались 52 больных, что указывает на высокую приверженность к терапии, из которых 17 больных с дистальной локализацией венозного тромбоза и обратимыми факторами риска завершили курс антикоагулянтной терапии. Геморрагических осложнений в этой группе пациентов отмечено не было. В течение 6 месяцев под наблюдением находились 46 (85,2%) человека. За период наблюдения не было зафиксировано рецидива или прогрессирования венозного тромбоза, а также развития легочной эмболии. Развитие геморрагических осложнений в этой группе было выявлено у 5 (10,9%) больных, все они были малые, значимых и больших кровотечений не было. Приостановки антикоагулянтной терапии, даже временной, не потребовалось. Все наблюдаемые больные принимали ривароксабан по предложенной схеме, не было ни одного пациента, досрочно прекратившего прием

препарата. Таким образом, применение ривароксабана один раз в сутки обеспечило не только лучшую приверженность к лечению, но и снижение риска развития кровотечений

Заключение. Таким образом, исследование показало, что применение ривароксабана один раз в сутки обеспечивает хорошую приверженность к лечению и низкий риск кровотечений. За весь период наблюдения не было зафиксировано рецидива или прогрессирования венозного тромбоза, а также развития легочной эмболии. Полученные результаты подтверждают эффективность, безопасность, удобство применения препарата ривароксабан, начиная с первого дня терапии венозного тромбоза, высокую приверженность к терапии препаратом, являющимся современной альтернативой стандартной антикоагулянтной терапии.

ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ (COVID-19)

**Абдиева Г.А., Ташкенбаева Э.Н.,
Тогаева Б.М., Анваров А.А., Авазова Х.А.,
Кодиров Д.А.**

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самаркандский филиал
Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан*

Введение. В конце 2019 года группа пациентов с пневмонией неясной этиологии в Ухане, Китай, объявила о вспышке коронавирусной болезни 19 (COVID-19). Появление коронавируса SARS 2 (SARS-CoV-2), вызывающего COVID-19, быстро переросло в пандемию, и сообщалось, что у большого числа инфицированных пациентов имеется основное сердечно-сосудистое заболевание.

Цель: оценить поражения сердца при COVID-19.

Материал и методы исследования. Обследовано 40 пациентов, которым был поставлен диагноз COVID-19 в соответствии с временными рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Основное внимание уделялось потенциальному сердечному поражению SARS-CoV- 2. Оно было основано на лабораторных параметрах, а также значениях электро- и эхокардиографии для определения воздействия вируса SARS-CoV- 2 на ткани сердца.

Результаты. Женщины составили 37,5% (n=15). У 19 пациентов (47,5%) была артериальная гипертензия, а у 11 уже был диагностирован сахарный диабет до госпитализации. Из исследуемой группы у 10 уже

были ранее диагностированы сердечные заболевания (25%). Средний возраст в исследуемой группе составил 67 ± 17 лет. Всего 62,5% пациентов при поступлении жаловались на лихорадку, у 12 пациентов болело горло. У половины пациентов наблюдалась одышка ($n=20$), а у 11 пациентов до госпитализации была боль в груди. В общей сложности 21 пациент был обследован с помощью эхокардиографии, как указано в их клинических данных. У пяти из 21 пациента была выявлена пониженная ФВ левого желудочка ($<50\%$), у четырех пациентов было повышенное систолическое давление в легочной артерии (> 25 мм. рт. ст). Электрокардиограмма отметила диффузную элевацию сегмента ST у двух пациентов без сопутствующего стеноза коронарной артерии (исключение на основании коронарной ангиографии). Перед началом противовирусной терапии была зарегистрирована атриовентрикулярная (АВ) блокада первой степени с увеличенным временем PR у восьми пациентов (20%) и удлиненным временем QT с у двух пациентов.

Заключение. Повреждение миокарда и нарушение функции миокарда из-за COVID-19 - обычное явление. Сердечно-сосудистый мониторинг при заражении COVID-19 имеет решающее значение для определения тяжести сердечного поражения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ РУТИННЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКГ И ЭХОКГ У ПАЦИЕНТОВ ХСН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Агабабян И.Р., Ярашева З. Х.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Введение. Физиологические изменения организма при старении могут предрасполагать к развитию ХСН. С возрастом происходит прогрессирующее повышение жесткости миокарда, возникновение умеренной физиологической гипертрофии с формированием диастолической дисфункции желудочков, а также структурные изменения клапанов и нарушения возбудимости и проводимости в синусовом узле и проводящей системе сердца, которые могут вызывать снижение систолической функции миокарда. Сложность диагностики и лечения ХСН у пожилых обуславливается полиорганностью нарушений, частыми осложнениями, а также полиморбидностью (сочетание с артериальной гипертензией, сахарным диабетом II типа, неврологической патологией, ХОБЛ).

Цель: изучить диагностическую ценность рутинных методов исследования ЭКГ и ЭхоКГ у пациентов ХСН пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования. В исследование включены 82 пациента ХСН ишемического генеза (мужчин 52 – 63,41%) в возрасте 65-89 лет (средний возраст $76,17 \pm 3,29$ лет) с сохранной систолической функцией левого желудочка (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$), II и III ФК по NYHA (36 (44%) и 46 (56%) человек, соответственно). Всем больным с ХСН и 20 здоровым добровольцам соответствующего возраста (без признаков поражения сердечнососудистой системы) были проведены ЭКГ и ЭхоКГ по стандартным протоколам и с расчетом всех показателей. Обработка данных, и оценка межгрупповых различий проведены с использованием критерия Стьюдента. Корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Пирсона и оценкой степени его достоверности.

Результаты. Среди пациентов ХСН определялись такие НРС, как ЖЭС I-II класс по Лауну (10%), ФП (8%), признаки ГЛЖ (80,1%), а также пограничное удлинение QT и PQ-интервалов. У больных ХСН, несмотря на сохранную систолическую функцию ЛЖ, величина ФВ ЛЖ была достоверно меньше, чем в контрольной группе. КДО ЛЖ был значимо увеличен у больных ХСН в сравнении с КГ. Наличие ХСН, а не возраст, ассоциировалась с увеличением длины ЛП и индекса сферичности. Индекс массы миокарда ЛЖ был увеличен у пожилых пациентов ХСН. Пожилой возраст ассоциировался со снижением отношения e'/a' (КГ), в то время как у больных ХСН ишемического генеза пожилого возраста демонстрирует достоверно сниженную величину отношения скоростей ранней и поздней фазы диастолического смещения латерального сегмента митрального клапана. В группе пожилых с ХСН отмечен больший КДР ПЖ, и высокая частота трикуспидальной регургитации (68 больных – 82,93% в группе ХСН против 9 в группе КГ – 45%, $p < 0,001$). Расчетное систолическое давление в легочной артерии у здоровых добровольцев не зависело от возраста, в то время как у больных ХСН было достоверно более высоким, хотя и оставалось в пределах нормальных значений.

Заключение. ЭхоКГ и ЭКГ относятся к первоочередным диагностическим исследованиям у больных с подозрением на СН, помогая определить тактику лечения, контролировать его эффективность и оценивать прогноз (класс рекомендаций I, уровень доказательности C).