I. Фундаментально-прикладные исследования

I-1 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ПО ДАННЫМ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Багманова З.А., Мазур Н.А., Плечев В.В., Карамова И.М., Червякова К.В., Руденко В.Г., Бузаев И.В.

ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия; кафедра госпитальной хирургии ГОУ ВПО «Башкирский Государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия; кафедра кардиологии ГОУ ДПО «Российской медицинской академии последиplomного образования Росздрава», Москва, Россия

Цель: оценка эффективности коронарной ангиопластики со стентированием симптомзависимой артерии с помощью добутаминовой стресс-эхокардиографии (ДСЭхоКГ).

Материал и методы: обследовали 252 больных с болевыми ощущениями в груди (189 муж, 63 жен, возраст $51,5 \pm 1,5$ лет). У 98 больных отмечалась клиника типичной стенокардии. Всем больным проведена коронароангиография и добутаминовая СЭхоКГ по стандартному протоколу. Индекс нарушения региональной сократимости (ИНРС) ЛЖ рассчитывался как сумма баллов РС, делённая на количество анализируемых сегментов. Систолическая функция миокарда ЛЖ рассчитывалась по методике Simpson. По результатам КАГ у 56 больных из 98 больных проведена ангиопластика со стентированием симптомзависимой артерии. Повторная добутаминовая стресс-ЭхоКГ проводилась через 14 дней после вмешательства.

Результаты: общая продолжительность добутаминовой стресс-ЭхоКГ и максимальная скорость внутривенной инфузии добутамина были достоверно большими у больных после коронарной ангиопластики по сравнению с исходными данными ($11,6 \pm 0,8$ мин и $14,8 \pm 0,6$ мин, $p < 0,01$; $28,8 \pm 2,7$ мкг/кг/мин и $39,4 \pm 0,6$ мкг/кг/мин, $p < 0,05$). Достигнутые максимальная ЧСС и систолическое АД на пике нагрузки достоверно превышали параметры, полученные до стентирования коронарных артерий (123 ± 3 уд/мин и 140 ± 5 уд/мин, $p < 0,05$; 160 ± 4 мм рт.ст. и 185 ± 3 мм рт.ст., $p < 0,001$ соответственно), также как и величина двойного произведения – максимальная ЧСС*АД сист.* 1000 ($19,820 \pm 0,850$ и $26,720 \pm 0,540$, $p < 0,001$). Значения глобальной систолической функции ЛЖ при введении малых доз добутамина достоверно не различались у больных после коронарной ангиопластики (малые дозы добутамина – ФВ ЛЖ $53 \pm 1\%$ и $55 \pm 1\%$ соответственно). Достоверный прирост сократимости ревазуляризованного миокарда выявлялся на больших дозах добутамина – ФВ ЛЖ $49 \pm 2\%$ и $56 \pm 1\%$, $p < 0,001$). Зарегистрированные зоны гипокинеза, вызываемые введением больших доз добутамина у больных до коронарной ангиопластики, не провоцировались при повторной стресс-ЭхоКГ через 2 недели после стентирования (ИНРС на больших дозах добутамина составил $1,25 \pm 0,04$ и $1,05 \pm 0,01$, $p < 0,001$).

Выводы: добутаминовая стресс-ЭхоКГ является достоверным и достаточно легковоспроизводимым неинвазивным функциональным методом оценки эффективности проведенной коронарной ангиопластики со стентированием в раннем послеоперационном периоде.

I-2 ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Богоявленская О.В., Ослопов В.Н., Шербаков В.А., Насыртдинова А.М., Фазулова А.Ф.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань, Республика Татарстан

Цель исследования: у женщин с артериальной гипертензией (АГ) изучить состояние системы микроциркуляции (МЦ), функциональное состояние клеточных мембран и их возможную взаимосвязь.

Методы исследования. При обследовании организованной популяции женщин жительниц Казани ($n=517$, средний возраст $48,1 \pm 0,6$) у 226 (43,7%) женщин ($48,0 \pm 0,3$ лет) оценено функциональное состояние клеточных мембран путем исследования скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита ($Na^+-Li^+-ПТ$) по M.Canessa (1980). Биомикроскопия сосудов переходной складки конъюнктивы наружного угла глаза проводилась с использованием щелевой лампы с цифровой видеоприставкой.

Полученные результаты. Выделены 2 группы женщин: I группа – 128 (56,6%) женщин с АГ ($50,0 \pm 0,4$ лет; АД $161,0 \pm 1,8/97,6 \pm 0,8$ мм рт.ст.), II группа – 98 (43,4%) женщин с нормальным АД ($46 \pm 0,4$ лет; АД $116,0 \pm 1,0/77,0 \pm 0,6$ мм рт.ст.). Среднее значение $Na^+-Li^+-ПТ$ у всех женщин составило 279 ± 7 мкмоль Li^+ /л Эр. в ч (мкМ Li^+); среднее значение $Na^+-Li^+-ПТ$ у женщин с АГ (309 ± 11 мкМ Li^+) значительно и достоверно ($p < 0,001$) превышает таковое у женщин с нормальным АД (240 ± 9 мкМ Li^+). Границы квартильного (КВ) распределения скорости $Na^+-Li^+-ПТ$ у всей популяции женщин: I КВ 78–193, II КВ 194–265, III КВ 266–342, IV КВ 343–730 мкМ Li^+ . Установлено, что по мере увеличения скорости $Na^+-Li^+-ПТ$ последовательно уменьшается число лиц с нормальным АД и увеличивается количество женщин с АГ. Исследование состояния системы МЦ выявило значительные изменения в архитектонике сосудистой сети и в интравасальном статусе у женщин с АГ, наибольшие сдвиги в системе МЦ отмечены у носительниц высоких скоростей $Na^+-Li^+-ПТ$ (III и IV КВ). Так, сосудистые петли зарегистрированы у относительного небольшого количества женщин с низкой скоростью $Na^+-Li^+-ПТ$ – 26% и 29% (I и II КВ соответственно) и в большинстве случаев – у женщин с умеренно высокой и высокой скоростью $Na^+-Li^+-ПТ$ – 59% и 89% (III и IV КВ соответственно). Спазмированные артериолы выявлены у 17% женщин с АГ в I КВ и в 75% случаев – в IV КВ скорости $Na^+-Li^+-ПТ$; извитые вены – у 20% и 80% соответственно. Наиболее значимые сдвиги во внутрисосудистом кровотоке (сладж-феномен) зарегистрированы также у женщин с высокой скоростью $Na^+-Li^+-ПТ$.

Вывод. Скорость $Na^+-Li^+-ПТ$ является генетически детерминированным признаком; мембранные нарушения, тестируемые по большим величинам скорости $Na^+-Li^+-ПТ$, выявляются у людей еще в преморбиде. Поэтому обнаруженные взаимосвязи нарушения состояния системы МЦ с функциональным состоянием клеточных мембран дают возможность прогнозировать развитие наибольших сдвигов в системе МЦ у женщин с АГ при высоких скоростях $Na^+-Li^+-ПТ$, и именно этому контингенту пациентов необходимо проводить соответствующую адресную профилактику нарушений в системе МЦ.

I-3 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ВАРИАНТОВ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА КАК УСЛОВИЕ ИХ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

Боева А.Н., Сараев И.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Эффективная профилактика заболеваний сердечно-сосудистой системы предполагает конкретную диагностику их нозологических форм. В условиях синдромно-сходной клинической картины при ишемическом и токсическом поражении сердца на фоне анамнестических данных о злоупотреблении алкоголем, возможны диагностические ошибки. Целью исследования стала разработка нового подхода к дифференцированию этих вариантов патологии сердца на основе анализа присущих им конфигураций системного гомеостеза.

Материал и методы: исследование проводили в двух группах, по 20 человек в каждой. Мужчин и женщин в них было поровну. Средний возраст составил $46,5 \pm 3,6$ и $42,4 \pm 4,2$, соответственно. В 1-й группе все пациенты страдали хронической ИБС (в основном – стабильной стенокардией напряжения II–III ф.кл.). Во 2-й группе у всех больных было установлено наличие токсической кардиомиопатии. Всем обследуемым лицам проводился 24-часовой

мониторинг кардиоритма, дополненный расчетом динамики относительной энтропии кардиоритма и оценкой топологических свойств ее странного аттрактора, как объекта, аккумулирующего информацию о искомой конфигурации гомеокинеза.

Результаты: в итоге оценки кардиоритма были получены отображения индивидуальных аттракторов динамики его энтропии за каждые последовательно взятые 2 часа суточного цикла. Изучение их топологии осуществлялось с помощью построения моделей феномена в виде наименьшего из возможных гиперкубов, куда вписывалась фазовая траектория энтропии, составляющая тело аттрактора. Количественные характеристики модели гиперкуба во всех случаях при определенном приближении сохраняли ряд топологических особенностей вписанных в них структур – аттракторов энтропии кардиоритма. В результате анализа моделей, описанных 24 числовыми параметрами, выявили эффекты деформации их структуры, отражавшие различные эффекты гомеокинеза, связанные с наличием переходных процессов в системном регулировании, которые провоцировались наличием кардиальной патологии. Распределение количественных показателей деформации аттракторных моделей гомеокинеза за сутки с шагом в 2 часа, представленные в виде кватернической диаграммы, построенной по усредненным данным 1 и 2 групп обследованных позволили выявить достоверные различия в организации гомеокинеза больных с различным типом поражения миокарда (ишемическим или токсическим).

Выводы: проведенное исследование позволяет заключить, что применение информационного анализа и математического аппарата анализа детерминированно-хаотических динамических процессов для характеристики организации синусового кардиоритма, интерпретируемой как маркер особенностей системного гомеокинеза у больных ИБС и токсической кардиомиопатией, перспективно для создания алгоритма дифференцирования этих вариантов поражения сердца при неопределенной клинической картине.

I-4 КОРОНАРНЫЙ РИСК И РЕЗИСТЕНТНОСТЬ ЛИПОПРОТЕИНОВ НИЗКОЙ ПЛОТНОСТИ К ОКИСЛЕНИЮ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Воробьева Е.Н., Осипова И.В., Антропова О.Н., Симонова Г.И., Батанина И.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Алтайская лаборатория эпидемиологии, прогнозирования и профилактики ХНИЗ НИИ терапии СО РАМН, Барнаул, Россия; НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; НУЗ Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Известно, что модифицированные липопротеины низкой плотности (ЛПНП) активируют экспрессию эндотелиальными клетками моноцитхемотаксического протеина (MCP-1), способствующего привлечению моноцитов в субэндотелиальное пространство с последующей их трансформацией в пенстые клетки – ранней стадии атеросклероза.

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи резистентности к окислению ЛПНП и суммарного коронарного риска у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Объектом исследований явились 64 пациента (мужчин и женщин) в возрасте от 49 до 58 лет из неорганизованной выборки с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца. Контролем служили 47 практически здоровых лиц обоего пола в возрасте от 40 до 55 лет. Обследование по факторам риска болезни системы кровообращения (БСК) включало анкетирование (пол, возраст, семейный анамнез, курение и др.), клиническое (измерение артериального давления) и функциональное исследование (электрокардиография). Кроме того, исследовали показатели липидного обмена сыворотки крови – общий холестерин (ОХС) и липопротеины высокой плотности (ХС ЛПВП) энзиматическим методом.

Резистентность ЛПНП к окислению определяли по методике (Рагино Ю.И., 1998) с оценкой степени окислительной модификации ЛПНП путем определения концентрации малонового диальдегида. Для прогнозирования вероятности развития инфаркта миокарда и инсульта на ближайшие 10 лет была применена формула расчета коронарного риска – Framingham (1991): $p=1-\exp(-cu)$, в которой учитываются возраст, пол, ОХС и ХС

ЛПВП сыворотки крови, систолическое артериальное давление, левожелудочковая гипертрофия, диабет и курение.

Исследования показали наличие у всех пациентов гиперхолестеринемии и у 38% гипоальфалипотеинемии. Результаты лабораторного тестирования в совокупности с другими факторами риска БСК позволили определить у обследуемых лиц суммарный коронарный риск, который соответствовал диапазону "высокого риска" и "очень высокого риска", а в контрольной группе – уровню "умеренного риска". При этом концентрация малонового диальдегида – конечного продукта перекисного окисления в ЛПНП у больных ИБС была достоверно выше, чем у здоровых лиц, что свидетельствует о сниженной резистентности ЛПНП к окислительной модификации.

Полученные результаты представляют интерес для дальнейшего изучения активности антиоксидантных систем, оценки эффективности гиполипидемической терапии, а также прогнозирования инцидентности сердечно-сосудистой патологии.

I-5 ИЗУЧЕНИЕ ГЕНОВ ТРОМБОГЕНЕЗА У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ТИТУЛЬНОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Гончарова Л.Н., Хасанова З.Б.*, Бирлюкова Д.В., Коновалова Н.В.*, Тимошкина Е.И., Семенова С.В., Снеговской В.А., Кузовенкова О.Н., Постнов А.Ю. *

ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия; *ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий», Москва, Россия

Артериальная гипертония (АГ) ассоциируется с резким увеличением риска развития мозгового инсульта и инфаркта миокарда. В последние годы активно обсуждается роль генетических факторов в развитии гемостазиологической дисфункции при АГ. Исходя из этого, целью исследования явилось изучение генетических маркеров тромбоза у лиц мордовской и русской национальностей с essencialной АГ, проживающих на территории Республики Мордовия.

Было обследовано 140 пациентов с АГ и 90 здоровых лиц трех национальностей: русских, мордва-мокша, мордва-эрзя. Наряду с традиционными клинико-инструментальными исследованиями, проводилась идентификация аллелей полиморфных маркеров методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Были изучены полиморфные маркеры Arg506Gln гена, кодирующего фактор V свертывания крови, 4G(-675)5G гена PAI-1, G20210A гена протромбина, гена GPIIb/IIIa, A1298C гена MTHFR.

У пациентов с АГ и лиц с нормальным уровнем АД выявлено отсутствие достоверно значимых различий в распределении генотипов гена, кодирующего фактор V свертывания крови, гена протромбина, гена GPIIb/IIIa, независимо от национальной принадлежности ($p>0,05$). В группе этнических русских с АГ достоверно чаще по сравнению с группой контроля встречается генотип 4G/4G гена PAI-1 (31,7% и 5%, $p<0,05$), а в группе контроля достоверно чаще выявлены лица с генотипом 5G/4G гена PAI-1 (80% и 41,5%, $p<0,05$). В группах мордовской национальности различий в распределении генотипов гена PAI-1 у пациентов с АГ и здоровых лиц выявлено не было. Относительно полиморфизма гена MTHFR были обнаружены следующие различия: в группе эрзян с АГ по сравнению с контролем чаще выявлен генотип AC (69,6% и 38,1%, $p<0,05$), а в группе мокшан, страдающих АГ, по сравнению со здоровыми лицами, достоверно чаще встречается как генотип AC (57,7% и 5%, $p<0,05$), так и неблагоприятный генотип CC (23,1% и 0%, $p<0,05$).

При анализе пациентов с АГ в зависимости от национальной принадлежности в распределении генотипов гена, кодирующего фактор V свертывания крови, гена PAI-1 G20210A, гена протромбина, гена GPIIb/IIIa, достоверных различий выявлено не было ($p>0,05$). Рассматривая полиморфизм гена MTHFR, были выявлены статистически достоверные различия мутации A1298C. «Неблагоприятный» генотип CC достоверно чаще встречается у пациентов АГ мордва-мокша по сравнению с пациентами АГ русской национальности (23,1% и 4,9%, $p<0,05$).

Таким образом, полученные результаты позволяют более дифференцированно проводить медикаментозную коррекцию профилактики венозных тромбозов у больных АГ в зависимости от национальной принадлежности.

I-6 ПОРОГ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Гончарова Л.Н., Кузовенкова О.Н., Снеговской В.А., Тимошкина Е.И., Семенова С.В., Горячев И.В., Гудин П.Н.
ГОУВПО "МГУ им Н.П. Огарева", Саранск, Россия

Неблагоприятная эпидемиологическая ситуация, сложившаяся относительно артериальной гипертензии (АГ) обуславливает необходимость проведения мероприятий по профилактике этого заболевания в каждом регионе конкретно. В последние десятилетия повышается интерес к немедикаментозным средствам лечения и профилактики АГ. Ведущим из них является ограничение потребления поваренной соли. Целью нашего исследования было определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) у пациентов с АГ в различных этнических группах, проживающих на территории Республики Мордовия.

Было обследовано 218 пациентов с установленным диагнозом АГ, средний возраст которых составил $55,79 \pm 0,98$ года. В соответствии с целями исследования было сформировано 3 группы. В первую группу вошло 66 больных АГ мокшанской национальности, вторую группу составили 91 пациент эрзянской национальности. Третья группа представлена 61 пациентом с АГ русской национальности. Исследуемые группы были репрезентативны по возрастно-половым характеристикам, результатам эхокардиографического обследования. Все пациенты прошли тщательное медицинское обследование. Для определения порога чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) использовалась модифицированная методика R. Henkin. Для тестирования использовали набор из 12 разведений хлорида натрия в концентрациях от 0,0025% до 5,12%.

При определении порога вкусовой чувствительности к поваренной соли установлено, что в группе пациентов с АГ только 1,9% имели ПВЧПС, соответствующий среднему уровню – 0,16%, и 98,1% имели высокий ПВЧПС (>0,16%). Среднее значение ПВЧПС у больных АГ составило $0,71 \pm 0,1\%$. Пределы колебаний ПВЧПС: от 0,16% до 2,56%. Во всех группах независимо от национальной принадлежности преобладает уровень ПВЧПС, соответствующий 0,64%. Данное преобладание наиболее выражено в группах мокшан и русских (63,9% и 64,5% соответственно). Анализ уровней ПВЧПС в зависимости от полового диморфизма и национальности показал, что в первой группе обследуемых среди женщин ПВЧПС составил $0,68 \pm 0,1\%$, что достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у мужчин этой же группы – $1,03 \pm 0,2\%$. Пределы колебаний ПВЧПС у мокшанских женщин составляют 0,32–1,28%, среди мужчин – мокшан ПВЧПС выше и колеблется от 0,64 до 2,56%. В группе эрзян ПВЧПС также имеет статистически значимые ($p < 0,01$) половые различия: ПВЧПС женщин равен $0,64 \pm 0,04\%$, мужчин – $0,90 \pm 0,1\%$. Среди эрзянских пациентов мужского пола достоверно чаще ($p < 0,05$), чем среди женщин, определяется ПВЧПС в 2,56% (в 9,3% случаев). В группе этнических русских уровень ПВЧПС среди женщин составил $0,56 \pm 0,04\%$, среди мужчин – $0,66 \pm 0,12\%$. В этой группе отсутствовали пациенты с уровнем ПВЧПС в 2,56% и мужчины с ПВЧПС в 0,32%.

Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что ПВЧПС у больных АГ в Республике Мордовия, независимо от этнической принадлежности значительно превышает нормальные показатели. Достоверных различий в значениях ПВЧПС между представителями изучаемых национальностей не выявлено.

I-7 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Гончарова Л.Н., Кузовенкова О.Н., Снеговской В.А., Тимошкина Е.И., Семенова С.В., Горячев И.В., Гудин П.Н.
ГОУВПО "МГУ им Н.П. Огарева", Саранск, Россия

Целью работы явилось определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) и добровольцев с нормальным уровнем артериального давления (АД), проживающих на территории Республики Мордовия.

В ходе исследования было сформировано 2 группы. Основную группу составили 218 пациентов с установленным диагнозом эссенциальной АГ. Контрольная группа состояла из 143 человек обоего пола с нормальным уровнем АД, сопоставимых по возрасту с пациентами из основной группы, не имеющих наследственной отягощенности по артериальной гипертонии. Все пациенты прошли медицинское обследование, включающее сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, лабораторные методы исследования, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, эхокардиографию. Для определения порога чувствительности к поваренной соли использовалась модифицированная методика R. Henkin.

Изучение ПВЧПС в обследуемых группах показало, что среднее значение ПВЧПС у больных АГ и здоровых лиц составляет $0,71 \pm 0,1\%$ и $0,70 \pm 0,1\%$ соответственно. В основной группе у 1,9% пациентов определялся ПВЧПС, равный 0,16%, что соответствует среднему уровню, и 98,1% имели ПВЧПС >0,16%, соответствующий высокому уровню. В группе лиц с нормальным уровнем АД ПВЧПС в 0,16% был определен у 4,2%, остальные 95,8% также имели высокий ПВЧПС.

Анализ ПВЧПС в зависимости от пола выявил, что в основной группе обследуемых среди женщин ПВЧПС составил $0,68 \pm 0,07\%$, что достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем у мужчин этой же группы – $1,03 \pm 0,20\%$.

Среди пациентов мужского пола с повышенным уровнем АД, достоверно чаще встречается значение ПВЧПС равное 2,56%, по сравнению с женщинами, у которых чаще ($p < 0,01$) встречается ПВЧПС – 0,32%.

В контрольной группе ПВЧПС среди женщин составил $0,66 \pm 0,05\%$, среди мужчин – $0,81 \pm 0,09\%$, но данные различия не достигали критерия достоверности. В группе лиц с нормальным уровнем АД преобладал уровень ПВЧПС равный 0,64%. При анализе ПВЧПС в зависимости от пола было выявлено, что диапазон значений ПВЧПС у женщин данной группы составил 0,16–2,56%, в то же время у мужчин этой же группы ПВЧПС – 0,16% не встречался.

При сравнении основной и контрольной групп было выявлено, что у лиц с нормальным уровнем АД достоверно чаще определяются более низкие уровни ПВЧПС (0,16% и 0,32%). Среди женщин без АГ достоверно чаще ($p < 0,05$) встречаются крайние значения ПВЧПС 0,16%. по сравнению с женщинами гипертониками. Среди мужчин нормотоников имеет место статистически значимое ($p < 0,05$) преобладание ПВЧПС 0,32%.

Таким образом, в ходе исследования было выявлено, что ПВЧПС у лиц как с АГ, так и с нормальным уровнем АД в РМ превышает средние значения, полученные в других регионах РФ. В то же время у пациентов АГ ПВЧПС выше, чем у здоровых лиц.

I-8 ВЛИЯНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ПОКАЗАТЕЛЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT

Жусупова Г.К., Загоруля Н.Л., Оразалиева Г.Р. Смаилова Г.Т.
АО Медицинский университет, кардиологический центр, Астана, Казахстан

Цель исследования: оценить влияние реваскуляризации миокарда при ишемической болезни сердца на длительность корригированного интервала QT.

Методы исследования: проведен анализ показателя корригированного интервала QT у 35 пациентов (средний возраст $58 \pm 9,1$ лет; из них 26 мужчин и 8 женщин) с различными клиническими формами ишемической болезни сердца (80% обследованных перенесли инфаркт миокарда) и выполненной ангиопластики со стентированием ($n=16$) или подвергшихся аорто-коронарному шунтированию (АКШ, $n=19$). Всем обследованным трижды регистрировалась общепринятая электрокардиограмма 12 отведений в покое (ЭКГ): до вмешательства на коронарных сосудах, через один и 3 месяца после стентирования или АКШ. Длительность интервала QT и расчет корригированного QT производился по ЭКГ.

Результаты. При анализе показателя корригированного QT выявлено, что до вмешательства было отмечено 4 случая удлинения интервала QT более 0,44 мсек, через 1 месяц после стентирования или АКШ – в 2-х случаях, а через 3 месяца удлинение этого

показателя не было выявлено ни у одного из обследованных пациентов. Средние значения длительности скорректированного QT интервала составили до вмешательства $0,39 \pm 0,03$ мсек, через один месяц после вмешательства – $0,39 \pm 0,03$ мсек, через 3 месяца после вмешательства – $0,38 \pm 0,02$ мсек.

Выводы. Результаты проведенного анализа свидетельствуют о том, что с улучшением коронарного кровоснабжения вследствие проведенной ангиопластики со стентированием или АКШ в трехмесячный период наблюдения за больными количество случаев удлинённого QT интервала прогрессивно сокращалось, а среднее значение этого ЭКГ-показателя имело тенденцию к снижению к концу периода наблюдения. Приводили ли выявленные изменения длительности QT интервала к изменениям аритмического статуса больного и, как следствие, к изменению тактики его ведения, требует дальнейшего изучения.

I-9 ПРОФИЛАКТИКА СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В МИОКАРДЕ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЭКЗОГЕННЫХ КАТЕХОЛАМИНОВ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ С ПОМОЩЬЮ АНТИОКСИДАНТОВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Заматаева М.Н., Инчина В.И., Чаиркин И.Н., Дроздов И.А.

ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель: исследовать структурные изменения миокарда при физической нагрузке на фоне катехоламинового повреждения и возможность их предотвращения с помощью антиоксидантов.

Методы: эксперименты проводились на 84 нелинейных белых мышах. Исследовано 6 групп животных: интактные, мыши с катехоламиновым повреждением миокарда и воздействием физической нагрузки без коррекции – контроль, с коррекцией мексидолом 25 и 50 мг/кг и γ -глутамилгистамином 1 и 10 мг/кг. Исследовались морфологические изменения в миокарде при окраске гематоксилином и эозином, проводилась морфометрия.

Результаты: В контроле наблюдаются множественные очаги некроза по всему миокарду. Цитоплазма кардиомиоцитов набухшая, их площадь достоверно больше исходной на 32,7%. Ядра подвергаются карнопикнозу, их площадь достоверно меньше исходной на 25,5%. Цитоплазменно-ядерное отношение достоверно больше исходного на 53,7%. Межклеточные пространства расширяются за счет отека, их диаметр достоверно больше исходного на 38%. Отмечаются кровоизлияния и диффузная клеточная инфильтрация. На фоне применения мексидола 25 мг/кг средняя площадь кардиомиоцитов достоверно больше исходной на 40,1%. Площадь ядер меньше исходной на 11,8%. Цитоплазменно-ядерное соотношение достоверно больше исходного на 48,8%. Диаметр межклеточных пространств достоверно больше исходного на 30%. Сосуды умеренно расширены, сохраняется лейкоцитарная инфильтрация. При использовании мексидола 50 мг/кг средняя площадь кардиомиоцитов достоверно выше исходной на 38,4%. Площадь ядер меньше исходной на 11,8%. Цитоплазменно-ядерное соотношение достоверно больше исходного на 49,6%. Ширина межклеточных промежутков больше исходной на 17,2%. Сосуды резко расширены и полнокровны. Лейкоцитарная инфильтрация выражена умеренно. При использовании γ -глутамилгистамина 1 мг/кг наблюдается сохранение структуры миокарда. Площадь кардиомиоцитов больше исходной на 20,7%. Площадь ядра меньше исходной на 13,2%. Цитоплазменно-ядерное соотношение достоверно больше исходного на 36,3%. Ширина межклеточных промежутков больше исходной на 12,4%. Сосуды умеренно расширены. Инфильтрация миокарда выражена. На фоне применения γ -глутамилгистамина 10 мг/кг площадь кардиомиоцитов достоверно больше исходной на 44,9%. Площадь ядра достоверно меньше исходной на 16,6%. Цитоплазменно-ядерное соотношение достоверно больше исходного на 57%. Диаметр межклеточных пространств достоверно больше исходного на 39%. Сосуды резко расширены, полнокровны, их стенка отечна. Инфильтрация миокарда значительно выражена.

Выводы: При физической нагрузке и катехоламиновом повреждении происходят некротические изменения в миокарде. γ -глутамилгистамин 1 мг/кг наиболее эффективно предотвращает деструктивные изменения в ядрах, цитоплазме кардиомиоцитов и строме. Мексидол 25 и 50 мг/кг устраняет ядерные изменения, а γ -глутамилгистамин 10 мг/кг не предотвращает развитие некроза.

I-10 ЗНАЧЕНИЕ ДОПЛЕРОВСКОЙ ПРОБЫ С НИТРОГЛИЦЕРИНОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Иванова Н.В., Отрохова Е.В.

ГОУ ВПО СГМА Росздрава, Смоленск, Россия

Цель: определить значение острой доплеровской пробы с нитроглицерином для дифференциации типов диастолической дисфункции (ДДФ) левого желудочка (ЛЖ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сохраненной систолической функцией.

Методы: у 108 больных, перенесших инфаркт миокарда с клиническими признаками ХСН I-III ФК NYHA и фракцией выброса ЛЖ $\geq 40\%$ (ФВ = $48,1 \pm 7,95\%$) в возрасте от 37 до 89 лет (средний возраст $60,7 \pm 10,61$ лет) проводили доплерографию на аппарате «Sonos-2500» (Hewlett Packard, США). По трансмитральному диастолическому (ТМД) спектру оценивали относительные максимальных скоростей раннего и позднего наполнения – E/A, время замедления раннего наполнения – DT и изоволюметрического расслабления – IVRT, по легочному венозному (ЛВ) спектру – отношение максимальных скоростей систолического и диастолического антеградных потоков – S/D, максимальную скорость – AR и продолжительность – ARdur диастолического ретроградного потока. Традиционную оценку типа ДДФ по ТМД и ЛВ спектрам дополняли результатами изометрической и пробы Вальсальвы, а также динамикой диастолических показателей на 2-3-й мин после приема 0,5 мг нитроглицерина.

Результаты: все больные были разделены на 3 группы по типу ДДФ ЛЖ: 1-я – нарушение релаксации у 50%, 2-я – псевдонормализация у 46,3%, 3-я – рестрикция у 3,7%. При распределении на типы помимо традиционных диастолических показателей (E/A, DT, IVRT, S/D, AR и ARdur) в число диагностически значимых признаков включали степень изменения E/A на высоте пробы Вальсальвы и на высоте изометрической пробы (диастолический резерв), а также степень изменения диастолических показателей на фоне нитроглицерина. Степень изменения E/A на изометрической и пробе Вальсальвы между группами значимо не различалась. После приема нитроглицерина в 1-й группе выявлены изменения E/A на $-18,4 \pm 13,94\%$; S/D на $42,7 \pm 49,74\%$; AR – на $50,7 \pm 60,87\%$; DT – на $12,3 \pm 32,25\%$ и IVRT – на $6,0 \pm 21,53\%$. Это происходило вследствие снижения венозного возврата и уменьшения преднагрузки на ЛЖ за счет сосудорасширяющего действия нитроглицерина на ЛВ и депонирования в них крови и свидетельствовало об угнетении релаксации при ее исходном нарушении. Во 2-й группе в сравнении с 1-й значимо усилилась степень изменений E/A до $-35,9 \pm 16,09\%$ ($p < 0,001$); S/D – до $20,5 \pm 27,17\%$ ($p < 0,05$) и DT – до $32,6 \pm 34,26\%$ ($p < 0,05$) без достоверных изменений IVRT, AR и ARdur, что может быть связано с демаскировкой диастолических расстройств у больных с псевдонормализацией. При отсутствии изменений E/A, IVRT и ARdur 3-ю группу от 2-й отличали уменьшение DT до $24,8 \pm 48,08$ ($p < 0,05$), значимый прирост S/D до $86,8 \pm 40,67\%$ ($p < 0,05$) и резкое падение AR до $8,5 \pm 37,04$, вероятно, из-за истощения сократительного резерва ЛП у больных с рестрикцией.

Выводы: острая доплеровская проба с нитроглицерином улучшает распознавание типов диастолических расстройств у постинфарктных больных с ХСН и сохраненной систолической функцией ЛЖ, а их своевременная диагностика и медикаментозная коррекция будет способствовать замедлению темпов прогрессирования ХСН у данной категории пациентов.

I-11 РОЛЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Иванов А.П., Эльгардт И.А., Аня О.К.

Тверской кардиологической диспансер, Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

В настоящее время отмечается большой интерес к изучению нарушений функции эндотелия при разных формах ишемической болезни сердца (ИБС) и ее осложнениях. Состояние эндотелия при этом характеризуется нарастанием вазоконстрикции сосудов и увеличением числа циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов. Однако исследования у больных с имплантированными электрокардиостимуляторами (ЭКС) в литературе отсутствуют.

Цель исследования. Оценка выраженности эндотелиальной дисфункции (ЭДФ) у мужчин, больных ИБС с имплантированным ЭКС при развитии в течение 1 года наблюдения клинических признаков сердечной недостаточности (СН) с систолической или диастолической дисфункцией левого желудочка в сравнении с пациентами, в их отсутствии.

Материал и методы. Обследованы 95 мужчин, из них: 30 больных с признаками СН I-II функционального класса по критериям NYHA (средний возраст $64,8 \pm 7,13$ лет), которые были включены в 1 группу. Во 2 группу вошли 65 пациентов с имплантированными ЭКС без признаков СН. Группы были сопоставимы по возрасту и уровням коморбидности. Наличие ЭДФ оценивали ультразвуковым методом по выраженности относительного увеличения диаметра плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией и по числу циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов (метод J. Hladovec).

Результаты исследования. Количество эндотелиоцитов менее 5 в поле зрения во 2-й группе составляло 87,1%, в 1-й группе с СН I ФК – 14,7%, при СН II ФК – 20,0% ($p < 0,01$). В то же время их уровень более 10% имел место соответственно в 58,1%, 38,2% и 46,7% случаев. В группе без развития клинических проявлений СН при ЭКС физиологическая вазодилатация встречалась несколько реже, чем в группе с СН I-II ФК (соответственно у 13 и 21%; $p > 0,05$). При комплексной оценке отмеченных выше показателей данные за ЭДФ во 2-й группе имелись в 6,5% случаев, а в 1-й группе при СН I – II ФК – соответственно в 40,3 и 58,8% наблюдений. Полученные данные имели достоверные различия ($p < 0,01$) в сравнении с больными 2-й группы и различались не существенно в зависимости от степени выраженности СН.

Заключение. Таким образом, оценка эндотелий-зависимой вазодилатации плечевой артерии и уровня циркулирующих в крови десквамированных эндотелиоцитов позволяет объективно судить о выраженности ЭДФ. Последняя может явиться одним из патогенетических путей развития осложнений у больных с коронарной болезнью сердца и имплантированными электрокардиостимуляторами.

I-12 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ СУТОЧНОГО РИТМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Ивлева Г.И., Биктимирова Д.М., Киклевич А.В., Тесля Е.Ф.

ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера, Надым, Россия

Цель. Изучение основных показателей функционального состояния почек при различных типах нарушения суточного ритма артериального давления у больных артериальной гипертензией (АГ), проживающих в высоких широтах.

Методы исследования. Обследовано 95 человек (46 женщин и 49 мужчин) больных АГ II стадии, 2–3 степени, среднего и высокого дополнительных рисков (ВНОК, 2008). Средний возраст пациентов – $51,0 \pm 7,1$ года, средняя продолжительность

заболевания – $10,3 \pm 7,6$ года, длительность проживания на Крайнем Севере – $26,9 \pm 8,0$ года. У всех обследуемых определяли содержание креатинина, мочевины, мочевой кислоты, общего холестерина, триглицеридов (ТГ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), глюкозы, натрия и калия в сыворотке крови. Для количественного определения альбумина в моче (МАУ) использовался автоматический анализатор Nycocard READER II и набор реактивов фирмы Nycocard (Норвегия). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определяли по формуле, полученной в исследовании MDRD (Modification Diet in Renal Disease Study). 24-часовое суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществлялось автоматическим аппаратом «Tonoport» IVa фирмы «Hellege» (Германия). Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ Excel, Биостатистика для Windows (версия 4.03) по основным показателям вариационной статистики. Достоверность различий оценивалась по критерию Манна-Уитни. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Нарушения функции почек, соответствующие критериям II и III стадий хронической болезни почек выявлены у 42 (91,3%) женщин и 46 (93,9%) мужчин. Определены гендерные различия в уровне СКФ – у женщин средний уровень СКФ был на 8,8% ниже, чем у мужчин ($p = 0,02$). Наиболее низкие значения СКФ (как у мужчин, так и у женщин) выявлены у больных АГ с недостаточной степенью ночного снижения АД (non-dippers) и при суточном ритме с ночным повышением АД (night-peakers). Так, СКФ у больных АГ с суточным ритмом САД «non-dippers» ($37,3 \pm 7,3$ мл/мин/1,75² у женщин и $42,2 \pm 7,7$ мл/мин/1,75² у мужчин) была достоверно ниже СКФ у больных АГ с оптимальным суточным ритмом (dippers) САД (соответственно $46,1 \pm 8,4$ и $48,9 \pm 6,2$ мл/мин/1,75²). Аналогичными были различия между средними уровнями СКФ у больных АГ с ритмом «night-peakers» САД, «non-dippers» и «night-peakers» ДАД и показателями СКФ у больных с суточным ритмом «dippers» АД. Нами не выявлено достоверных зависимостей других показателей функции почек (уровень сывороточного креатинина, МАУ) от типа суточного ритма АД у больных АГ, проживающих в высоких широтах.

Заключение. Результаты исследования демонстрируют негативные изменения функционального состояния почек при нарушениях суточного профиля АД у больных АГ. Однако вопрос о причинно-следственных взаимоотношениях нарушений суточного ритма АД и функционального состояния почек требует дальнейшего исследования. Выявление нарушений суточного ритма АД у больного АГ должно являться поводом для углубленного обследования почек.

I-13 ДИАБЕТИЧЕСКАЯ КАРДИАЛЬНАЯ НЕЙРОПАТИЯ В ПРОГНОЗЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Корпусова И.В., Шукшина Л.М.

Областная клиническая больница №3, ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия», Оренбург, Россия

Цель работы: определить прогностическое значение кардиальной автономной нейропатии (КАН) в качестве раннего маркера ишемического повреждения миокарда у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования: обследовано 35 пациентов с СД 2 типа в возрасте от 40 до 60 лет без тяжелых сопутствующих хронических заболеваний и клинически выраженных осложнений диабета. Помимо общепринятых клинико-лабораторных методов обследования, использованы – холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма (ВСР), суточное мониторирование АД с оценкой коэффициента средних значений АД день/ночь, анкетный метод выявления автономной нейропатии с оценкой психовегетативных нарушений по программе EURODIAB в модификации Данилова А.Б., а также вегетативные тесты на выявление КАН; проанализированы вегетативные нарушения в других органах и состоянии периферической иннервации по шкалам симптомов нейропатии.

Полученные результаты: в ходе проведенного исследования по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и положительным вегетативным пробам (суммарная оценка по 5 стандартным

тестам выше 5 баллов) КАН диагностирована у 16 человек (46%). Безболевая ишемия миокарда (БИМ) установлена у 12 больных (75%), страдающих КАН, в то время как у пациентов, не имеющих этого осложнения, она зафиксирована лишь в 11% случаев (4 человека). Влияние автономной функции оценивалось по вариабельности частоты сердечных сокращений или ритма сердца при глубоком дыхании, пробой Вальсальвы, пробой «30:15» и реакцией систолического артериального давления (САД) на ортопробу. Ощущение боли было снижено у пациентов с СД и КАН, позволяя им дольше выполнять нагрузку, несмотря на ишемию миокарда. Задержка этого ощущения ассоциировалась с сочетанием КАН и БИМ. Нарушение вариабельности сердечного ритма взаимосвязано с развитием периферической соматической нейропатии. У пациентов с безболевой ишемией миокарда выявлена прямая корреляционная связь между снижением ВСР по данным холтеровского мониторирования ЭКГ и степенью тяжести полинейропатии, оцененной по шкалам симптомов нейропатии. Нами установлена прямая корреляционная зависимость частоты встречаемости БИМ от длительности СД 2 типа.

Выводы: в ходе проведенного исследования обнаружена высокая частота КАН у больных СД 2 типа. Чувствительным признаком автономной дисфункции сердца является вариабельность ритма сердца. Учитывая тесную взаимосвязь безболевой ишемии миокарда и КАН, необходимо своевременное выявление этого осложнения диабета, выступающего в роли раннего маркера ишемического повреждения миокарда у больных СД 2 типа.

I-14 КВАРТИЛЬНЫЙ АНАЛИЗ (ПО ВЕЛИЧИНЕ СКОРОСТИ Na⁺/Li⁺ ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА) СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

Макаров М.А., Трегубова М.Г., Ослопов В.Н.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань, Республика Татарстан

Цель: Оценить влияние генетических детерминант, маркируемых по величине скорости Na⁺/Li⁺ противотранспорта (Na⁺/Li⁺ПТ) в мембране эритроцита, на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в когорте, наблюдаемой в течение 12 лет (1993-2005гг).

Научная новизна: Впервые в Республике Татарстан проспективно и ретроспективно изучается когорта людей – носителей известной величины скорости Na⁺/Li⁺ПТ в естественной среде обитания.

Материал: 414 сотрудников крупного промышленного предприятия г.Казани.

Методы: определение скорости Na⁺/Li⁺ПТ с последующим квартильным (КВ) анализом распределения признака (I КВ 38–206, II КВ 207–275, III КВ 276–347, IV КВ 348–644 мкмоль Li/л клеток в час), анализ свидетельств о смерти для уточнения причин смерти, анализ историй болезней и амбулаторных карт умерших.

Результаты: 1. Общее количество лиц, умерших от ССЗ, составляет 36 человек, или 61% от общего числа умерших (59). 2. Распределение летальных случаев от ССЗ по КВ в %: I КВ – 19,4 (7), II КВ – 27,7 (10), III КВ – 33,3(12), IV КВ – 19,4(7). 3 Оценка распределения летальных случаев по критерию $\chi^2 = 1,895$ ($p < 0,1$). 4. Средний возраст умерших – 51,3 года.

Обсуждение: Изучается взаимосвязь между генетически детерминированными нарушениями в функционировании клеточных электролитных транспортных систем, и смертностью. Нарушения, приводящие к функциональным сдвигам в организме, определяются как «промежуточные фенотипы». Фенотипы могут быть независимы друг от друга или детерминированы мутацией одного гена, или обусловлены сложным взаимодействием различных сочетаний генов с факторами внешней среды. Также можно предположить наличие «сцепки» генов, кодирующих структурное состояние клеточных мембран, в которые встроены переносчик Na⁺/Li⁺ПТ (и от которых зависит его работа), и генов, определяющих различные фенотипы человека, в том

числе и определяющих его дожитие. Если генетически детерминированные нарушения определяют сроки дожития, то промежуточные фенотипы можно использовать в качестве их маркеров. К промежуточным фенотипам относится и скорость Na⁺/Li⁺ПТ.

Выводы: 1. При квартильном анализе выявляется связь между скоростью Na⁺/Li⁺ ПТ и смертностью от сердечно-сосудистой патологии в когорте.

2. Смертность от ССЗ преобладает над всеми остальными причинами смерти.

3. В когорте выявляется тенденция связи смертности от ССЗ с принадлежностью ко II и III КВ скорости Na⁺/Li⁺ ПТ.

4. Средний возраст умерших (51,3 года) не соответствует средней продолжительности предстоящей жизни мужчин в Российской Федерации за 1993-2005гг (58 лет).

I-15 ОЦЕНКА УРОВНЕЙ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У КОРЕННЫХ И ПРИШЛЫХ УЖЧИН ЯКУТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ СТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Махарова Н.В., Воевода М.И*, Гольдерова А.С., Яковлев Р.В., Томский М.И.

Якутский научный центр КМП СО РАМН, Якутск, Россия; *НИИ терапии СО РАМ, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Оценить уровни провоспалительных цитокинов (ПЦ) в сыворотке крови больных в зависимости от степени стенозов коронарных артерий у коренных и пришлых жителей Якутии.

Материалы и методы. В исследование были включены 49 мужчин с верифицированным атеросклерозом коронарных артерий (КА), (средний возраст – 52,0±1,6 лет). К коренным отнесены якуты, эвенки, чукчи и другие малочисленные народы Якутии, к пришлым – русские, украинцы, белорусы и другие, проживающие в Якутии постоянно. 24 больных перенесли инфаркт миокарда не позднее, чем 6 месяцев до обследования, из числа пациентов без ИМ в анамнезе 25 имели клинику ИБС (II-III ФК стабильной стенокардии). Из исследования были исключены больные с острыми воспалительными заболеваниями или обострениями хронических воспалительных заболеваний в течение 2 недель до включения в исследование. 13 (26,5%) больных на момент исследования принимали статины. Всем больным проведена коронароангиография по общепринятой методике Judkins. Поражение коронарного русла оценивали по суммарному индексу стенозов (Gensini G., 1978). Сумма баллов, полученная при оценке поражения коронарных артерий (КА), представляла коронарный индекс (КИ) стенозов для каждого больного, который учитывает количество пораженных КА и степень стенозов. Для изучения уровней ПЦ в зависимости от степени КИ больные были распределены на 3 группы: I группа (низкий КИ) – 22 мужчин, II группа (средний КИ) – 24 мужчин, III группа (высокий КИ) – 3 мужчин. Количественное измерение маркеров воспаления проводилось методом ИФА с использованием набора «Вектор – Бест» (г. Новосибирск). За ПИКС принимали патологический зубец Q (QR) продолжительностью более 0,03 сек и амплитудой – более ¼ амплитуды зубца R на ЭКГ. ЭКГ проводилась в покое в 12 стандартных отведениях.

Результаты и обсуждение. Изучение уровней ПЦ в зависимости от КИ выявило, что уровень СРБ был выше при низком КИ (6,7±0,7 мг/л) по сравнению с высоким КИ (5,9±0,1 мг/л), который был выше, чем при среднем КИ (4,5±0,7 мг/л). Остальные показатели не отличались. При этом интересным было то, что больных с ПИКС достоверно было больше в группе со средним КИ и на момент исследования 13 больных принимали статины (2 больных из группы с низким КИ и 11 больных из группы со средним КИ). Известно, что препараты этой группы не только действуют на липидный спектр, стабилизируют атеросклеротическую бляшку, но и вызывают ее регресс. Полученные результаты, возможно, связаны с воздействием статинов или согласуются с мнением, что развитие коронарных событий ассоциируется не столько со степенью стеноза коронарных артерий, сколько с формированием нестабильной бляшки, а дестабилизация значительно чаще возникает в более «молодых» и ангиографически «незначимых» атероматозных бляшках, которые в большей

степени подвержены повреждению. Уровень ИЛ был выше у пришлых, чем у коренных во всех группах, другие показатели не отличались. Традиционно в эпидемиологических и патологоанатомических исследованиях атеросклероза коронарных артерий в Якутии выявлялись существенные этнические особенности, заключающиеся в меньшей частоте и распространенности атеросклеротических поражений сосудов у коренного населения. За последние 20 лет эпидемиологическая ситуация в отношении распространенности заболеваний, обусловленных атеросклерозом, существенно изменилась: отмечено утяжеление и ускорение течения атеросклеротического процесса у коренного населения, у которого ранее отмечалось значительное отставание в тяжести и распространенности поражения сосудов, по сравнению с пришлыми.

Выводы. Изучение уровней провоспалительных цитокинов в зависимости от коронарного индекса стенозов у мужчин Якутии выявило достоверное повышение уровня СРБ при низком коронарном индексе, чем при среднем и высоком. У пришлых ИЛ-6 был выше, чем у коренных во всех группах.

I-16 ОПТИМИЗАЦИЯ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

Назарова О.А., Романчук С.В., Масленникова О.М., Кириченко М.В.
ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Оценка жесткости сосудистой стенки при артериальной гипертонии (АГ) является современным методом выявления поражения артерий при данном заболевании. Одним из методов оценки артериальной жесткости признано определение скорости пульсовой волны (СПВ).

Цель: изучить возможность использования СПВ для оптимизации динамического наблюдения пациентов с АГ.

Исследование проведено на базе ГУЗ «Кардиологический диспансер» г.Иваново. В исследование включено 377 пациентов (146 мужчин, 231 женщина, средний возраст $46,9 \pm 7,2$ лет) с АГ 1-2 степени, без ассоциированных клинических состояний. Пациентам проводилось традиционное клиническое обследование в соответствии с рекомендациями ВНОК при включении в исследование, а также через 6 и 12 месяцев антигипертензивной терапии. Дополнительно определяли СПВ по артериям крупного калибра, толщину комплекса интима-медиа (КИМ) по данным доплерографического исследования сонных артерий.

Результаты. СПВ оказалась повышенной у 62,5% пациентов с АГ (у 74,7% лиц в средней возрастной группе и у 53,8% лиц старше 55 лет). Прогностически неблагоприятный уровень повышения СПВ (более 12 м/с), являющийся независимым фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, отмечен у 1,1% пациентов в возрасте до 55 лет и у 22,1% обследованных больных старше 55 лет. СПВ коррелировала с толщиной межжелудочковой перегородки ($r=+0,33$) и относительной толщиной стенок левого желудочка (ЛЖ) ($r=+0,37$). У больных АГ, имевших повышенную СПВ, измененная геометрия ЛЖ выявлялась в 74,8% случаев. Увеличение СПВ было обнаружено у 76,4% пациентов с утолщением КИМ. Среднее значение СПВ у пациентов с толщиной КИМ $>0,9$ мм составило $9,43 \pm 0,91$ мм, с неизменной толщиной КИМ – $8,43 \pm 1,22$ мм ($p < 0,05$).

Динамика СПВ в течение 1 года во взаимосвязи с признаками поражения органов-мишеней была прослежена у 131 пациента, получавшего современную адекватную антигипертензивную терапию, из которых 44 пациента получали нолипрел. Через 6 месяцев лечения у 76,3% больных было отмечено достоверное уменьшение средних показателей СПВ (на 8,4% от исходного значения), в большей степени – в группе нолипрела (на 13,5%). Положительная динамика СПВ наблюдалась раньше, чем динамика эхокардиографических показателей структурного состояния ЛЖ.

Выводы. Полученные результаты позволяют использовать СПВ в качестве метода выявления сердечно-сосудистого ремоделирования при АГ, а также для контроля эффективности антигипертензивной терапии у больных ГВ как более доступный и менее затратный метод, что особенно важно для амбулаторной практики.

I-17 РОЛЬ ГЕМОРЕОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Ойроткинова О.Ш., Дедов Е.И., Никулин А.И., Шкловский Б.Л., Ворсин О.Э., Серебrenников В.Н.

ФГУ 3 ЦВКГ им.А.А.Вишневецкого Минобороны РФ, Красноярск, Россия

В настоящее время среди поступающих в ургентном порядке в отделение интенсивной терапии 25-50% составляют пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС). При этом стабилизация клинического состояния на госпитальном этапе достигает 50-80% случаев, а летальность колеблется в пределах 3,4-7,0%. Несмотря на прогресс в изучении ОКС, до сих пор представляют определенные трудности вопросы этиопатогенеза, тактики лечения, прогноза и профилактики.

Цель исследования: Изучение состояния гемореологических и микроциркуляторных нарушений и их влияние на течение ОКС

Методы. Реологию крови исследовали на лазерном агрегометре-деформометре эритроцитов – LADE. Показатели микроциркуляции при помощи компьютерной капилляроскопии, морфологию – электронной микроскопии, перфузию миокарда и сократительную способность миокарда методами синтиграфии миокарда с Tc-99m пиррофосфатом и Tl-201, Эхо-КГ

Полученные результаты. Обследовано 54 больных с острым коронарным синдромом. Средний возраст $62,5 \pm 1,25$ года. У больных с ОКС в первые часы поступления в ОРИТ отмечен выраженный синдром гипервязкости крови с нарушением электрокинетического потенциала, деформируемости эритроцитов. При сканирующей электронной микроскопии отмечены изменения морфологии эритроцитов в виде деформированных в 14% случаев, шиповидных в 25%, в 14% и 20% ассиметричных и двучапочных эритроцитов, а появление эхиноцитов отражает начало деструктивных изменений в мембране клеток и коррелирует со снижением в клетках концентрации АТФ, каталазы, супероксиддисмутазы ($r=0,62$, $P < 0,05$). Неблагоприятным прогностическим фактором является появление стоматочитов, эритроцитов с конусовидными выступами, наличие сладж-феномена капиллярах II и III степени по классификации Ditzel, свидетельствуя о серьезных трансапикалярных, микроциркуляторных нарушениях и указывает на неблагоприятный прогноз ОКС.

Вывод. Наличие синдрома гипервязкости с трансапикалярными нарушениями в условиях атеросклеротического стенозирования коронарных артерий, способствует развитию циркуляторной гипоксии и апоптозу миокардиальных клеток с развитием ишемической дисфункции миокарда, являясь одним из решающих факторов, определяющим степень нарушения коронарного кровотока, тяжесть последующей ишемии миокарда и трансформации ОКС в острый инфаркт миокарда.

I-18 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ополонский Д.В., Максимов Н.И., Зарецкая П.Е., Жуйкова Л.Е.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Стабильная стенокардия напряжения (СН) часто сочетается с метаболическим синдромом (МС). При СН изучается ремоделирование (РМ) венечных артерий (ВА). Основные механизмы РМ ВА: изменения толщины стенки и/или диаметра сосуда; изменения сосудодвигательной функции (СДФ). «Суррогатную» оценку РМ ВА проводят с помощью ультразвукового исследования периферических артерий: диаметр плечевой артерии (дПА) и толщина комплекса интима-медиа (ТКИМ) общей сонной артерии отражают структурные изменения ВА; СДФ ПА отражает функциональные изменения ВА.

Цель. Оценка структурных и функциональных изменений венечных артерий у больных стабильной стенокардией напряжения с метаболическим синдромом.

Методы исследования. Обследованы 168 больных ССН II-III функциональных классов (ФК) без инфаркта миокарда и сахарного диабета второго типа в анамнезе с признаками МС в дефиниции IDF-2005 (мужчин – 83, женщин – 85; возраст 38-62 года, средний возраст $52,3 \pm 0,4$ года). По ИМТ больных распределили на 4 группы: 30,0-34,99 кг/м² – ИМТ1 (n=40), 35,0-39,99 кг/м² – ИМТ2 (n=43), 40,0-44,99 кг/м² – ИМТ3 (n=41) и >45,0 кг/м² – ИМТ4 (n=44). Измеряли ТКИМ, dПА, скорость потока крови в ПА (V), реакцию вазодилатации (ВД) ПА исследовали в ходе компрессионной пробы, реакцию вазоконстрикции (ВК) ПА исследовали в ходе гипервентиляционной пробы; рассчитывали относительную толщину стенки артерии (ОТ, у.е.) и амплитуду реакции ПА (АР, %).

Полученные результаты. Мужчины и женщины были сопоставимы по ФК ССН ($2,8 \pm 0,05$ vs $2,7 \pm 0,05$) и длительности заболевания ССН ($5,3 \pm 0,28$ vs $4,8 \pm 0,25$ лет), ИМТ ($40,0 \pm 0,62$ vs $40,0 \pm 0,61$ кг/м²) и ВД ($4,6 \pm 0,34$ vs $5,3 \pm 0,35\%$); мужчины имели более высокие ТКИМ ($1,21 \pm 0,02$ vs $1,17 \pm 0,02$ мм, $p < 0,05$), dПА ($4,77 \pm 0,07$ vs $4,38 \pm 0,06$ мм, $p < 0,001$); женщины имели большую ВК ($7,69 \pm 0,51$ vs $6,17 \pm 0,43\%$, $p < 0,05$), V ($63,64 \pm 2,44$ vs $77,09 \pm 2,44$ см/с, $p < 0,001$), ОТ ($0,52 \pm 0,01$ vs $0,54 \pm 0,01$ у.е., $p < 0,05$) и АР ($10,72 \pm 0,45$ vs $12,94 \pm 0,52\%$, $p < 0,01$); в общей группе больных ($p < 0,001$), в группе мужчин ($p < 0,001$) и группе женщин ($p < 0,001$) преобладала ВК. Нарушения ВД являются более ранними по отношению к нарушениям ВК, поэтому различий между женщинами и мужчинами нет. Ангиологический статус больных ССН с МС – экспансивное РМ артерий с относительным парезом СДФ, и выглядит более сохранным у женщин. Рост ИМТ сопровождался увеличением dПА (от $4,05 \pm 0,07$ до $5,16 \pm 0,08$, $p < 0,001$), ТКИМ (в пределах ИМТ1-3 от $1,13 \pm 0,02$ до $1,24 \pm 0,02$, $p < 0,001$); уменьшением ВК (от $9,30 \pm 0,71$ до $4,25 \pm 0,45$, $p < 0,001$), ВД (от $6,25 \pm 0,51$ до $3,30 \pm 0,37$, $p < 0,001$), V (от $88,60 \pm 3,73$ до $50,14 \pm 2,22$, $p < 0,001$), ОТ (от $0,57 \pm 0,01$ до $0,47 \pm 0,01$, $p < 0,001$) и АР (от $15,55 \pm 0,73$ до $7,55 \pm 0,48$, $p < 0,001$); т.е. нарастанием процессов экспансивного РМ ВА и снижением СДФ в условиях увеличения гемодинамической и метаболической нагрузки на сосуды.

Выводы. Для больных стабильной стенокардией напряжения с метаболическим синдромом характерна экспансивная модель ремоделирования венечных артерий с парезом сосудодвигательной функции, нарастающая с увеличением ИМТ.

I-19 ВЗАИМОСВЯЗЬ МАРКЕРА ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АРИТМИЯХ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Осинова И.В., Симонова Г.И., Соболева А.Б., Воробьев Р.И.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Алтайская лаборатория эпидемиологии, прогнозирования и профилактики ХНИЗ НИИ терапии СО РАМН, Барнаул, Россия

Цель работы: Изучение дисфункции эндотелия у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) для оценки риска развития наджелудочковых аритмий.

Материал и методы. Под наблюдением 40 пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Причиной ХСН явились ишемическая болезнь сердца (ИБС) и постинфарктный кардиосклероз (ПИКС), артериальная гипертензия (АГ) или их сочетание. Средний возраст больных составил $66,7 \pm 8,6$ лет. Пациентам проводилось стандартное комплексное клиническое, лабораторное (с исследованием липидов и липопротеидов сыворотки крови) и инструментальное (ЭКГ, ЭКГ ВР, Эхо-КГ, ВЭМ) обследование, 6-минутный тест ходьбы. Определение дисфункции эндотелия оценивали по уровню десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в плазме (Hladovec J., 1978) с использованием микроскопа ЛОМО Микромед-1 и фазово-контрастного устройства КФ-4. Всем больным было проведено исследование на наличие поздних потенциалов предсердий (ППП) по Симпсону методом ЭКГ ВР. Отсутствие ППП констатировали при FIP < 119 мс, критерием возможного наличия ППП считался интервал значений показателя 120-129 мс, наличие ППП диагности-

ровали при значениях FIP > 129 мс. Выявление ППП является маркером возникновения наджелудочковых аритмий.

Результаты исследования. Установлено, что в зависимости от выявления ППП пациенты были разделены на 3 группы: 1. Пациенты без ППП; 2. Пациенты с возможным наличием ППП; 3. Пациенты с выявленным ППП. В ходе проведенного обследования ППП не были зарегистрированы у 22 (55%) больных, у 8 (20%) – наличие ППП было возможно, у 10 (25%) – ППП были выявлены. Показатель FIP при отсутствии ППП составил $89,8 \pm 5,6$ мс ($p < 0,001$); при возможных ППП – $123,8 \pm 0,4$ мс ($p < 0,001$); при выявленных ППП – $146 \pm 2,2$ мс. Проведено сравнение размеров левого предсердия (ЛП) у пациентов всех 3-х групп: размеры ЛП при выявленных ППП составили $42,3 \pm 1,5$ мм, что на 3,9 мм больше чем у пациентов с возможными ППП ($p < 0,001$). Достоверных различий величины ЛП у пациентов без ППП и с возможным ППП не выявлено. Выявлена высокая зависимость показателей ДЭ от наличия или отсутствия у больных ППП, в группе с ППП ДЭ – $6,8 \pm 0,2$ кл/100мл, а в группе без ППП ДЭ – $6,2 \pm 0,1$ кл/100мл ($p < 0,01$); а так же от наличия в анамнезе инфаркта миокарда, у больных с ПИКС среднее значение ДЭ – $8,0 \pm 0,1$ кл/100мл; у больных без инфаркта миокарда в анамнезе ДЭ – $5,5 \pm 0,06$ кл/100мл ($p < 0,01$).

Выводы. Метод ЭКГ ВР является высокоточным методом выявления вероятного возникновения наджелудочковых аритмий у больных с ХСН, а количество ДЭ свидетельствует о степени дисфункции эндотелия у данной группы больных, что важно для назначения антиаритмической и контроля её эффективности.

I-20 СВЯЗЬ ИНДЕКСА НОМА-IR С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН, ОПРЕДЕЛЯЕМЫМ ПО СКОРОСТИ Na⁺-Li⁺-ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА, А ТАКЖЕ С ИНДЕКСОМ МАССЫ ТЕЛА И ОКРУЖНОСТЬЮ ТАЛИИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Ослопов В.Н., Анисимова Н.П., Тарвердиева А.Э., Гумбатова С.Г., Саттарова Л.И., Абдулхаев Ф.А.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань, Республика Татарстан

Инсулинорезистентность (ИР) – важный фактор развития метаболического синдрома (МС). По мнению отечественных экспертов (Ю.В. Постнов), ИР вторичной по отношению к генетически детерминированным мембранным нарушениям, тестируемым по большим скоростям Na⁺-Li⁺-противотранспорта (V Na⁺-Li⁺-ПТ) в мембране эритроцита, но есть и другие мнения. Известно, что критерии МС постоянно расширяются и ими занимаются специалисты Международного института МС и его Российского филиала. Изучение вопроса взаимодействия ИР и V Na⁺-Li⁺-ПТ представляет интерес и в том плане, что в настоящее время вырабатываются специфичные для России критерии МС (национальные исследования МС типа НИКА, 2007-2017 гг.). При выявлении взаимосвязи между величинами V Na⁺-Li⁺-ПТ и ИР «скомпрометированные» величины V Na⁺-Li⁺-ПТ могут быть включены в состав МС в качестве генетической компоненты. Большинство исследований по ИР проводилось при АГ. Однако целесообразно изучить взаимосвязь индекса НОМА-IR (в том числе и с величинами ИР) со V Na⁺-Li⁺-ПТ у здоровых людей с нормальным АД, так как мембранные нарушения, определяемые по высоким V Na⁺-Li⁺-ПТ («мембранный дефект»), имеются у людей и в преморбиде.

Цель: изучить взаимосвязь индекса НОМА-IR со V Na⁺-Li⁺-ПТ, ИМТ, ОТ у здоровых людей с нормальным АД.

Материал и методы: обследован 41 человек организованной популяции: 20 м, 21 ж ($50,5 \pm 5,5$ л.). Исследовали: V Na⁺-Li⁺-ПТ по M.Canessa (1980) в мкмольх Li 1 л. кл. × час (мкМ Li), глюкозу на Express M-560, инсулин на IMMULITE, ИР оценивали по НОМА-IR: инсулин (мкЕд/мл) × глюкоза (ммоль/л) / 22,5 (N < 2,77), определяли АД, ИМТ, ОТ. Использовали средние величины и методы квартильного (КВ) (для V Na⁺-Li⁺-ПТ) и корреляционного анализов.

Результаты: 1. Средние значения индекса НОМА-IR $0,83 \pm 0,4$; V Na⁺-Li⁺-ПТ 245 ± 14 мкМ Li; ИМТ 27 ± 3 кг/м²; ОТ 88 ± 32 см.

2. Средние значения индекса НОМА-IR в КВ V Na⁺-Li⁺-ПТ:

I КВ $0,56 \pm 0,3$; II КВ $0,93 \pm 0,5$; III КВ $1,3 \pm 0,6$; IV КВ $0,6 \pm 0,3$ ($p < 0,05$ I – II и III – IV).

3. г между индексом НОМА-IR и: V $\text{Na}^+ - \text{Li}^+ - \text{ПТ} = 0,78$; ИМТ = $0,44$; ОТ = $0,54$.

Выводы. У людей с нормальным АД выявлена прямая пропорциональная зависимость между индексом НОМА-IR и V $\text{Na}^+ - \text{Li}^+ - \text{ПТ}$. У 3 человек была обнаружена ИР (индекс НОМА более 2,77), начиная с величины V $\text{Na}^+ - \text{Li}^+ - \text{ПТ}$ более 253 мкМ Li. Несмотря на то что индекс НОМА-IR у большинства здоровых людей находился в пределах нормы, обнаружено его нарастание по мере увеличения V $\text{Na}^+ - \text{Li}^+ - \text{ПТ}$. Этот факт может иметь прогностическое значение в плане риска развития МС у лиц, носителей величин скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+ - \text{ПТ}$ более 253 мкМ Li.

I-21 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ РЕЦИПРОКНЫХ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИКАРДИЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Протоиерей В.М., Глуховский М.Л.

ГОУ ВПО «ВГМА им. Н.Н.Бурденко МЗ РФ», Воронеж, Россия

Цель. Изучение электрофизиологических особенностей пароксизмальной реципрокной атриовентрикулярной тахикардии у пациентов, страдающих метаболическим синдромом. Методы исследования. В одномоментное исследование включили лиц старше 15 лет, у которых в ходе чрепизошеводной электрокардиостимуляции левого предсердия удалось воспроизвести пароксизмальную реципрокную атриовентрикулярную тахикардию узлового или ортодромного характера. Электрофизиологические исследования осуществляли с помощью универсального стимулятора «Кордэлектро» (Каунас, Литва) по стандартному протоколу. При выявлении метаболического синдрома руководствовались системой критериев МС АНА/НHLVI 2005 с поправкой для европейской популяции. Исключали больных, имевших ишемическую болезнь сердца (ВНОК 2004), сахарный диабет любого типа (ADA 2007), пороки сердца, хроническую сердечную недостаточность ФКП-IV, фракцию выброса ниже 40%, индекс массы миокарда левого желудочка выше 150 г/м^2 , индекс массы тела выше 40 кг/м^2 , тяжелые заболевания внутренних органов. **ПОЛУЧЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.** В исследование включили 88 больных в возрасте 23–68 (в среднем $44,6 \pm 12,1$) лет. Из них 51 соответствовали критериям МС (группа 1), у 37 такового не было (группа 2). Характер тахикардии у 61 человек (69,3%) трактован как узловой, у 27 – ортодромный (30,7%). Выявлены достоверные межгрупповые отличия по таким характеристикам как существование более 30 секунд (60,8% против 35,1%, $p = 0,01$), резистентность к вагусным пробам (51,0% против 27,0%, $p = 0,02$), спонтанное рецидивирование (11,8% против 0%, $p = 0,03$), спонтанная трансформация в мерцание предсердий (11,8% против 0%, $p = 0,03$), длительность цикла тахикардии ($328,4 \pm 11,2$ мс против $369,2 \pm 13,8$ мс, $p = 0,01$), величина зоны тахикардии ($29,4 \pm 22,4$ мс против $68,2 \pm 35,1$ мс, $p = 0,02$). Указанный факт объясняется, на наш взгляд, прямым влиянием метаболических аномалий на состояние проводящей системы. Гиперсимпатикотония, являющаяся неотъемлемым компонентом метаболического синдрома, также может модифицировать электрофизиологические параметры сердца и опосредовать указанные находки.

Выводы. Пароксизмальные реципрокные атриовентрикулярные тахикардии у лиц с метаболическим синдромом характеризуются устойчивостью, спонтанным рецидивированием, большей частотой и склонны к трансформации в мерцание предсердий.

I-22 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ИНСУЛИНОПОДОБНОГО ФАКТОРА РОСТА-1 У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Резник Л.А., Старченко Т.Г., Губанова О.М., Гайдуков Е.А.

ГУ «Институт терапии имени Л.Т.Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель работы – изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на уровень инсулиноподобного фактора роста-1

(ИФР-1) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы. Обследовано 65 больных ГБ и 20 здоровых лиц. Морфофункциональные параметры сердца изучали с помощью эхокардиографического исследования по стандартной методике на аппарате LOGIQ-5. Уровень ИФР-1 в крови определяли иммуноферментным методом с помощью наборов фирмы DSL (США). Больные были обследованы до и после 12 месячного лечения ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) периндоприлом в суточной дозе 10 мг и антагонистом кальция амлодипином в дозе 5–10 мг в сутки.

Результаты. Уровень ИФР-1 был достоверно выше у больных ГБ и составил ($153,4 \pm 7,1$) нг/мл в отличие от здоровых лиц – ($95,3 \pm 4,7$) нг/мл, $p < 0,05$. Установлена зависимость между уровнем данного рогового фактора в крови и типом геометрии левого желудочка (ЛЖ). Так, максимальный уровень ИФР-1 выявлен у больных ГБ с концентрическим ремоделированием ЛЖ – ($193,2 \pm 12,9$) нг/мл. У лиц с концентрической гипертрофией ЛЖ (КГЛЖ) уровень данного рогового фактора был достоверно ниже – ($163,2 \pm 12,7$) нг/мл, $p < 0,05$. Больные ГБ с эксцентрической ГЛЖ (ЭГЛЖ) и нормальной геометрии ЛЖ характеризовались более низкими уровнями ИФР-1 – ($125,3 \pm 11,8$) нг/мл и ($112,2 \pm 10,1$) нг/мл соответственно, $p > 0,05$, которые существенно не отличались от уровня данного рогового фактора в крови здоровых лиц. В динамике терапии в целом по группе уровень ИФР-1 достоверно не изменился. Анализ содержания ИФР-1 в зависимости от типа геометрии ЛЖ выявил достоверное изменение его уровня только у больных ГБ с ЭГЛЖ: содержание данного рогового фактора увеличилось с ($125,3 \pm 11,8$) нг/мл до ($147,3 \pm 10,2$) нг/мл, $p < 0,05$, что сопровождалось достоверным уменьшением полости ЛЖ и улучшением показателей его диастолической функции. Таким образом, концентрическое ремоделирование ЛЖ и КГЛЖ формируются на фоне гиперпродукции ИФР-1. Снижение синтеза ИФР-1 сопровождается развитием ЭГЛЖ, что свидетельствует о запуске процесса «изнашивания» гипертрофированного сердца и инициации развития сердечной недостаточности. Терапия ИАПФ периндоприлом и антагонистом кальция амлодипином активизирует синтез ИФР-1 у больных с ЭГЛЖ и исходно низким уровнем ИФР-1 и способствует улучшению структурно-функциональных показателей ЛЖ у этой категории больных.

Выводы. Установлена существенная патогенетическая роль дефицита ИФР-1 в прогрессировании ГЛЖ с дилатацией его полости при ГБ. Продолжительная комбинированная антигипертензивная терапия периндоприлом и амлодипином способствует активации синтеза ИФР-1 у лиц с ЭГЛЖ и низким содержанием данного рогового фактора. Возможно, доказанная эффективность ИАПФ в профилактике сердечной недостаточности у больных ГБ в той или иной мере связана со способностью этого класса лекарственных препаратов активировать продукцию ИФР-1 в условиях его дефицита.

I-23 МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рязина И.Н., Петрищева А.В., Петрищева Г.П.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Смертность больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) остается достаточно высокой. Залогом успеха лечения может служить как наиболее ранняя диагностика и подбор терапии, так и повышение приверженности пациента к лечению. В настоящее время актуальными в диагностике считаются легкодоступные и неинвазивные методики обследования. Согласно Российским национальным Рекомендациям по диагностике и лечению ХСН 2007 г. нагрузочная проба – ходьба в течение 6 минут – оценивает функциональный статус пациента, а «лабораторный тест» – мозговой натрийуретический пептид (МНП) определяет тяжесть сердечной дисфункции. Немаловажную роль играет выявление депрессии у кардиологических больных, являющейся независимым фактором риска сердечно-сосудистой патологии.

Цель: оценить взаимосвязь уровня МНП, функционального класса (ФК) ХСН и выраженности психологической дисфункции.

Методы: среди активных слушателей «Школы Здоровья» методом случайной выборки были дополнительно обследованы 36 человек, имеющих ХСН, у всех пациентов была ишемическая болезнь сердца, у 32 – в сочетании с гипертонической болезнью. Всем пациентам определяли уровень МНП. ФК ХСН определялся по пройденной дистанции в тесте 6-минутной ходьбы у 28 пациентов. Оценку психологического статуса проводили при помощи Миннесотского опросника качества жизни пациентов с ХСН (MLHFQ) и опросника депрессии Бека (BDI).

Результаты: средний возраст пациентов составил $59,5 \pm 7,5$ лет. Выявлены достоверная положительная корреляция ($p < 0,006$) между возрастом обследованных и уровнем МНП. Установлена отрицательная корреляция ($p < 0,02$) МНП с пройденной дистанцией в тесте 6-минутной ходьбы. 1ФК выявлен у 14 человек, 2ФК – у 9, а 3ФК – у 5 пациентов. Определено достоверное возрастное уровня МНП при утяжелении ФК ХСН: с 59 ± 30 пг/мл при 1ФК против 182 ± 21 пг/мл при 2ФК и 410 ± 32 пг/мл при 3ФК ($p < 0,0000$). С утяжелением ХСН отмечается закономерная тенденция к снижению качества жизни по MLHFQ с $26,2 \pm 17,7$ при 1ФК до $43,6 \pm 16,1$ при 3ФК, что подтверждается и нарастанием проявлений депрессии (BDI), достигшей достоверного увеличения между 1 и 3 ФК ($p < 0,04$).

Выводы: мозговой натрийуретический пептид является достоверным «лабораторным тестом», отражающим нарастание тяжести клинической симптоматики хронической сердечной недостаточности и уменьшение переносимости пациентом физических нагрузок. Увеличение функционального класса сердечной недостаточности сопровождается снижением качества жизни и возрастанием проявлений депрессии, которая усугубляет клиническое состояние пациента и затрудняет проведение реабилитации.

I-24 ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАКУНАРНЫХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ИНФАРКТОВ

Сафонова Н.Ю., Балунов О.А.

ГУЗ РФ НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

Цель: уточнить этиологические факторы возникновения лакунарных инфарктов.

Материалы и методы: 180 пациентов, из них 78 мужчин и 102 женщина, с лакунарными очагами, подтвержденными результатами МРТ. Возраст больных колебался от 38 до 90 лет (средний возраст $65,7 \pm 1,2$). Все больные были клинически обследованы, проведены инструментальные и нейровизуализационное исследование. Пациенты были распределены на 3 сравнительные группы. В первую группу были включены пациенты с единственным лакунарным очагом (27 человек), во вторую – 124 пациента с множественными лакунарными церебральными очагами, в третью – 29 человек с обширными и лакунарными очагами.

Результаты и обсуждение: При анализе полученных данных обнаружено, что гипертоническая болезнь (подтвержденная данными анамнеза и результатам суточного мониторирования АД) в качестве этиологического фактора достоверно чаще выявлена в группе больных с единичными лакунарными инфарктами по сравнению с группой пациентов с множественными лакунарными инфарктами. При этом преобладали более высокие цифры диастолического артериального давления и кризовое течение. Атеросклероз мозговых артерий (подтвержденный данными ТКДГ и дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий) без гипертонической болезни достоверно чаще диагностирован у больных с множественными лакунарными инфарктами по сравнению с группой пациентов со смешанными очагами. Сахарный диабет несколько чаще выявлялось среди пациентов со смешанными очагами (различия недостаточно достоверны). Чаще злоупотребляли алкоголем и курением пациенты с обширным и лакунарным очагом.

Выводы: Таким образом, возникновение единичного лакунарного очага, вероятно, в большей степени связано с наличием гипертонической болезни с кризовым течением (преобладают изменения диастолического давления). Развитие множественных лакунарных очагов статистически достоверно связано с наличием атеросклероза мозговых сосудов. При формировании обширных очагов, вероятно, кроме гипертонической болезни и атеро-

склероза мозговых сосудов играют роль также и наличие соматической патологии, злоупотребление алкоголем, курение.

I-25 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ЖИЗНЕСПОСОБНОГО МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ЗАЖИВАЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Солнышков С.К., Новожиллов А.Е.

ГОУ ВПО ИвГМА, Иваново, Россия

Для вторичной профилактики и реабилитации больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), принципиальное значение имеет выявление дисфункционального, но жизнеспособного миокарда.

Цель работы: оценить связь между дисперсией интервала QT (дQT), параметрами variability сердечного ритма (BCP) и наличием дисфункционального жизнеспособного миокарда (ЖМ) у больных ОИМ на 3-й неделе заболевания.

Методы исследования. Было обследовано 68 пациентов первым ОИМ с подъемом сегмента ST и зонами диссинергии по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Средний возраст обследованных составил $50 \pm 8,8$ лет, мужчины – 52 человека, передняя локализация – 40 случаев. ЖМ выявляли по данным стресс-ЭхоКГ с добутином при улучшении локальной сократимости как минимум двух дисфункциональных сегментов левого желудочка (ЛЖ) при введении малых доз добутина. До проведения стресс-ЭхоКГ оценивали дQT и BCP по 5-минутной регистрации электрокардиограммы с помощью компьютерного комплекса «Нейрософт».

Полученные результаты. ЖМ выявлен у 32 пациентов (47%). При наличии ЖМ дQT оказалась достоверно выше, чем у лиц без ЖМ: $73 \pm 30,9$ мс против $58 \pm 23,9$ мс соответственно ($p = 0,03$). При этом отмечена прямая корреляция дQT с числом сегментов с обратной дисфункцией ($r = 0,32$; $p = 0,008$) и индексом нарушенной локальной сократимости ЛЖ в покое ($r = 0,31$; $p = 0,017$).

Выявлена умеренная прямая корреляция числа жизнеспособных сегментов с длительностью интервала RR ($r = 0,26$; $p = 0,03$), SDNN ($r = 0,28$; $p = 0,02$), общей мощностью спектра (TP) ($r = 0,26$; $p = 0,03$) и мощностью в области колебаний очень низких частот (VLF) ($r = 0,27$; $p = 0,03$). При ортостатической пробе сохранялась значимая связь числа сегментов ЖМ с SDNN ($r = 0,31$; $p = 0,01$), TP ($r = 0,31$; $p = 0,01$) и VLF ($r = 0,34$; $p = 0,005$). Пациенты с большим объемом ЖМ (3–5 сегментов ЛЖ; $n = 16$) в сравнении с больными без ЖМ имели большую дQT ($73 \pm 24,8$ мс против $55 \pm 22,9$ мс соответственно; $p = 0,03$) и лучшие показатели BCP: TP – $1312 \pm 559,4$ мс² против $885 \pm 390,4$ мс² ($p < 0,05$) за счет тренда к большей мощности в области колебаний низкой и высокой частот и, возможно, меньшей частоты сердечных сокращений (RRNN 943 ± 227 мс против 837 ± 173 мс; $p = 0,03$).

Сочетание дQT ≥ 65 мс и TP ≥ 1000 мс выявлено у 11 из 16 пациентов с тремя и более жизнеспособными сегментами против 7 из 52 больных с меньшим объемом ЖМ. Чувствительность этих значений указанной комбинации электрофизиологических параметров для выявления ЖМ составила 69%, специфичность – 87%, прогностическая ценность положительного результата – 61%, прогностическая ценность отрицательного результата – 90%.

Выводы. У больных ОИМ при наличии ЖМ в зоне поражения чаще отмечается электрическая негетогенность миокарда, но относительно сохранная BCP. Данные электрофизиологические показатели могут служить неинвазивными предикторами наличия ЖМ вскоре после ОИМ и могут включаться в разработку программ вторичной профилактики больных, перенесших ОИМ.

I-26 МАРКЕР АПОПТОЗА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Сольжжина Е.Н., Котовщикова Е.Ф., Буевич Е.И.

ГОУ ВПО АГМУ Росздрава, Барнаул, Россия

Инфаркт миокарда является одной из самых распространенных причин смертности и инвалидизации населения во всем мире, в связи с этим требуется дальнейшее углубленное изучение маркеров сердечно-сосудистого риска.

Цель работы. Изучить содержание аннексина-V у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Обследовано 40 больных в возрасте от 20 до 63 лет. Диагноз ОИМ был подтвержден лабораторно-инструментальными методами: креатинфосфокиназа-МВ, тропонин Т, ЭКГ, сцинтиграфия миокарда, коронарография. Кровь получали на 5-7 день от начала болевого приступа. Контрольную группу составили 30 пациентов со стенокардией напряжения в возрасте от 30 до 60 лет, но без ОИМ. Пациентам проведено липидное обследование Humaп на полуавтоматическом анализаторе EPOLL-20: общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ), ХСЛПНП, ХСЛПВП. Аннексин-V определяли иммуноферментным методом с помощью реагентов фирмы Bender MedSystems GmbH, Vienna, Austria, Eurore на иммуноферментном анализаторе Multiscan EX.

Результаты. В сыворотке больных с ОИМ выявлена гиперхолестеринемия: ОХС в среднем $5,8 \pm 0,7$ ммоль/л с преимущественным повышением уровня ХСЛПНП, кроме этого наблюдалась дислипидемия со снижением уровня ХСЛПВП в среднем до $1,4 \pm 0,2$ ммоль/л. Обнаружено повышенное содержание аннексина-V у больных с ОИМ в среднем до $4,20 \pm 0,81$ пг/мл, превышающее на 28% показатели контрольной группы.

Выводы. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что у больных с ОИМ на фоне дислипидемии отмечено повышенное содержание аннексина-V как маркера апоптоза клеток, что предполагает необходимость дальнейшего изучения роли аннексина-V для диагностики и прогнозирования течения заболевания у данной категории больных.

I-27 ВЛИЯНИЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Туткушева Ж.Б., Сегизбаева А.К.

РГП “Национальный научный медицинский центр”, Астана, Казахстан

В последние годы большое внимание уделяется диастолической дисфункции (ДД) миокарда, как предвестнику декомпенсации сердечной деятельности. ИБС и артериальная гипертензия (АГ) часто сопровождаются нарушением растяжимости миокарда и, как следствие, развитием ДД левого желудочка (ЛЖ). Широко известно положительное влияние хирургического и интервенционного методов лечения ИБС на сократительную функцию миокарда, однако остается малоизученным влияние этих методов реваскуляризации на состояние диастолической функции миокарда ЛЖ.

Цель исследования. Изучение динамики диастолической функции у больных ИБС с сопутствующей АГ через 6 месяцев после коронарного шунтирования (КШ) и коронарного стентирования (КС).

Материалы и методы исследования. В исследование включено 96 больных, из них 47- после КШ (I группа) и 49 – после КС (2 группа), каждая из групп разделена на подгруппы А и Б, в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей АГ. Исследование диастолической функции проводилось с помощью трансэхокардиальной эхокардиографии путем регистрации скоростных показателей трансмитрального кровотока Е и А и их отношения Е/А, измерения времени изоволюмического расслабления (ВИР) до вмешательства и через 6 месяцев после реваскуляризации.

Результаты исследования. ДД имела место у 70% I группы и 60% 2 группы. Распределение типов ДД среди больных обеих групп статистически не различалось. При контрольном доплеровском исследовании выявлена следующая динамика скоростных характеристик трансмитрального кровотока Е/А: в IА группе – от $0,99 \pm 0,36$ до $1,03 \pm 0,41$ см/с ($p=0,4$), в IБ группе – от $0,95 \pm 0,21$ до $1,24 \pm 0,26$ см/с через 6 месяцев ($p=0,05$), во 2А от $1,04 \pm 0,28$ исходно до $1,08 \pm 0,4$ через 6 месяцев ($p=0,9$), во 2Б группе – от $0,87 \pm 0,25$ до $1,13 \pm 0,27$

через 6 месяцев ($p=0,05$). Изменения ВИР выглядели следующим образом: в IА группе – от $122,2 \pm 7,2$ мс до $116,4 \pm 8,4$ мс ($p=0,1$), в IБ группе от $123,5 \pm 6,5$ до $107,6 \pm 5,9$ мс ($p=0,05$), во 2А группе от $114,5 \pm 7,2$ до $107,6 \pm 6,9$ мс ($p=0,1$), во 2Б группе от $116,5 \pm 7,3$ до $100,5 \pm 6,3$ ($p=0,04$) через 6 месяцев. То имело место улучшение скоростных показателей у пациентов IБ и 2Б групп, при отсутствии значимой динамики в IА и 2А группах. Такая динамика Е/А и ВИР может служить доказательством улучшения диастолической растяжимости ЛЖ в группе пациентов без сопутствующей АГ после КС и КШ. Отсутствие значимого улучшения показателей диастолической функции у пациентов с сопутствующей АГ можно объяснить исходным и сохраняющимся влиянием АГ на формирование ремоделирования миокарда и, соответственно, диастолическую функцию.

Выводы. Через 6 месяцев после операции КШ и КС выявлено улучшение диастолической функции. Однако у больных ИБС с сопутствующей артериальной гипертензией значимого улучшения диастолической функции не наблюдалось.

I-28 НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ: ПОДБОР ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЕНОФЕНОТИПА

Чугунова Д.Н., Хасанов Н.Р., Осолов В.Н.

Казанский государственный медицинский университет, кафедра преемственности внутренних болезней, Казань, Республика Татарстан

Цель: изучить эффективность гипотензивной монотерапии метопрололом в дозе 25-100 мг/сут в зависимости от полиморфизма G49S гена ADRB1 бета-1-адренорецептора у больных артериальной гипертензией (АГ) с различной скоростью Na^+/Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита.

Материал и методы: обследовано 34 больных АГ I-II стадии в возрасте 18-55 лет, которым проводилось определение скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта в эритроците (НЛП) по методу M.Canessa (1980г.), полиморфизм G49S гена ADRB1 бета-1-адренорецептора методом полимеразной цепной реакции, СМАД до начала лечения и для оценки эффективности гипотензивной терапии метопрололом в дозе 25-100 мг/сут. Начальная доза составляла 25 мг/сут. с дальнейшим титрованием до 100 мг/сут. Больные, не достигшие целевого АД ($<140/90$ мм рт. ст.), переводились на комбинированную терапию.

Результаты: В соответствии с величиной скорости НЛП больные были отнесены в квартили, границы которых, были ранее определены в популяционном исследовании. В I квартиле (скорость НЛП до 203 мкмоль Li^+ /л кл. в час) – 7 больных, во II квартиле (скорость НЛП 204-271 мкмоль Li^+ /л кл. в час) – 7 больных, в III квартиле (скорость НЛП 272-345 мкмоль Li^+ /л кл. в час) – 9 больных и в IV квартиле (скорость НЛП более 346 мкмоль Li^+ /л кл. в час) – 11 больных.

У больных АГ IV квартиля достигших целевого уровня АД на монотерапии метопрололом, генотип GG встречался достоверно реже, чем у больных без эффекта лечения и чем в общей популяции ($p=0,026$ и $p=0,0001$ соответственно).

У больных АГ с генотипом GS гена ADRB1 бета-1-адренорецептора монотерапия метопрололом оказалась достоверно более эффективной по сравнению с больными с генотипом GG ($p=0,0158$). По данным СМАД, среднее систолическое АД (САД) у больных с генотипом GG увеличилось на 2% по сравнению с величиной среднего САД до монотерапии метопрололом, а у больных с генотипом GS снизилось на 7% по сравнению с величиной среднего САД до терапии метопрололом.

Выводы: 1. Генотип GS в 49 положении гена ADRB1 бета-1-адренорецептора у больных АГ может служить маркером эффективности монотерапии метопрололом в дозе 25-100 мг в сутки.

2. Подбор гипотензивной терапии с учетом генотипа дает возможность персонализировать вторичную профилактику сердечно-сосудистых осложнений.

**I-29 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВИДОВ
РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО
ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА г.КАЗАНИ
В КВАРТИЛЯХ СКОРОСТИ НАТРИЙ-
ЛИТИЕВОГО ПРОТИВОТРАНСПОРТА
В ЭРИТРОЦИТЕ**

*Шамкина А.Р., Садыкова А.Р., Фасхутдинова Г.Т.,
Каримуллина З.Ф., Нигматзянова Л.А.*

Казанский государственный медицинский университет,
Казань, Республика Татарстан

Цель. Изучить распределение видов ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у женщин репродуктивного возраста в квартилях (КВ) скорости натрий-литиевого противотранспорта (Na/Li-ПТ) в эритроците.

Материал и методы. Обследовано 98 женщин в возрасте 21–45 лет; из них 62 пациентки с артериальной гипертонией (АГ) по классификации ВНОК (2008) с длительностью АГ 0,5–24 года. Эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере «SIM 5000 Plus» (Esaote Biomedica, Россия-Италия). Вид ремоделирования ЛЖ определялся в соответствии с классификацией А. Ganau et al. (1992). Проницаемость мембран эритроцитов для ионов натрия оценивалась методом определения максимальной скорости Na/Li-ПТ в эритроците (M. Canessa, 1980). Значения максимальной скорости Na/Li-ПТ распределялись по КВ распределения в женской когорте (А.Р.Садыкова, А.Р.Шамкина, 2002). Для оценки значимости различий распределения в группах использовался критерий χ^2 .

Результаты. В общей когорте наибольшая доля женщин, имеющих нормальную геометрию (НГ) ЛЖ, представлена во II КВ (80%), наименьшая – в IV КВ (55,2%); концентрическое ремоделирование (КР) – наибольшая – во II КВ (10%), наименьшая – в I КВ (0%); эксцентрическую гипертрофию (ЭГ) – наибольшая – в III КВ (28,6%), наименьшая – во II КВ (0%); концентрическую гипертрофию (КГ) – наибольшая – в IV КВ (17,2%), наименьшая – в III КВ (7,1%). Среди пациенток с АГ наибольшая доля лиц с НГ представлена во II КВ (85,7%), наименьшая – в III КВ (38,9%); с КР – наибольшая – во II КВ (28,6%), наименьшая – в I КВ (0%); с ЭГ – наибольшая – в III КВ (33,3%), наименьшая – во II КВ (0%); с КГ – наибольшая – в I КВ (33,3%), наименьшая – в III КВ (11,1%). Значимые различия по критерию χ^2 выявлены в следующих КВ: по ЭГ – I–II КВ, II–IV КВ ($p < 0,05$), II–III КВ ($p < 0,01$).

Выводы. 1) У женщин репродуктивного возраста в общей когорте нормальная геометрия и концентрическое ремоделирование левого желудочка чаще встречаются во II КВ; эксцентрическая и концентрическая гипертрофия – у носителей высоких величин скорости Na/Li-ПТ.

2) Среди пациенток с АГ нормальная геометрия, концентрическое ремоделирование и концентрическая гипертрофия левого желудочка чаще встречаются у носителей низких величин скорости Na/Li-ПТ; эксцентрическая гипертрофия – в III КВ.

**I-30 ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ
ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ
ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ**

Шапошникова А.И., Корягина Н.А., Василец Л.М.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: выявление распространенности сочетаний кардиоваскулярной патологии с перенесенной хламидийной инфекцией, изучение взаимосвязей между уровнем маркеров воспаления у больных с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), а также оценка их прогностической значимости для пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы. Обследовано 77 пациентов с ИБС, в том числе 44 мужчины. Средний возраст больных составил $52,5 \pm 0,63$ года. Диагноз верифицирован на основании данных анамнеза и велоэргометрии (ВЭМ). Наличие ФП было подтверждено электрокардиографически, в том числе, с помощью

длительного мониторингирования ЭКГ. Все больные разделены на 2 основные группы: первая – 51 пациент, из них 29 (56,86%) мужчин со стенокардией напряжения I–II ФК в сочетании с пароксизмальной формой ФП. Средний возраст в этой группе составил $53,2 \pm 0,71$ года, а длительность заболевания – $53,2 \pm 4,57$ месяца. Вторая группа представлена 26 больными со стенокардией напряжения (средний возраст $51,15 \pm 1,22$ года), без аритмии, из них 15 (57,69%) – мужчин. Длительность заболевания – $65,08 \pm 3,27$ месяца. Группа сравнения состояла из 21 практически здорового человека. Определение антител класса Ig G к *S. pneumoniae* проводили с помощью ИФА, сомнительной реакции величина титра составляла 1:20; при положительной реакции – 1:40. Как воспалительный маркер определяли уровень С-реактивного белка (СРБ) и ФНО- α в сыворотке крови с использованием соответствующих тест-систем.

Результаты: Максимальное число лиц, серопозитивных к *S. pneumoniae*, отмечено в группе пациентов с ИБС и ФП, причем эта группа статистически значимо отличалась и от контрольной, и от группы больных ИБС без аритмии ($p_{1-2} = 0,018$, $p_{1-3} = 0,0005$). При попарном сравнении трех групп с помощью критерия Mann-Whitney выявлено значимое отличие первой группы от второй и третьей по уровню СРБ ($p_{1-2} = 0,04$, $p_{1-3} = 0,0003$), те же данные получены при использовании обобщенного критерия Kruskal-Wallis ($p = 0,0006$). Аналогичная ситуация складывается и с поведением ФНО- α : ($p_{1-2} = 0,02$, $p_{1-3} = 0,005$), по методу Kruskal-Wallis $p = 0,006$. У инфицированных *S. pneumoniae* уровни С-РП и ФНО- α были значительно выше ($p_{СРП} = 0,0001$, $p_{ФНО-\alpha} = 0,0027$). Выявление антител к хламидиям говорит о персистирующей хламидийной инфекции. Анализ прогностической значимости уровня С-РП для развития пароксизма ФП позволило установить, что с уровня 4,2 происходит резкое возрастание апостериорных шансов. Что касается концентрации ФНО- α в сыворотке крови, значительный рост апостериорных шансов начинается с уровня 3,1.

Выводы: выявленные закономерности подтверждают высокую распространенность сочетания кардиоваскулярной патологии и инфицированности *S. pneumoniae*, в том числе и при аритмическом варианте ИБС. Сочетание хронической инфекции, сопровождающейся дисфункцией эндотелия с активацией каскада воспалительных реакций в сосудистой стенке и кардиомиоцитах, не только является одним из значимых факторов риска коронарного атеросклероза, но и повышает аритмогенную готовность миокарда.

**I-31 РОЛЬ ФАКТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И
МАРКЕРОВ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ
ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С
ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В
ПРОФИЛАКТИКЕ РАЗВИТИЯ
НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ**

*Шмидт Е.А., Бернс С.А., Клименкова А.В., Киприна Е.С.,
Никонорова Н.Г., Барбараш Л.С.*

НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: изучить влияние факторов воспаления и маркеров эндотелиальной дисфункции у больных ОКС с подъемом сегмента ST на течение заболевания за период годового наблюдения с целью профилактики развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий.

Методы исследования: обследовано 68 больных ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся первичному чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) со стентированием в первые сутки от развития клинических проявлений, которые представляют две группы по 34 пациента. В I группе рассматривались пациенты с развитием неблагоприятных исходов в течение 12 месяцев, таких как кардиальная смерть, инфаркт миокарда (ИМ) вследствие тромбоза или рестеноза стента, во II группу вошли пациенты без развития вышеперечисленных неблагоприятных событий.

Всем пациентам при поступлении выполнялась селективная коронарография, с последующим ЧКВ со стентированием, кроме того, в I группе повторно проводилась диагностическая коронарография при возникновении неблагоприятного сердечно-сосудистого события с целью подтверждения тромбоза или рестеноза стента.

У всех пациентов определялись уровни интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина-10 (ИЛ-10), sP-селектина, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), эндотелина и фактора фон Виллебранда (ФФВ).

Результаты. В двух группах пациентов не выявлено статистически значимых различий по полу и возрасту, так в I группе средний возраст с учетом стандартной ошибки составил 55,3 $\pm$ 2,6 лет, при этом 76,1% пациентов являлись мужчинами, во II группе – 55,6 $\pm$ 2,6 лет и 87,5%, соответственно.

При анализе средних значений лабораторных показателей, с учетом стандартной ошибки, уровни ИЛ-1 β (0,89 $\pm$ 0,51 против 0,23 $\pm$ 0,12 нг/мл; $p=0,0003$), ИЛ-6 (7,6 $\pm$ 1,9 против 3,2 $\pm$ 0,9 нг/мл; $p=0,03$), sP-селектина (157,5 $\pm$ 45,1 против 68,5 $\pm$ 26,0 нг/мл; $p=0,01$) и ФФВ (21,4 $\pm$ 5,9 против 8,2 $\pm$ 2,5 нг/мл; $p=0,002$) оказались статистически значимо выше в I группе пациентов, в сравнении со II группой больных. В отношении остальных лабораторных показателей статистически значимых различий в двух группах получено не было.

Выводы: раннее выявление высоких уровней таких лабораторных показателей как ИЛ-1 β , ИЛ-6, sP-селектин и ФФВ имеет значение в профилактике развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных ОКС с подъемом сегмента ST в течение 12 месяцев после ЧКВ.

I-32 ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НОВОГО БИОМАРКЕРА ГАЛЕКТИНА-3 У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Шукин Ю.В., Дьячков В.А., Селезнев Е.И., Медведева Е.А., Васильева И.Ф.

ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», Самара, Россия

Цель: Изучить диагностическое, патогенетическое и прогностическое значение нового биомаркера Галектина-3 (Гал-3) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в периоде декомпенсации.

Материалы и методы: В исследование включено 74 больных ХСН (средний возраст 68,5 $\pm$ 2,5 г), среди которых согласно классификации NYHA пациентов II ФК было 6 человек (8,1%), III ФК – 27 (36,5%) и IV ФК – 41 (55,4%). Критериями включения служили значительное усиление одышки в последние 12 дней, наличие в легких влажных хрипов, отеков на ногах. Не включали больных с подозрением на злокачественные новообразования, острым коронарным синдромом, выраженной почечной недостаточностью, анемией (Hb < 90 г/л). Образцы крови брали в первые сутки после поступления. Иммуноферментными методами в плазме крови определяли содержание Гал-3 (набор фирмы BSM Diagnostics), NT-pro BNP (набор фирмы Biomerica). Активность нитротирозинового стресса и эндогенного воспаления оценивали по уровню 3-нитротирозина (3-НТ) (набор фирмы (НВТ) и вчСРБ (набор фирмы Biomerica). Наблюдение за больными осуществляли через 3, 6 и 12 месяцев. В контрольную группу (КГ) вошло 36 человек без признаков ХСН.

Результаты: Уровень исследуемых показателей у лиц КГ составил для Гал-3 – 12 нг/мл, NT-pro BNP – 195 $\pm$ 24 пг/мл, вчСРБ – 1,1 $\pm$ 0,12 мг/л, 3-НТ – 1,05 $\pm$ 0,18 нг/мл. В группе больных ХСН содержание Гал-3 возросло до 23 $\pm$ 1,9 нг/мл ($p<0,05$), NT-pro BNP – до 2395 $\pm$ 270 пг/мл ($p<0,01$), вчСРБ – до 7,2 $\pm$ 1,1 мг/л ($p<0,01$), 3-НТ – до 3,3 $\pm$ 0,4 нг/мл ($p<0,01$). При парном корреляционном анализе обнаружена достоверная прямая корреляционная зависимость содержания Гал-3 и NT-pro BNP [$r=0,60$, $p=0,032$]; Гал-3 и вчСРБ [$r=0,52$, $p=0,041$]; Гал-3 и 3-НТ [$r=0,55$, $p=0,039$]. За время наблюдения умерло 28 человек (37,8%). Пациенты были разделены на две группы: в 1-ю вошли выжившие (46 человек), во 2-ю – умершие (28 человек). Содержание Гал-3 в плазме крови у лиц I группы составило 17 $\pm$ 1,15 нг/мл, а у пациентов 2 группы – 33 $\pm$ 2,75 нг/мл ($p<0,01$). Аналогичная зависимость отмечалась и у NT-pro BNP: у больных I группы этот показатель составил 1680 пг/мл, а во 2 группе – 3710 пг/мл ($p<0,01$).

Заключение: Галектин-3 является эффективным маркером декомпенсации ХСН и может отражать прогноз заболевания. Полученные данные свидетельствуют об участии Галектина-3 в патогенезе ХСН.

I-33 КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Шукин Ю.В., Рубаненко А.О., Германов А.В., ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель. Изучить состояние системы гемостаза у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП) для оценки риска тромбоемболических осложнений.

Методы исследования. Обследован 31 больной с постоянной формой ФП без поражения клапанов сердца (средний возраст 63,5 $\pm$ 5,8 лет), в том числе 14 женщин и 17 мужчин. Больным проводилась стратификация риска инсульта по шкале CHADS₂, трансторакальная эхокардиография, триплексное сканирование артерий БЦС, холтеровское мониторирование ЭКГ, исследование системы гемостаза (АЧТВ, МНО, тромбиновое время, фибриноген).

Полученные результаты. В соответствии со шкалой CHADS₂, 6,5% больных были отнесены к категории высокого риска (риск инсульта – 8,5% в год), 58,1% больных – к категории среднего риска (риск инсульта – 4,0 – 5,9% в год) и 35,4% больных – к категории низкого риска (риск инсульта – 2,8% в год).

В группе больных среднего риска размеры левого предсердия были на 13,6% и 6,9% больше, а размеры правого предсердия – на 16,7% больше, чем в группе больных низкого риска. Фракция изгнания у больных среднего риска была на 11,3% меньше, чем у больных низкого риска. В группе больных среднего риска у 12,5% больных была выявлена дилатация левого желудочка, у 12,5% – аневризма левого желудочка.

Показатели системы гемостаза у всех больных, включенных в исследование, были следующими: уровень МНО в среднем составил 1,07 $\pm$ 0,12, уровень АЧТВ – 39,1 $\pm$ 5 сек, уровень тромбинового времени – 19,18 $\pm$ 1,2 сек. В группах высокого, среднего и низкого риска различий в данных показателях выявлено не было. Уровень фибриногена в группе больных среднего риска составил 5,11 $\pm$ 2,6 г/л, в группе низкого риска – 3,9 $\pm$ 1,5 г/л. Достоверных различий в группах больных высокого и среднего риска выявлено не было. Тем не менее, уровень фибриногена в группе больных среднего риска был на 23,7% выше, чем в группе больных низкого риска, что отражает тенденцию к гиперкоагуляции и повышение риска развития артериальных тромбозов у этих больных.

Выводы. У больных с постоянной формой фибрилляции предсердий высокого и среднего риска ввиду наклонности к гиперкоагуляции необходим активный поиск тромбов в ушке левого предсердия и проведение антикоагулянтной терапии для уменьшения частоты возникновения тромбоемболических осложнений.

I-34 ВАЗОАКТИВНЫЕ МЕДИАТОРЫ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ГЛЮКОЗО-ИНСУЛИНОВЫМ ГОМЕОСТАЗОМ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юбицкая Н.С., Лобанова Е.Г.

Владивостокский филиал Дальневосточный научный центр физиологии и патологии дыхания СО РАМН – НИИ медицинской климатологии и восстановительного лечения, Владивосток, Россия

Цель исследования – определение содержания регуляторных вазоактивных медиаторов в сыворотке крови и установление их взаимосвязи с глюкозо-инсулиновым гомеостазом у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы. Обследовано 87 человек (35 мужчин, 52 женщины) в возрасте от 21 до 69 лет. Для диагностики МС использовали критерии, разработанные комитетом экспертов Всероссийского общества кардиологов (2007). Сформированы следующие группы: 1-я группа контроля – 24 человека, не имеющие компонентов МС, 2-я группа – 17

больных с МС с нормальным уровнем инсулина и индексом НОМА, 3-я группа (21 человек) с МС и инсулинорезистентностью (ИР), 4-я группа 25 больных, имеющих МС в сочетании с ишемической болезнью сердца и сахарного диабета 2 типа. Определяли содержание в сыворотке крови глюкозы, инсулина, общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности. Рассчитывались показатели холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности, индекс НОМА. Количественный уровень 6-кето-простагладина F1 α (6-кето-ПГФ1 α), тромбосана В2 (ТХВ2), лейкотриена В4 сыворотки крови определяли иммуноферментным методом. Для установления различия средних показателей в сравниваемых группах использовался критерий Стьюдента.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования показали, что у пациентов с компонентами МС без ИР (2-я группа) происходит увеличение выработки вазоконстриктора ТХВ2, при этом компенсаторно увеличивается секреция вазодилатора 6-кето-ПГФ1 α . При МС, протекающем с ИР (3-я группа), несмотря на высокий уровень простагладина 6-кето-ПГФ1 α , происходит избыточная секреция не только ТХВ2, но и мощного вазоконстриктора лейкотриена В4. При МС в сочетании с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом (пациенты 4-й группы) антагонизм между вазоактивными медиаторами наиболее выражен: имеется максимально высокая степень секреции простагладина 6-кето-ПГФ1 α , ТХВ2 и лейкотриена В4, что позволяет говорить о выраженной дисфункции эндотелия.

Выводы. Выявленный характер изменений регуляторных вазоактивных медиаторов свидетельствует об эндотелиальной дисфункции при МС независимо от ИР. Степень выраженности эндотелиальной дисфункции выше при наличии ИР. Повышение концентрации 6-кето-ПГФ1 α является компенсаторной реакцией организма, предотвращающей катастрофические последствия резкого повышения уровня тромбосана В2. Показано, что одним из решающих факторов усугубления патологии при уже увеличенных уровнях ТХВ2 и 6-кето-ПГФ1 α является повышение в крови концентрации лейкотриена В4. Полученные данные свидетельствуют о сопряженности нарушений глюкозо-инсулинового гомеостаза со степенью выраженности отклонения уровня эйкозаноидов, участвующих, в том числе, в формировании эндотелиальной дисфункции.

II. Эпидемиология

II-1 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ

Алиджанова Х.Г., Кауров Б.А., Лопырева О.И.

ФГУ Российский геронтологический научно-клинический центр Росздрава, Москва, Россия

Долгожителями считаются лица, достигшие возраста 90 лет и выше. Многочисленные наблюдения показывают, что долгожителями могут быть лица, не имеющие наследственную предрасположенность к этому феномену. Целью нашего исследования было изучение особенностей течения сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с феноменом долгожительства и возможности их учета в кардиоваскулярной реабилитации данной категории больных. Проведено обследование 103 долгожителей г. Москвы, которые находились на стационарном обследовании в Российском геронтологическом научно-клиническом центре. Средний возраст этих пациентов составил 92,5 $\pm$ 0,5 лет (90-98 лет).

Результаты исследования показали следующее. Среди долгожителей обнаружена группа пациентов, у которых не выявлены артериальная гипертония (31,1%), стенокардия (4,9%), сердечная недостаточность (10,7%), пороки сердца (8,9%) и ультразвуковые признаки атеросклероза экстракраниальных артерий головного мозга, артерий нижних конечностей и брюшной аорты (1,1%). Субъективно «здоровыми» считали себя 0,9% из 62 опрошенных долгожителей, которые продолжали работать в домашних условиях.

У всех долгожителей наблюдали признаки дисциркуляторной энцефалопатии, преимущественно 2-й и 3-й ст. (соответ-

I-35 ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОЛИМОРФИЗМА У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Юферева Ю.М., Аронов Д.М., Лимборская С.А., Сломинский П.А., Колтунов И.Е.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии», Москва, Россия; Институт молекулярной генетики РАН, Москва, Россия

Цель: оценить вклад полиморфизма 5 генов-кандидатов: АТФ-связывающего кассетного транспортера типа А1 (АВСА1), ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), ангиотензиногена, эндотелиальной NO синтазы, белка р53 в развитие коронарной болезни сердца (КБС).

Материалы и методы исследования: В исследование были включены 85 пациентов, страдающих КБС, подтвержденной результатами коронароангиографии (группа пробандов), и 100 их родных братьев и сестер (группа сибсов). Для выявления КБС сибсам проводились Эхо-КГ, суточное мониторирование ЭКГ, ВЭМ-проба, однофотонная эмиссионная компьютерная томография, анализ крови на липиды.

Результаты: Строгое сцепление между исследуемыми и КБС не установлено (соответственно $p=0,64; 0,55; 0,27; 0,32; 0,9$). Следовательно, ни один из них не может рассматриваться как главный ген заболевания.

Однако, у пробандов выявлены достоверные корреляции R219К полиморфизма гена АВСА1 параметрами, характеризующими выраженность атеросклеротического поражения коронарного русла: сосудистым индексом ($p=0,002$), индексом стеноза ($p=0,0001$).

У сибсов установлены достоверные корреляции R219К полиморфизма гена АВСА1 и I/D полиморфизма гена АПФ с КБС ($p=0,029$ и $0,004$). Попарное сравнение распределения частот генотипов показало, что у сибсов с КБС достоверно повышена частота генотипов КК и РК (67% в сравнении с 46% у сибсов без КБС, $p=0,044$, отношение рисков (ОР) 2,375). Также у лиц, страдающих КБС, достоверно повышена частота генотипа DD гена АПФ (43% против с 21%, $p=0,031$, ОР=2,8).

Выводы: R219К полиморфизм гена АВСА1 и I/D полиморфизм гена АПФ ассоциированы с развитием КБС. Генетическими маркерами болезни являются КК и РК генотипы гена АВСА1 и DD генотип гена АПФ.

ственно 40,8% и 42,7%) и только в 13,5% случаев имела место старческая деменция. Чаще диагностировали стенокардию 2-го и 3-го функциональных классов (соответственно 42,7% и 33,9%). Характерным для долгожителей оказались нормальные уровни липидов, глюкозы и инсулина крови, лейкоцитарного индекса интоксикации. Уровни фибриногена крови в среднем составили 4,9 $\pm$ 0,4 г/л и имели достоверную обратную корреляционную связь с развитием инфаркта миокарда ($p<0,05$). У 44,5% долгожителей диагностировали анемический синдром, который не имел корреляционной связи с тяжестью течения ИБС, сердечной недостаточности и наличием инфаркта миокарда. Для долгожителей были не характерными гипертоническая болезнь и склонность к тахикардамиям в среднем возрасте. Повышенное артериальное давление у 82% долгожителей регистрировали только начиная с 8-й декады жизни. Вместе с этим у таких пациентов диагностировали нефроангиосклероз в 96% и нефроангиосклероз с ХПН в 7% случаев. Среди обследованных долгожителей 25,2% перенесли инфаркт миокарда в 7-8-й декадах жизни, который протекал преимущественно без осложнений. Из них только один человек перенес повторный инфаркт миокарда, который также протекал без осложнений.

Таким образом, для долгожителей характерным является минимум или отсутствие кардиоваскулярных факторов риска, что отражает особенности течения у них сердечно-сосудистых заболеваний. Данный факт следует учитывать при кардиоваскулярной реабилитации как данной категории больных, так и лиц разных возрастных групп с минимальной степенью риска этих заболеваний.

II-2 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ДЛЯ РАСЧЕТА КОРОНАРНОГО РИСКА

Антропова О.Н., Осипова И.В., Воробьев Р.И., Батанина И.А.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Барнаул, Россия

В настоящее время проблема профилактики болезней системы кровообращения (БСК) приобрела важное социально-экономическое значение в связи с высоким удельным весом их в структуре общей смертности. Первостепенное значение в борьбе с БСК приобретает проведение своевременных индивидуализированных профилактических мероприятий и ранней диагностики на доклинической стадии.

Целью настоящей работы явилось изучение возможности индивидуального прогнозирования риска развития БСК, основанного на исследовании комплекса факторов риска.

Объектом исследований явились 560 пациентов (мужчин и женщин) из неорганизованной выборки, практически здоровых в возрасте от 35 до 55 лет. Обследование по нелипидным факторам риска БСК включало анкетирование (пол, возраст, семейный анамнез, курение и др.), антропометрию (измерение окружности талии и бедер с расчетом индекса талия/бедро, роста и массы тела с расчетом индекса Кетле. По этим показателям оценивали не только наличие ожирения (индекс Кетле), но и наличие интраабдоминального ожирения по окружности талии (ОТ). Проведено также функциональное исследование – электрокардиография. Кроме того, исследовали показатели липидного обмена сыворотки крови – общий холестерин (ОХС) и липопротеины высокой плотности (ХС ЛПВП) энзиматическим методом. Для прогнозирования вероятности развития инфаркта миокарда и инсульта на ближайшие 10 лет была применена формула расчета коронарного риска – Framingham (1991): $p=1-\exp(-eu)$. В основе расчета были использованы результаты проспективного эпидемиологического исследования – Framingham Study, в котором учитываются возраст, пол, ОХС и ХС ЛПВП сыворотки крови, систолическое артериальное давление, левожелудочковая гипертрофия, диабет и курение.

Исследования показали наличие у 156 пациентов тех или иных нарушений липидного метаболизма. Результаты лабораторного тестирования в совокупности с другими факторами риска болезней системы кровообращения позволили определить у обследуемых лиц суммарный коронарный риск, при этом у 57 лиц индекс коронарного риска относился к диапазону – "низкий риск" на ближайшие 10 лет, у 102 человек индекс попадал в "умеренный риск", у 293 лиц в "средний риск", а у 108 обследуемых соответствовал "высокому риску", что позволило выработать тактику дальнейших профилактических мероприятий. Всем обследуемым согласно степени имеющегося коронарного риска были даны рекомендации по "модификации" образа жизни (коррекция диеты, отказ от вредных привычек), а пациентам, имеющим высокий риск, были рекомендованы на фоне диеты гиполлипидемические препараты (статины). Через три месяца профилактических рекомендаций было проведено повторное комплексное исследование, обнаружено снижение коронарного риска у всех пациентов, но в разной степени, в зависимости от исходных параметров.

Результаты наших исследований демонстрируют важное значение определения показателей липидного метаболизма и коронарного риска у лиц без клинических признаков БСК, что дает возможность раннего выявления пациентов с наиболее высоким многофакторным уровнем риска при скрининг-обследованиях населения, а также индивидуализировать профилактические рекомендации с объективным мониторингом прогностических индексов.

II-3 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС И ИХ СРЕДНИЕ УРОВНИ У МУЖЧИН 35-64 ЛЕТ г.МОСКВЫ В ДИНАМИКЕ ЗА 26-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Баланова Ю.А., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Капустина А.В., Лельчук И.Н.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии», Москва, Россия

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска (ФР) ишемической болезни сердца (ИБС) и динамику средних уровней основных ФР за 26-летний период среди мужского населения

35-64 лет г. Москвы за период с 1975-77гг. по 2000-01 гг. Материал и методы: были использованы материалы одномоментных исследований, выполненных за период с 1975 по 2001гг, в общей сложности 8490 мужчин с откликом > 70%. При обследовании популяций использовались стандартные эпидемиологические методы и унифицированные критерии для выявления ФР и ИБС. Статистический анализ выполнялся с использованием пакета SAS.

Результаты. За 26 лет в 7 выборках мужчин систолическое артериальное давление (САД) в целом практически не изменилось $-134,0\pm 0,3$ и $135,1\pm 1,1$ мм рт.ст., соответственно ($p>0,05$), тогда как среднее значение диастолического (ДАД) – понизилось на $2,2$ мм рт.ст. – с $89,8\pm 0,2$ до $87,6\pm 0,6$ мм рт.ст., соответственно, ($p<0,04$). Стандартизованный по возрасту показатель (СПВП) частоты сердечных сокращений (ЧСС) существенно понизился: с $79,9\pm 0,4$ до $65,8\pm 0,6$ уд/мин, соответственно, ($p<0,02$). За период наблюдения снизились как средний уровень общего холестерина (ХС): с $5,8\pm 0,02$ до $5,4\pm 0,06$ ммоль/л. ($p<0,01$), так и концентрация ХС липопротеидов высокой плотности (ЛВП) – с $1,3\pm 0,01$ до $1,1\pm 0,01$ ммоль/л, соответственно, ($p<0,001$). В то же время, уровень триглицеридов (ТГ) существенно повысился: с $1,4\pm 0,01$ до $1,6\pm 0,07$ ммоль/л, соответственно, ($p<0,01$). За прошедший период СПВП распространенности артериальной гипертонии (АГ) увеличился на 5,3%, это связано с увеличением на 11,2% частоты систолической АГ (с 33,2 до 44,4% соответственно, $p<0,001$). В то же время, частота диастолической АГ практически не изменилась – 48,4 и 49,5%, соответственно, ($p>0,05$). СПВП распространенности гиперхолестеринемии за прошедшие 26 лет достоверно снизился на 14,1% ($p<0,01$). Распространенность гипертриглицеридемии, наоборот, повысилась на 9,5%; гипо- α -ХС практически не изменилась: 11,0% и 13,0% соответственно ($p>0,05$). СПВП распространенности избыточной МТ увеличился на 11,3%. Распространенность курения у мужчин понизилась на 10,3%, существенно увеличилась доля мужчин, никогда не куривших – 24,9% и 32,5%, ($p<0,01$). Употребление алкоголя снизилось на 7,2% – с 95,1 до 87,9%, ($p<0,03$). Это произошло за счет сокращения на 10,1% лиц, которые злоупотребляли алкоголем, одновременно возросло количество употребляемого алкоголя в граммах за неделю и за последний год на 22,0 г – с $56,0\pm 3,1$ до $77,9\pm 7,1$, ($p<0,03$), и на 104,3 г – с $133,3\pm 3,1$ до $237,6\pm 8,4$, соответственно ($p<0,01$). Таким образом, за период наблюдения снизились средние значения ДАД, ЧСС, ОХС и ХС ЛВП, а уровень ТГ возрос. За 26 лет увеличилась распространенность АГ (за счет САГ), ГТГ и избыточной МТ. Снизилась доля курящих и увеличилось количество потребляемого алкоголя, несмотря на снижение доли лиц, злоупотребляющих алкоголем, возросло количество его потребления.

II-4 ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Воробьева Е.Н., Осипова И.В., Симонова Г.И.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Алтайская лаборатория эпидемиологии, прогнозирования и профилактики ХНИЗ НИИ терапии СО РАМН, Барнаул, НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Задачей явилось исследование нарушений липидного обмена у различных возрастных и половых групп городских жителей с верифицированным диагнозом ишемической болезни сердца. В сыворотке крови исследовали: хиломикроны, хилокрит, концентрацию общего холестерина (ОХС) и триглицеридов (ТГ) ферментативным методом с использованием наборов фирмы "Human" (Germany), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с осаждением стандартными наборами реактивов фирмы "Human" (Germany) на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем, рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), индекс атерогенности, индекс ОХС/ТГ.

У обследованных 2790 человек (1555 мужчин и 1235 женщин) самым значимым фактором риска оказалась дислипидотенемия (ДЛП) – у 84% мужчин и 73,8% женщин. Нарушения липидного

обмена выражались в виде гиперхолестеринемии (ОХС >5,0 ммоль/л) у 79,3% от всех обследованных мужчин и у 78,4% женщин, гипертриглицеридемии (ТГ > 1,7 ммоль/л) у 48,4% мужчин и у 43,7% женщин с повышенным уровнем ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП, а также сниженной концентрацией ХС ЛПВП (при целевых значениях ХС ЛПВП <1,0 ммоль/л у мужчин и 1,2 ммоль/л у женщин) у 45,6% мужчин и у 49,3% женщин.

Анализ частоты нарушений липидного обмена в возрастном аспекте в пяти возрастных декадах (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 и ≥60 лет) продемонстрировал, что у мужчин и женщин с ССЗ с 20-30-летнего возраста прогрессивно нарастает частота разнообразных нарушений липидного профиля – гиперхолестеринемии, гипертриглицеридемии и гипоальфапопротеинемии. Максимальная частота гиперхолестеринемии (у 98,7% обследованных мужчин и 96% женщин) и гипертриглицеридемии (70,3% мужчин и 59,8% женщин) встречается у лиц старше 60 лет. У мужчин для гиперхолестеринемии характерна линейная зависимость от возраста, а для гипертриглицеридемии и гипоальфапопротеинемии отмечены подъемы частоты в 40-49 лет. У женщин увеличение частоты гиперхолестеринемии отмечено в 50-59 лет (с 71,6% в группе 40-49 лет до 96,0% у 50-59-лет), что обусловлено, вероятно, развивающейся гипострогенной. Гипертриглицеридемия прогрессивно повышается с возрастом, особенно с 40-летнего возраста, но с меньшей интенсивностью, чем у мужчин. При этом гипоальфапопротеинемия увеличивается с возрастом особенно, начиная с 40-49 лет, но встречается чаще, чем у мужчин.

Полученные данные согласуются с концепцией о необходимости регулярного исследования показателей липидного метаболизма в клинико-диагностических лабораториях. При этом определение нарушений липидного метаболизма позволяет рассчитывать prognostические индексы коронарного риска, выбрать тактику ведения пациентов, назначить индивидуализированные профилактические мероприятия и количественно мониторировать их эффективность.

II-5 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В ОТНОШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ИНФОРМИРОВАННОСТЬ, ОХВАТ ЛЕЧЕНИЕМ И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ) СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2008гг

Ерченкова В.Е., Константинов В.В.*, Недбайкин А.М., Тимофеева Т.Н.*, Деев А.Д.*

ГУЗ Брянский областной кардиологический диспансер, Брянск, Россия; *ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность артериальной гипертонии (АГ) среди населения Брянской области (БО), оценить информированность, охват лечением и эффективность применяемых антигипертензивных препаратов для лечения больных АГ.

Материал и методы обследования. Исследование выполнено в рамках целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации на 2002-2008гг» и приказа МЗРФ №440 от 16.09.2003 г. «О разработке системы мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией среди населения 19-64 лет». Исследование в БО выполнено в динамике на случайных выборках с интервалом в 3 года: 1 обследование проведено в 2004-2008гг. Численность выборки на 1-м этапе составила 2435 человек, на 2-м - 1909 чел. Исследование проводилось по единому протоколу и стандартной анкете на всех этапах исследования. Возраст обследованных мужчин и женщин, вошедших в случайные выборки на 1-м и 3-м этапах колебался от 19 до 64 лет.

Результаты исследования. Распространенность АГ в БО составила 38,7%, в том числе среди мужчин и женщин 19-64 лет 34,7 и 39,0% соответственно (p<0,05). Причем, за время наблюдения частота АГ увеличилась на 4,3%. Информированность больных о наличии АГ за время наблюдения уменьшилась на 4,7% и составила 86,7%, в том числе среди мужчин и женщин 84,0 и 91,6% соответственно (p<0,02). Охват лечением больных АГ за время наблюдения увеличился на 14,1% и составил 82,4%, в том числе среди мужчин и женщин 74,8

и 89,4% соответственно (p<0,01). Число больных с АГ, эффективно контролировавших уровень АД увеличилась за время наблюдения на 18,4% и составила 29,12%, в том числе 32,3 и 26,5% у мужчин и женщин соответственно (p<0,01). За время наблюдения назначение антигипертензивных средств класса ИАПФ увеличилась на 2% и составила 23,7% больных АГ, в том числе у мужчин и женщин на 1,0 и 3,0% соответственно. Назначение большим АГ препаратов антагонистов кальциевых каналов практически не изменилась (5,7 и 5,8%). Назначение бета блокаторов возросло на 2,6% и составило 13,6%, в том числе у женщин и мужчин 13,7 и 14,1% соответственно. Назначение диуретиков за время наблюдения практически не изменилась (14,3 и 15,9%), в том числе у женщин (17,2 и 17,4%), однако у мужчин увеличилась на 4,2% (9,4 и 13,6%, p<0,05). Назначение «редких» и «других» антигипертензивных средств для больных АГ БО в целом уменьшилась (2,4 и 0,35; 31,0 и 22,4% соответственно).

Выводы. Эпидемиологическая ситуация по АГ среди населения БО улучшилась за счет увеличения доли лиц, принимающих антигипертензивные препараты класса ИАПФ, бета блокаторов и мочегонных средств, что выражается в увеличении доли больных АГ эффективно контролируемых уровнем АД. Достигнутые успехи требуют дальнейшего улучшения среди населения лечебно-профилактической работы практического здравоохранения по ССЗ.

II-6 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ОСНОВНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФАКТОРОВ РИСКА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ 19-64 ЛЕТ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД С 2004 ПО 2008гг

Ерченкова В.Е., Недбайкин А.М., Константинов В.В.*, Деев А.Д.*, Баланова Ю.А.*

ГУЗ Брянский областной кардиологический диспансер, Брянск, Россия; *ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность ИБС, цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ), сахарного диабета (СД), артериальной гипертонии (АГ) и некоторых факторов риска (ФР) среди населения Брянской области (БО).

Материал и методы обследования. Исследование выполнено в рамках целевой Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации на 2002-2008 гг.» и приказа МЗРФ №440 от 16.09.2003 г. «О разработке системы мониторинга за эпидемиологической ситуацией, связанной с артериальной гипертонией среди населения 19-64 лет». Исследование в БО выполнено в динамике на выборках с интервалом в 4 года: 1 обследование проведено в 2004г., 3 – 2008 г. Численность выборки составила – 2435 человек и 1909 чел. Исследование проводилось по единому протоколу и анкете на всех этапах. Возраст обследованных мужчин и женщин колебался от 19 до 64 лет.

Результаты исследования. Стандартизованный по возрасту показатель распространенности ЦВЗ и ИБС на 1 и 3 этапах программы практически не изменился и составил 2,9 и 2,2%; 10,2 и 10,0% соответственно. У мужчин и женщин частота ИБС практически не изменилась (11,1 и 10%; 9,5 и 10% соответственно). Частота ЦВЗ не изменилась у мужчин (3,1 и 3,3%), тогда как у женщин понизилась на 1,5% (2,9 и 1,4%). Распространенность АГ увеличилась на 4,3% (34,4 и 38,7%), в том числе у мужчин и женщин (31,8 и 34,7%; 36,1 и 39,0% соответственно). Частота сахарного диабета (СД) за прошедший период возросла на 1,3% (1,3 и 2,6%). У мужчин практически не изменилась (0,8-1,4%), тогда как у женщин распространенность СД увеличилась на 1,7% (1,6 и 3,3%). За прошедший период частота гиперхолестеринемии (ГХС) существенно понизилась (47,1 и 26,2%, p<0,01). В том числе у мужчин и женщин (53,7 и 26,3%; 43,3 и 23,6% соответственно, p<0,01). В популяции увеличилась частота гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) на 5,8% (17,7 и 23,5%, p<0,01), в том числе у мужчин и женщин (15,8 и 20,1%; 18,7 и 23,4%, p<0,01). За прошедший период понизилась распространенность курения (21,2 и 17,3%, p<0,01), в том числе среди мужчин (46,0-40,5%, p<0,01), тогда как среди женщин практически не изменилась (4,4 и 3,3%). Распространенность тахикардии в популяциях (более 85 уд. в 1 мин.) уменьшилась на 1,5% (4,5 и 3,0%, p<0,05), в том числе у мужчин и женщин (4,8 – 3,5%; 3,5 – 2,4%). Распространенность ИМТ за время

наблюдения увеличилась на 3,3% (34,4 и 37,7%, $p < 0,05$), в том числе у мужчин (36,5-40,3%, $p < 0,03$), тогда как среди женщин практически не изменилась (33,3 и 34,6%). Среди мужчин и женщин понизилась частота ожирения 1-2 степени (14-12,3%), тогда как распространенность ожирения 3 степени не изменилась (3,5 и 3,5%).

Выводы. Среди населения БО наблюдается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по ХНЗ в связи с высокой распространенностью ССЗ, СД, ГЛЖ, а также ИМТ и курения, что требует осуществления профилактических мероприятий по первичной и вторичной профилактике.

II-7 К ОЦЕНКЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНА

Иванова Н.В., Мелик-Оганджян Г.Ю., Беспалов Е.И.**,
Куликова Т.В.***

Государственный комитет по здравоохранению и фармации Псковской области, Псков, Россия; *ФГУ "Государственный НИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий", Москва, Россия; **Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Новгород, Россия

Цель исследования – дать оценку использования антидепрессантов пациентами с артериальной гипертензией.

Объект и методы исследования – базой исследования явились 1068 больных артериальной гипертензией, отобранные среди населения Новгородской, Псковской областей РФ случайным способом. В исследовании применен этапный дескриптивный тип клинко-статистического исследования, основанный на типологической стратифицированной выборке.

Результаты исследования

Выявлено, что от 12 до 76% больных с АГ различных половых возрастных групп имели расстройства адаптации в виде тревожно-депрессивных реакций и тревожно-фобических расстройств (агорафобия, паническое расстройство), также встречались симптомы неврологического и психопатического регистров с патологическими ощущениями в виде различных соматовегетативных симптомокомплексов (56%). Выявленные у пациентов симптомы депрессивных и тревожно – депрессивных расстройств различной степени выраженности значительно снижают качество жизни и комплаенс в отношении терапии основного заболевания. В этой ситуации могут с успехом применяться антидепрессанты. Так, если при назначении психофармакологического препарата врачи стационарного звена подходили к назначению антидепрессантов дифференцированно в зависимости от преобладания в структуре тревожно – депрессивного синдрома ажитации либо заторможенности и апатии, с учетом вегетотропной активности, то врачи поликлинического звена при назначении психофармакологического препарата были больше ориентированы на финансовые возможности пациента, лимиты подушевого финансирования по программе ДЛО и доступность препаратов у фармдистрибьютера системы ДЛО, что негативно сказывалось на преемственности терапии на госпитальном и амбулаторном уровнях и эффективности лекарственной терапии артериальной гипертензии. Анализ частоты назначения антидепрессантов показал, что выбор антидепрессантов ограничивался Перечнем лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной лекарственной помощи отдельным категориям граждан, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг. Из лекарственных средств группы антидепрессантов назначались препараты: амитриптилин, сертралин, пароксетин. Лидировал по количеству выписанных рецептов амитриптилин, что объяснялось не низкой информированностью врачей амбулаторного звена о свойствах данного препарата, в частности, и класса лекарственных средств, а высокой стоимостью и низкой доступностью других препаратов в системе ДЛО, что является сдерживающим фактором при выписке рецептов врачом.

Таким образом, представленные данные указывают на необходимость пересмотра и введения единообразия стандартов ведения больных с АГ независимо от особенностей регионов.

II-8 К ОЦЕНКЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНА

Иванова Н.В., Мелик-Оганджян Г.Ю.*, Беспалов Е.И.**

Государственный комитет по здравоохранению и фармации Псковской области, Псков, Россия; *ФГУ "Государственный НИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий", Москва, Россия; **Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Новгород, Россия

Цель исследования – дать оценку приверженности к лечению пациентов с артериальной гипертензией.

Объект и методы исследования – базой исследования явились 1068 больных артериальной гипертензией, отобранные среди населения Новгородской, Псковской областей РФ случайным способом. В исследовании применен этапный дескриптивный тип клинко-статистического исследования, основанный на типологической стратифицированной выборке.

Результаты исследования

Исследование показало, что соблюдение больными режима гипотензивной терапии зависит от многих факторов. Большинство пациентов принимают гипотензивные препараты либо при повышении АД, либо курсами, что ставит под сомнение перспективу изменения ситуации с сердечно-сосудистыми осложнениями. Так, 44% мужчин и 29% женщин с АГ считают, что возможно курсовое лечение данного заболевания; 20% мужчин и 12% женщин после выписки из стационара, где лечились по поводу АГ, прекращали прием антигипертензивной терапии, полагая, что прием гипотензивных медикаментов необходим лишь при значительном повышении АД. 59% респондентов – гипертоников посещают врача только при плохом самочувствии, 31% – при необходимости выписать рецепт на льготное лекарственное средство и только 10% с целью контроля качества назначенной терапии. Полностью выполняют рекомендации врача 28% опрошенных. 53% больных считают возможным самостоятельно корректировать или даже отменять лечение, руководствуясь собственной оценкой степени нормализации АД. Отказ от гипотензивной терапии может быть также обусловлен отсутствием у пациента субъективной убежденности в необходимости проводимого лечения. В то же время на вопрос: "Принимали ли Вы в течение последних двух недель медикаменты от повышенного АД?" 45,7% мужчин и 72,1% женщин ответили утвердительно. Крайне редко принимают медикаменты мужчины в возрастной группе 20-29 лет – в 13,3% случаев. После 50 лет антигипертензивную терапию принимают примерно каждый второй больной АГ мужчина.

В женской субпопуляции самый низкий показатель лечения отмечен также в возрастной группе 20-29 лет, но он превышает аналогичный показатель у мужчин в 2,6 раза. В среднем женщины более активно (в 1,5 раза чаще, чем мужчины) принимают антигипертензивные препараты, менее значимы половые различия в возрастных группах 50-59 лет и старше 70 лет.

Таким образом, несмотря на наличие у больных повышенного АД и знания об этом факте, примерно 50% мужчин и 30% женщин не принимали медикаменты, формируя когорту пациентов с перспективами развития сердечной недостаточности и других сердечно – сосудистых осложнений. Статистически значимых различий на заданные вопросы среди населения с учетом половозрастного состава не выявлено.

II-9 К ОЦЕНКЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ БОЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕГИОНА

Иванова Н.В., Мелик-Оганджян Г.Ю., Беспалов Е.И.**,
Куликова Т.В.***

Государственный комитет по здравоохранению и фармации Псковской области, Псков, Россия; *ФГУ "Государственный НИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий", Москва, Россия; **Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого, Новгород, Россия

Цель исследования – дать оценку лекарственным назначениям пациентам с артериальной гипертензией.

Объект и методы исследования – базой исследования явились

1068 больных артериальной гипертензией, отобранные среди населения Новгородской, Псковской областей РФ случайным способом. В исследовании применен этапный дескриптивный тип клинко-статистического исследования, основанный на типологической стратифицированной выборке.

Результаты исследования

Установлено, что врачи амбулаторного звена здравоохранения при назначении гипотензивных средств считали наиболее значимыми следующие факторы: социально – экономический фактор, включающий стоимость лечения, и наличие препарата в льготном списке Федеральной программы дополнительного лекарственного обеспечения (98% респондентов); индивидуальные реакции больных на препараты различных классов (93% респондентов); факторы риска, имеющиеся у больного (81% респондентов); наличие поражений органов – мишеней у больного (78% респондентов); наличие сопутствующих заболеваний, которые могут ограничивать использование антигипертензивных препаратов того или иного класса (77% респондентов).

На выбор препарата врачами стационарного звена оказывали влияние: индивидуальные реакции больных на препараты различных классов (98% респондентов); факторы риска, имеющиеся у больного (88% респондентов); наличие поражений органов – мишеней у больного (82% респондентов); наличие сопутствующих заболеваний, которые могут ограничивать использование антигипертензивных препаратов того или иного класса (80% респондентов); социально – экономический фактор, включающий стоимость лечения (44% респондентов).

Наиболее часто врачами для лечения АГ назначались ингибиторы АПФ (68% случаев), β – блокаторам пролонгированным, кардиоселективным, без внутренней симпатомиметической активности (16% случаев) и антагонистам кальция – БМКК (12% случаев). Диуретики в качестве монотерапии (гипотиазид, индапамид) назначались в 2% случаев, как правило, значительно чаще их применяли в виде рациональных комбинаций с другими препаратами с целью получения дополнительного гипотензивного эффекта и уменьшения побочных действий. Значительно реже назначались гипотензивные препараты других групп АРА II, агонисты имидазолиновых рецепторов, альфа – адреноблокаторы (1,5% случаев). Отмечены единичные случаи назначения в виде монотерапии АГ препаратов раувольфии, резерпина, клонидина, папазола (0,5%).

Таким образом, по нашим данным гипотензивная терапия в целом характеризуется невысоким уровнем комплайенса. Проведенные исследования выявили значительные расхождения в тактике ведения больных с АГ врачами поликлинического и стационарного звена здравоохранения в условиях регионов.

II-10 РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ У ЛИЦ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: СВЯЗЬ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ РУТИННОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Козлов И.Д., Герцен М.А., Апанасевич В.В.

Республиканский научно-практический центр «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель: изучить влияние основных факторов риска, некоторых показателей клинического статуса и функционального состояния сердечно-сосудистой системы на частоту смерти от болезней системы кровообращения (БСК) у лиц с ишемической болезнью сердца (ИБС), наблюдающихся в амбулаторно-поликлинических условиях.

Материал и методы. Контингент: 482 мужчины с ИБС, выявленной по эпидемиологическим критериям, при обследовании случайной выборки мужчин 40-59 лет г.Минска численностью в 4241 человек. Первичное обследование включало антропометрию, определение жизненной емкости легких (ЖЕЛ) с помощью водного спирометра, измерение артериального давления с вычислением пульсового давления, регистрацию ЭКГ покоя с последующим кодированием по Миннесотскому коду, определение уровня холестерина в сыворотке крови; стандартный опрос для выявления стенокардии напряжения (опросник Роуза) и ее частоты, одышки, семейного и персонального анамнеза. Критерием наличия ИБС являлось одно из следующих состояний или их комбинация: перенесенный инфаркт миокарда, стенокардия напряжения, изменения

на ЭКГ покоя категорий 1-3, 4-1,2, 3; 6-1, 2; 7-1, 8-3 Миннесотского кода. Собирались информация о случаях смерти от БСК, в том числе от ИБС, и от всех других причин, развившихся в течение 25 летнего периода после первичного обследования. Относительный риск (ОР) вычислялся как отношение частоты смерти от БСК за рассматриваемый период времени, выраженной в %, в группе с наличием анализируемого фактора к частоте смерти в группе с его отсутствием.

Результаты. За первые 10 лет после первичного обследования у наблюдаемого контингента был зарегистрирован 61 случай смерти от БСК, за весь период – 141 случай. Риск смерти от БСК в ближайшие 10 лет наблюдения статистически значимо увеличивался при артериальной гипертензии (ОР -2.4), гиперхолестеринемии (ОР-2.1), физически активной работе (ОР-2.1), физически неактивной досуге (ОР-1.2), неупотреблении алкоголя (ОР-2.0), отрицательном семейном анамнезе со стороны матери или отца (ОР1.3), частоте приступов стенокардии напряжения более 7 в неделю (ОР-2.3), одышке при ходьбе по ровному месту (ОР-1.4), величине пульсового давления > 56 мм рт.ст. (ОР-2.4), ЖЕЛ <4000 мл (ОР-2.7), ЧСС>80 уд/мин (ОР-2.2), наличии на ЭКГ покоя больших патологических зубцов Q (ОР-3.3), депрессии сегмента ST (ОР-4.7), отрицательных зубцов T (ОР-3.6), гипертрофии левого желудочка (ОР-3.0). Все эти факторы, кроме гиперхолестеринемии, сохраняли статистически значимую связь с риском смерти от БСК и в течение 25-летнего периода наблюдения, но с меньшими значениями показателя относительного риска.

Заключение. Таким образом, установлены факторы, ассоциирующиеся с повышенным риском смерти от БСК, доступные для выявления при рутинном обследовании в условиях амбулаторно-поликлинического звена медицинской помощи.

II-11 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖИТЕЛЕЙ ЯКУТИИ С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Махарова Н.В., Лютова Ф.Ф.*, Воевода М.И.*, Яковлев Р.В., Томский М.И.

Якутский НЦ КМП СО РАМН, Якутск, Россия; *НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Последние исследования показали, что атеросклероз в Якутии развивается быстрыми темпами, больные с артериальной гипертензией (АГ) отличаются более тяжелыми проявлениями заболевания и сопутствующих осложнений (наличием ИБС, мультифокального атеросклероза, перенесенного инсульта). В связи с этим изучение гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), как фактора риска ССЗ в условиях Якутии, доступными методами является актуальным.

Цель исследования. Выявить частоту voltaжных признаков ГЛЖ у коренных и пришлых жителей Якутии с верифицированным коронарным атеросклерозом.

Материалы и методы. В анализ были включены результаты обследования 438 больных с верифицированным атеросклерозом коронарных артерий, из них коренные составили 222 человек (56,7±0,6 лет), пришлые – 216 человек (55,2±0,4 лет). К коренным отнесены якуты, эвенки, чукчи и другие малочисленные народы Якутии, к пришлым – русские, украинцы, белорусы и др., проживающие в Якутии постоянно. Всем больным проведена селективная коронароангиография на ангиографической установке «Axiom. Artis BA» (Siemens, Германия) по методике Judkins. ЭКГ-исследование проводилось в покое в 12 стандартных отведениях со скоростью 25 мм/сек. Проведен анализ амплитуды зубцов RaVL, RV5(V6), а также voltaжные критерии ГЛЖ Корнельское произведение ((RaVL+SV3 +6 для женщин)) x длительность QRS, Корнельский voltaжный признак (RaVL+SV3), признак Соколова-Лайона (C-Л, SVI+RV5(V6)), Губнера Унгерлейдера (ГУ, RI+SIII). За признаки ГЛЖ принимали RaVL>11 мм, RV5(V6) ≥27 мм, C-Л≥35 мм, Корнельский voltaжный признак >28 мм для мужчин и >20 мм для женщин, Корнельское произведение >2440 мм/мс, ГУ>25 мм. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ SPSS (версия 11.5). Для анализа достоверности межгрупповых отличий использовали критерии оценки статистических гипотез: t Стьюдента.

Результаты. В результате исследования чаще всего выявлены признаки ГЛЖ Корнельского произведения (30,1%), $R_{aVL} > 11$ мм (18%), с одинаковой частотой выявлены признаки С-Л и Корнельский вольтажный признак (16%), реже признаки $RV_5(V_6) \geq 27$ мм (10,5%) и ГУ (8,2%). Сравнительный анализ изучаемых показателей выявил достоверные этнические различия. Все вольтажные признаки ГЛЖ выявлялись достоверно чаще у коренных: признак Корнельского произведения выявлен у 86 (38,7%) коренных и 46 (21,3%) пришлых ($p=0,000$), $R_{aVL} > 11$ мм соответственно у 58 (26,1%) и 22 (9,9%) ($p=0,000$), Корнельский вольтажный признак – у 46 (20,7%) и 24 (11,1%) ($p=0,006$), признак С-Л – 44 (19,8%) и 26 (12%) ($p=0,027$), $RV_5(V_6) \geq 27$ мм – 30 (13,5%) и 16 (7,4%) ($p=0,038$), Признак ГУ – 28 (12,6%) и 8 (3,7%) ($p=0,000$). Больных с 1-м или более вольтажным признаком ГЛЖ выявлено 188 (42,9%) человек, из них коренных – 122 (64,8%), пришлых – 66 (35,2%) ($p=0,000$). Анализ клинической картины больных с ГЛЖ показал, что 112 (91,8%) коренных и 58 (87,9%) пришлых больных с атеросклерозом коронарных артерий и вольтажными признаками ГЛЖ имели АГ.

Выводы. У жителей Якутии с коронарным атеросклерозом чаще выявлялись критерий Корнельского произведения, с одинаковой частотой – признаки С-Л и Корнельский вольтажный, реже – $RV_5(V_6) \geq 27$ мм и ГУ. Вольтажные признаки ГЛЖ чаще выявлялись у коренных жителей.

II-12 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ СТОЛИЧНЫХ ГОРОДОВ РОССИИ В ПОСЛЕДНЕЙ ЧЕТВЕРТИ XX ВЕКА

Муромцева Г.А., Шальнова С.А., Деев А.Д., Баланова Ю.А., Киреев С.В., Константинов В.В.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва, Россия

Целью работы явилось изучение распространенности ИБС в популяции неорганизованного населения крупных административно-промышленных городов в последней четверти XX века, по данным стандартных эпидемиологических методов. Материалы и методы. В анализ включены результаты 7 одномоментных эпидемиологических исследований случайных представительных выборок из неорганизованного населения в возрасте 25-65 лет и старше, проживавшего в Москве и Санкт-Петербурге (Ленинграде) в 1975-2001 годах: 4 проведены в Москве, 3 в обоих городах. Отклик составил 50-78% в зависимости от исследования, общее количество обследованных – 23308 человек, из них 17435 мужчин и 5873 женщины. Проведены: стандартный опрос по анкете Роуза для выявления стенокардии напряжения (СН) и боли возможного инфаркта миокарда (ВИМ), регистрация ЭКГ покоя и кодирование ее по Миннесотскому коду (МК) двумя независимыми экспертами с привлечением третьего в случае несогласия. Результаты классифицированы на 3 категории: отсутствие симптомов и ишемической болезни сердца (ИБС), «определенную» и «возможную ИБС» (ОИБС и ВИБС). К ОИБС относили рубцовые ЭКГ-изменения (МК 1-1-1 по 1-2-7), СН, «безболевою» ИБС (БИБС, МК 4-1,2 или 5-1,2 без 3-1,3-3). К ВИБС – возможно рубцовые ЭКГ-изменения (МК 1-2-8 и 1-3-), ВИМ, возможную ишемию (МК 4-3, 5-3 или коды 4- и/или 5- с 3-1 или 3-3) и аритмическую форму (МК 7-1, 6-1,2, 8-3). Достоверность различий оценивали по критерию χ^2 . Показатели распространенности были стандартизованы по возрасту в европейском стандарте. Результаты. Количество случаев ИБС увеличивалось с возрастом независимо от пола: случаи ОИБС нарастали с 1,0 до 19,8% среди мужчин и с 2,1 до 21,4% среди женщин. Наиболее существенное увеличение распространенности этого показателя отмечалось после 45 лет: на 7-9% с каждым 10-летием жизни. Во всех возрастных группах рубцовые изменения ЭКГ регистрировались чаще среди мужчин, чем среди женщин (0,6 и 6,8% у мужчин в возрасте до 34 и после 65 лет и 0,2 и 3,0% у женщин, соответственно), а случаи СН и БИБС среди женщин чаще, чем среди мужчин (СН: 2,7 и 21,6% против 0,8 и 18,6%, БИБС: 1,9 и 15,6% против 0,4 и 10,3% у женщин и мужчин до 34 и после 65 лет). Случаи ВИБС у мужчин отмечались чаще, чем у женщин лишь до 34 лет (8,7% и 6,4% среди мужчин и женщин), у женщин других возрастов этот показатель был выше и с возрастом нарастал быстрее, достигнув

в 55-64 года 24,4%, а после 64 лет 30,5% против 21,4% и 24,7% у мужчин тех же возрастов. Аналогично рубцовым ЭКГ-изменениям, ВИМ у мужчин после 35 лет регистрировался чаще, чем у женщин, увеличиваясь с 1,1% в 35-44 года до 12,8% после 64 лет против 0,4% и 8,5% у женщин тех же возрастов. Изменения ST-T (возможно ишемия) и БИБС (выраженные изменения ST-T) у женщин встречались чаще, чем у мужчин: 1,3 и 14,3% у мужчин против 0,9 и 11,8% у мужчин в группах 25-34 и 65 лет и старше. Аритмические формы ИБС среди обследованных встречались реже, чем иные ишемические изменения, но у мужчин (0,4%) в 2 раза чаще, чем у женщин (0,2%). Стандартизованный по возрасту показатель ОИБС составлял 6,1% и 7,1%, ВИБС – 15,0% и 16,6% у мужчин и женщин, соответственно. Все возрастные изменения и различия по полу подтверждены критерием χ^2 с $p < 0,001$. Выводы: изменения, характерные для ОИБС и ВИБС, у женщин столичных городов в последней четверти XX века встречались чаще, чем у мужчин. Мужчины опережали женщин лишь по частоте Q(QS) инфарктов и инфарктоподобных болей. Женщины чаще имели ST-T изменения на ЭКГ, жалобы на СН. Все показатели ИБС увеличивались с возрастом, скорость изменений резко прогрессировала после 45 лет.

II-13 ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Мусина Н.П., Дранкина О.М.

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: определить наиболее значимые факторы риска, которые могли способствовать развитию ишемического инсульта

Материалы и методы: в исследование было включено 222 пациента, жители Москвы и Московской области, которые перенесли инсульт по ишемическому типу в сроки с 1970 по 2008 год, из них 127 (57%) были женского пола, а 95 (43%) – мужского пола в возрасте от 37 до 96 лет. При проведении одномерного описательного анализа всех указанных факторов для непрерывных переменных были построены таблицы описательных статистик, содержащие информацию о количестве наблюдений, среднем, медиане, минимальном, максимальном значениях, нижней, верхней квартилях, стандартном отклонении. Для категориальных переменных (пол, отношение к курению, образование, др.) были построены круговые диаграммы, содержащие информацию о количестве и проценте наблюдений в той или иной категории.

Результаты: Артериальная гипертензия (АГ) служила основным критерием включения пациентов в исследование и, следовательно, была выявлена у 100 % больных. При этом обращал на себя внимание длительный анамнез АГ. Средняя длительность анамнеза АГ составила $15,9 \pm 9,5$ лет, максимальная – 50 лет. Анамнез заболевания был отягощен по сахарному диабету у 81 (36%) пациентов, все эти больные имели сахарный диабет II типа. Острый коронарный синдром (ОКС) и/или острый инфаркт миокарда (ОИМ) перенесли 174 (79%) пациента. В нашей популяции фибрилляция предсердий (ФП) была диагностирована у 92 (41%) пациентов, половина из них имела постоянную или персистирующую ФП, а половина – пароксизмальную ФП.

Выводы: Инсульту наиболее часто сопутствуют или выступают одной из причин следующие заболевания: АГ (100%), ОКС (79%), фибрилляция предсердий (41%), сахарный диабет (36%). Поэтому в план обследования всех больных с АГ необходимо включать: ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ, оценка углеводного обмена, а затем проводить коррекцию выявленных факторов риска.

II-14 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗЛИЧНЫХ ШКАЛ РИСКА ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Воробьева Е.Н., Белоусова Т.Б.

Алтайский государственный медицинский университет, НУЗ ОКБ ст.Барнаул, Барнаул, Россия

Цель исследования – провести сравнительную оценку 10-летнего суммарного коронарного риска у лиц стрессовой профессии при

использования ризиометров SCORE, PROCAM и Framingham. Проведено обследование 403 мужчин в возрасте 40-55 лет, из них 1-ую группу составили 253 лица стрессовой профессии, а 2-ую группу – 150 лиц с низким уровнем профессионального стресса. В 1-ой группе 139 пациентов не имели сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), а у 114 больных имелась артериальная гипертензия (АГ). Во 2-ой группе были 102 пациента без ССЗ и 48 пациентов с АГ.

Среди лиц, не имеющих ССЗ, высокий риск по SCORE имелся только у 1,8% пациентов 1-ой группы, умеренный риск – у 33,3% и 31,2% лиц 1-ой и 2-ой групп соответственно, низкий суммарный риск – у остальных 64,9% и 68,8% мужчин в 1-ой и 2-ой группах. При оценке по Framingham высокий риск имелся в 10,5% и в 6,3% случаев в 1-ой и 2-ой группе, умеренный риск – у 16,7% и 16,6% лиц 1-ой и 2-ой групп, низкий риск сердечно-сосудистых событий – у остальных 72,8% и 77,1% мужчин 1-ой и 2-ой групп соответственно. При оценке по шкале PROCAM среди пациентов без ССЗ у 7,8% и 4,2% пациентов 1-ой и 2-ой группы соответственно был высокий коронарный риск, у 12,3% и 10,4% лиц 1-ой и 2-ой групп – умеренный риск, а остальные 79,8% и 85,4% пациентов в 1-ой и 2-ой группах имели низкий риск. При использовании шкалы SCORE у лиц без ССЗ в 1-ой группе категории высокого риска было меньше на 8,7% ($\chi^2=7,6$, $p=0,004$) по сравнению с Фремингем и на 7% ($\chi^2=4,7$, $p=0,03$) по сравнению с PROCAM, во 2-ой группе данная категория была сопоставима по всем трем ризиометрам.

У больных АГ в категорию высокого коронарного риска по SCORE были отнесены 12,2% и 14,7% пациентов в 1-ой и 2-ой группах, умеренного риска – 62,6% и 59,8% пациентов в 1-ой и 2-ой группах, низкого суммарного риска – 25,2% и 25,5% лиц в 1-ой и 2-ой группах. По шкале Framingham в группу очень высокого риска были определены 14,4% и 14,7% лиц в 1-ой и 2-ой группах соответственно, у 25,9% и 24,5% пациентов 1-ой и 2-ой групп имелся высокий риск, у 13,7% и 11,8% больных в 1-ой и 2-ой группах – умеренный риск, у 46,0% и 49,0% пациентов – низкий суммарный риск. При оценке по ризиометру PROCAM высокий риск был у 21,6% и 11,8% больных 1-ой и 2-ой групп, умеренный риск имели 35,3% и 37,3% пациентов в 1-ой и 2-ой группах соответственно, остальные 44,6% и 50,9% имели низкий риск. При использовании ризиометров SCORE и PROCAM у больных низкострессовой профессии с АГ выделяется равнозначная группа высокого суммарного риска, а у больных стрессовой профессии оценка по шкале PROCAM в 2 раза расширяет категорию высокого риска.

Таким образом, при прогнозировании суммарного коронарного риска у лиц стрессовой профессии для выявления категории высокого риска более информативно использование шкалы PROCAM по сравнению с ризиометрами SCORE и Framingham.

II-15 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Сапунова И.Д., Колтунов И.Е., Погосова Г.В.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва, Россия

Острый коронарный синдром (ОКС) занимает одно из ведущих мест в структуре сердечно-сосудистой смертности и является одной из основных причин госпитализаций по поводу ИБС во всем мире

Цель исследования: Оценить частоту встречаемости и уровень кардиоваскулярных факторов риска у больных с ОКС без подъема сегмента ST.

Материалы и методы: В исследование были включены 210 пациентов (мужчины и женщины в возрасте ≥ 18 лет и < 80), перенесших ОКС без подъема сегмента ST не ранее 6 месяцев и не более 3 лет до включения в исследование (в среднем 21 мес. наблюдения), проходившие стационарное лечение в клиниках Москвы и Московской области. Всем участникам исследования проведено анкетирование, офисное измерение АД, ЧСС, исследование крови с определением ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, глюкозы и гликозилированного гемоглобина (у больных СД), определение индекса массы тела, окружности талии.

Результаты: Из общего числа включенных в исследование до перенесенного ОКС без подъема сегмента ST только 8,63% имели

1 ФР, 25,89% – 2 ФР, 35,02% – 3 ФР и 25,89% 4 ФР и 3,05% 5 ФР сердечно-сосудистых заболеваний. У 83% больных имела место АГ, дислипидемия отмечалась у 57% больных, сахарный диабет у 7,03% больных. 43,1% когда-либо курили, из них только 48,2% бросили курить, а после перенесенного ОКС продолжали курить 50% пациентов. При выписке из стационара по поводу перенесенного ОКС без подъема сегмента ST 70,56% пациентам была назначена гиполипидемическая терапия статинами (симвастатин в средней дозе 12,42 мг/сут) и только 51,42% пациентов принимали назначенные препараты. Несмотря на назначенную терапию 62,85% пациентов не достигли целевого уровня ОХС ($< 4,5$ ммоль/л) и 82,85% пациентов не достигли целевого уровня ЛПНП ($< 2,5$ ммоль/л). По более мягким критериям (ОХС 5,0 ммоль/л, ЛПНП 3,0 ммоль/л) не достигли целевого уровня ОХС 47,14% пациентов и ЛПНП 61,43% пациентов.

Выводы: Полученные данные подтверждают широкую распространенность модифицируемых факторов риска у пациентов, перенесших ОКС без подъема сегмента ST, и свидетельствуют о недостаточной эффективности профилактических мероприятий, направленных на коррекцию факторов риска в рамках вторичной профилактики.

II-16 ПРЕВЕНТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Сейсембеков Т.З., Серманизова Г.К.

АО «Медицинский университет Астана», АО «Национальный научный центр материнства и детства» МЗ РК, Астана, Казахстан

Проблема снижения врожденных пороков сердца (ВПС) – одна из актуальных вопросов в современной медицине. По данным литературы, частота ВПС колеблется от 10-13 случаев на 1000 новорожденных, из них 4/1000 составляют сложные пороки сердца.

По официальным данным МЗ РК за последние 5 лет количество врожденных пороков сердца и системы кровообращения у детей первого года до 5 лет возросло на 88%. Если в 2003 году абсолютный показатель рождаемых детей с ВПС составил 3042, то в 2007 – 5736.

Цель: диагностика врожденных пороков сердца у новорожденных и детей раннего возраста методом комплексной доплерокардиографии, изучение факторов риска врожденных пороков, пути снижения рождаемости детей с врожденными пороками сердца.

Методы исследования и результаты: За 2008 год в Национальном научном центре материнства и детства методом комплексной доплерокардиографии было обследовано 2393 новорожденных и детей раннего возраста, из них у 213 (9%) диагностированы врожденные пороки сердца и системы кровообращения. У 181 (85%) из 213 диагностированы изолированные ВПС, в том числе дефекты межжелудочковой перегородки (ДМЖП) у 108, из них мышечные ДМЖП у 77 детей, а мембранозные ДМЖП у 31. Дефекты межпредсердной перегородки (ДМПП) выявлены у 32, открытый артериальный проток (ОАП) у 30, коарктация аорты у 2, стеноз легочной артерии (ЛА) у 8, дефект аорто-легочной перегородки у 1. Сложные пороки были выявлены у 32 (15%). Из них у 8 – тетрада Фалло, у 3 – тетрада Фалло и ОАП, у 2 – АВ коммуникации, у 3 – ДМЖП и ДМПП, комбинированные с другими пороками, у 2 – транспозиция магистральных сосудов (ТМС), у 1 – ТМС и атрезия митрального клапана, атрезия ЛА, ДМПП, у 6 – Аномальный дренаж легочных вен, у 2 – Аномалия Эбштейна, у 1 – Аномалия Эбштейна и атрезия клапана ЛА, у 1 – трёхпредсердное сердце, у 3 – двойное отхождение магистральных сосудов.

Среди факторов риска ВПС ведущее место занимали острая инфекция матери в 1 триместре беременности, хроническая маточно-плацентарная недостаточность и сопутствующая внутриутробная инфекция у плода, первородящие старшего и юного возраста, наличие 3 и более аборт в анамнезе, неблагоприятные условия жизни и анемии. Достаточно высок процент рождаемости детей с ВПС (62%) от матерей с корригированными и некорригированными пороками сердца.

Выводы: Указанное обстоятельство диктует необходимость планирования беременности, своевременного определения

и устранения факторов риска у беременных, ранней пренатальной диагностики пороков сердца, генетического карิโอטיפирования плода для снижения количества ВПС (путём прерывания беременности) и проведения профилактических мероприятий по предупреждению и лечению пороков сердца.

П-17 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОБЩЕГО И АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА ОДНОМОМЕНТНОЙ РЕПРЕЗЕНТАТИВНОЙ ВЫБОРКИ

Хохлов Р. А., Кузнецова Т. Н., Царева Е. Е., Ярлыкова В. И.

Межтерриториальный кардиологический центр ГУЗ ВОКБ, Воронеж, Россия

Введение: В соответствии с современными представлениями абдоминальное ожирение (АО) является одним из основных модифицируемых факторов риска и главных признаков метаболического синдрома (МС), наличие которого значительно увеличивает риск развития сахарного диабета и сердечно-сосудистых осложнений.

Целью исследования являлось изучение распространенности общего ожирения (ОО) и АО в популяции на основании анализа одномоментной репрезентативной выборки городского и сельского населения Воронежской области.

Методы: В течение 3 месяцев 40 случайно отобранных участков врачей, провели осмотр всех лиц, достигших 10 летнего возраста, выразивших на это свое согласие и проживающих по 25 отобранным случайным образом адресам. Оценивались социально-демографические характеристики, образ жизни, определялись основные антропометрические и физикальные параметры. Из 2867 пациентов были осмотрены 2441, а из числа последних после исключения анкет с пропущенными сведениями для окончательного анализа были взяты данные о 983 (43,1%) лицах мужского и 1297 (56,9%) женского пола, что составило примерно 1% от среднегодовой численности всего населения области. У взрослых ОО устанавливалось, если рассчитанный индекс массы тела превышал 30 кг/м², а АО в соответствии с критериями NCEP ATP III.

Результаты: Из 914 взрослых мужчин ОО было установлено у 127 (13,9%), а из 1233 взрослых женщин у 275 (22,3%) ($p < 0,0001$; критерий χ^2). Соответственно АО имелось у 141 (15,4%) мужчины и у 538 (43,7%) женщин ($p < 0,0001$; критерий χ^2). При этом ОО и АО достоверно чаще встречалось у женщин находившихся в менопаузе соответственно 76 (27,5%) из 276 vs 199 (20,8%) из 957 и 159 (57,6%) из 276 vs 379 (39,6%) из 957 ($p = 0,0178$ и $p < 0,0001$; критерий χ^2). У мужчин проживающих в сельской местности распространенность ОО и АО были достоверно выше, чем у жителей города соответственно 56 (18,5%) и 67 (22,1%) из 303 vs 71 (11,6%) и 74 (12,1%) из 611 ($p = 0,0465$ и $p = 0,0001$; критерий χ^2). Аналогичные закономерности для ОО и АО были выявлены также у женщин проживающих в сельской местности в сравнении с жительницами города соответственно 115 (28,7%) и 219 (54,6%) из 401 vs 160 (19,2%) и 319 (38,3%) из 832 ($p = 0,0075$ и $p < 0,0001$; критерий χ^2).

Выводы: АО, являющееся основным признаком МС, имеет высокую распространенность в общей популяции, превосходя при этом распространенность ОО рассчитанного по индексу массы тела. Частота встречаемости ОО и АО выше у женщин, чем у мужчин. И, кроме того, выше у сельских жителей, чем у городских. Более высокая частота встречаемости ОО и АО у женщин может быть связана с развитием у них метаболических нарушений в период менопаузы.

П-18 ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ ВРАЧЕЙ

Хохлов Р.А., Минаков Э.В., Фурменко Г.И.

ВГМА им Н. Н. Бурденко, ГУЗ ВОКБ, Воронеж, Россия

Введение: Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) врачей – это неблагоприятная реакция на рабочий стресс, включающая в себя различные психофизиологические и поведенческие аспекты. Отличительными признаками СЭВ являются

эмоциональная опустошенность, отчуждение от процесса труда и его результатов, бесчувственность, негуманное и циничное отношение к пациентам, негативная переоценка своей квалификации и уровня компетентности.

Цель данного исследования заключалась в изучении распространенности СЭВ среди врачей терапевтических специальностей первичного звена.

Методы: Было проведено добровольное и анонимное анкетирование 184 терапевтов. Анкета включала в себя общие данные, сведения об условиях труда и вопросник «Профессиональное выгорание» (ПВ), являющийся аналогом МВЛ. СЭВ определялся, если имелся высокий уровень эмоционального истощения и деперсонализации, и низкий профессиональных достижений. Верхние значения по шкале эмоционального истощения или деперсонализации свидетельствовали о высокой степени ПВ, то есть риске развития СЭВ. Использовались референтные значения, полученные при опросе российских специалистов. Возвращено 169 анкет (92%), а для окончательного анализа отобрано 163 анкеты, не содержащие ошибок.

Результаты: Среди респондентов было 123 (75,5%) женщины и 40 (24,5%) мужчин Медиана их возраста была 47 (39-53) лет, а врачебного стажа 21 (14-28) год. В браке состояли 122 (75,3%) и имели детей 138 (86,3%) врачей.

Из 153 респондентов, заполнивших вопросник ПВ, явный СЭВ имели 20 (13,1%). При этом явный СЭВ имели 4 (11%) мужчин и 16 (14%) женщин ($p = 0,7836$; критерий χ^2). В то же время высокий риск развития СЭВ имели уже 76 (50%) опрошенных из них 17 (46%) мужчин и 59 (51%) женщин ($p = 0,6025$; критерий χ^2). При этом медианы суммы баллов по шкале эмоциональное истощение у мужчин и женщин составили 18 (16-24) vs 23 (17-30), по шкале деперсонализация 7 (4-12) vs 6,5 (4-11,5) и по шкале редукция персональных достижений 32 (30-34) vs 31 (27,5-36) ($p = 0,0125$, $p = 0,5395$, $p = 0,7188$; критерий Манна-Уитни). Врачи, состоящие в браке в отличие от своих не женатых и не замужних коллег, имели более низкий уровень эмоционального истощения 20 (16-27) vs 24 (19-31), деперсонализации 6 (4-11) vs 9 (6-13) и более высокий уровень персональных достижений 32 (28-36) vs 30 (24-33) ($p = 0,0023$, $p = 0,0283$ и $p = 0,0288$; критерий Манна-Уитни). А специалисты, имевшие детей, обладали более высокими показателями по шкале персональных достижений, чем их бездетные коллеги 32 (28-36) vs 29 (23-31) ($p = 0,0088$; критерий Манна-Уитни). Возраст и трудовой стаж не оказывали достоверного влияния на развитие СЭВ.

Выводы: Полностью сформировавшийся СЭВ имеют 13,1%, а высокую вероятность его развития 50% врачей первичного звена. Для женщин характерен более высокий уровень эмоционального истощения. Врачи, находящиеся в браке и воспитывающие детей, имеют лучшие значения по шкалам вопросника ПВ, чем специалисты, не состоящие в браке и бездетные коллеги. При этом возраст и трудовой стаж не оказывают влияние на развитие СЭВ.

П-19 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН

Шакирова Р.М., Камалов Г.М., Галевич А.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Республика Татарстан

Актуальность. На развитие и прогрессирование сердечно-сосудистых заболеваний оказывают влияние ряд факторов, так называемые факторы риска. Известно более 200 различных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. К наиболее распространенным относятся возраст, пол, наличие сахарного диабета, высокое артериальное давление, избыточная масса тела, наследственность, чрезмерное потребление соли. Распространенность этих факторов риска среди населения Республики Татарстан неизвестна.

Цель: изучить распространенность ряда факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди населения Республики Татарстан.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняло участие 1910 человек: 878 мужчин и 1032 женщин из 12 районов Республики Татарстан, набранных путем шаговой рандомизации. Всем участникам исследования проведено анкетирование и клиническое обследование. Изучалась распространенность следующих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: возраст старше 65-ти

лет для женщин и старше 55-ти лет для мужчин, курение, чрезмерное употребление соли, индекс массы тела выше 29 кг/м², наследственность, сахарный диабет, инфаркт миокарда в анамнезе.

Результаты. Из общего числа обследованных у 1311 (51,3%) человек наблюдалось различное количество факторов риска. Один фактор риска был выявлен у 36,6% человек (34,6% мужчин и 38,4% женщин). Два фактора риска имелись у 21,5% человек (27,5% мужчин и 16,3% женщин). Комбинация из трех факторов риска наблюдалась у 8,4% исследуемых (12,9% мужчин и 4,5% женщин). Четыре фактора риска регистрировались у 1,8% человек (2,7% мужчин и 1,2% женщин). Максимальное количество факторов риска (пять) наблюдалось у 0,3% человек (0,11% мужчин и 0,39% женщин). Сочетания шести или семи факторов риска не были выявлены. Исследуемые факторы риска отсутствовали у 31,36% человек (21,9% мужчин и 39,3% женщин).

Выводы:

1. Основные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний имеются у 2/3 населения Республики Татарстан.

2. Наиболее распространено наличие одного (36,6%) или сочетание двух факторов риска (21,5%).

3. У мужчин чаще выявляется сочетание нескольких факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний.

II-20 ОЖИРЕНИЕ КАК ФАКТОР РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ. ДАННЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 2007 ГОДА

Щербинина Е.В., Фомин И.В., Бадина О.Ю., Васенина Н.М.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: выявить распространенность ожирения у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в репрезентативной выборке Нижегородской области.

Материал и методы: в 1998 году создана репрезентативная выборка, которая повторно обследовалась в 2000, 2002, 2007 гг. Проанализирована распространенность ожирения в популяции и среди больных ХСН. Критерии ХСН: наличие любого сердечно-сосудистого заболевания (ССР) и одышка при обычной физической нагрузке.

Результаты: индекс массы тела 30 кг/м² и более встречался у 37,1% больных ХСН, тогда как во всей популяции Нижегородской области этот показатель наблюдался у 17,7% респондентов. Разница в распространенности ожирения среди лиц, имеющих ХСН, по сравнению со всей популяцией оказалась высоко достоверной ($p < 0,0001$). Ожирение чаще встречалось среди больных ХСН женщин (42,2%), чем среди мужчин (23,8%), ($p = 0,072$). Во всей репрезентативной выборке ожирение также встречалось чаще среди женщин, чем среди мужчин, что составило 23,2% и 10,3% соответственно, $p < 0,0001$. Распространенность ожирения I-ой степени во всей популяции оказалась 12,7%, а среди больных ХСН составила 24,5% ($p < 0,0001$) и была максимальной относительно других степеней ожирения в обеих группах. Наиболее часто среди больных ХСН ожирение I-ой степени имели женщины 27,7%, когда среди мужчин этот показатель составил 15,9% ($p = 0,138$). Распространенность ожирения III степени оказалась наименее выраженной, как в популяции (1,5%), так и среди больных ХСН (5,2%), $p < 0,0001$.

В популяции ожирение III степени недостаточно часто встречалось среди мужчин (1,1%), чем среди женщин (1,8%), $p = 0,159$, а среди больных ХСН этот показатель оказался выше, как у мужчин (6,3%), так и у женщин (4,8%), $p = 0,66$.

Больные ХСН имели избыточную массу тела в 37,6% случаев, тогда как в популяции этот показатель составил 32,9% случаев, $p = 0,31$.

Выводы: ожирение остается значимым фактором риска развития ХСН, как у мужчин, так и у женщин.

III. Профилактика. Факторы риска

III-1 КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК И КАЛЬЦИНОЗ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Абидов Н.Ш., Розыходжаева Г.А.

Центральная клиническая больница №1 Медико-санитарного объединения МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – изучение значения коронарного кальциноза у пациентов с различным уровнем кардиоваскулярного риска, а также роли мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) в качестве своеобразного «фильтра» в рамках первичной диагностики ИБС

Материал и методы. В отделении МСКТ ЦКБ №1 МСО определение коронарного кальция проведено у 127 больных ИБС. Возраст пациентов колебался от 35 лет до 75 лет. Большинство пациентов составили мужчины (69%). Средний вес пациентов составил 72 кг (48-120 кг), средний ИМТ 27,9 (18,1–39,5 кг/м²). План обследования пациентов включал в себя ЭКГ на приборе AT 104 (Schiller (Швейцария), доплерокардиографию (HD3, Phillips, Голландия), ВЭМ на эргометрическом комплексе Bioset 8000 (Германия). Учитывались возраст, пол, ИМТ, клинические жалобы (типичная или атипичная стенокардия, одышка), профиль факторов риска и липидный спектр. МСКТ проводилась на аппарате Brilliance фирмы Phillips (Нидерланды). Общая степень кальциноза (СККА) определялась как сумма кальциноза 4 основных сосудов (ЛКА, ПМЖВ, ОА, ПКА). Кальциноз рассчитывался нами в 16 сегментах. Согласно значениям СККА пациенты разделены на группы: 1) с очень низким риском; 2) с низким риском; 3) со средним риском; 4) с высоким риском, 5) с очень высоким риском осложнений ИБС.

Результаты исследования. Профиль риска сердечно-сосудистых заболеваний изучен в целом у 96,8% пациентов.

Наиболее часто встречались такие факторы риска, как артериальная гипертензия (69%), нарушения липидного профиля (общего холестерина, холестерина высокой и низкой плотности) (67,6%). Реже встречались курение – у 17%, сахарный диабет у 11%. 27% обследованных имели один, 39% – два, 34% – три и 5% – четыре и больше ФР. У 8 пациентов данные о ФР отсутствовали. Среднее число ФР составило 1,9. Уровень кардиоваскулярного риска определялся на основе критериев NСЕР. 9,8% из числа обследованных пациентов с известным профилем ФР имели низкий, 42,3% – средний и 47,9% – высокий риск кардиоваскулярных осложнений. СККА у 31% больных составил 0 ед (очень низкий риск); у 27% – 0-10 (низкий риск); у 15% – 10-100 (средний риск); у 27% больных – 100-400 ед (высокий риск). В обследованной группе пациентов не было с СККА выше 400 ед (очень высокий риск). У 4 пациентов уровень кальция невозможно было определить из-за технических трудностей. Согласно полученным данным, риск осложнений ИБС при СККА, равном 0 ед составил 0,6%, при СККА 0-10 ед – 6%, СККА 10-100 ед – 16,2%, 100-400 ед СККА – 39%. При этом у пациентов с СККА ниже 100 ед, риск составил 5%, в то время как у пациентов с СККА свыше 100 ед этот риск составил 35%. Пациенты с низким и средним риском имели более низкий средний уровень кальция (86), в то время как подобный показатель у пациентов с высоким риском был намного выше (в среднем 252). Отмечалась недостоверная тенденция к увеличению СККА при увеличении числа ФР.

Проведение кардиологической программы МСКТ позволяет не только получить подтверждение наличия и распространенности коронарного атеросклероза, но и дает дополнительную информацию для стратификации пациентов с различным уровнем профиля риска, что важно для уточнения дальнейшей тактики лечения.

ША-2 ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕГО НАСТУПЛЕНИЯ ЕСТЕСТВЕННОЙ МЕНОПАУЗЫ У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Азаренкова Т.А., Вардугина Н.Г.

Городской центр «Здоровье женщины пограничного возраста», МУЗ ГКБ №5, ГОУ ДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования», Челябинск, Россия

Раннее наступление менопаузы (до 45 лет) относится к основным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у женщин. Поэтому выявление причин, индуцирующих ранний эстрогендефицит, является чрезвычайно актуальной проблемой в превентивной кардиологии, так как позволяет сформировать группы риска и выработать профилактические мероприятия.

Цель: выявить факторы риска раннего наступления естественной менопаузы у женщин в возрасте до 45 лет.

Материалы и методы. В исследование включены 108 перименопаузальных женщин в возрасте до 45 лет (средний возраст $42,4 \pm 4,3$ лет) с климактерическим синдромом различной степени тяжести. В качестве контрольной группы обследованы женщины такого же возраста (средний возраст $41,3 \pm 2,6$ лет) с нормальным менструальным циклом без симптомов эстрогендефицита. Методом анкетирования проведен опрос женщин с указанием на семейное положение (замужем, незамужем), вид профессиональной деятельности (умственная, физическая работа, домохозяйка), наличие острого или хронического стресса в период, предшествующий менопаузе, возраст менопаузы у матери, курение более 1 сигареты ежедневно. Из факторов репродуктивного здоровья оценивались возраст наступления менархе, длительность менструального цикла, количество беременностей.

Результаты. При сравнительном анализе основной и контрольной групп выявлено достоверное увеличение частоты отягощенной наследственности по ранней менопаузе у матери среди женщин основной группы: 41 (37,6%) женщина и 5 (18,5%) женщин соответственно ($p=0,046$). В основной группе по сравнению с контрольной также выявлен значимый уровень стресса в период, предшествующий менопаузе: у 59 (54,6%) женщин и у 8 (28,6%) человек соответственно ($p=0,014$). Курящих женщин в группе с ранней менопаузой зарегистрировано 26 (24,1%), тогда как в контрольной группе – 4 (14,3%) человека ($p>0,05$). Нерожавших женщин среди лиц с ранней менопаузой выявлено несколько больше по сравнению с лицами контрольной группы: 11 (10,2%) человек и 2 (7,1%) человека соответственно ($p=0,06$). Достоверных различий по виду профессиональной деятельности, семейному положению между основной и контрольной группами не выявлено. Женщины с ранней менопаузой, занимающиеся физическим трудом, составили 8,3%, а в контрольной группе 17,2% ($p>0,05$). Замужние женщины составили 76,6% в основной группе и 75% в контрольной группе ($p>0,05$). Не найдено достоверных различий между двумя группами и при сравнительном анализе репродуктивных факторов (возраст наступления менархе, длительность менструального цикла).

Выводы. Женщины с ранним наступлением естественной менопаузы имеют высокую частоту отягощенной наследственности по ранней менопаузе у матери и высокую частоту стресса. Среди лиц с ранней менопаузой прослеживается тенденция к увеличению числа курящих и нерожавших женщин по сравнению с контрольной группой.

ША-3 КУРЕНИЕ, ВКУСОВАЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И ФУНКЦИЯ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аксенова Т.А., Горбунов В.В., Ильямакова Н.А.

ГОУ ВПО Читинская медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить изменения функции внешнего дыхания (ФВД) у больных гипертонической болезнью (ГБ) в зависимости от интенсивности курения и порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС).

Методы исследования: Обследован 191 пациент с ГБ 1-2 стадии. Диагностика ГБ основывалась на рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов третьего пересмотра, 2008. Исследование ПВЧПС проведено по модифицированной методике Henkin R. В данном исследовании участвовала контрольная группа из 26 здоровых человек. Средним ПВЧПС является 0,16% раствор хлорида натрия. ФВД регистрировалась на спирографе LF-501 (Великобритания), все показатели спирограммы оценивались в процентах от должных значений. Индекс курения рассчитывался по формуле: количество сигарет, выкуриваемых в сутки $\times$ стаж курения в годах /20.

Полученные результаты: У 130 (68,1%) пациента выявлен высокий ПВЧПС, у остальных 61 (31,9%) – нормальный. У здоровых лиц без АГ высокий ПВЧПС выявлен в 30,8% случаев (у 8 человек). Проводя исследование факторов, риска мы выявили, что курят 47 больных с нормальным (77%) и 102 больных (78%) с высоким ПВЧПС, то есть приблизительно равное количество. Однако больные с высоким ПВЧПС имели более длительный стаж курения – $26,9 \pm 9,71$ лет, при нормальной сольчувствительности – $20,13 \pm 9,23$ лет ($p<0,00008$), более высокий индекс курения – $27,14 \pm 13,37$ пачка/лет и $17,39 \pm 10,8$ пачка/лет соответственно ($p<0,000019$), выкуривали большее количество сигарет в сутки – $20,63 \pm 11,58$ и $16,39 \pm 5,54$ соответственно ($p<0,0017$). Жизненная емкость легких при нормальной сольчувствительности составила $85,43 \pm 13,74\%$, при высоком пороге – $80,56 \pm 15,34\%$ ($p<0,000019$), объем форсированного выдоха в первую секунду – $89,54 \pm 16,39\%$ и $81,28 \pm 18,49\%$ соответственно ($p<0,0056$), максимальная объемная скорость на уровне мелких бронхов (МОС-75) – $79,24 \pm 30,55\%$ и $68,28 \pm 30,54\%$ соответственно ($p<0,009$). Жалобы на кашель с мокротой предъявляли 13 больных (21,3%) с нормальным и 84 больных (64,61%) с высоким ПВЧПС. Согласно клиническим и спирографическим критериям хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) диагностирована у 19 больных с нормальным (31,1%) и у 61 больного с высоким ПВЧПС (46,9%). У всех больных с нормальной сольчувствительностью наблюдалось легкое течение ХОБЛ, а при высоком ПВЧПС у 14 больных выявлено среднетяжелое и у 1 больного тяжелое течение ХОБЛ.

Выводы: У больных ГБ с высоким ПВЧПС имеется большая интенсивность курения, чаще встречаются респираторные жалобы и изменения ФВД, выше частота и тяжесть сопутствующей ХОБЛ. В комплексе мероприятий по профилактике ГБ и ХОБЛ необходимо усилить меры по отказу от табакокурения и ограничению употребления поваренной соли с пищей.

ША-4 ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Воробьева Е.Н., Курбатова И.И., Пырикова Н.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить влияние психоэмоционального рабочего напряжения на факторы риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц операторской профессии.

В исследование были включены 750 мужчин в возрасте 25-55 лет, которые в зависимости от наличия профессионального стресса они были разделены на группы: 1-ую составили 500 представителей операторской профессии (машинисты и помощники машинистов локомотивов), 2-ую – 250 лиц, которые имели низкострессовую профессию. Среди обследованных 1-ой группы 303 мужчины не имели ССЗ, у 197 была диагностирована артериальная гипертензия (АГ). Во 2-ой группе 118 пациентов не имели ССЗ, а у 132 имелась АГ. Всем обследованным оценивались возраст, факт курения, наследственный анамнез, офисное артериальное давление и частота сердечных сокращений в покое (ЧСС). Определяли показатели липидного спектра ферментативными методами с помощью наборов реагентов фирмы «Human» (Германия) на биохимическом анализаторе «ЭПОЛЛ-20».

Среди лиц без ССЗ наиболее распространенными факторами риска в 1-ой и 2-ой группах являются курение (74,3% и 52,5%

соответственно) и дислипидемия (49,2% и 44,1% соответственно), затем следует семейный анамнез ранних ССЗ (26,4% и 20,3% соответственно) и абдоминальное ожирение (18,5% и 10,2% соответственно). Среди мужчин операторской профессии по сравнению со 2-ой группой было больше курящих на 21,8% ($\chi^2=18,5$, $p=0,001$), имеющих абдоминальный тип ожирения на 8,3% ($\chi^2=4,2$, $p=0,04$), повышение уровня триглицеридов на 8,3% ($\chi^2=11,9$, $p=0,006$).

Среди обследованных нами операторов без ССЗ 23,8% имели ЧСС >80 уд/мин, во 2-ой группе тахикардия отмечена у 14,4%. Таким образом, в 1-ой группе тахикардия имела на 9,4% чаще ($\chi^2=4,5$, $p=0,03$).

Анализ факторов риска у больных АГ показал, что у пациентов обеих групп с одинаковой частотой встречается курение (у 72,1% и 69,7% больных в 1-ой и 2-ой группах соответственно) и семейный анамнез ранних ССЗ (у 65,5% и 60,6% больных в 1-ой группе и 2-ой группе). Дислипидемия была отмечена у 81,2% и 50,8% пациентов в 1-ой и 2-ой группах соответственно, причем у больных 1-ой группы она встречалась на 30,4% чаще, чем во 2-ой группе. При этом среди лиц с профессиональным стрессом чаще имелось повышение уровня триглицеридов на 11,3% ($\chi^2=4,8$, $p=0,03$), а повышение холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) на 12,4% ($\chi^2=4,9$, $p=0,03$). Среди больных 1-ой группы лиц с метаболическим синдромом было больше на 15,7% ($\chi^2=7,3$, $p=0,007$) по сравнению со 2-ой. ЧСС более 80 уд/мин у больных 1-ой группы по сравнению со 2-ой отмечалась на 13,5% ($\chi^2=9,2$, $p=0,002$) чаще.

Таким образом, психоэмоциональное рабочее напряжение оказывает влияние на модифицируемые факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, вызывая увеличение триглицеридов, ЧСС, частоты метаболического синдрома, а у больных АГ дополнительно увеличивает ХС ЛПНП.

ША-5 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССЫ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ЯКУТСКА

Балтахинова М.Е., Климова Т.М.

ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия

Целью исследования: явилось изучение особенностей распространенности избыточной массы тела и ожирения среди женской популяции г. Якутска.

Материал и методы: материалом для исследования послужила случайная по возрасту репрезентативная выборка из населения 2 административных округов г. Якутска в возрасте 25-64 года. Методом исследования был выбран метод личного интервью, по анкете, рекомендованной для изучения поведенческих факторов риска в российских регионах CINDI. Статистический анализ проводился с использованием пакета программ STATISTICA 8.0. При расчете стандартизованных по возрасту показателей, за стандарт принималась структура населения мира 2001 года. Масса тела оценивалась по значению индекса массы тела (масса тела в кг/рост² м²). В зависимости от индекса массы тела было проведено деление на следующие группы а: 1 — низкая масса тела (индекс массы тела <18,5 кг/м²); 2 — нормальная масса тела (индекс массы тела $\geq 18,5 < 25$ кг/м²); 3 — избыточная масса тела (индекс массы тела $\geq 25 < 30$ кг/м²); 4 — ожирение (индекс массы тела ≥ 30 кг/м²). Ожирение I степени — 30–34,9 кг/м²; II степени — 35–39,9 кг/м²; III степени — ≥ 40 кг/м². В исследовании приняли участие 999 женщин. Средний возраст обследованных составил 43,2 $\pm$ 11,2 лет.

Результаты исследования: стандартизованный по возрасту показатель (СПВП) медианы индекса массы тела у женщин составил 25,5 кг/м² (22,7–29,0). По критериям ВОЗ эти значения находятся в диапазоне «избыточной» массы тела. Индекс массы тела статистически значимо увеличивался с возрастом обследованных ($p=0,0001$). Наиболее значительный прирост массы тела наблюдался, по сравнению с более молодой по возрасту группой, среди лиц 45–54 лет у женщин (с 23,7 до 28,4 кг/м²). Среди некоренного населения индекс массы тела был выше, чем среди коренных ($p=0,0001$).

СПВП распространенности избыточной массы тела (ИМТ) среди женщин составил 29%, ожирения—23%.

Распространенность ИМТ и ожирения была статистически значимо связана с возрастом, и этнической принадлежностью обследованных ($p=0,0001$). При делении по степеням ожирения установлено, что 26% некоренных женщин имеют II степень, 7% некоренных женщин — III степень ожирения. Среди коренных женщин-9% имеют III степень и 19% — II степень.

Шаг развития артериальной гипертензии у женщин в 1,6 раза выше при наличии избыточной массы тела (95% ДИ 1,2–2,2; $\chi^2=10,3$, $p=0,002$) и в 4,8 раза при ожирении (95% ДИ 3,5–6,7; $\chi^2=105,2$, $p=0,0005$).

Выводы. Таким образом, среди женского населения г. Якутска средний популяционный показатель индекса массы тела соответствует критерию «избыточной» массы тела. 29% женщин имеют избыточную массу тела, а 23% — ожирение. Среди коренных женщин чаще наблюдается ожирение высоких степеней. Наличие ожирения увеличивает риск развития артериальной гипертензии до 4 раз. Избыточная масса тела и ожирение — это контролируемые факторы риска, для борьбы с которыми необходимо проведение разъяснительной работы для населения, пропаганда принципов сбалансированного питания и повышения двигательной активности.

ША-6 ТРЕНД УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ-ПЕРВОКУРСНИКОВ И РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Венева Ю.Л., Мельников А.Х., Самсонова Г.О., Переломова И.В., Гомова Т.А.

Медицинский институт ГОУ ВПО «Тувльский государственный университет», Тула, Россия

Недостаточные функциональные резервы молодых людей, в том числе физическая работоспособность, не только снижают успешность обучения в вузе, но и увеличивают риск отклонений сердечно-сосудистой системы (ССС), формируя условия для возникновения артериальной гипертензии.

Анализ уровня здоровья 130 студентов (50 юношей и 80 девушек), поступивших на 1 курс медицинского института в 2008 году и прошедших компьютерное тестирование в Центре здоровья ТулГУ («Allonic.net 4.3», Венева Ю.Л., Мельников А.Х., Самсонова Г.О., Саулин А.А., 2003–2006), показал увеличение числа юношей и девушек с повышенным «случайным» АД.

Так, если в 2007 году среди первокурсников (37 юношей и 90 девушек) уровень САД 130 мм рт.ст и выше. (А&D, Япония) наблюдался соответственно у 18,9% и 31,1%, то в 2008 году — уже у 40% юношей и 30% девушек. Вместе с тем снизился интерес к физической культуре: ею занимаются одинаково редко как студенты, так и студентки — по 10% (в 2007 году — 13,5 и 14,4%), зато возросло число курящих первокурсников — до 28% у юношей и до 12,2% у девушек (в 2007 — 10,8 и 11,1%). Наблюдается рост численности специальной физкультурной группы: к ней отнесены 22% юношей и 28,2% девушек (в 2007 — 16,2 и 20%), зато несколько снизилось число освобожденных от физкультуры: с 18,9 до 16% у юношей и с 14,4 до 10% у девушек, из них 60% — по заболеваниям ССС.

Вероятно, низкий уровень привычной двигательной активности является одним из факторов, лимитирующих функциональные резервы, в том числе ССС. Неудивительно, что юноши стали чаще предъявлять жалобы на утомляемость (13,5% и 24%) и снижение работоспособности (5,4% и 8%); а девушки при прежнем количестве жалоб на утомляемость (15,6% и 16,2%) также в большей степени отмечают снижение работоспособности (7,8% и 13,7%).

Другим фактором, негативно влияющим на уровень адаптации студентов, является информационная перегрузка (компьютерные игры, мобильные телефоны с выходом в Интернет). Ежедневно работают на компьютере 40% юношей и 20% девушек, в том числе периодически по ночам — 12% юношей и 11% девушек. По нашим данным, полученным при холтеровском мониторировании ЭКГ и АД, к концу первого часа при работе на компьютере резко увеличивается мощность вазомоторных волн (LF) в спектре ритма сердца, а через 1,5 часа от начала работы — волн VLF (активность гуморальной регуляции). У лиц с неадекватной реактивностью АД может повышаться до 135–145 мм рт.ст.

В коррекции стресса традиционно высока роль музыкотерапии (50%), повысился интерес к вопросам рационального питания (6% юношей и 8,7% девушек), водным процедурам (20 и 33,7%), массажу (20 и 31,2%), медитации и психотренингу (10% девушек), а также ароматерапии (10% юношей и 7,5% девушек) и кристаллотерапии (4% юношей).

Представляется, что изменившиеся приоритеты молодежи в способах коррекции стресса (снижение роли физкультуры на фоне повышения интереса к пассивным телесно ориентированным и психотерапевтическим методикам, в том числе адресованным к сенсорным системам) должны лечь в основу первичной профилактики.

ША-7 ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА У СПОРТСМЕНОВ ВЫСОКОЙ КВАЛИФИКАЦИИ

Гарганеева Н.П., Таминова И.Ф.*, Ворожцова И.Н.**

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск, Россия; *МУ Врачебно-физкультурный диспансер, Нижнеартавовск, Россия; **НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценка кардиоваскулярного риска у спортсменов высокой квалификации с разной направленностью тренировочного процесса и меры профилактики.

Материал и методы: 85 спортсменов (все мужчины, средний возраст $21,9 \pm 0,5$ года), имеющих квалификацию от I-го взрослого разряда до мастера спорта международного класса, были подразделены на группы в соответствии со спецификой вида спорта. I группа (n=25), развивающая скоростно-силовые качества (борцы); II группа (n=20) «выносливость» (лыжные гонки, биатлон); III группа (n=20) «сила» (пауэрлифтинг); IV группа (n=20) игровые виды спорта (волейбол). Методы исследования включали: тетраполярная грудная реография, велоэргометрия.

Результаты: Анализ показателей кардиогемодинамики выявил гиперкинетический тип кровообращения у 43 спортсменов (50,6%), в I группе – 20%, во II – 5,9% в III – 16,5% и в IV – 8,2%; эукинетический тип – у 28 (32,9%), в I группе – 7,1%, во II – 14,1%, в III – 3,5%, в IV – 8,2%; гипокINETический тип – у 14 спортсменов (16,5%), из них в I группе – 2,4%, во II – 7,1%, в III – 3,5% и IV группе – 3,5%. При гиперкинетическом типе у спортсменов, специализирующихся на развитии скоростно-силовых, силовых и игровых качеств, наблюдалось увеличение параметров ударного объема (УО) $96,7 \pm 4,92$ мл; минутного объема кровообращения (МОК) $6998,45 \pm 405,81$ л/мин; сердечного индекса (СИ) $3481,45 \pm 197,2$ л/мин/м² по сравнению с показателями УО $71,85 \pm 3,78$ мл; МОК $4543,61 \pm 220,95$ л/мин; СИ $2545,09 \pm 116,42$ л/мин/м² во II группе при эукинетическом типе ($p < 0,05$), свидетельствующее об «экономизации» сердечной деятельности спортсменов, тренирующихся на «выносливость». Показатель общего периферического сопротивления (ОПС) был значительно выше у спортсменов II группы по сравнению с ОПС в группе «сила» ($1538,57 \pm 66,49$ против $1106,74 \pm 76,72$ дин/сек/см; $p < 0,05$). Спортсменов II группы отличали высокие показатели физической работоспособности (PWC170 $1435,36$ кгм/мин) в сравнении с показателями в группах с ациклическим характером двигательной активности: борьба (PWC170 $1314,29$ кгм/мин), пауэрлифтинг (PWC170 $1091,33$ кгм/мин), волейбол (PWC170 $1367,5$ кгм/мин). Во II группе уровень максимального потребления кислорода (МПК) составил $66,05$ мл/мин/кг, указывающий на эффективность работы сердца, тогда как у спортсменов в I, III и IV группах выявлено достоверное снижение МПК до $48,62$ мл/мин/кг; $40,02$ мл/мин/кг; $39,65$ мл/мин/кг соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: Отсутствие четких стандартов медицинского наблюдения за спортсменами, имеющими сдвиги в показателях кардиогемодинамики, существенно ограничивает возможности профилактики неблагоприятных последствий при достижении высоких спортивных результатов. Полученные данные проведенного исследования могут быть использованы для оценки кардиоваскулярного риска и разработки программ вторичной профилактики ранних осложнений и восстановления систем адаптации. Спортсменам с ациклическим характером движения, наряду с подготовкой организма к работе в анаэробных условиях (при значительной гипоксии) рекомендуются тренировки, обеспечивающие увеличение физической работоспособности и восстановление системы аэробной производительности.

ША-8 НЕВРОТИЧЕСКИЕ И АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В РАЗВИТИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Гарганеева Н.П., Каскаева Д.С., Масунов В.Н., Розин А.И.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, Томск, Россия; НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить влияние невротических, аффективных и других пограничных психических расстройств на течение гипертонической болезни (ГБ) для разработки интегративных подходов к терапии и профилактике коморбидной патологии.

Материал и методы: в отделении пограничных состояний обследовано 700 больных (мужчин – 269, женщин – 431; средний возраст $45,95 \pm 9,41$ года) с невротическими и аффективными расстройствами, ранее наблюдавшихся в терапевтических или кардиологических стационарах, их них 276 пациентов с диагнозом эссенциальной ГБ I стадии и 424 – с ГБ II-III стадии. Группу сравнения составили 426 больных с пограничными психическими расстройствами, у которых уровень АД $< 140/90$ мм рт.ст. Психическое состояние больных оценивалось клинико-психопатологическими и экспериментально-психологическими методами.

Результаты: ГБ различной степени и стадии течения является наиболее часто встречающимся заболеванием (68,4%) у пациентов с пограничными психическими расстройствами. Методами многомерной статистики установлено, что невротические расстройства (расстройства адаптации, депрессивные реакции на тяжелый стресс, тревожно-фобические, соматоформные расстройства), обусловленные психосоциальным стрессом, предшествовали развитию начальной стадии ГБ и выявлялись у 49,8% больных в общей группе и в 56,4% – у женщин. Аффективные расстройства (депрессивный эпизод, дистимия) в 17,6% случаев и органические (астеническое, тревожное, депрессивное) расстройства в 32,6% случаях были тесно сопряжены и ассоциировались с более тяжелым течением ГБ у больных II-III стадии при провоцирующем влиянии психосоциальных стрессоров. Значимая роль принадлежит длительности воздействия психосоциального стресса и давности расстройств депрессивного или тревожного спектра. Психосоциальные стрессорные факторы производственного характера, утрата близкого, медицинские проблемы были наиболее значимы для мужчин ($p = 0,0001$), тогда как жизненные события, семейно-бытовые, негативные межличностные более актуальны для женщин ($p = 0,0001$). Для изучения взаимосвязей соматических и психосоциальных факторов использован метод логистической регрессии с оценкой прогностической значимости кардиоваскулярного риска (Concordant=87,5%; Somers'D=0,751). В число предикторов вошли: ангиопатия сетчатки, гипертрофия левого желудочка, сахарный диабет 2 типа, уровень АД, индекс массы тела, ЧСС и ее вариабельность, возраст начала психического расстройства и его давность, психосоциальные стрессорные факторы, гипотимия, высокий уровень депрессии и тревоги, паническое расстройство, вегетативные дисфункции, анозогнозия (для мужчин).

Выводы: клинико-психопатологический анализ свидетельствует о гетерогенности психических расстройств у больных ГБ, обусловленной стадией течения, возрастом и полом пациентов. Психосоциальный стресс и связанные с ним расстройства невротического и аффективного уровня, оказывают провоцирующее воздействие на клинические особенности и прогрессирование артериальной гипертонии, что необходимо учитывать, наряду с традиционными факторами, в качестве критериев суммарной оценки стратификации кардиоваскулярного риска при разработке программ вторичной профилактики и реабилитации у больных ГБ.

ША-9 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Джалалова Д.А., Гайдукова Н.И., Хамитов Ф.Ф., Джанашия П.Х.

Кафедра общей терапии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, ГКБ № 81, Москва, Россия

Известно, что атеросклероз является наиболее частой причиной развития аневризмы брюшного отдела аорты (АБА). По данным раз-

личных авторов АБА у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) встречается более чем в 43 % случаев. Доказано, что наличие ИБС значительно увеличивает риск развития кардиальных осложнений при оперативных вмешательствах.

Цель: выявить частоту встречаемости ИБС у больных с АБА, оценить влияние, в том числе и факторов риска, на развитие кардиальных осложнений при оперативных вмешательствах.

Материал и методы: обследовано 38 пациентов с достоверно установленным диагнозом аневризмы брюшного отдела аорты: мужчин – 33, женщин – 5 в возрасте от 51 до 78 лет (средний возраст 63,4 года). Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное обследование: УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, Эхо-КГ, стресс Эхо-КГ, суточное мониторирование ЭКГ, биохимические показатели липидного обмена до и после оперативного вмешательства. До и после оперативного вмешательства пациенты получали антиагрегантную и гипотензивную терапию.

Результаты: по результатам клинико-инструментальных исследований ИБС диагностирована у 19 больных (50%): стенокардия напряжения II фк у 12, III ФК у 5, в 2 случаях безболевого ишемия миокарда (БИМ). Из них 13 – пациентов перенесли инфаркт миокарда (ИМ), 5 – ОНМК. У большинства больных были выявлены следующие факторы риска ИБС: дислипидемия у 23, преобладал II б тип; курение у 12, сахарный диабет II типа у 3. Сопутствующая артериальная гипертензия диагностирована у 35 (92,1%) больных, причем, II стадия у 20 больных, III стадия у 15. В интра- и послеоперационном периоде наблюдались осложнения: у 1 пациента развился острый ИМ, у 4 – пароксизм фибрилляции предсердий, успешно купированные. В 2 случаях у больных в интраоперационном периоде развилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, что привело к летальному исходу.

Выводы: полученные результаты показывают, что у больных с атеросклеротической аневризмой брюшного отдела аорты ИБС диагностирована в 50% случаев. Интра- и послеоперационные осложнения наблюдались у 18% больных с ИБС (в основном стенокардия напряжения III ФК и постинфарктный кардиосклероз), имеющих несколько факторов риска: дислипидемия II б тип, сахарный диабет II тип, артериальная гипертензия.

ША-10 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С СУТОЧНЫМ ПРОФИЛЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсеева М.Е., Батурина М.В., Ростовцева М.В., Русиди А.В.
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», Ставрополь, Россия

Цель: оценить состояние эндотелия и его взаимосвязи с некоторыми факторами сердечно-сосудистого риска (ФССР) у лиц молодого возраста.

Методы исследования: обследовано 134 студента-медика (78 девушек, 56 юношей; средний возраст 20,6±0,2). Выявляли семейный анамнез по ССЗ, факт курения. Проводили антропометрию, оценку ИМТ, СМАД и определение количества циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК) в крови по методу J.Nadovec (1978). Статистическая обработка проводилась с использованием критериев Фишера и Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился с использованием прикладного пакета программ Microsoft Excel. Выделены 3 группы лиц согласно уровню ЦЭК: 1 гр. – ЦЭК 2-5*104/л; 2 гр. – ЦЭК 6-10*104/л; 3 гр. – ЦЭК более 10*104/л.

Результаты: В указанных трёх группах оказалось 55 чел. (41%), 43 чел. (32%) и 36 чел. (27%) соответственно. В 1й гр. мужчины составили 18% (10 чел), во 2й – 37% (16 чел), в 3й – 50% (18 чел). В 1-й гр. не было отмечено ни одного факта курения, во 2-й гр. курили 4,7% (2 чел), в 3-й гр. – 11% (4 чел). Избыток массы тела отмечен у 3,6% (2 чел) лиц 1-й гр., 9,3% (4 чел) во 2-й гр. и 11% (4 чел) в 3-й гр. Среднесуточное САД составило 109,85±1,9 в 1-й гр., 112,3±1,8 ($p > 0,05$) во 2-й гр. и 114,8±1,3 мм рт.ст. ($p < 0,05$) в 3-й гр. Среднесуточное ДАД в 1-й гр. 68,5±1,7, во 2-й гр. – 71,1±1,6, в 3-й гр. – 71,7±1,6 мм рт.ст. ($p > 0,05$). Во всех группах отмечены корреляционные связи количества ЦЭК с 24-часовой амплитудой САД ($r = 0,64$, $r = 0,65$ и $r = 0,67$ соответственно), в 3-й гр. присутствует также сильная обратная связь и с 24-часовой амплитудой ДАД ($r = -0,91$). Из показателей «нагрузки давлением» в 1-й гр. прослежи-

валась корреляция количества ЦЭК с нормированными индексами площади ДАД гипертонии ($r = -0,39$) и гипотонии ($r = 0,50$). Во 2-й и 3-й гр. выявлены корреляционные связи количества ЦЭК с показателями утренней динамики АД: во 2-й гр. с величиной утреннего подъема АД ($r = 0,49$), а в 3-й гр. как с величиной утреннего подъема АД ($r = 0,59$), так и с его скоростью ($r = 0,39$).

Выводы: нарушения функции эндотелия выявляются у лиц молодого возраста более чем в 50% случаев. Эндотелиальной дисфункции у этих лиц часто сопутствуют такие факторы СС риска как избыток массы тела, курение и более высокий уровень АД по сравнению со сверстниками, отличающимися нормальной функцией эндотелия. В группах лиц с нарушенной функцией эндотелия отмечаются четкие корреляции как с циркадными ритмами регуляции АД, так и с параметрами утренней динамики АД.

ША-11 ПОЛОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ГОРМОНАЛЬНЫМ СТАТУСОМ

Евсеева М.Е., Батурина М.В., Памукчи С.В.
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», Ставрополь, Россия

Цель: оценить у лиц молодого возраста факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФССЗ) и определить их возможные взаимосвязи с гормональным статусом.

Методы исследования: обследовано 134 студента-медика (78 девушек, 56 юношей; средний возраст 20,6±0,2). Выявляли семейный анамнез по ССЗ, факт курения. Проводили антропометрию, вычисление ИМТ, СМАД и определение кортизола, тестостерона, эстрадиола в крови иммунофлуоресцентным методом (у девушек – в середине менструального цикла). По данным СМАД диагностировали артериальную гипертензию (АГ) с учётом рекомендаций ВНОК (2007). Статобработка проводилась с использованием критериев Фишера и Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$. Корреляционный анализ проводился с использованием пакета программ Microsoft Excel.

Результаты: по данным СМАД выделена группа лиц (20 чел.) с АГ. Все вошедшие в группу оказались мужского пола. Во всей выборке АГ составила 12% случаев, только среди юношей – 35%. Избыток массы тела выявлен у 45% лиц с АГ, в группе здоровых юношей – в 11%, а у девушек лишь в 4% случаев. В группе лиц с АГ курят 45%, в группе юношей без АГ – 26%, среди девушек – 10%. Среднесуточное АД у девушек составило 109,9±0,9 мм рт.ст. САД и 68,9±0,8 ДАД, в группе здоровых юношей среднесуточное САД 115,7±0,8, а ДАД – 70,3±0,8, в группе лиц с АГ – 130,9±1,4 и 81,2±1,9 мм рт.ст. соответственно. ПАД было выше у лиц с АГ (49,7±1,2) у здоровых юношей – 45,4±0,8 и у девушек – 41,0±0,5 мм рт.ст. ($p < 0,05$). Уровень кортизола максимален у юношей с АГ (547,5±35,9), минимален у девушек (503,5±21,9; $p < 0,05$), у юношей без АГ он ближе к уровню лиц с АГ (541,0±31,7; $p > 0,05$). Уровень тестостерона практически одинаков у юношей обеих групп, различие выявлено в уровнях эстрадиола: 24,5±1,4 в группе без АГ и 29,3±1,7 у юношей с АГ ($p > 0,05$). Индекс тестостерон/эстрадиол у лиц без АГ составил 1,25, у юношей с АГ – 1,05. У девушек обнаружены корреляционные взаимосвязи только между уровнем эстрадиола и показателями утренней динамики АД: утренним максимумом САД ($r = 0,48$), скоростью утреннего подъема САД ($r = 0,57$) и ДАД ($r = 0,47$). В группе юношей без АГ среднесуточное САД имело обратную связь с уровнем тестостерона ($r = -0,38$), а параметры утренней динамики коррелировали с уровнями кортизола: утренним максимумом САД ($r = 0,49$) и ДАД ($r = 0,39$). У юношей с АГ уровни тестостерона и эстрадиола коррелировали с наличием анамнеза по ССЗ у родственников ($r = 0,76$ и $0,96$ соответственно). Кроме того, уровень тестостерона у этих лиц имел сильные корреляционные связи практически со всеми среднесуточными показателями СМАД, параметрами утренней динамики АД.

Выводы: Полученные данные подтверждают необходимость проведения углублённого дифференцированного обследования молодых людей в рамках дополнительной диспансеризации при выявлении у них ФССР.

ПА-12 ТОЛЩИНА КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Евсеева М.Е., Кветковская А.А., Ростовцева М.В., Литвинова М.В., Галькова И.Ю.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», Ставрополь, Россия

На современном этапе доказано высокое прогностическое значение для оценки риска развития острых сердечно-сосудистых событий параметров, характеризующих состояние внутренних сонных артерий по данным ультразвуковых методов исследования. Однако эти данные в большей степени касаются коронарной патологии, а взаимосвязи этих параметров с цереброваскулярной патологией (ЦВП) изучены гораздо хуже.

Цель: оценить толщину комплекса интима-медиа (КИМ) и другие показатели состояния экстракраниальных артерий (ЭКА) у больных инсультом и дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ).

Методы исследования: обследовано 134 больных неврологического профиля в возрасте от 40 до 65 лет (Ж 85, М 49), из которых 34 перенесли в течение последних 3-4 месяцев инсульт (1-я гр.), 100 страдали ДЭ на фоне АГ или высокого нормального АД, из которых у 48 диагностирована ИБС (2-я гр.). Остальные 52 больных с ДЭ составили 3-ю гр. Обследование включало анкетирование для выявления факторов сердечно-сосудистого риска (ФССР), антропометрию, липидо- и коагулограмму, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ и АД, а также дуплексное сканирование ЭКА. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета анализа BIOSTATICA.

Результаты: из всех изученных показателей у больных, перенесших недавно инсульт, чаще всего встречались длительно высокое АД (100%) и увеличенный КИМ более 0,9 мм. Последний параметр выявлен практически у 90% указанного контингента. Примечательно, что при этом в сонных артериях у подавляющего большинства определялся атеросклероз весьма умеренной степени – на стадии или ранних проявлений или бляшек гемодинамически незначимых. Лишь в 8% случаев отмечено наличие бляшек, сопровождающихся стенозом сосудов 50% и более. Эти данные лишней раз подтверждают роль в развитии сосудистых событий не столько размеров бляшек, сколько состояние сосудистой стенки в целом, включая её толщину, эндотелиальную дисфункцию и т.д. Среди больных ДЭ изменённый КИМ встречается более, чем у половины человек. Чаще всего это лица с ассоциированной ИБС. С другой стороны, среди больных ДЭ нередко встречались лица до 50 лет, не имеющие никакой ассоциированной патологии. Другие инструментальные и лабораторные показатели встречались у лиц с различными формами ЦВП заметно реже, чем АГ и изменённый КИМ, поэтому для определения их роли в отношении развития инсульта необходимы дальнейшие углублённые математические исследования.

Выводы: Неврологических больных, страдающих ДЭ на фоне АГ или предгипертензии, необходимо своевременно направлять на ультразвуковое исследование сонных артерий для определения количественного показателя толщины КИМ, который наряду с АГ встречается практически у каждого больного, недавно перенёвшего инсульт. Поэтому стратификацию риска среди пациентов с ДЭ и формирование среди них групп повышенного риска по развитию инсульта необходимо проводить с учётом уровня КИМ.

ПА-13 КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД С НЕКОТОРЫМИ ФАКТОРАМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсеева М.Е., Сергеева О.В., Ростовцева М.В.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», Ставрополь, Россия

Цель: оценить наличие корреляционных взаимосвязей показателей амбулаторного АД с некоторыми факторами риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у практически здоровых лиц молодого возраста и у лиц с лабильной АГ.

Материалы и методы: обследовано 234 человека – студенты старших курсов СтГМА обоего пола. По результатам комплексного изучения АД (офисное измерение, суточное мониторирование АД) из числа обследованных выделены группы со стабильной нормотонией и с лабильными вариантами АГ (изолированной офисной и скрытой АГ). Анализировались такие показатели СМАД, как САД и ДАД, среднее гемодинамическое АД (СГД), пульсовое АД (ПД), индекс времени (ИВ) САД и ДАД, вариабельность (ВАР) САД и ДАД, рассчитанные в различные временные интервалы (суточные, дневные, ночные). Оценивались такие ФР, как индекс массы тела (ИМТ), курение,отягощенная наследственность (ОН), тревожно-депрессивные расстройства. Для характеристики взаимосвязи признаков использовали коэффициент корреляции рангов Спирмена и Кенделла. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. У юношей со стабильной нормотонией была обнаружена связь умеренной силы ИМТ с ВАР ДАДн ($r=0,56$). У юношей с изолированной офисной АГ наличие достоверных ассоциаций определено для ОН и ДАД24 ($r=0,75$), ДАДдн ($r=0,75$), ИВДАДдн ($r=0,76$). У юношей со скрытой АГ – ОН и СГДн ($r=0,7$), ПДдн ($r=0,6$), ВАРСАДдн ($r=0,65$). Кроме того, у юношей со скрытой АГ между ИВ САДдн и ночью и уровнем депрессии обнаружена достоверная сильная положительная связь ($r=0,8$ и $0,87$ соответственно). Связь факта курения с САДн в этой группе также была достоверной и прямой ($r=0,63$).

Для девушек со стабильной нормотонией выявленные взаимосвязи ОН с показателями СМАД имели слабую силу: ДАД24 ($r=0,21$), ДАДдн ($r=0,22$), ИВ ДАД дн ($r=0,27$), ВАР САДдн ($r=0,33$), ВАР ДАДдн ($r=0,22$). У девушек с изолированной офисной АГ, ОН коррелировала с некоторыми показателями суточного профиля АД, причем сила этой связи была выраженной: ДАД24 ($r=0,89$), ВАР ДАД н ($r=0,81$). Сильная связь определялась также между ИМТ и ДАД 24 ($r=-0,86$), ПД дн ($r=0,86$), ИВ САД дн ($r=0,86$) и ИВ ДАД дн ($r=-0,86$). Среди девушек со скрытой АГ достоверные корреляционные связи определены для ИМТ с САД 24 ($r=0,73$), ДАД 24 ($r=-0,8$), ПД 24 ($r=0,8$), ИВ САД дн ($r=-0,8$). Уровень депрессии среди девушек со скрытой АГ продемонстрировал наличие взаимосвязи умеренной выраженности: с ДАД н ($r=0,5$), с СГД ($r=0,48$), с СИ САД ($r=-0,56$), СИ ДАД ($r=-0,69$), с ИВ ДАД н ($r=0,61$).

Выводы. Таким образом, проведенный корреляционный анализ взаимоотношений между показателями, характеризующими уровень АД в течение суток и факторами сердечно-сосудистого риска показал, что у молодых людей с любым вариантом лабильной АГ в сравнении с группой стабильной нормотонии выявляется большее количество достоверных ассоциаций между обозначенными показателями, а сила этих связей более значительная.

ПА-14 АНАЛИЗ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Евсеева М.Е., Джанибекова А.Р.

ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия», Ставрополь, Россия

Цель: определение сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста.

Материал и методы: у 100 студентов 18-26 лет осуществлена оценка перспективы в плане возможного развития у них в будущем атеросклеротических ССЗ. Для этого использовалась методика, предложенная С.А.Махан и Н.С.МсGill (2007), в соответствии с которой сначала проводилась оценка суммарного сердечно-сосудистого риска (ССР) по бальной шкале, а затем с помощью номограммы определялась вероятность наличия в настоящий момент и в будущем атеросклероза различной локализации. Каждый исследуемый при этом сопоставлялся с лицом того же возраста и пола без наличия каких-либо факторов ССР. Для определения ССР использовались семь показателей. Дополнительно оценивалась характеристика риска смерти обследуемых от ССЗ при экстраполяции на возраст 65 лет на основе использования отечественной модификации шкалы SCORE.

Результаты: Оказалось, что у студентов риск коронарного атеросклероза колебался от 3 до 19 баллов, при этом у юношей он равнялся $10,8 \pm 1,1$, а у девушек $7,1 \pm 0,9$. Показатели

по абдоминальному атеросклерозу варьировали от 5 до 24, а средние составили $9,7 \pm 1,4$ и $9,5 \pm 0,9$. Вероятность наличия у обследованных атеросклероза коронарных сосудов колебалась от 0,5 до 21%, у юношей она в среднем равнялась $6,9 \pm 0,4\%$, а у девушек $3,7 \pm 0,4\%$. Указанные показатели по атеросклерозу брюшной аорты варьировали от 0,5 до 24%, а средние составили $4,5 \pm 0,5$ и $3,9 \pm 0,4\%$. Клиническая перспектива зависела от приведенных выше параметров следующим образом. Если у юноши с вероятностью наличия текущего коронарного атеросклероза в 2% аналогичный параметр к 35 годам увеличится до 11%, то у юноши, характеризующегося уровнем текущей вероятности в 13%, описанные изменения при сохранении имеющегося профиля угроз в более зрелом возрасте достигнут уже 43%.

Риска смерти обследуемых от ССЗ при экстраполяции на возраст 65 лет на основе использования отечественной модификации шкалы SCORE варьировали от 2 до 21, а средние для девушек и юношей составили $2,4 \pm 0,1$ и $9,02 \pm 0,8$ соответственно. В группу высокого риска отнесены 11, а группу очень высокого риска 16 обследуемых.

Выводы: Учитывая сохранение в РФ высокого уровня СС смертности среди трудоспособных, необходимо совершенствование системы донозологической диагностики основных ССЗ. Важным компонентом такой системы может стать применение ризометрической технологии среди лиц молодого возраста. Такой подход, с одной стороны, реализует возможность диагностики процесса на изначальных этапах формирования СС континуума, а, с другой стороны, формирует базу для целенаправленного проведения ранней, а поэтому наиболее эффективной, профилактики атеросклероза.

ША-15 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ НА СТРУКТУРНЫЕ ПАРАМЕТРЫ СЕРДЦА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Ермачкова Л.В., Иванова Н.В., Головской Б.В.

ГОУ ВПО Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А.Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Целью исследования было изучить влияние факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний на структурные параметры сердца у лиц 18 лет и старше, проживающих в Пермском крае.

Было обследовано 233 практически здоровых лица трудоспособного возраста. Критерии включения: возраст от 18 до 60 лет, отсутствие на момент обследования острых и обострения хронических заболеваний. Критерии исключения: острые и любые хронические заболевания в стадии обострения, уровень артериального давления $140/90$ мм рт. ст. и выше, зафиксированный при трехкратном измерении. Мужчин было 75 (32,5%), а женщин – 156 человек (67,5%). Средний возраст составил $33,5 \pm 0,7$ лет. Всем обследуемым проводились: сбор анамнеза с учетом ФР (отягощенная по сердечно-сосудистым заболеваниям наследственность, курение), физикальное обследование, антропометрия (выявление ожирения и избыточной массы тела), исследование уровня общего холестерина и фракций липидов в крови (для выявления гиперхолестеринемии и дислипидемии). Эхокардиографию проводили на аппарате «Hitachi 525» (Япония) по стандартной методике.

В ходе исследования было выяснено, что у лиц в возрасте до 40 лет в 71,1% случаев имеются различные ФР. Среди обследованных старше 40 лет дислипидемия имела место абсолютно у всех лиц. Установлено, что лица с ФР имеют достоверно большие эхокардиографические показатели, характеризующие размеры левого и правого желудочка, обоих предсердий и диаметр аорты ($p=0,001-0,0001$). Расчет удельного веса каждого ФР показал, что среди всех изученных ФР наиболее выраженное влияние на прирост структурных параметров сердца у лиц до 40 лет оказывают ожирение и избыточная масса тела. Влияние остальных ФР (отягощенная наследственность, курение, дислипидемия) на размеры камер сердца и аорты в этой возрастной группе менее значимое. Выявлено, что курение практически не влияет на структурные параметры сердца у лиц до 40 лет. Структура ФР, влияю-

щих на размеры сердца, у взрослых 40 лет и старше отличается от таковой у молодых лиц. С возрастом увеличивается удельный вес отягощенной по сердечно-сосудистым заболеваниям наследственности, он достоверно больше, чем в группе до 40 лет ($p=0,003$). Также у лиц 40 лет и старше статистически значимым становится влияние курения на прирост структурных параметров сердца в сравнении с молодыми взрослыми ($p=0,025$). Сохраняется влияние ожирения и лишнего веса на прирост размеров камер сердца и аорты у лиц 40 лет и старше, однако удельный вес этого ФР меньше, чем в группе молодых взрослых ($p=0,04$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что среди всех изученных ФР наибольшее влияние на структурные характеристики сердца у практически здоровых лиц оказывают лишний вес и ожирение, независимо от возраста обследуемых. После 40 лет увеличивается влияние отягощенной наследственности и курения на размеры камер сердца и аорты.

ША-16 СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Жусупова Г.К., Шайхина М.Д., Загорюля Н.Л.

АО Медицинский университет, Республиканский диагностический центр, Астана, Казахстан

Цель исследования – оценить основные факторы, влияющие на показатель скорости пульсовой волны у пациентов с артериальной гипертензией.

Методы исследования – скорость пульсовой волны была изучена у 66 пациентов с артериальной гипертензией 1-3 степени, группой риска 1-4, изолированной или в сочетании с ишемической болезнью сердца и/или сахарным диабетом. Исследование проводилось на аппарате VP-1000 Fukuda Denshi (Япония) измерением пульсации на участке сонная и бедренная артерии. Показатели скорости пульсовой волны сравнивались в зависимости от пола, возраста, уровней систолического и диастолического давления, сопутствующего сахарного диабета и ишемической болезни сердца. Результаты представлены в виде $M \pm m$.

Полученные результаты. Среди обследованных мужчин – 24, женщин – 42, в возрасте от 18 до 81 года (средний возраст $53 \pm 13,6$). Пациентов с изолированной АГ было 39, с артериальной гипертензией в сочетании с различными формами ишемической болезни сердца – 13, с артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом – 8 и с артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом и ишемической болезнью сердца – 10. При анализе показателя скорости пульсовой волны в зависимости от пола выявлено, что у мужчин он оказался достоверно выше ($1713,5 \pm 88,7$ см/сек), чем у женщин ($1611,2 \pm 76,9$ см/сек), $p < 0,05$. С такой же степенью достоверности была выявлена разница показателей скорости пульсовой волны у лиц в возрасте до 50 лет и от 50 лет и старше ($1478,9 \pm 58,1$ см/сек и $1744,4 \pm 80,2$ см/сек соответственно) и в случаях артериальной гипертензии, осложненной ишемической болезнью сердца. При сравнении у пациентов с изолированной артериальной гипертензией показатель скорости пульсовой волны составил $1517,7 \pm 80,0$ см/сек, при осложнении ишемической болезнью сердца – $1950,0 \pm 137,3$ см/сек. Более существенная разница ($p < 0,01$) была выявлена при сравнении показателей у пациентов с первой ($1484,5 \pm 58,0$ см/сек) и второй степенью повышения давления ($1936,1 \pm 104,0$ см/сек), однако при этом при третьей степени артериальной гипертензии эта разница оказалась незначимой. Наличие сахарного диабета также не повлияло существенно на разницу показателей скорости пульсовой волны.

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует о том, что наиболее значимыми факторами из анализированных нами, влияющих на скорость кровотока являются возраст, пол, вторая степень артериальной гипертензии, наличие ишемической болезни сердца. Полученные нами результаты у пациентов с высокой степенью артериальной гипертензии и сахарным диабетом, возможно, обусловлены малым числом наблюдений и требуют дальнейшего изучения.

ПА-17 ПОВЫШЕННАЯ МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Иванова Е.С., Уянаева А.И., Разумов А.Н.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России», Москва, Россия

Цель исследования – оценить роль функционального состояния центральной нервной системы в формировании метеопатологии у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Обследовано 128 больных гипертонической болезнью I-II ст. с повышенной метеочувствительностью.

Анализ психологических особенностей больных ГБ проводился с использованием тестов СМОЛ и САН в различных климато-погодных условиях. Особое внимание обращалось на оценку психологического статуса больных при наиболее неблагоприятных типах погод – гипоксическом и спастическом (по классификации типов погод по В.Ф. Овчаровой).

Результаты исследований теста СМОЛ выявили особенности психологического статуса наблюдаемых больных, характеризующиеся как внутреннее напряжение, беспокойство, депрессивно-тревожные и психастенические расстройства, снижение настроения. Характерными личностными особенностями больных являлись неуверенность, самокритичность, педантичность, осторожность, фиксированное внимание на своем состоянии. Обследование по тесту САН выявило ухудшение самочувствия (76%), снижение активности (52%) и настроения (59%) у наблюдаемых больных. В дни с неблагоприятными типами погод отмечалось более частое ухудшение самочувствия, активности и настроения (у 101,67 и 83% соответственно). В эти же дни у больных ГБ с повышенной метеочувствительностью достоверно чаще отмечались жалобы на неприятные ощущения в области сердца, переоценка тяжести своего состояния, «уход» в болезнь, высокий уровень депрессивных расстройств.

Полученные данные свидетельствуют, с одной стороны, о высокой чувствительности больных гипертонической болезнью с выявленными особенностями психологического статуса к неблагоприятным погодным условиям, а с другой, подтверждают имеющие единичные сообщения о том, что в основе повышенной метеочувствительности лежат сложные нарушения в функциональном состоянии центральной нервной системы.

ПА-18 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Икрамова З.Т., Розыходжаева Г.А.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

Среди этиологических факторов хронической сосудистой мозговой недостаточности ведущим является атеросклеротические поражения магистральных сосудов шеи. У пациентов с симптомами ишемии головного мозга наряду с признаками поражения артерий встречаются изменения венозной гемодинамики различной степени выраженности. Целью настоящей работы является изучение особенностей церебрального венозного кровотока у больных пожилого и старческого возраста с атеросклеротическими поражениями сонных артерий.

Методы исследования. Под наблюдением находились 100 больных в возрасте старше 60 лет с каротидным атеросклерозом. Пациентам проводилось комплексное ультразвуковое обследование с оценкой распространенности атеросклероза, уточнением степени изменения сосудистой стенки на ультразвуковом сканере высокого разрешения Voluson 530 DMT (Кретцтехник, Австрия) при помощи мультисигментного датчика линейного формата с частотой 5,0-10,0 МГц. Для обследования венозной брахиоцефальной системы применялась стандартная методика (М.В. Шумилина и соавт., 1997 г.). Изучали объемный кровоток

по внутренним сонным и позвоночным артериям (суммарный артериальный приток) и по внутренним яремным и позвоночным венам (суммарный венозный отток).

Результаты исследования. Согласно полученным данным объемный кровоток по внутренним сонным артериям у лиц пожилого и старческого возраста составил соответственно $641,9 \pm 167,2$ мл/мин, $624,9 \pm 153,8$ мл/мин, по позвоночным артериям $162,7 \pm 46,3$ мл/мин и $153,2 \pm 34,5$ мл/мин соответственно. Суммарный артериальный приток составил $804,6 \pm 213,5$ мл/мин и $778,1 \pm 188,3$ мл/мин.

У больных с каротидным атеросклерозом пожилого возраста объемный кровоток по внутренним яремным венам составил $699,8 \pm 236$ мл/мин, что несколько больше, чем у лиц старческого возраста ($563,5 \pm 198$ мл/мин). Показатели по позвоночным венам составили соответственно $(42,7 \pm 22,3)$ мл/мин и $(40,6 \pm 19,2)$ мл/мин ($p > 0,05$). Показатели суммарного венозного дренажа у больных с каротидным атеросклерозом пожилого возраста в среднем составили $742,5 \pm 258,3$ мл/мин. Что касается лиц старческого возраста, то они несколько меньше, и составили $604,1 \pm 217,2$ мл/мин. Отмечено достоверное снижение коэффициента соответствия, причем оно более выражено у больных с каротидным атеросклерозом старческого возраста ($55,3 \pm 17,8\%$) по сравнению с пациентами пожилого возраста ($79,7 \pm 11,6\%$) ($p < 0,05$).

Заключение. Исследования показали, что с возрастом показатели церебрального венозного оттока снижаются с нарастающим структурно-функциональным изменением сосудов, что приводит к хронической ишемии головного мозга.

ПА-19 ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Комиссаренко И.А., Карагодина Ю.Я.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

Увеличение распространенности артериальной гипертонии привело к росту числа гипертонических кризов. У женщин гипертонические кризы встречаются в ходе болезни в 6 раз чаще, чем у мужчин.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости и причины развития гипертонических кризов у мужчин и женщин.

Обследовано 500 больных, среди них 54,2 % мужчин (32,2 % мужчин старше 60 лет и 22% мужчин моложе 60 лет), 45,8% женщин (33,4 % – старше 60 лет и 12,4% – моложе 60 лет).

В группе больных 43% составили группу очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, 18% – группу высокого риска, 33% – среднего риска и 6% – низкого риска.

Среди причин развития гипертонических кризов у мужчин и женщин выявлены следующие: стресс – у 53,2% женщин и 37,3% мужчин, изменение метеоусловий – у 14,5% женщин и 8% мужчин, физические нагрузки – у 3,2% женщин и 13,6% мужчин, неадекватность антигипертензивной терапии (отсутствие достижения целевого уровня АД) – у 11,3% женщин и 12,7% мужчин. Наибольшее влияние стрессовых ситуаций на возникновение гипертонических кризов отмечено у мужчин и женщин в возрасте до 60 лет. Метеозависимость выявляется чаще у пожилых: 34,6% мужчин и 51,5% женщин. Неадекватность гипотензивной терапии является причиной возникновения гипертонических кризов в возрастной группе старше 60 лет у 49,3% мужчин и 36,7% женщин. Большинство мужчин в возрасте до 60 лет (62,5%) не имели гипертонических кризов после выписки из стационара в течение года.

Согласно корреляционному анализу, причины развития гипертонических кризов находятся в прямой зависимости от возраста пациента ($r=0,378$), т.е. установлено, что с увеличением возраста пациентов расширяется спектр причин возникновения гипертонического криза.

По данным НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского снизилась частота вызовов скорой медицинской помощи по поводу артериальной гипертонии у больных: в возрасте до 40 лет в 2004 году – 72,5%, в 2006 году – 69,1%; в возрасте 40-59 лет в 2004 году – 62,4%, в 2006 году – 59,6%; у пациентов 60-79 лет в 2004 году – 53,6%; в 2006 году – 50,2%; старше 80 лет в 2004 году – 56,6%, в 2006 году – 52,3%.

ША-20 ОДИННАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ МОСКВЫ

Лазебник Л.Б., Назаренко И.В.

Департамент здравоохранения города Москвы, Москва, Россия

Постоянная динамика роста числа больных с АГ в Москве потребовала проведения комплекса организационно-методических мероприятий, которые включали в себя мероприятия по профилактике АГ. Реализация мероприятий началась в 1998 году, когда была принята городская подпрограмма «Целевая диспансеризация населения по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний» в рамках городской программы «Целевая диспансеризация населения г.Москвы», которая пролонгировалась на все последующие года, вплоть до 2010 года.

Итогом проведенной работы явилось открытие 251 кабинетов доврачебного контроля, где работают 407 медицинских сестер. Кабинеты оснащены компьютерной техникой, экспресс-методами определения глюкозы и холестерина и др. необходимым оборудованием для обнаружения факторов риска заболеваний ССС и выявления уже сформировавшейся патологии.

За 11 лет обследовано около 8 миллионов человек трудоспособного возраста и только около 49,7% из них не имели ФР. Пациентов с повышенным АД в 1998 году было 27,7% от обследованных, в 2008 году 12,6%; с гипергликемией – 9,9% и 1,9%; с гиперхолестеринемией – 7,5% и 4,9% (соответственно). Отмечен рост таких факторов риска, как табакокурение (21,9% в 1998 г. и 24,1%, в 2008г) и повышенный ИМТ (17,9% и 37,7%, соответственно). Более 3 миллионов (48,2%) с выявленными ФР были осмотрены врачами и у 12,3% из них (2,1% от числа обследованных в КДК) выявлена патология. Из числа взятых на «Д» учет больных у большинства (75,0%) диагностирована гипертоническая болезнь, у 10,4% – ИБС, у 8,9% – сахарный диабет, у 5,7% – ожирение. У 10,1% выявлены такие заболевания как язвенная болезнь, бронхиальная астма, артриты, заболевания почек и др.

Введение целевой диспансеризации по раннему выявлению сердечно-сосудистых заболеваний позволило стабилизировать некоторые показатели распространенности данной патологии в Москве. Снизилась распространенность болезней системы кровообращения (33869 в 2003г и 32057 в 2008г на 100000 населения). Снизилось и число впервые выявленных болезней системы кровообращения (с 2025 случаев в 2003г до 1859 в 2007г и 1807 в 2008г на 100000 населения). Снизился тем роста распространенности и количества зарегистрированных случаев АГ. Если за 5 лет (1992-1998) распространенность АГ увеличилась на 20%, то за последующие 5 лет (2001-2007) – только на 0,14%. За 5 лет (1992-1998гг) увеличение числа случаев АГ (на 100000 населения) произошло на 192,6%, то за 2001-2007гг – только на 4,9%. Количество вызовов СМП по поводу гипертонической болезни снижалось из года в год, так, если в 2004 году зарегистрировано 333 917, то в 2008 году только 294 357 вызовов.

ША-21 РИСК ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПОДАГРЕ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Магдеева Н.А., Ребров А.П.

ГОУ ВПО Саратовский «ГМУ Росздздрава», Саратов, Россия

В настоящее время известно, что подагра часто ассоциируется с возникновением патологии сердечно-сосудистой системы, однако риск развития фатальных кардиоваскулярных осложнений у пациентов при сочетании подагры и артериальной гипертензии (АГ) изучен недостаточно.

Цель исследования: определение степени риска возникновения фатальных сердечно-сосудистых осложнений у больных подагрой при наличии АГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 больных первичной подагрой, из них 42 мужчины и 8 женщин. Средний возраст обследованных лиц 52,88±2,08 года (от 30 до 76 лет). Диагноз подагры был определен на основании класси-

кационных критериев Wallace и соавт., рекомендованных АРА в 2001 г. Критериями не включения в исследование являлись наличие ассоциированных с АГ состояний (в том числе, сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца), сопутствующие хронические болезни в стадии обострения, острый приступ подагрического артрита. Все обследованные пациенты с подагрой страдали АГ (длительность болезни от 1 года до 30 лет). Группу сравнения составили 20 пациентов с эссенциальной АГ, сопоставимые по возрасту, полу, сопутствующей патологии. Все больные АГ относились к группе высокого и очень высокого риска.

Результаты. Среди всех обследованных больных с подагрой большинство составляли мужчины (85%), из них курили 28,5% пациентов. Наследственная отягощенность по артериальной гипертензии установлена у половины пациентов. Ожирение (83,8%) и гиперхолестеринемия (76%) отмечены у подавляющего большинства больных подагрой и соответственно (84%) и (61%) у больных АГ. У всех обследованных пациентов был определен риск фатальных сердечно-сосудистых осложнений по шкале SCORE.

Установлено, что пациенты с подагрой имели различный риск фатального исхода сердечно-сосудистых осложнений. Часть больных (37%) относится к группе низкого риска, 13,3% пациентов имеют средний риск фатального исхода. Высокий риск установлен у 50% пациентов, который является крайне неблагоприятным прогностическим признаком, при этом 16,5% больных относятся к группе с риском более 9%. Среди обследованных больных АГ высокий риск (более 5%) установлен лишь у 16,7% пациентов.

Таким образом, у больных подагрой при наличии АГ вероятность развития неблагоприятного исхода кардиоваскулярной патологии существенно больше, чем у пациентов с эссенциальной АГ.

ША-22 ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И АНДРОГЕН-ДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ: ВЗГЛЯД КАРДИОЛОГА

Мамедов М.Н., Шарвадзе Г.Г.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва, Россия

В последние года отмечается прирост некоторых неинфекционных заболеваний среди мужчин трудоспособного возраста, что негативно влияет на продолжительность и качество жизни.

Эксперты полагают, что между сердечно-сосудистыми заболеваниями, эректильной дисфункцией и андроген-дефицитным состоянием имеется причинно-следственная связь. Так, каждый третий мужчина с сексуальными расстройствами имеет артериальную гипертензию, каждый пятый – сахарный диабет, 40% из них злоупотребляет алкоголем и 10% курят. У 37% лиц с сексуальными расстройствами выявлено андроген-дефицитное состояние.

Согласно данным 8 летнего проспективного исследования традиционные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний играют неоспоримую роль в развитии эректильной дисфункции. Увеличение уровня общего ХС на 1 ммоль/л способствует к развитию эректильной дисфункции на 30%. Повышение АД на 10 мм рт ст увеличивает риск сексуальных расстройств на 10%. У курильщиков инциденты увеличиваются в 1,7 раз, тогда как увеличение физической активности улучшает эректильную функцию. Эректильная дисфункция является одним из предвестников сердечно-сосудистых событий. Это обусловлено тем, что пенильные артерии по диаметру в 2-3 раза меньше по сравнению с коронарными и сонными артериями, и при системном атеросклерозе в первую очередь повреждаются более мелкие сосуды. По данным Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины на этапе формирования метаболического синдрома в возрасте 30-45 лет в качестве одного из его ярких проявлений выступает эректильная дисфункция. Это является одним из основных аргументов обращения к специалисту. На этом этапе выявление и коррекция других факторов риска ССЗ играет важную роль в предотвращении сердечно-сосудистых событий.

Андроген-дефицитное состояние (возрастной гипогонадизм) также рассматривается одним из факторов риска ишемической болезни сердца. Наряду с этим показано, что низкий уровень

тестостерона предшествует к развитию сахарного диабета. С другой стороны, увеличение количества компонентов метаболического синдрома ассоциируется со снижением уровня общего тестостерона. По сравнению с эугонадными мужчинами, у лиц с гипогонадизмом отмечается высокая частота гипертонии, нарушений липидного обмена, ожирения, сахарного диабета и бронхиальной астмы. Влияет ли гормон-заместительная терапия на факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний? По данным Российского контролируемого клинического исследования применение инъекционной формы тестостерона по схеме через 30 недель приводит к достоверному и стабильному увеличению уровня общего и свободного тестостерона, что сочетается позитивными изменениями некоторых факторов риска: общего холестерина, триглицеридов, холестерина липопротеидов высокой плотности и окружности талии. Очевидно, что Небидо (тестостерон ундеканат) может применяться в составе комплексной терапии у лиц с высоким сердечно-сосудистым риском и андроген-дефицитным состоянием.

Таким образом, мужское здоровье является междисциплинарной проблемой, поскольку коморбидное состояние обусловлено наличием патогенетической связи, на первый взгляд, различных нарушений – эректильной дисфункции, андроген-дефицитного состояния и сердечно-сосудистых заболеваний. И только единая стратегия с привлечением эндокринологов, урологов и кардиологов может позитивно влиять на качество и продолжительность жизни мужчин трудоспособного возраста.

ПА-23 РОССИЯ БЕЗ ТАБАКА: КАК ДАЛЕКА ЭТА ПЕРСПЕКТИВА?

Масленникова Г.Я.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва, Россия

В «Концепции развития здравоохранения на период до 2020г» определены приоритеты государственной политики, среди которых на первом месте находится «сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи». Среди наиболее распространенных факторов образа жизни оказывающих негативное влияние на здоровье населения и социально-экономическое благополучие Российской Федерации является курение. По последним данным распространенность курения в Российской Федерации среди взрослых мужчин и женщин достигает 70,1% и 26,5%, соответственно. Распространенность курения среди российских мужчин одна из самых высоких в мире. В последние годы наблюдается рост числа курящих среди лиц молодого возраста, особенно, среди женщин. Курение приводит к развитию многих хронических заболеваний органов дыхания, кровообращения, репродуктивной и иммунной систем, и способствует преждевременной смерти, в первую очередь, от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований. Вклад курения в показатели общей смертности и общие потери вследствие нетрудоспособности составляют 17,1% и 13,4%. Ежегодно в России от заболеваний, связанных с курением, умирает более 300 тыс. человек, при этом потери потенциальных лет жизни составляют, в среднем, 19 лет. Это непосредственно снижает как численность, так и продолжительность жизни, в основном, населения трудоспособного возраста. Присоединение России к Рамочной Конвенции по Контролю Табака ВОЗ должно привести к изменениям и исполнению Российского законодательства, внедрению стандартов по профилактике курения и медицинской помощи больным с никотиновой зависимостью в первичной звене здравоохранения и национальных образовательных программ по профилактике курения среди населения. Основные меры должны быть направлены на: снижение доступности к табачным изделиям лицам, не достигшим возраста 18 лет; проведение эффективных ценовых и налогово-акцизных мер; защиту прав некурящих; регулирование состава табачных изделий и его раскрытие; определение стандартов упаковки и маркировка табачных изделий; запрещение рекламы табачных изделий и курения; создание социальной рекламы по здоровому образу жизни; повышение информированности населения; снижение распространенности табачной зависимости среди населения; создание качественной системы

мониторинга потребления, производства и торговли, включая трансграничную, табачными изделиями; определение структур, механизмов реализации и контроля законодательных и исполнительных мер, а также мер ответственности за их неисполнение.

Эти меры позволят в ближайшие 5-10 лет повысить уровень информированности населения, привести к снижению числа курильщиков во всех возрастных группах населения, снизить заболеваемость и смертность, обусловленных потреблением табачных изделий (включая пассивное курение), увеличить трудовые ресурсы и экономический потенциал страны.

ПА-24 ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НА ПРОГНОЗ ЖИЗНИ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Мифтахова А.Ф., Травникова Е.О., Балхин В.В., Еникеева М.Э.*,
Загидуллин Н.Ш

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии Башкирского государственного медицинского университета, Уфа, Россия; *Кафедра высшей алгебры и геометрии Башкирского государственного университета, Уфа, Россия

Частота сердечных сокращений (ЧСС), являясь одной из основных детерминант потребления сердцем кислорода, четко коррелирует в популяции как с сердечно-сосудистой, так и с общей смертностью.

Цель исследования. Оценить зависимость выживаемости больных с острым коронарным синдромом (ОКС) от ЧСС.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование историй болезни 535 больных (317 мужчин, 218 женщины, 500 выжили и 35 умерли).

Результаты исследования. Средний возраст больных составил $64,9 \pm 1,4$ в группе выживших и $69,5 \pm 2$ – группе умерших. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе был установлен у 144 больных, а 391 больных не имело ИМ в анамнезе. Средняя ЧСС при поступлении в стационар оказалась равной 81,5, при поступлении в отделение реанимации – 86,7 ударов в минуту. ЧСС в реанимации имела прямую корреляцию средней степени связи со смертностью (0,41 при корреляции по Спирмену). При построении линейной регрессии в первой группе ЧСС прогрессивно снижалась, в то же время во второй она оставалась на том же уровне. ROC анализ показал точку разделения 84 уд/мин – ЧСС выше данного параметра ассоциировалась с высоким риском смерти.

Выводы. ЧСС повышалась в первые дни ОКС и снижалась до выписки из стационара. ЧСС < 84 ударов в минуту – критерий благоприятного исхода заболевания. При сохранении тахикардии больные имеют неблагоприятный прогноз заболевания, в то время как при ее уменьшении – благоприятный. Показана значимость ЧСС как фактора риска сердечно-сосудистой смертности у больных с ОКС.

ПА-25 ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ЗНАЧИМОЕ ВЛИЯНИЕ НА РИСК РАЗВИТИЯ ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА ПО ИШЕМИЧЕСКОМУ ТИПУ

Мусина Н.П., Драккина О.М.

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: выделить значимые факторы риска развития повторного инсульта по ишемическому типу

Материалы и методы: в исследование было включено 222 пациента, жители Москвы и Московской области, которые перенесли инсульт по ишемическому типу в сроки с 1970 по 2008 год, из них 127 (57 %) были женского пола, а 95 (43 %) – мужского пола в возрасте от 37 до 96 лет. В статистический анализ были включены следующие непрерывные показатели: возраст, индекс массы тела, уровень общего холестерина, уровень триглицеридов, уровень гематокрита, уровень гемоглобина, уровень тромбоцитов, уровень фибриногена, уровень мочевины, уровень креатинина, толщина задней стенки левого желудочка (ЛЖ), толщина межжелудочковой перегородки ЛЖ, конечный диастолический размер (КДР) ЛЖ, фракция выброса (ФВ) ЛЖ.

Результаты: из включенных в исследование больных, повторного инсульта не было отмечено у 203 пациентов (91%), а 19 пациентов (9%) перенесли повторный инсульт по ишемическому типу. В ходе статистического анализа (для каждого из факторов был рассчитан относительный риск и решена задача по дискриминации) было выявлено, что наилучшее разделение на группы: 1. перенесших повторный инсульт и/или умерших и 2. не перенесших повторного инсульта и выживших достигается, если использовать следующую группу показателей: уровень мочевой кислоты, КДР ЛЖ, уровень триглицеридов, уровень общего холестерина, ФВ ЛЖ.

Выводы: включение определения уровня мочевой кислоты, триглицеридов, общего холестерина, КДР ЛЖ, ФВ ЛЖ. в план обследования больных, перенесших инсульт, наиболее оправдано с позиции оценки прогноза рецидива повторного инсульта.

ША-26 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Мусина Н.П., Драккина О.М.

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: выявить особенности липидного обмена у больных, перенесших ишемический инсульт

Материалы и методы: в исследование было включено 222 пациента, жители Москвы и Московской области, которые перенесли инсульт по ишемическому типу в сроки с 1970 по 2008 год, из них 127 (57%) были женского пола, а 95 (43%) – мужского пола в возрасте от 37 до 96 лет. У 107 больных (48%) исследовался уровень общего холестерина (ОХ), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерина липопротеинов очень низкой плотности (ХС ЛОНП).

Результаты: средний уровень ОХ составил $5,6 \pm 1,3$ ммоль/л, что значительно выше целевого значения для популяции очень высокого риска ($4,5$ ммоль/л), при этом уровень ХС ЛНП составил $3,2 \pm 1,4$ ммоль/л (целевое значение – менее $2,5$ ммоль/л). Уровень ХС ЛВП составлял $1,05 \pm 0,36$ ммоль/л, уровень ХС ЛОНП – $0,97 \pm 0,6$ ммоль/л. У достаточно большой доли пациентов (42%) отмечалась гипертриглицеридемия (уровень ТГ более 170 мг/дл), при этом средний уровень ТГ составил $185 \pm 128,9$ мг/дл. То или иное нарушение липидного обмена (включая гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, снижение холестерина ЛВП, а также «диабетическую» дислипидемия, характеризующуюся параллельным снижением ХС ЛВП и повышением ТГ), наблюдалось у 85% пациентов. Целевые цифры липидного спектра были достигнуты у 10 (4,5%) пациентов.

Выводы: показатели липидного спектра у больных, перенесших инсульт, недостаточно хорошо контролируются: данные значения оцениваются не у всех пациентов, а так же не достигаются целевые уровни липидограммы. В плане обследования должно проводиться определение липидного обмена. В плане терапии должно быть предусмотрено снижение уровня липидов крови с использованием статинов до целевых цифр (уровень общего холестерина менее $4,0$ ммоль/л, холестерина ЛНП менее $2,5$ ммоль/л, триглицеридов менее 150 мг/дл), а также повышенные уровни холестерина ЛВП (более $1,2$ ммоль/л).

ША-27 СУТОЧНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Мусина Н.П., Драккина О.М.

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: изучить суточные характеристики артериального давления (АД) у больных, перенесших ишемический инсульт

Материалы и методы: в исследование было включено 222 пациента с артериальной гипертензией (АГ), жители Москвы и Московской области, которые перенесли один или более эпизодов острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому

типу в сроки с 1970 по 2008 год, из них 127 (57%) были женского пола, а 95 (43%) – мужского пола в возрасте от 37 до 96 лет. Всем больным проводилось суточное (24-х часовое) мониторирование АД (СМАД).

Результаты: среднее пульсовое АД составило $54,3 \pm 7,1$ мм рт.ст., среднее систолическое АД за день (САД день) – $135,8 \pm 11,1$ мм рт.ст., среднее диастолическое АД (ДАД день) $81,5 \pm 8,1$ мм рт.ст., среднее САД ночь – $123,8 \pm 10$ мм рт.ст., среднее ДАД ночь – $70,4 \pm 8,3$, мм рт.ст. Обращали на себя внимание повышенные индексы времени, в течение которого регистрировалось повышенное АД: для САД в дневное время – $35,5 \pm 16,4$ %; для ДАД в дневное время – $44,1 \pm 17,2$ %; для САД в ночное время – $39,7 \pm 17,4$ %; для ДАД в ночное время – $43,7 \pm 16,2$ %. По степени ночного снижения САД пациенты распределились следующим образом: 24% имели достаточную степень снижения АД («дипперы»), 70% – недостаточную («нон-дипперы»), 4% – избыточную («овер-дипперы»), у 2% больных отмечалось повышение САД в ночное время суток («найт-пикеры»). По степени ночного снижения ДАД пациенты распределились следующим образом: 46% имели достаточную степень снижения АД («дипперы»), 36% – недостаточную («нон-дипперы»), 18% – избыточную («овер-дипперы»), «найт-пикеров» при оценке СНС ДАД выявлено не было

Выводы: у большинства пациентов отмечалась систоло-диастолическая АГ с повышением индексов времени повышенного САД и ДАД как в дневное, так и в ночное время. По степени ночного снижения АД преобладали «нон-дипперы» по САД.

ША-28 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ

Осипова И.В., Борисова Л.В., Воробьева Е.Н., Зальцман А.Г., Батанина И.А., Кондакова Н.В.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, НУЗ Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Целью исследования явилось изучение особенностей метаболического синдрома у лиц стрессовых профессий. В основную группу были включены мужчины (100 человек) (средний возраст $41,25 \pm 1,35$ лет) – работники локомотивных бригад (из них – машинистов (60 человек, средний возраст $42,06 \pm 1,95$ лет) и помощников машинистов (п/машинистов) – 40 человек, средний возраст $38,2 \pm 1,24$ лет. Группу сравнения составили мужчины (50 человек) – монтеры путей (средний возраст $41,8 \pm 1,52$ лет). Клиническое обследование (сбор жалоб, анамнеза, физикальные, клинические методы) проводилось по общепринятой схеме. Рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) (индекс Кетле) по формуле: $\text{ИМТ} = \text{масса тела в кг} / (\text{рост в м})^2$. Измеряли окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ) с расчетом индекса талия/бедро (ИТБ). Лабораторные исследования включали определение теста толерантности к глюкозе, уровня глюкозы сыворотки крови, общий холестерин (ОХС), триглицериды (ТГ) ферментативными методами с помощью наборов реагентов фирмы «Нумар» (Германия) на биохимическом анализаторе «ЭПОЛЛ-20», а также липопротеиды высокой плотности (ХС ЛПВП) после осаждения ферментативным методом. Метаболический синдром оценивали согласно критериям, рекомендованным ВНОК (2008), в частности, ОТ более 94 см у мужчин, уровень ХС ЛПВП менее $1,1$ ммоль/л, ТГ более $1,7$ ммоль/л, глюкозы натощак более $6,1$ ммоль/л и т.д.

В основной группе количество пациентов с повышенным ИТБ было в 1,8 раз большим ($p < 0,01$), чем в группе сравнения, что свидетельствует о большом проценте (63%) абдоминального ожирения в этой группе. В группе сравнения преобладали пациенты с промежуточным ИТБ (в 1,7 раз), чем в основной группе ($p < 0,01$). Анализ дислипидемий (ДЛП) в исследуемых группах показал, что в основной группе достоверно чаще отмечены изменения ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. При анализе ДЛП были выявлены – повышение уровня ТГ (36 и 12% соответственно, $p < 0,01$) и преобладание умеренной и выраженной степени гипертриглицеридемии (72 и 17% соответственно, $p < 0,05$), снижение ХС ЛПВП (56 и 24% соответственно, $p < 0,001$), повышение ХС ЛПОНП (59 и 16% соответственно, $p < 0,001$), преобладание выраженной степени гиперхолестеринемии ($p < 0,01$), по сравнению

с группой сравнения. Количество пациентов с повышенным уровнем и целевым уровнем гликемии натощак в венозной крови между группами было практически одинаковым ($p > 0,05$). При анализе МС выявлено, что в основной группе у работников локомотивных бригад практически в два раза чаще, чем в группе сравнения (52 и 24% соответственно, $p < 0,01$).

Таким образом, у работников локомотивных бригад выявлена высокая частота абдоминального ожирения, метаболического синдрома, дислипидемии, поражения органов-мишеней по сравнению с монтерами путей того же возраста.

ША-29 УРИКЕМИЯ, КОНВЕНЦИОННОЕ, АМБУЛАТОРНОЕ АД, ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ, ПУЛЬСОВОЕ АД У ЖЕНЩИН

Пелло Е.В., Малютина С.К., Кузнецова Т.В., Никитин Ю.П.
ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить взаимодействие уровня мочевой кислоты сыворотки крови (УМК) с офисным, «домашним», амбулаторным АД, ЧСС, пульсовым АД (ПАД) у женщин.

Материал и методы. Использовали выборку пациентов в рамках проекта EROGN. Измеряли АД и ЧСС в клинических и домашних условиях, проводили суточное мониторирование АД. АД верифицировали в соответствии с рекомендациями ВНОК от 2004г. Патологическим УМК считали ≥ 300 мкмоль/л.

Результаты. Подтверждая конъюнктурные издержки полисистемного эффекта УМК, обстоятельно идентифицировали повышение офисного САД ($116,9 \pm 11,9$ vs $110,8 \pm 10,1$, $p = 0,002$) и ДАД ($76,3 \pm 7,7$ vs $73,5 \pm 7,6$, $p = 0,041$), «домашнего» САД ($119,9 \pm 10,4$ vs $112,6 \pm 12,4$, $p = 0,001$), 24-часового САД ($117,5 \pm 9,2$ vs $111,6 \pm 7,7$, $p < 0,001$), дневного САД ($123,8 \pm 10,0$ vs $118,0 \pm 8,9$, $p = 0,001$), ночного САД ($107,7 \pm 9,7$ vs $101,9 \pm 7,8$, $p < 0,001$), офисного ПАД ($40,5 \pm 8,7$ vs $37,3 \pm 7,3$, $p = 0,019$), «домашнего» ПАД ($44,8 \pm 9,1$ vs $39,9 \pm 7,5$, $p = 0,001$), 24-часового ПАД ($48,4 \pm 5,6$ vs $43,5 \pm 4,9$, $p < 0,001$), дневного ПАД ($48,2 \pm 6,4$ vs $43,6 \pm 5,5$, $p < 0,001$), ночного ПАД ($48,7 \pm 5,8$ vs $43,5 \pm 4,8$, $p < 0,001$) у нормотензивных пациентов в возрасте < 40 лет с сопутствующей гиперурикемией в отличие от обследованных без серьезной органической патологии ($n = 47$ vs $n = 98$). В настоящее исследование включили 170 женщин, средний возраст – $39,6 \pm 14,7$ лет, УМК – $262,2 \pm 59,1$ мкмоль/л ($124,9 - 541,3$). Первоначально участниц разделили на группы в зависимости от градаций степени АД. Экспериментальные данные оказались весьма информативными у женщин с нормальными цифрами АД, демонстрируя преобладание 24-часовой ($80,7 \pm 10,1$ vs $75,2 \pm 7,1$, $p = 0,006$), дневной ($88,4 \pm 10,3$ vs $83,3 \pm 9,2$, $p = 0,039$) и ночной ($69,4 \pm 11,6$ vs $64,2 \pm 6,6$, $p = 0,009$) ЧСС у лиц с критическим УМК по сравнению с условно здоровыми обследованными пациентками ($n = 18$ vs $n = 93$). Диагностическую значимость УМК рассматривали в дифференцированных возрастных категориях < 40 и ≥ 40 лет, концентрируя пристальное внимание на доминировании 24-часовой ($80,7 \pm 10,6$ vs $76,1 \pm 7,0$, $p = 0,044$) и ночной ($70,9 \pm 12,8$ vs $64,8 \pm 6,9$, $p = 0,036$) ЧСС у женщин молодого возраста с гиперурикемией в отличие от соответствующих лиц с нормальным УМК ($n = 13$, $n = 75$). В условиях неадекватного УМК удалось визуализировать клиничко-патогенетическое повышение весьма немногочисленных показателей АД, в частности офисного ДАД ($95,0 \pm 10,9$ vs $88,2 \pm 11,2$, $p = 0,012$) у женщин старшей возрастной группы ($n = 26$ vs $n = 56$). Реализуя идею подробного изучения причинно-следственных связей соматической патологии и УМК, сфокусировали взгляд на размахе колебаний 24-часовой ($80,7 \pm 10,7$ vs $75,7 \pm 6,8$, $p = 0,028$) и ночной ($69,9 \pm 12,8$ vs $64,6 \pm 6,7$, $p = 0,028$) ЧСС с превалированием значений у нормотензивных женщин в возрасте < 40 лет с пороговым УМК, чем у женщин с редуцированным УМК ($n = 13$ vs $n = 71$). Получены индифферентные данные у обследованных с АД.

Выводы. Во-первых, свойственные гиперурикемии метаболические нарушения способствуют манифестации патологии на ранних этапах формирования заболевания в относительно молодом возрасте. Во-вторых, подобные фискальные изменения наблюдаются и у женщин, запуская плеяду патогномичных процессов в репродуктивном возрасте.

ША-30 ПРОФИЛАКТИКА СРЕДИ НОВЫХ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КАРДИОЛОГИИ

Сейсембеков Т.З.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

«Первая обязанность медицины – сохранение здоровья, вторая – лечение болезней!» Ф.Бекон «Несравненно легче настоящее здравие соблюсти, нежели потерянное возвратить!» М.В.Ломоносов

Несмотря на принимаемые меры по реформированию и совершенствованию здравоохранения в Казахстане существенных положительных сдвигов не произошло. Так, по данным МЗ РК с 2001г по 2007г количество пролеченных в стационарах больных увеличилось с 2299 до 2929 тыс. (на 27,4%), число посещений в системе ПМСП с 84756 до 104565 тыс. (на 23,4%), вызовов по скорой помощи с 3668 до 4917 тыс. (на 34,0%). В настоящее время сложилась такая ситуация, когда основное внимание уделяется (следовательно и финансируется!) новым инновационным технологиям по лечению уже имеющихся заболеваний. Но уповать и ориентироваться на них как выход из положения, понятно, не следует. К примеру, это отчетливо прослеживаются при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ). Постоянный их рост, грозные осложнения и высокая летальность стимулировала значительное увеличение кардиохирургической помощи, как правило, весьма дорогих, затратных, не говоря о др. аспектах таких вмешательств (в исходе ИБС – мы уповаем на стентирование, АКШ, пересадку сердца!?) Нисколько не умаляя необходимости и значимости такого рода вмешательств, следует подчеркнуть, что это все-таки работа на конечный результат патологии. А заболеваемость продолжает расти! Возьмем, к примеру артериальную гипертензию (АГ). Так, в Казахстане за последние 5 лет впервые выявленная АГ возросла на 43% (417,6 в 2003г до 597,3 на 100 тыс. населения в 2007г). Поэтому, если не снизим показатели первичной заболеваемости, не улучшим результаты лечения и вторичной профилактики, рассчитывать на серьезные успехи в лечении ССЗ нельзя. Какая аппаратура нужна, чтобы диагностировать АГ – тонометр, как лечить – знаем, лекарств предостаточно. О каких достижениях медицины мы можем говорить, если не справляемся с такой легко диагностируемой и вполне поддающейся адекватной терапии распространенной патологией как АГ? Закономерно возникает вопрос – почему? Следовательно, наша тактика по борьбе с АГ построена неправильно, в том числе и на уровне ПМСП. В частности, не на должном уровне проводятся лечебные мероприятия, фактически никак не проводится профилактики этого заболевания. Мы много пишем, говорим о профилактике, но конкретно, реально мало что делаем в этом плане. Добиться существенных сдвигов в охране здоровья нашего населения можно, если сместим приоритеты из лечебной сферы в профилактическую. Здесь уместно вспомнить и слова выдающегося хирурга Н.И.Пирогова: «Будущее принадлежит медицине предохранительной!». По-видимому, этот период уже наступил! Лицом к профилактике должны вернуться вся медицинская общественность, прежде всего клиницисты, особенно работники первичного звена (ПМСП) – и конечно, организаторы здравоохранения.

ША-31 НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Степанов И.О., Кирпичева С.В.

МУЗ клиническая больница №8, Ярославль, Россия

Цель исследования: Анализ факторов риска (артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, ишемической болезни сердца и нарушения сердечного ритма) у больных в острый период ишемического инсульта.

Методы исследования: Нами проведен ретроспективный анализ 177 историй болезней больных с ишемическим инсультом, выписанных из стационара за 4 месяца (79 женщин – 44,6% и 98 мужчин – 55,4%, в возрасте от 27 до 87 лет, средний возраст – 62 года, медиана – 65 лет).

Полученные результаты: Среднее значение артериального давления при поступлении в группе больных с ишемическим инсультом составило 160/94 мм рт.ст., через 7 дней – 137/82 мм рт.ст. Также при поступлении 89,3% больных имели систолическое артериальное давление (САД) более 140 мм рт.ст., при этом у 38,7% САД было более 180 мм рт.ст. Диастолическое артериальное давление (ДАД)

более 90 мм рт.ст. при поступлении отмечено у 78,7 % больных. Через 7 дней терапии количество больных с САД свыше 140 мм рт.ст. уменьшается до 41,3%, а пациентов с более 180 мм рт.ст. до 2,7%. ДАД выше 90 мм рт.ст. отмечается лишь у 26,7%.

У больных с высокими цифрами артериального давления применялся эналаприл (преимущественно в виде энала в средней дозе 15 мг) почти у 75%, комбинация с мочегонными отмечалась у каждого десятого больного. Престариум назначался редко (1,3%), пролонгированные антагонисты кальция назначались 2,6% больных.

Уровень холестерина определялся у 73,3% больных с ишемическим инсультом, среднее значение холестерина было 5,4 ммоль/л (медиана – 5,4 ммоль/л), при этом холестерин более 5,2 ммоль/л выявлялся у 49,1 % больных, а сопутствующая ИБС – 53,3% больных (в том числе в сочетании с мерцательной аритмией у 18,7%). Бетаблокаторы (метопролол) назначались 20% больных. Статины больным не назначались. Варфарин у больных с мерцательной аритмией также назначался в единичных случаях.

Выводы: Пациенты в острейший период ишемического инсульта имеют повышенное артериальное давление, которое снижается на фоне приема гипотензивной терапии. Половина больных имеют повышенный уровень холестерина, в том числе в сочетании с ИБС. Почти пятая часть больных имеет нарушение сердечного ритма в виде мерцательной аритмии. Следует отметить, что в качестве базовой терапии артериальной гипертензии недостаточно используются препараты с большой доказательной базой. Назначение статинов оправдано у половины больных. Варфарин назначается редко ввиду невозможности обеспечения адекватного контроля МНО у ряда пациентов.

ША-32 ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПИТАНИЯ. МОЖЕТ ЛИ ИЗБЫТОК САХАРА В ПИЩЕВОМ РАЦИОНЕ ЯВЛЯТЬСЯ ФАКТОРОМ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

Филатова И.И., Юзбаев З.Ю.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

В последние десятилетия люди едят сахара больше, чем необходимо в соответствии с их энергетическими тратами. Постоянное избыточное поступление глюкозы ведет к снижению толерантности тканей к инсулину и гипергликемии, которая является одним из значимых факторов атерогенеза. Цель: исследовать количество потребления рафинированного сахара; определить степени взаимосвязи между количеством потребления сахара и дислипидемией; изучить вероятность выявления ИБС при злоупотреблении рафинированным сахаром. Материал и методы: Методом опроса у 174 работников предприятия изучили суточное в граммах потребление сахара. Кровь для определения холестерина (ХС) брали через 12 часов после последнего приема пищи. Рассчитывали ХС липопротеидов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, индекс атерогенности (ИА), степень корреляции с количеством сахара (г/сут). Всем проводилась велоэргометрическая проба (ВЭП). В 1-ю группу вошли 51 больной явной ИБС и положительной ВЭП; 2-ю группу – 69 человек с латентной коронарной недостаточностью (ЛКН), выявленной при ВЭП; 3-ю – 54 клинически здоровых. Достоверность различия определяли по критерию Стьюдента, χ^2 . Рассчитывали диагностические коэффициенты (ДК), шансы (Ω) выявления ИБС. Результаты: Больные явной ИБС достоверно больше потребляют сахара ($92 \pm 4,3$ г/сутки, $p \leq 0,01$) по сравнению со здоровыми ($68 \pm 4,7$ г/сут). Максимальное содержание сахара в суточном рационе обнаруживается у лиц с ЛКН – $97 \pm 4,5$ г/сутки ($p \leq 0,01$). Разница в количестве лиц, потребляющих умеренное (≤ 50 г/сут) и большое (≥ 100 г/сут) количество сахара для больных ИБС и ЛКН не случайна: $\chi^2 = 20,0; p \leq 0,01$ и $\chi^2 = 17,8; p \leq 0,01$ соответственно. Высокая прямая корреляционная связь обнаруживается между количеством потребляемого сахара и содержанием в плазме общего ХС ($r = 0,49; p \leq 0,05$) и особенно уровнем ХС ЛПНП ($r = 0,67; p \leq 0,01$) у больных ИБС, и даже среди здоровых ($r = 0,37; p \leq 0,05$ и $r = 0,32; p \leq 0,05$ соответственно). Диагностический коэффициент большого (более 100 г/сутки) содержания сахара в рационе у больных ЛКН

оказался выше, чем у больных явной ИБС – ДК = +58 и ДК = +45, соответственно. Шанс выявить заболевание при наличии такого характера питания для пациентов с ЛКН составил $\Omega = 0,23$ и $\Omega = 0,182$ для клинически явной ИБС. Избыточное (более 100 г/сутки) потребление сахара в 10 раз повышает шанс обнаружения как явной ИБС, так и ЛКН. Шансы у потребляющих менее 50 граммов сахара в день составили $\Omega = 0,023$ для ЛКН и $\Omega = 0,017$ для ИБС. Выводы: 1. Больные ИБС и со скрытой формой ИБС бесконтрольно употребляют в пищу большое количество сахара. 2. Повышение ХС, ЛПНП, ИА имеют достоверную связь с избыточным потреблением, более 100 г/сутки, рафинированного сахара. 3. Следует оценивать конкретное количество потребляемого в пищу сахара при сборе анамнеза, так как этот показатель может повысить вероятность диагноза ИБС. 4. Коррекцию питания, направленную на уменьшение количества сахара в рационе, можно считать обоснованной в плане профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

ША-33 ЗНАЧИМОСТЬ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ИНДЕКСОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хурс Е.М., Поддубная А.В., Андреев П.В., Евсина М.Г.

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, ООО МЦ «Шанс», Екатеринбург, Россия

Цель: выявить наиболее информативный показатель суточного мониторирования АД (СМАД) в верификации диагноза артериальной гипертензии (АГ).

Методы исследования: проанализированы результаты обследования 399 пациентов, обратившихся в течение пяти лет на амбулаторный кардиологический прием по поводу повышения АД, выявленного при самоизмерении, и не получавших регулярной антигипертензивной терапии. Для диагностики АГ всем больным проводилось суточное мониторирование АД (CardioTens-01), Венгрия.

Результаты. Средний возраст пациентов составил $42,2 \pm 10,1$ года. Среди обратившихся незначимо превалировали женщины (54%, $p = 0,001$). По результатам СМАД, у 45% пациентов диагноз АГ не подтвердился, в 28% была верифицирована стабильная АГ и у 27% пациентов – пограничная АГ. Установлено, что среди больных со стабильной АГ чаще встречались пациенты с систоло-диастолической АГ – 63% ($p = 0,035$), больных изолированной систолической и диастолической АГ было 27% и 10% соответственно. При анализе значимости диагностических показателей выявлено, что среднесуточное АД $\geq 130/80$ мм рт.ст., принятое за «золотой стандарт», при 100% чувствительности имеет специфичность лишь 64%. Это объяснимо зависимостью данного показателя от вариабельности значений АД на фоне нагрузок в течение дня, зависимости АД от эмоционального фактора и т.д. Гипертонический индекс (ГИ) в диапазоне свыше 50% продемонстрировал специфичность 100%, но чувствительность лишь 53% для систолического и 44% для диастолического ГИ, соответственно. Одним из наиболее значимых параметров суточного профиля АД, указывающим на наличие АГ, можно считать максимальную плотность АД (мпАД), т.е. максимальную частоту встречаемости определенных значений АД в процентах за сутки в интервале 10 мм рт.ст.). Оказалось, что мпАД имеет в равной степени высокую специфичность и чувствительность – 82 и 87% соответственно (оптимальным для статистики является именно их сочетание). Интервал же максимального процента зарегистрированных значений АД отчетливо указывает на степень АГ.

Выводы. Среднесуточное АД $\geq 130/80$ мм рт.ст. и максимальная плотность АД $> 140/90$ мм рт.ст. обладают достаточно высокой чувствительностью и специфичностью в диагностике стабильной АГ. Наиболее информативным показателем СМАД, используемым для верификации АГ, можно считать максимальную плотность АД, указывающую не только на наличие АГ, но и на её степень.

ПА-34 ВЗАИМОСВЯЗЬ АКТИВНОСТИ ГАММА-ГЛУТАМИЛТРАНСПЕПТИДАЗЫ С УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА г.КАЗАНИ

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р., Гарскова Ю.А.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Республика Татарстан

По результатам ряда исследований, гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТП) является ранним маркером употребления алкоголя.

Цель. Изучить активность ГГТП у женщин репродуктивного возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 33 женщины в возрасте 29–45 лет; из них 5 человек с нормальным артериальным давлением (нАД), 8 пациенток с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) и 20 пациенток с АГ по классификации ВНОК (2008), с длительностью АГ 0,5–20 лет. Возраст пациенток с АГ – $39,6 \pm 4,2$ лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими гипертензиями. У обследуемых проводился опрос с использованием анкетирования, включавшего в себя сведения об употреблении алкоголя, измерялось систолическое (САД) и диастолическое артериальное давление (ДАД). Активность ГГТП в крови определялась с помощью набора реактивов фирмы «La Chema» (Чехия). Для оценки достоверности различий средних значений использовался критерий Манна–Уитни–Вилкоксона (U). Корреляционная связь считалась значимой при $p < 0,05$.

Результаты. Среди обследуемых по данным анкетирования употребляли алкоголь: 1 пациентка с ВНАД, 2 пациентки с АГ. Выявлен незначимый рост средних значений ГГТП с ростом АД ($45,20 \pm 28,78$ у.е. у пациенток с АГ vs $32,40 \pm 18,18$ у.е. у женщин с нАД, $p > 0,05$). Обнаружена значимая ($p < 0,05$) положительная умеренная корреляционная связь уровня АД с активностью ГГТП ($r = 0,37$ для САД и $r = 0,39$ для ДАД). Уравнение линейной регрессии для уровня САД имеет следующий вид: $САД = 129,37 + 0,38 \cdot ГГТП$; для уровня ДАД: $ДАД = 82,0 + 0,24 \cdot ГГТП$.

Вывод. У женщин репродуктивного возраста уровень АД имеет значимую ($p < 0,05$) положительную умеренную корреляционную связь с активностью гамма-глутамилтранспептидазы в крови.

ПА-35 АНАЛИЗ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ О ФАКТОРАХ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Шинкоренко О.В., Кулишова Т.В.

МУЗ ГБ №11, АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить информированность населения о факторах риска развития ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Добровольное анонимное анкетирование проводилось среди сотрудников фирмы ООО «АЛСЕНТ» г.Барнаула. В исследование включались работники интеллектуального труда со средним и высшим техническим образованием. Опросник состоял из 16 вопросов, касавшихся их демографических, образовательных и профессиональных данных, наличие у них факторов риска ИБС, степени осведомленности об основных факторах риска, возможных немедикаментозных вариантов лечения. Часть вопросов анкеты являлись открытыми, что позволяло респондентам выразить собственное мнение.

Проанкетировано 56 человек. В исследование включались лица в возрасте от 20 до 55 лет. Средний возраст респондентов составил $38 \text{ лет} \pm 1,2 \text{ лет}$.

Результаты. Оценивая информированность населения о факторах риска, выявили, что 76,8% опрошиваемых считают, что курение наиболее опасно для сердечно-сосудистой системы. На втором месте известных факторов – ожирение, назвали 71,4% опрошенных. Предрасполагает к ожирению, по мнению респондентов, «неправильное» питание. Однако 50% не могли ничего определенного сказать, какой должна быть диета для уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний. Более половины опрошенных (57,1%) считают, что употреблением алкоголя опасно, 3% указали, что умеренное потребление алкоголя может быть полезным. Однако количество «полезной» дозы алкоголя никто не назвал. При проведении анкетирования было выяснено, что 55,3%

считают отягощенный семейный анамнез серьезным фактором риска. Физическое и эмоциональное состояние нашло отражение в видении факторов риска респондентами: 42,9% отметили, что низкая физическая активность, сидячий образ жизни негативно отражаются на организме в целом, предрасполагая ко многим заболеваниям, в том числе и к сердечно-сосудистым; 41,1% опрошенных, считают, стресс, тревога, депрессия значительно снижают качество жизни, что способствует возникновению ИБС. Однако лишь 10,7% согласны изменить свой образ жизни, даже при наличии верифицированного диагноза ишемической болезни сердца. Несмотря на то, что эффективность лечения соматических заболеваний у экспертов не вызывает сомнения, информированность населения об опасности сопутствующих заболеваний низкая: гипертоническую болезнь назвали 22,2%, сахарный диабет – 3,6%. Такие факторы риска как мужской пол, возраст, период постменопаузы у женщин, тромбогенные факторы не были названы ни в одной анкете.

Выводы. Проведенное исследование демонстрирует, что население неплохо информировано об основных факторах риска ИБС, но имеет значительные пробелы в конкретных знаниях, необходимых для борьбы с ними. Результаты данного исследования приобретают особое значение в контексте Национального проекта «Здравоохранение» РФ, направленного на укрепление первичного звена и совершенствование амбулаторной медицинской помощи. Выявленные пробелы борьбы с факторами риска могут учитываться при планировании соответствующих образовательных программ для населения.

ПА-36 К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ И ДИАГНОСТИКЕ СУБЪЕКТИВНО НЕМАНИФЕСТИРОВАННОЙ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шункевич Т.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, медицинский факультет, кафедра госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время наблюдается трансформация течения многих актуальных сердечно-сосудистых заболеваний: все большее значение и частоту приобретают «стертые», субклинические формы нозологий. Особое значение в этом процессе имеет появление и прогрессирование субъективно-неманифестированных форм кардиологической патологии.

Целью исследования явилось изучение клинических, функциональных и лабораторных особенностей течения субъективно неманифестированных форм гипертонической болезни.

Материалы и методы: Обследованы 128 пациентов с ГБ I и II стадии. Пациенты разделены на 3 группы в зависимости от уровня субъективной манифестации ГБ. В первую группу выделили 72 пациента, у которых ГБ протекала в классической субъективно манифестной форме. Во вторую группу отнесены 46 пациентов в клинической картине которых отмечены неманифестные эпизоды подъема АД на фоне обычного течения ГБ. В третью группу выделены 38 пациентов, у которых ГБ протекала с отсутствием каких-либо субъективных проявлений, характерных для повышенного АД. Проводили комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование.

Результаты: по нашим данным в отличие от субъективно манифестированной формы субъективно неманифестированная форма ГБ характеризуется нетипичной субъективной и физической клинической картиной более продолжительным анамнезом ГБ, частой ассоциацией с СД и ИБС, более высокими уровнями АД, большим числом гипертонических кризов и неблагоприятным прогнозом. Субъективно неманифестированная и смешанная клинические формы ГБ отличаются также значительным нарушением метаболизма липидов и углеводов, большими цифрами дневных показателей АД, существенным структурно-функциональным ремоделированием миокарда с развитием диастолической дисфункции, повышением порогов вибрационной и болевой чувствительности по сравнению с пациентами, у которых ГБ протекает в субъективно манифестированной форме. Степень указанных нарушений нарастает с увеличе-

нием стадии ГБ. Определение порогов вибрационной и болевой чувствительности позволяет разграничить субъективно-манифестированные и субъективно неманифестированные формы ГБ: указанные виды чувствительности нарушены у пациентов со смешанной и субъективно неманифестированной формой ГБ и отражают особенности ноцицепции и частично объясняют отсутствие манифестации у этих пациентов.

ША-37 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРА PAPP-A В КАЧЕСТВЕ ПРЕДИКТОРА ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шукин Ю.В., Вачёв А.Н., Абашина О.Е.

ГОУВПО, СамГМУ «Росздрава», Самара, Россия

Цель исследования. Определить диагностическое значение маркера PAPP-A (ассоциированный с беременностью сывороточный протеин А – белок воспаления, ассоциирующийся с активностью и морфологией тромбоцитов у больных ОКС) в качестве предиктора развития кардиальных осложнений в первые 7 дней после реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей.

Методы исследования. В исследование путем случайной выборки вошли 29 пациентов (28 мужчин, 1 женщина) в возрасте от 50 до 82 лет с атеросклеротическим поражением аорты и артерий нижних конечностей, которым выполнены различные реконструктивные операции. Всем больным в предоперационном периоде проводились общеклинические методы исследова-

ния, электрокардиография, эхокардиография, Холтеровское мониторирование ЭКГ, определение накануне оперативного вмешательства уровня PAPP-A сыворотки крови. Все пациенты по поводу сопутствующей ИБС получали стандартную предоперационную кардиологическую подготовку, включающую в обязательном порядке статины, бетаблокаторы (при противопоказаниях – ивабрадин). Наблюдались больные 10 дней до операции и 7 дней после. Были выделены 2 группы пациентов, соответственно с уровнем PAPP-A менее 1,8 мМЕ/мл (первая группа-19 человек) и уровнем PAPP-A более 1,8 мМЕ/мл (вторая группа- 10 человек). В каждой группе регистрировались наличие или отсутствие коронарных осложнений: смерть, развитие инфаркта миокарда, ишемии, нарушения ритма и проводимости.

Результаты. В первой группе больных зарегистрирована у двух человек длительная ишемия миокарда, сопровождавшаяся клиникой стенокардии в первые дни после оперативного вмешательства. У других пациентов этой группы кардиальные осложнения не зафиксированы.

В раннем послеоперационном периоде у 5 пациентов второй группы выявлены эпизоды длительной безболевого ишемии миокарда, суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия, и у 1 пациента с дооперационным уровнем PAPP-A 3,5 мМЕ/мл после операции аортобедренного шунтирования развился инфаркт миокарда без Q. У остальных кардиальные осложнения не зарегистрированы.

Заключение. Определение уровня PAPP-A может иметь прогностическое значение для выявления кардиальных осложнений, эффективной их профилактики, определения оптимальной тактики ведения больного и требует дальнейшее исследование.

ШБ. Вторичная профилактика. Немедикаментозное лечение

ШБ-1 РОЛЬ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ

Антоненко С.В., Веницева Ю.Л., Мельников А.Х.

Медицинский институт ГОУ ВПО «Тульский государственный университет», Тула, Россия

В профилактике заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС) значительное место отводится рациональному питанию. Однако исследования, оценивающие эффективность определенного рациона, например, средиземноморской диеты, выполнены на лицах среднего и пожилого возраста, в то время как взаимосвязи характера питания с показателями функционирования ССС у лиц молодого возраста представляются изученными недостаточно.

274 студента ТулГУ (160 девушек и 114 юношей), обучающихся на разных факультетах, и 58 курсантов Тульского артиллерийского инженерного института прошли компьютерное тестирование с использованием разработанного нами программного обеспечения. Все показатели вариабельности сердечного ритма (5-минутная запись в покое) у студентов обоего пола находились в пределах нормы, однако относительная мощность волн LF у девушек была достоверно выше, чем у юношей. У курсантов общая мощность спектра ритма сердца была незначительно повышена.

Анализ рационов выявил дефицит (отклонение от рекомендуемой нормы более 40%) как у студентов, так и курсантов витаминов В9, В4, В5 и биотина более чем в 90% случаев, витаминов А, В12, В6 – в 64%; а также некоторых макроэлементов (хлора – у 44,4%, серы – у 75,9%). Среди микроэлементов наиболее часто встретился дефицит селена, фтора, кобальта, йода, брома, цинка, меди, хрома и марганца.

При корреляционном анализе (учитывались только достоверные коэффициенты корреляции) выявлено, что нерегулярное питание у студентов с высоким уровнем привычной двигательной активности увеличивает напряжение регуляторных механизмов организма (повышение ПАРС по Р.М. Баевскому, $r=0,80$). Взаимосвязь ($P<0,01$) нерегулярного питания с показателем

относительной мощности волн VLF ($r=0,75$) подтвердила роль этого фактора в увеличении активности гуморального звена регуляции сердечного ритма. Чем больше соли в ежедневном рационе у юношей, тем выше отношение LF/HF ($r=0,77$).

У девушек были выявлены корреляционные связи мощности волн LF с содержанием в рационе магния ($r=0,44$), фосфора ($r=0,29$) и железа ($r=0,48$). Стресс-индекс (SI) положительно связан с содержанием в рационе пищевых волокон ($r=0,258$), серы ($r=0,448$), витамина В4 ($r=0,370$). Показатель SDNN у юношей положительно связан с содержанием в рационе аминокислот: лизина ($r=0,39$), аланина ($r=0,38$), треонина ($r=0,36$), пролина ($r=0,46$), триптофана ($r=0,39$), тирозина ($r=0,35$) и фенилаланина ($r=0,37$).

У курсантов величина стресс-индекса отрицательно связана с содержанием в рационе витаминов В1, В2, В6, С, РР и Е ($r=-0,44$), а также селена ($r=-0,44$) и калия ($r=-0,44$), что обосновывает использование селена в качестве антиоксиданта в ситуациях острого и хронического стресса. Активность гуморальной регуляции у девушек (VLF,%) возрастает при недостаточном потреблении незаменимых аминокислот ($r=0,44$) и углеводов ($r=-0,267$). Выявленные взаимосвязи могут быть использованы в оптимизации функционального состояния молодых людей.

ШБ-2 К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Воробьева Е.Н., Черников С.Ю., Никифоров Ю.А., Сильченко Г.Г.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, Комитет по делам здравоохранения администрации Барнаула, МУЗ «Городская поликлиника №4», Барнаул, Россия

Одним из вариантов решения проблемы профилактики путем стратегий – "популяционной" и "высокого риска" может являться организация региональных специализированного липидологи-

ческого центра (ЛЦ) в условиях поликлиники, организационно-методически и функционально связанного с широкой сетью подразделений научно-практического значения. В ЛЦ обращаются лица из неорганизованных и организованных коллективов с факторами риска (ФР) болезней системы кровообращения (БСК). Кроме того, в ЛЦ направляются лица с высоким коронарным риском, семейным анамнезом БСК, различными заболеваниями (сахарный диабет, гипотиреоз, заболевания печени, овариктомии и др.), без и с БСК врачами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города и Алтайского края. Основными задачами такого ЛЦ являются: выявление у практически здоровых лиц и у больных с верифицированными БСК факторов риска с расчетом интегральных прогностических индексов (Framingham и др.); ранняя диагностика доклинических форм БСК у практически здоровых лиц с ФР; проведение диагностических функциональных исследований (электрокардиография, велоэргометрия, ультразвуковое исследование и др.). В лабораторном отделении ЛЦ осуществляется выявление и фенотипирование дислипотеинемий; определение вторичного генеза дислипотеинемий; выявление маркеров активности процесса и предикторов возможных осложнений атеросклероза. Проводится обследование специалистами различного профиля с выбором дополнительных исследований и оптимальной индивидуальной профилактической программы с акцентом на развитие мотиваций к реализации врачебных рекомендаций и изменению поведенческих стереотипов, мониторингом их эффективности. Образовательные программы для лиц с факторами риска и больных ССЗ внедряются в "Школе профилактики", занятия в которой проводят врачи – кардиологи, диетолог, липидолог, психотерапевт, врач лечебной физкультуры. В группы обязательного активного вмешательства входят лица, находящиеся на больничном листе после перенесенного инфаркта миокарда, реконструктивных операций на сосудах сердца и впервые возникшей стенокардией. Перечень тем лекций и занятий включает: факторы риска хронических неинфекционных заболеваний; роль семьи в предупреждении ССЗ и др. Практические занятия в "Школе" посвящены обучению навыкам измерения АД, приемам аутотренинга и лечебной физкультуры и т.д. Приоритетным направлением является первичная профилактика ССЗ на популяционном уровне путем обучения населения принципам здорового образа жизни через радио- и телепередачи, стенды, издание брошюр, информационных листов и наиболее значимо – во время выездных профилактических акций (скрининг-обследование по факторам риска) и лекций "Школы" в различных коллективах организаций.

Нам представляется, что система комплексного выявления факторов риска БСК через формирование групп риска, интеграции и преемственности действий врачей различных специальностей позволяет направленно и эффективно индивидуализировать рекомендации по первичной (вторичной) профилактике.

ПШБ-3 ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКОЙ ПРОФЕССИИ

Зальцман А.Г., Осипова И.В., Антропова О.Н., Воробьева Е.Н., Борисова Л.В.

Алтайский государственный медицинский университет, НУЗ ОКБ на станции Барнаул, Барнаул, Россия

Работники локомотивных бригад являются образцом модели рабочего напряжения по R. Karasek, приводящей к негативному воздействию на сердечно-сосудистую систему. У данной профессии показана высокая распространенность артериальной гипертензии (АГ) и других сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Актуальность исследования этого контингента определяется и большой социальной ролью: высокий риск развития ССЗ и пароксизмальных событий у этих пациентов создает реальную угрозу безопасности движения на железнодорожном транспорте. В связи с этим важнейшей задачей медицинского обеспечения на транспорте является своевременное проведение профилактических мероприятий. Однако при их организации возникают трудности, связанные с особенностями труда: скользящий меняющийся график работы.

Нами была разработана и апробирована на базе НУЗ ОКБ на станции Барнаул организационная модель профилактики ССЗ, максимально учитывающая профессиональные особенности и приближенная к рабочему месту. В качестве обучающей программы проводилась школа здоровья («ШЗ») на рабочем месте. Занятия в «ШЗ» проводились один раз в неделю на базе депо, перед проведением инструктажа. Полный курс «ШЗ» состоял из 15 занятий продолжительностью 15–20 минут на протяжении 3,5 месяцев. Число слушателей, присутствующих на каждом занятии в «ШЗ» составляло от 70 до 100 человек еженедельно. Лекции сопровождался показом слайдов, наглядного материала, важной составляющей занятий было обучение самоконтролю артериального давления (АД) и оказанию помощи при неотложных состояниях. По окончании занятий всем слушателям выдавали подготовленные нами методические рекомендации с дневником самоконтроля (ежедневное измерение АД, ЧСС, контроль факторов риска). Полученные результаты показали эффективность данной организационной модели, пациенты улучшили контроль за факторами риска, значительно увеличилась приверженность к терапии у пациентов с АГ.

Для оценки факторов риска ССЗ и суммарного коронарного риска нами проводились профилактические акции на территории локомотивного депо. Проведение данных выездных осмотров позволило провести одномоментное обследование более 200 работников локомотивных бригад, выявить факторы риска и в последующем составить и выдать каждому пациенту карту прогнозирования риска сердечно-сосудистых событий, содержащую все необходимые индивидуальные рекомендации по коррекции образа жизни и мониторинга за факторами риска. Проведение акции позволило выявить группу лиц с высоким риском ишемических событий с целью более детального обследования и назначения своевременной немедикаментозной и медикаментозной терапии.

Таким образом, проведение обучающих программ и выездных акций непосредственно на рабочем месте операторов позволяет эффективно организовать профилактику ССЗ у лиц операторской профессии.

ПШБ-4 НОВОЕ В СТРАТЕГИИ ПЕРВИЧНОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПРИАРАЛЬСКОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Изюмова Г.А., Изюмов Д.П.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи Хорезмский филиал, Ургенч, Республика Узбекистан

Сложившаяся критическая экологически неблагоприятная обстановка в Приаральском регионе и ухудшающиеся показатели здоровья населения, высокая смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) требуют неотложных современных комплексных профилактических мероприятий.

В настоящем сообщении представлены результаты первичной кардиоваскулярной профилактики среди неорганизованного населения Хорезмской области Республики Узбекистан.

Цель: оценка уровня распространенности ССЗ и прогностической значимости стратегии первичной профилактики среди неорганизованного населения.

Материалы и методы: в скринирующей части были использованы унифицированные методы выявления ССЗ при массовых обследованиях, рекомендованные ВОЗ по выявлению основных факторов риска ССЗ (курение, повышенное артериальное давление, избыточная масса тела и др.), а также проводилась регистрация электрокардиограммы. Все участники исследования были представителями местной национальности (узбекской). Согласно возрастной классификации ВОЗ от 20–44 лет было 358 (24,7%), от 45–59 лет – 489 (33,7%), от 60–74 лет – 421 (29%), от 75 лет и выше – 182 (12,6%). Мужчин было 832 (57,4%) и женщин – 618 (42,6%).

Результаты исследования: установлено, что распространенность ССЗ среди неорганизованного населения колеблется (в зависимости от возраста) от 34,3 до 69,6%. С возрастом происходит увеличение частоты ССЗ, максимально выраженное в возрастной группе 45–59 лет. Распространенность ССЗ среди мужской популяции составила 69,6%, а среди женской – 34,3%. Высокая смертность ССЗ (45,7%) обуславливает необходимость

широкого внедрения профилактических мероприятий, разработку методов реализации профилактических программ через учреждения здравоохранения. Профилактические мероприятия носили комплексный характер и были направлены на снижение потенциала факторов риска и их устранения. Комплексная профилактическая программа позволила получить положительные сдвиги в показателях распространенности ССЗ и курения, стабилизировать частоту индекса массы тела (ИМТ). Так, частота ССЗ снизилась с 34,3% до 23,1% у женщин и с 69,6% до 58,7% у мужчин. Бросили курить 296 (35,6%) мужчин. Повышение уровня осведомленности населения и выявляемость в учреждениях здравоохранения являются важным фактором в стратегии первичной профилактики сердечно-сосудистой патологии.

Выводы: реализация профилактической программы позволяет повысить уровень контроля ССЗ за счет эффективного медикаментозного лечения, стабилизировать частоту ИМТ, достоверно снизить распространенность курения у мужчин, особенно в молодых возрастных группах, что позволяет снизить ожидаемую смертность от ССЗ.

ШПБ-5 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ К МЕРОПРИЯТИЯМ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СНИЖЕНИЕ РИСКА ФАТАЛЬНЫХ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Каулина Е.М.

Филиал Сочинского государственного университета туризма и курортного дела, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучение уровня приверженности пациентов к проведению длительных (многолетних) мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) и оценка влияния уровня приверженности на риск развития фатальных кардиоцеребральных осложнений у больных артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Исследование проводилось в период 2000-2008 гг.

Было сформировано 2 группы амбулаторных больных АГ методом случайной выборки. В группу вмешательства (ГВ) вошло 100 больных АГ: мужчин 39%, женщин 61%, средний возраст 64,6 лет. В группу сравнения (ГС) вошло 100 больных АГ: мужчин 23%, женщин 77%, средний возраст 64,2 лет.

С пациентами ГВ проводились индивидуальные мероприятия комплексного восстановительного лечения в рамках «Школы пациента с АГ» с акцентированием внимания на мероприятия по ИОЖ (увеличение двигательной активности, модификация диеты, отказ от курения, уменьшение употребления алкоголя).

Оценка уровня приверженности проводилась ежегодно в баллах по разработанной методике (больной считался приверженным при наборе минимально 40 баллов).

Полученные результаты. В ходе исследования среднегрупповая приверженность больных АГ к мероприятиям по ИОЖ увеличилась в ГВ на 17,2% с 37,8 (2000г.) до 44,3 балла (2008г.) ($p > 0,05$), в ГС уменьшилась на 48,5% с 34,2 (2000г.) до 17,6 балла (2008г.) ($p < 0,05$).

За период исследования у больных АГ в ГВ было зарегистрировано фатальных цереброваскулярных осложнений – 9 случаев, фатальных кардиоваскулярных – 6. У больных АГ в ГС: фатальных цереброваскулярных осложнений – 24 случая, фатальных кардиоваскулярных – 12.

Была установлена в ГВ тесная обратная связь между уровнем приверженности к мероприятиям ИОЖ и смертностью больных АГ от кардиоцеребральных осложнений ($r = -0,76$, $p < 0,05$). В ГС была определена слабая обратная корреляция ($r = -0,24$, $p > 0,05$).

В ходе исследования при оценке клинической значимости в ГВ было отмечено снижение относительного риска фатальных цереброваскулярных осложнений на 62,5% ($p < 0,05$), снижение фатальных кардиоваскулярных осложнений на 50% ($p < 0,05$).

Вывод: повышение уровня приверженности больных АГ к выполнению мероприятий по ИОЖ приводит к снижению у них риска развития фатальных кардиоцеребральных осложнений в сравнении с традиционной практикой ведения больных АГ в амбулаторных условиях.

ШПБ-6 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ВРАЧЕЙ АМБУЛАТОРНОГО ЗВЕНА К НАЗНАЧЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА СНИЖЕНИЕ РИСКА ФАТАЛЬНЫХ КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Каулина Е.М.

Филиал Сочинского государственного университета туризма и курортного дела, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучение уровня приверженности врачей амбулаторного звена к назначению мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) и оценка влияния уровня приверженности на риск развития фатальных кардиоцеребральных осложнений у наблюдаемых ими больных артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Исследование проводилось в период 2000-2008 гг.

Было сформировано 2 группы врачей амбулаторной практики. В группу вмешательства (ГВ) вошло 10 врачей (моложе 30 лет – 10%, 30-39 лет – 20%, 40-49 лет – 60%, 60 лет и старше – 10%) со среднегрупповым стажем работы – 11,2 года. Для оценки реальной практической деятельности было отобрано 100 амбулаторных карт (АК) (по 10 АК от каждого врача) больных АГ: 37% мужчин, 63% женщин, средний возраст 68,8 года. В группу сравнения (ГС) вошло 10 врачей (30-39 лет – 10%, 40-49 лет – 60%, 50-59 лет – 20%, 60 лет и старше – 10%) со среднегрупповым стажем работы – 13,4 года. В ГС отобрано 100 АК больных АГ: 28% мужчин, 72% женщин, средний возраст 70,2 года.

В ГВ проводилась образовательная программа с акцентом на роль мероприятий по ИОЖ у больных АГ. Оценка уровня приверженности проводилась ежегодно по анализу АК в баллах по разработанной методике (врач считался приверженным при наборе минимально 40 баллов).

Полученные результаты. В ходе исследования среднегрупповая приверженность к реальному назначению мероприятий по ИОЖ врачами ГВ увеличилась на 80% с 8 до 40 баллов, в ГС на 40% с 6 до 10 баллов. При проведении межгруппового сравнения уровня приверженности было установлено, что исходя из уровня приверженности в группах были сопоставимы, на конец исследования приверженность врачей ГВ стала выше к проведению мероприятий по ИОЖ на 75% ($p < 0,05$). Назначение расширения двигательного режима в реальной практике врачами ГВ увеличилось с 3% АК (2000г.) до 23,5% АК (2008г.), назначение модификации диеты увеличилось с 2% АК (2000г.) до 29,6% АК (2008г.). У больных ГВ за период исследования было зарегистрировано фатальных осложнений АГ: цереброваскулярных – 13 случаев (в ГС – 28), кардиоваскулярных – 6 случаев (в ГС – 11). В ГВ была определена тесная обратная связь между уровнем приверженности врачей к назначению мероприятий по ИОЖ и смертностью больных АГ данной группы ($r = -0,61$, $p < 0,05$). В ходе исследования при оценке клинической значимости у больных АГ ГВ было отмечено снижение относительного риска фатальных цереброваскулярных осложнений на 53,6% ($p < 0,05$), снижение фатальных кардиоваскулярных осложнений на 45,5% ($p < 0,05$).

Вывод: при назначении реабилитационных мероприятий при АГ врачами амбулаторной практики приоритет отдается медикаментозной терапии и меньшее значение мероприятиям по ИОЖ. Повышение приверженности врача к назначению мероприятий по ИОЖ снижает риск развития фатальных кардиоцеребральных осложнений у наблюдаемых им больных АГ.

ШПБ-7 СРАВНЕНИЕ КРАТКОСРОЧНОЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ДИЕТ НА ПОКАЗАТЕЛИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Корнеева О.Н., Драпкина О.М., Ивашкин В.Т.

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: изучить влияние краткосрочной и длительной диет на показатели абдоминального ожирения у больных с метаболическим синдромом

Материалы и методы: в исследование было включено 60 пациентов с метаболическим синдромом (МС) (IDF, 2005), из них 36 мужчин и 24 женщины в возрасте от 21 до 65 лет. ОТ(жен) составил $108,8 \pm 10,1$ см, ОТ(муж) $113,9 \pm 10,9$ см; ИМТ $33,4 \pm 4,9$ кг/м²; инсулинорезистентность (ИР) по методу НОМА = $5,82 \pm 3,64$. Пациенты в течение 3 нед придерживались гипокалорийной диеты в условиях стационара (суточный калораж 1800 ккал; жиры 20%, из них насыщенные жиры 10%; белки 205%; углеводы 60%, из них легкоусвояемые углеводы 10%), в дальнейшем диета соблюдалась ими самостоятельно 6 мес на основании разъясненных пациентам принципов гипокалорийной гипохолестериновой диеты.

Результаты: За период пребывания в клинике на фоне 3-недельной диеты у больных МС (и у мужчин и у женщин) статистически значимо снизились значения ИМТ, ОТ, ОТ/ОБ ($p < 0,0003$). Причем у мужчин показатели абдоминального ожирения (АО) (Δ ОТ (муж) = $4,38 \pm 1,7$ см, Δ ОТ/ОБ (муж) = $0,03 \pm 0,01$) снизились значительно в сравнении с женщинами (Δ ОТ (жен) = $3,7 \pm 2,0$ см, Δ ОТ/ОБ (жен) = $0,027 \pm 0,01$). В целом у больных МС более значимое снижение АО отмечалось при краткосрочной диете в клинике в сравнении с данными через 6 мес. У женщин через 6 мес прослеживается тенденция к снижению ОТ и соотношения ОТ/ОБ. У мужчин такой тенденции не отмечается, и даже выявлено статистически значимое увеличение ОТ через 6 мес в сравнении с ОТ при выписке из клиники ($p = 0,02$).

Выводы: Более статистически значимое снижение АО у больных МС отмечается при 3-недельной краткосрочной диете в сравнении с данными через 6 мес, что связано с недостаточным соблюдением больными с МС длительной диеты. Данная закономерность характерна в большей степени для мужчин, чем для женщин. Выявлены определенные половые различия в степени снижения выраженности АО: при краткосрочной диете ОТ и ОТ/ОБ значительно снижается у мужчин, через 6 мес из-за меньшей приверженности мужчин к длительному соблюдению диеты значимое снижение АО характерно для женщин.

ПШБ-8 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ДИЕТЕ И ЧАСТОТА НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Перчаткин В.А., Репин А.Н.

НИИ Кардиологии РАМН, Томск, Россия

Нарушения питания в значительной степени снижают эффективность лечебных мероприятий, увеличивают риск развития осложнений, отрицательно влияют на продолжительность пребывания больных в стационаре, ухудшают показатели летальности. Многие диетические рационы, разработанные в соответствии с современными требованиями, не всегда достаточно эффективны в профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Цель. Определение приверженности к гипохолестериновой диете и частоты нарушений пищевого поведения у пациентов с ССЗ.

Методы исследования. Обследовано 75 пациентов поступивших на стационарное лечение (из них 70% мужчин) в возрасте 61 ± 10 лет с ССЗ (95% с ИБС) и дислипидемией. Стаж ИБС – 5 ± 2 лет. Часть больных (15 человек или 20%) отказалась по тем или иным причинам от опроса. Пациенты тестировались по анкетам правильности питания (Д.М.Аронов, М.Г.Бубнова, 2008) и определения пищевого поведения (Т.Г.Вознесенская, 2004).

Полученные результаты. Обнаружено, что только 5% опрошенных соблюдают в полном объеме гипохолестериновую диету и 17% – совсем не придерживаются ограничений в питании. Остальные пациенты (78%) частично придерживаются диетических рекомендаций. Выявлено, что у 35% больных имеются те или иные нарушения пищевого поведения. Чаще всего встречается ограничительный тип – 20%. Экстернальный и эмоциональный типы пищевого поведения обнаружены у 7% и 8% пациентов соответственно.

Заключение. Соблюдение диетических рекомендаций у больных ИБС позволяет снизить содержание холестерина в крови на 6 – 20%. Кроме того, требуется не только скрупулезная работа над

рационом у всех пациентов с сердечно-сосудистой патологией, но и психотерапевтическая помощь у трети больных. С этими задачами успешно можно справиться только в школах здоровья.

ПШБ-9 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСЕЩАЮЩИХ ШКОЛУ ЗДОРОВЬЯ

Петрищева А.В., Корягина Н.А., Рязина И.Н., Петрищева Г.П.

ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: оценить возможность организации Школы Здоровья для пациентов в реальных условиях стационара; выявить мотивацию пациентов к улучшению знаний о своем заболевании, а также изучить параметры вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования: в течение 2007–2008 годов были проведены циклы занятий Школы для пациентов с ХСН, включающих 5 уроков в кардиологическом отделении ГКБ № 7 г. Перми. Количество посещенных уроков составило в среднем $3,17 \pm 1,27$. Методом случайной выборки из всех обучающихся в Школе Здоровья у 40 пациентов проводилась 24 часовая запись ЭКГ с последующим компьютерным анализом и оценкой симпатического и парасимпатического звеньев регуляции сердечной деятельности. Кроме того, пациенты были обследованы с целью выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с дополнительным проведением теста 6-минутной ходьбы, оценки психологического статуса с использованием анкет (госпитальная шкала оценки тревоги и депрессии (HADS), опросник депрессии Бека, Миннесотский опросник качества жизни больных с ХСН (MLHFQ)).

Результаты: средний возраст пациентов составил $58,65 \pm 6,8$ лет. Выявлены следующие факторы риска ССЗ: средние величины индекса массы тела – $28,69 \pm 4,32$, общего холестерина – $5,63 \pm 1,31$ ммоль/л превышали целевые значения. Дистанция при проведении теста 6-минутной ходьбы в среднем составила $426,17 \pm 88,43$ м, что соответствует I–II функциональному классу ХСН. Субклинические проявления депрессии обнаружены у 12 пациентов (34,2%). Очевидно, что повышенный уровень тревоги мог послужить поводом для посещения занятий в Школе. При анализе показателей ВРС у больных ХСН, посещающих Школу Здоровья, было выявлено снижение показателя SDNN, который составил $93,67 \pm 20,95$ мс. Показатели, характеризующие активность парасимпатической нервной системы – rMSSD, pNN50 $25,29 \pm 14,35$ мс и $17,86 \pm 9,34$ мс соответственно. Выявлена достоверная ($p < 0,05$) отрицательная корреляция между показателем SDNN и индексом массы тела, что говорит о влиянии факторов риска ССЗ на вегетативное обеспечение сердечной деятельности. Обратная взаимосвязь имеется между уровнем тревоги, депрессии и показателями парасимпатической активности ($p < 0,05$). Особое внимание следует обратить на отрицательную взаимосвязь показателя качества жизни и парасимпатического влияния ($p < 0,05$) что указывает на истощение резерва и дисбаланса вегетативного обеспечения всего организма.

Выводы: 1. Необходимо активно использовать стационарный этап лечения кардиологических больных для внедрения образовательных кардиологических программ с психологическим консультированием. 2. Адекватная коррекция выявленных изменений ВРС при ХСН может в значительной степени уменьшить риск развития осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

ПШБ-10 ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Схиртладзе М.Р., Дранкина О.М.

Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова

Цель исследования. Изучить особенности трофологического статуса у больных с хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. В исследование было включено 123

пациента с ХСН. Из них 38 больных с подтвержденным постинфарктным кардиосклерозом были распределены в группу ПИКС; 35 больных с артериальной гипертензией (АГ), сахарным диабетом (СД) и диастолической ХСН были объединены в группу АГ+СД; у 29 больных ХСН развилась в связи с ДКМП (группа ДКМП); в группу КП вошел 21 больной с клапанными пороками, преимущественно ревматической этиологии. Все больные до и после курса лечения проходили тщательное обследование, которое включало оценку трофологического статуса с использованием антропометрических и биоимпедансного метода, тест 6-ти минутной ходьбы ЭКГ, Эхо-КГ с оценкой диастолической функции, биохимический анализ крови. Больным с диагностированной сердечной кахексией назначалась нутритивная поддержка.

Полученные результаты. Снижение трофологического статуса наблюдается у 48% больных ХСН, из них у 23,6% – пониженное питание, у 13% – гипотрофия I степени, у 5,7% – гипотрофия II степени, у 5,7% – гипотрофия III степени. Состояние повышенного питания наблюдается у 12,2%, ожирение I степени – у 11,4%, ожирение II степени – у 5,7%, ожирение III степени – у 0,8%; ожирение IV степени – у 0,8%. Нормальный трофологический статус имеют только 17,9% больных ХСН. У больных ХСН на фоне АГ и СД выявляется диастолическая ХСН с сохранённой ФВ ЛЖ, для них характерны повышенное питание и ожирение. Больные с ДКМП и КП имеют наиболее выраженную степень гипотрофии; в среднем, ИМТ снижен до $19,6 \pm 4,0$ кг/м² и $20,1 \pm 3,8$ кг/м², объем

тали – до $67 \pm 6,1$ см и $69 \pm 4,3$ см, окружность мышц плеча – до $21 \pm 2,1$ см и $24 \pm 2,9$ см, окружность бедер до $89,1 \pm 2,6$ см и $90,1 \pm 3,1$ см, толщина кожно-жировой складки пупка до $1,9 \pm 0,5$ см и $2,0 \pm 0,4$ см, среднее содержание жира – до $20,2 \pm 1,4\%$ и $21,1 \pm 3,4\%$, соответственно для групп КП и ДКМП. Применение нутритивной поддержки у пациентов с сердечной кахексией статистически достоверно ($p < 0,01$) приводит к улучшению трофологического статуса, а именно увеличению следующих показателей: тошей массы тела (с $37,5 \pm 3,1$ кг до $49,1 \pm 3,2$ кг), среднего содержания жира (с $18,2 \pm 2,7\%$ до $24,2 \pm 2,9\%$), индекса массы тела (с $16,4 \pm 2,1$ кг/м² до $21,0 \pm 1,9$ кг/м²), толщины кожно-жировой складки на уровне пупка (с $1,1 \pm 0,7$ см до $2,1 \pm 0,3$ см), основного обмена (с 450 ± 59 ккал до 579 ± 36 ккал), трансферрина плазмы крови (с $1,9 \pm 1,0$ мг/дл до $3,4 \pm 0,5$ мг/дл), альбумина плазмы крови (с $33,1 \pm 2,4$ до $40,4 \pm 3,1$ г/л). Кроме того, применение нутритивной поддержки статистически достоверно ($p < 0,05$) приводит к уменьшению размеров левого предсердия (с $5,3 \pm 0,4$ см до $5,1 \pm 0,5$ см), росту фракции выброса ЛЖ (с $28 \pm 7,2\%$ до $38,9 \pm 4,1\%$), увеличению дистанции, пройденной во время теста 6-ти минутной ходьбы (с $72 \pm 7,2$ м до 252 ± 57 м) и снижению функционального класса ХСН.

Выводы. Больные ХСН характеризуются широким спектром нарушений трофологического статуса, его оценка дает важную клиническую информацию, позволяет оценить прогноз и правильно спланировать стратегию лечения.

ШВ. Вторичная профилактика. Медикаментозное лечение

ШВ-1 ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ОТ ЛИЧНОСТНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Андреева Г.Ф., Деев А.Д., Горбунов В.М.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва, Россия

Общезвестно, что психологические факторы взаимосвязаны с заболеваемостью, прогнозом и течением сердечно-сосудистых заболеваний. Цель нашего исследования было оценить взаимосвязь эффективности антигипертензивной терапии и особенностей психологического статуса больных с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Была проанализирована база данных, сформированная из нескольких исследований, которые проводились в нашем центре в последние годы. Протоколы исследований были сходны и включали результаты суточных мониторингов артериального давления (СМАД) 252 больных с АГ без серьезных сопутствующих заболеваний, требующих постоянной терапии. Для проведения СМАД использовались аппараты фирмы SpaceLabs 90207. После периода отмены препаратов больным дважды проводилось СМАД, затем в течение 2-3 месяцев проводился курс терапии антигипертензивными препаратами в среднетерапевтических дозах (амлодипином, дилтиаземом, метопрололом, бетаксололом, эналаприлом, моксонидином, лизиноприлом). При необходимости добавлялся диуретик, однако анализировались данные, полученные на фоне монотерапии. До начала лечения больные заполняли психологический опросник СМОЛ (сокращенная версия “Minnesota Multiphase Personality Inventory”). В конце курса антигипертензивной терапии вновь проводилось СМАД и заполнялся опросник СМОЛ. Эффективность терапии количественно оценивалась как разность между показателями СМАД до и после лечения. Для корреляционного анализа использовался коэффициент Спирмена с поправкой на возраст, пол и продолжительность АГ.

Результаты: Исходное среднее дневное систолическое АД (САД) больных, принимавших участие в исследовании, составило $141,1 \pm 11,5$, диастолическое АД (ДАД) – $89,2 \pm 9,8$ (мм рт.ст.).

Найдены следующие достоверные корреляционные связи (г) между величиной антигипертензивного эффекта и показателями, характеризующими психологический статус больных ($p < 0,05$): 1) отрицательные – с уровнем агрессивности, стремления к лидерству (показатели шкалы 6 – СМОЛ) (для суточного и ночного САД соответственно); 2) положительные – с уровнем оптимизма, жизненной активности (9 шкала СМОЛ) (для ночного ДАД). Таким образом, эффективность антигипертензивной терапии была взаимосвязана с показателями шкал 6 и 9 опросника СМОЛ (уровень агрессивности и уровень оптимизма, энергичности соответственно).

Выводы: Исходя из сказанного выше, высокий уровень оптимизма, энергичности, жизнерадостности повышают вероятность того, что антигипертензивная терапия может стать эффективной, напротив высокие показатели, характеризующие уровень агрессивности уменьшают такую вероятность.

ШВ-2 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Бедарева И.В., Чесникова А.И., Кошенская И.Н.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка влияния карведилола (Таллитона, EGIS) и биспролола (Конкор, NYCOMED) на показатели внутрисердечной гемодинамики у больных с артериальной гипертензией (АГ), перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Для реализации поставленных в работе задач было обследовано 48 пациентов с АГ, перенесших ИМ, из них 43,8% мужчины и 56,2% женщины. Средний возраст больных составил $59,06 \pm 1,7$ лет. Давность ИБС у обследованных была в среднем $5,51 \pm 3,9$ лет, давность ИМ $4,2 \pm 1,2$ года. Повторный ИМ в анамнезе был у 12,5% больных. Признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) отмечались в 95,8% случаев. Для сравнительной оценки влияния карведилола и биспролола на показатели внутрисердечной гемодинамики все больные методом случайного выбора были рандомизирова-

ны на две группы в зависимости от назначенного лечения: 1 группа – 23 пациента получали базисную терапию (аспирин, статин и ингибитор ангиотензин – превращающего фермента (ИАПФ)), а также карведилол. После завершения периода титрования средняя суточная доза карведилола составила 34,2 мг. Больные второй группы (25 человек), помимо базисной терапии (аспирин, статин, ИАПФ) получали бисопролол в средней дозе 7,75 мг в сутки. Исследование проводилось в течение 12 недель. Для выполнения поставленных в работе задач, наряду с клинико-лабораторными методами исследования, всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике на ультразвуковом аппарате Sonos-7500 (Philips, США) с использованием трансторакальных датчиков 3,5/5,0 МГц и одно-, двумерного доплеровского и цветного доплеровского режимов. Сравнительный анализ эхокардиографических показателей до и после лечения выявил, что в обеих группах на фоне терапии отмечалось достоверное снижение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ). Однако степень уменьшения этого показателя в сравниваемых группах больных достоверно не отличалась по критерию χ^2 . Что объясняется основным вкладом в регрессию гипертрофии миокарда ИАПФ. На фоне применения карведилола отмечалось статистически достоверное снижение конечного систолического объема (КСО) левого желудочка (ЛЖ) на 18,6%, чего не наблюдалось в группе бисопролола. Выявлены различия в показателях, характеризующих диастолическую функцию ЛЖ. В группе карведилола статистически достоверно увеличилась скорость раннего наполнения ЛЖ (VE МК) на 8,9%, а так же увеличился коэффициент VE/VA МК на 17,1%. Эти изменения свидетельствуют как об улучшении диастолической функции ЛЖ, так об улучшении структуры диастолы. В группе бисопролола наблюдалось снижение VE МК. Учитывая этот факт достоверное повышение отношения VE/VA МК на 8,0% у этой категории больных можно рассматривать как улучшение диастолической функции ЛЖ, с сохранением измененной структуры диастолы. Таким образом, следует отметить, что включение карведилола в схему терапии пациентов с АГ, перенесших ИМ более оправдано, так как он обеспечивает более выраженное улучшение структурно – функционального состояния миокарда.

ПШВ-3 РОЛЬ СОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ. (Когортное пилотное исследование)

Бритов А.Н., Погосова Н.В., Елисева Н.А., Деев А.Д., Карпова А.В., Сатунова И.Д.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва, Россия

Известна тесная ассоциация стресса с социальными и экономическими факторами. До сих пор отсутствуют некоторые научно-обоснованные подходы к возможности смягчения последствий стресса.

Цель. Изучить эффективность антистрессовой терапии среди пациентов с сердечно-сосудистыми проблемами, занимающих первое место среди причин смертности населения: артериальной гипертензии (АГ), которой страдают 40% людей и ишемической болезни сердца (ИБС), которой страдают около 30% взрослого населения страны.

Материал и методы. Из подвыборки московской популяции были выделены 2 группы пациентов по 30 человек в каждой (группа контроля и группа лиц для антистрессовой терапии, включающей адаптогены (настойку женьшеня или элеутерококка). По основным социально-экономическим и сердечно-сосудистым показателям группы были сопоставимы. Для диагностики стресса при обследовании использовались опросники: «Persieved Stress (PSS), HADS», качества жизни, качества здоровья, измерялось АД, ЧСС, рост, индекс массы тела, отношения окружности талии и бедер, а также «Пuls-антистресс», шкала «Волна эмоций» (в баллах) и методика активационной терапии – опросник 7-бальной самооценки состояния «Тест-Антистресс», по результатам которой назначалась терапия. В активационном

оздоровлении основной программой по оценке формирования антистрессорных реакций явился "Пuls-Антистресс", как первый этап доклинической диагностики (по вариабельности пульса), позволяющий определить адаптационный статус человека, уровни реактивности, состояние стресса, определить индекс напряженности (ИН) регуляторных систем организма (в норме ИН колеблется в пределах 80-150 условных единиц). Математическая, статистическая обработка полученных данных осуществлялась по системе SAS.

Результаты исследования. 1. Анализ адаптационного статуса: в группе вмешательства (В) выявлено достоверное снижение реакций стресса (-2,3 при $p < 0,0001$) и тренировки (-5,0 при $p < 0,0001$), что говорит о повышении резистентности организма в структуре неспецифической реакции стресса. В контрольной (К) же группе прослеживается тенденция к увеличению реакций стресса (+1,9 при $p > 0,05$) и достоверно увеличение тренировки (+2,4 при $p < 0,01$). 2. Анализ психо-эмоционального статуса: в группе (В) достоверно уменьшились по мере значимости: тревожность (-5,1 при $p < 0,0001$), агрессивность (-3,3 при $p < 0,001$), утомляемость (-2,8 при $p < 0,01$), угнетенность (-2,8 при $p < 0,01$), раздражительность (-2,3 при $p < 0,05$) и достоверно увеличилась активность (+3,6 при $p < 0,0001$). 3. Анализ эмоционального фона пациентов по шкале «Волна эмоций»: в группе (В) достоверно уменьшаются по мере значимости следующие эмоции: страх (-6,4 при $p < 0,0001$); гнев (-4,1 при $p < 0,0001$); печаль (-2,1 при $p < 0,005$). 4. Анализ тревожно-депрессивного состояния по шкале «HADS»: показал достоверное снижение состояния депрессии (-2,4 при $p < 0,01$) и недостоверное (+0,6) повышение уровня тревоги в группе (В). В группе (К) наблюдается тенденция к снижению состояния тревоги (-1,9 в диапазоне $0,1 > p > 0,05$) и недостоверное повышение уровня депрессивного состояния.

Выводы. Лица, получившие лечение, прочувствовали наступление общего и «внутреннего» успокоения, улучшения продолжительности и качества сна, у них уменьшилась раздражительность, уровень стресса, угнетенность, утомляемость, агрессивность. Динамика, зафиксированная с помощью психометрических шкал, выразилась в отчетливом улучшении настроения, снижении страха, печали, гнева, повышении уверенности в себе, активности, уменьшении тревожности и эмоциональной неустойчивости. Работа поддержана грантом РФФИ.

ПШВ-4 КОНТРОЛЬ РИТМА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОРАКСАНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Валикулова Ф.Ю., Фомин И.В., Мудрова Л.А., Иванченко Е.Ю.
ГОУ Ниж.ГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования – изучить контроль ритма при длительном применении Кораксана у больных ИБС и СД на фоне ранее назначенной стандартной терапии в реальной амбулаторной практике.

Материалы и методы: Диспансерная группа больных СД (713 человек), из которой отобраны пациенты ИБС и СД. В группе оказалось 64,7% пациентов. Из них выбраны 2 группы (ГР1 и ГР2) по 40 человек методом «закрытых конвертов». Данная выборка пациентов была схожа по полу, возрасту, исходной ЧСС, уровню АД, длительности ИБС и СД. Охват стандартной терапией в обеих группах не имел достоверных различий по частоте применения бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, диуретиков, антагонистов кальция, аспирина. Все пациенты обеих групп принимали сахароснижающие таблетированные препараты. В ГР1 титровались бета-блокаторы до оптимальной дозы. В ГР2 кроме стандартной терапии пациенты получали Кораксан с титрацией от 10 мг в сутки (58,3%) до 15 мг в сутки (41,7%). Статины получали в ГР1 только 20,7% и в ГР2 всего 28% пациентов. На начало исследования у пациентов определялись гемодинамические показатели (ЧСС, САД, ДАД), число приступов стенокардии (ЧПС) за сутки и за неделю. Вычислялась частота потребности в нитроглицерине (ЧПН) за сутки и за неделю, ежедневно заполнялись дневники самоконтроля ЧСС, САД, ДАД. Исследование продолжалось 12 месяцев и включало 11 визитов. Статистика: непараметрический тест χ^2 .

Полученные результаты: Анализировались данные суточного мониторирования ЭКГ (ХТ ЭКГ) на 1 визите через 14 дней и на 8 визите через 184 дня. Исходно, у пациентов средняя ЧСС была: в ГР1 88,5±12,0; в ГР2: 83,1±11,4 уд/мин. В течение 6 месяцев лечения отмечено недостоверное снижение среднего ЧСС днем в ГР1: 85,4±10,0 (p=0,26), в ГР2 достоверное урежение до 66,9±32,4 (p<0,01). Ночью средняя частота ритма была в ГР1: 68,4±9,3 уд/мин., что сравнимо с изучаемым показателем в ГР1: 71,5±13,0 уд/мин. (p=0,44). Достоверное снижение среднего показателя ЧСС ночью через 6 месяцев в ГР2 до 58,6±6,6 уд/мин. - 14,3% случаев (p=0,0008). В ГР1 ЧСС не изменилась и составила 72,4±9,5 уд/мин. ХТ ЭКГ показал, что на фоне приема Метапролола тартрата формируется синдром внутрисердечной отмены за счет прекращения его фармакологического действия в ранние утренние часы. Ни у одного пациента не было получено выраженной брадикардии ночью. Снижение ЧСС в ГР2 оказалось более выраженным и эффективным в ночное время, чем в дневное время. Максимальный пульс (Max.PS) при физической нагрузке (ФН) на 14 день был сравним в обеих группах: ГР1:147,6±14,7; ГР2: 141,3±20,0 уд/мин. В ГР1 через 6 мес. лечения Max PS на ФН составил 142±23,9 уд/мин. (p=0,48). В ГР2 составил 115±19,3 уд/мин и различия против показателя визита 1 оказались высоко достоверными (p=0,0006).

Выводы. 1. Длительное применение Кораксана в комбинации с бета-блокаторами у больных ИБС и СД достоверно снижает ЧСС как днем, так и ночью.

2. Снижение ритма при ФН у больных ИБС и СД при длительном применении комбинации Кораксана и бета-блокаторов предопределяет повышение толерантности к ней и улучшение качества жизни пациентов.

ШВ-5 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРИМЕНЕНИИ КОРАКСАНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Валикулова Ф.Ю., Фомин И.В., Бадина О.Ю., Шестаков А.Ф.
ГОУ Ниж.ГМА, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: проведение анализа динамики количества и продолжительности приступов стенокардии.

Материалы и методы: Диспансерная группа больных СД (713 человек), из которой отобраны пациенты ИБС и СД. В группе оказалось 64,7% пациентов. Из них выбраны 2 группы (ГР1 и ГР2) по 40 человек методом «закрытых конвертов». Данная выборка пациентов была схожа по полу, возрасту, исходной ЧСС, уровню АД, длительности ИБС и СД. Охват стандартной терапией в обеих группах не имел достоверных различий по частоте применения бета-блокаторов, ингибиторов АПФ, диуретиков, антагонистов кальция, аспирина. Все пациенты обеих групп принимали сахароснижающие таблетированные препараты. В ГР1 титровались бета-блокаторы до оптимальной дозы. В ГР2 кроме стандартной терапии пациенты получали Кораксан с титрацией от 10 мг в сутки (58,3%) до 15 мг в сутки (41,7%). Статины получали в ГР1 только 20,7% и в ГР2 всего 28% пациентов. На начало исследования у пациентов определялись гемодинамические показатели (ЧСС, САД, ДАД), число приступов стенокардии (ЧПС) за сутки и за неделю. Высчитывалась частота потребности в нитроглицерине (ЧПН) за сутки и за неделю, ежедневно заполнялись дневники самоконтроля ЧСС, САД, ДАД. Исследование продолжалось 12 месяцев и включало 11 визитов. Статистика: непараметрический тест χ^2 .

Полученные результаты: При анализе ЧПС было выявлено, что через 14 дней лечения их количество в ГР1 составило 4,6±6,7, а в ГР2 7,3±6,3 случаев (p=0,12). Через 6 месяцев лечения в ГР1 отмечено снижение ЧПС до 3,5±3,8 случаев (p=0,51). В ГР2 выявлено достоверное снижение ЧПС в течение 184 дней терапии до 0,33±0,76 случаев (p=0,0002). Это подтверждает эффективность влияния бета-блокаторов на приступы стенокардии, за счет повышения толерантности к ФН. В ГР2, получающих комбинацию бета-блокатора с Кораксаном, отмечается достоверное снижение ЧПС против тактики монотерапии бета-блокаторами (p=0,0003) в пользу ГР2. Рассматривая вопрос о продолжительности одного приступа стено-

кардии, отметим, что в ГР1 через 6 месяцев различий не было выявлено. Снижение продолжительности одного приступа произошло с 2,2±2,7 мин. до 1,8±1,3 мин. (p=0,54). В ГР2 выявлены достоверные различия с 3,08±2,08 до 0,33±0,86 мин. (p=0,0001). При сравнении обеих групп на начало терапии достоверных различий в отношении продолжительности приступа стенокардии не было выявлено ГР1 2,2±2,7 мин., ГР2 3,08±2,08 мин. (p=0,16). Через 6 месяцев лечения наблюдаются достоверные различия продолжительности изучаемого показателя (p=0,0003) в пользу ГР2. Длительность приступа стенокардии в ГР2 была менее 1-ой минуты.

Выводы: 1. Применение Кораксана и бета-адреноблокаторов у больных ИБС и СД в амбулаторной практике приводит к достоверному снижению частоты и длительности приступов стенокардии.

2. Комбинация двух препаратов у пациентов ИБС и СД приводит к значительному антиишемическому эффекту, что проявляется снижением продолжительности каждого приступа стенокардии.

ШВ-6 СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ТЕРАПИИ

Володина О.В.

ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия

Цель работы – изучить влияние применения комплексного метода в лечении мужчин с гипертонической болезнью (ГБ) и расстройствами адаптации (РА) на субъективную оценку тяжести заболевания.

Материалы и методы: в кардиологическом отделении на базе ВОКБ №1 было обследовано 93 мужчины с ГБ I-II стадии со степенью АГ 1-3, риском ССО не более 3, недостаточностью кровообращения не более НША, в возрасте от 30 до 60 лет, имевших РА с повышенным уровнем тревоги, без сопутствующих соматических и неврологических заболеваний, с применением клинико-психопатологического, психометрического (шкала общего клинического впечатления CGI), а также статистико-математического методов.

Результаты: пациентов разделили на две группы, 1-я группа (70 человек) помимо медикаментозной терапии ГБ в течение 10 дней получала курс комплексного психофизиотерапевтического воздействия (психотерапевтическая составляющая и физиотерапевтическая с применением авторского способа лечения ГБ, использующего локальное воздействие отрицательным давлением на барорецепторы каротидного синуса), 2-я – контрольная (23 человека) получала только медикаментозную терапию (с применением транквилизаторов). В результате изучения динамики субъективной оценки тяжести заболевания пациентами в процессе терапии (шкала CGI) в 1 группе было установлено, что отмечавшееся исходно небольшое количество пациентов с «очень тяжелой» (2,86%) степенью выраженности заболевания полностью сократилось к 14 дню терапии, «тяжелая» и «серьезная» степень выраженности заболевания снизились в 2 раза (с 5,71 до 2,86% и с 11,43 до 5,71% соответственно), а распространенность «средней» степени тяжести уменьшилась в процессе терапии более чем 2,5 раза (с 52,86% до 20,0%). Таким образом, по окончании терапии в 1 группе пациентов отмечалось преобладание пациентов с «лёгкой» степенью, практически в три раза увеличилась численность пациентов, считавших своё состояние «пограничным» (с 7,14 до 20,0%), а также появились пациенты с «отсутствием» заболевания (7,14%). Оценка динамики показателей эффективности терапии шкалы CGI во 2 группе показала следующие результаты: количество пациентов с «очень тяжелой» (4,35%) степенью выраженности заболевания по прошествии 2 недель терапии осталось на прежнем уровне, «серьезная» степень выраженности снизилась в 3 раза (с 13,04 до 4,35%), число пациентов со «средней» степенью тяжести практически не изменилось (немного уменьшилось с 56,52% до 52,17%), в полтора раза увеличилась численность пациентов с «лёгкой» степенью (с 21,74% до 34,78%), при этом количество пациентов с «пограничным» состоянием не изменилось (4,35%), а пациентов с «отсутствием» заболевания в ходе проводимого лечения так и не появилось. Указанные изменения показателя были статистически значимыми (p<0,05).

Выводы: применение комплексного метода в лечении мужчин с ГБ и РА позволяет существенно улучшить субъективную оценку тяжести заболевания, что делает его важным звеном в стационарном лечении ГБ.

ПШВ-7 НОВЫЕ МЕТОДЫ В КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

Володина О.В.

ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия

Цель работы – изучить возможности усовершенствования лечебно-профилактических мероприятий у кардиологических больных на стационарном и амбулаторном этапах.

Материалы и методы: в кардиологическом отделении ВОКБ №1 было обследовано 2 группы больных мужского пола в возрасте от 30 до 60 лет: I-я: 93 пациента с гипертонической болезнью (ГБ) I-II стадии со степенью АГ 1-3, риском ССО не более 3, НК не более НПА, II-я – 105 пациентов со стабильной стенокардией напряжения ФК I-III, НК не более НПА, кроме того, обе группы имели расстройства адаптации (РА), а также не обладали сопутствующими соматическими и неврологическими заболеваниями. Применены клинико-психопатологический, психометрический, статистико-математический и методы функциональной диагностики.

Результаты: пациентов обеих групп разделили на две подгруппы, I-я подгруппа I группы (70 человек) помимо медикаментозной терапии ГБ получала курс комплексного воздействия (психотерапевтическая составляющая и физиотерапевтическая с применением способа лечения ГБ, использующего воздействие локальным отрицательным давлением (ЛОД) на барорецепторы каротидного синуса), 2-я подгруппа – контрольная (23 человека) – только медикаментозную терапию (с применением транквилизаторов); I-я подгруппа II-й группы (55 человек) помимо медикаментозной терапии ИБС получала курс комплексного воздействия (психотерапевтическая составляющая и физиотерапевтическая с применением способа лечения ИБС, использующего воздействие ЛОД на паравerteбральные точки на уровне С2-С7 и D1-D6), 2-я подгруппа – контрольная (50 человек) – только медикаментозную терапию (с применением транквилизаторов). Длительность курса во всех группах – 10 процедур ежедневно. Проведение полного курса установило, что наилучшие результаты (эффективность выше практически в 2 раза: у больных ИБС 70% и 29%, ГБ – 71% и 44% соответственно) были в группах получавших курс комплексного воздействия. У больных ИБС уменьшилось суточное количество эпизодов загрудинных болей и увеличились интенсивность и объём физической нагрузки, снизились ФК, у больных ГБ субъективное уменьшение клинической симптоматики ГБ подтверждалось выраженным и стабильным снижением АД, в этих же группах более быстро и эффективно редуцировалась симптоматика РА. Всем пациентам обеих групп были назначены повторные консультации и профилактические курсы через 3 и 6 месяцев. По данным исследований, проведённых через 3 и 6 месяцев, было установлено, что более чем у половины пациентов I-х подгрупп I и II групп отмечалось стабильное сохранение достигнутых в процессе лечения результатов, а проведение повторных курсов обеспечивало не только их закрепление, но и в ряде случаев дальнейшую положительную динамику кардиологического заболевания.

Выводы: высокая эффективность применения как в лечебных, так и в профилактических целях комплексного воздействия позволяет рекомендовать его для повышения качества лечебно-профилактических мероприятий у кардиологических больных на стационарном и амбулаторном этапах.

ПШВ-8 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОСТРОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ ГЛЮКОЗАМИНИЛМУРАМИЛДИПЕПТИДА

Гайсина Э.Ш., Дударев М.В., Чучкова Н.Н., Обухова Е.В.

ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Целью данного исследования явилось изучение влияния глюкозаминилмурамилдипептида (ГМДП), («Ликолипид») на

показатели липидного обмена и острой фазы воспаления у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 105 пациентов ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III функциональных классов (ФК). Сформировано две группы пациентов, сопоставимые по возрасту, полу, длительности заболевания, ФК стабильной стенокардии. I группа (61 пациент) – пожилого возраста ($67,50 \pm 0,71$ лет) со стабильной стенокардией напряжения, в комплексное лечение которых включен ГМДП в дозировке 1 мг/сут. в течение 10 дней. 2 группа (44 пациента) – больные ИБС пожилого возраста ($69,02 \pm 0,99$ лет), стабильной стенокардией напряжения, получавшие базисную терапию ИБС. Для оценки наличия и выраженности воспалительной реакции исследовались уровень С-реактивного белка (СРБ), сывороточного неоптерина (методом ИФА). Концентрации общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови определяли ферментативным методом на анализаторе FR-901. Липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА) вычислялся на основе формул.

Результаты. При исследовании показателей воспалительной реакции выявлено: повышенный уровень СРБ имели 30,90% пациентов I группы, 43,24% больных 2 группы. У больных ИБС пожилого возраста определяется высокий уровень неоптерина $16,91 \pm 2,03$ нмоль/л (условно здоровые лица – $6,56 \pm 0,46$ нмоль/л). У больных 2 группы содержание СРБ в крови не менялось (до лечения – $20,25 \pm 3,14$ мг/л; после – $20,40 \pm 3,79$ мг/л); добавление в комплексное лечение ГМДП вызвало снижение СРБ до $15,00 \pm 1,38$ мг/л, $p < 0,1$ (до лечения $19,76 \pm 2,99$ мг/л) и неоптерина до $13,50 \pm 2,47$ нмоль/л ($p < 0,1$). Уровни ОХ, ТГ в обеих группах в ходе лечения не претерпели достоверных изменений. Содержание ЛПНП увеличилось на фоне традиционной терапии ИБС до $3,62 \pm 0,26$ ммоль/л (до лечения – $2,95 \pm 0,19$ ммоль/л), $p < 0,05$; и было достоверно выше по сравнению с результатами лечения в группе наблюдений ($3,15 \pm 0,16$ ммоль/л, $p < 0,05$). Уровень ЛПВП в I группе имел тенденцию к снижению (до лечения – $1,39 \pm 0,12$ ммоль/л; после лечения – $1,17 \pm 0,06$ ммоль/л, $p < 0,1$); во 2 группе увеличился до $1,27 \pm 0,05$ ммоль/л, $p < 0,1$. КА в динамике снизился в I группе и составил $3,28 \pm 0,17$, (до лечения $3,19 \pm 0,14$) $p < 0,05$ и был выше по сравнению с данным показателем во 2 группе: $3,91 \pm 0,27$ (до лечения: $2,98 \pm 0,18$), $p < 0,01$.

Выводы. Высокий уровень ОХ и его атерогенных фракций оказывает иммунодепрессивный эффект, увеличивает системную воспалительную реакцию, что было подтверждено и в нашем исследовании: выявлена прямая корреляционная взаимосвязь уровня неоптерина с содержанием СРБ ($r = 0,21$, $p = 0,4$); ОХС ($r = 0,30$, $p = 0,25$), ЛПНП ($r = 0,31$, $p = 0,2$). Включение в комплексную терапию стабильной стенокардии курса иммуномодулятора привело к снижению СРБ, неоптерина (т.е. уменьшается клеточный иммунный ответ).

ПШВ-9 КЛОПИДОГРЕЛЬ ПРОТИВ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ ВО ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гринштейн Ю.И., Савченко Е.А., Филоненко И.В., Гринштейн И.Ю., Савченко А.А.

ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия; Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия; Сибирский федеральный университет, Красноярск, Россия

Цель. Изучить влияние клопидогреля по сравнению с ацетилсалициловой кислотой на сосудисто-тромбоцитарный и коагуляционный гемостаз, а также установить частоту лабораторной резистентности к этим препаратам и 3-х месячный прогноз у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) после аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Материал и методы. У 94 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 72 лет с ИБС и исходно повышенной по сравнению с контролем агрегацией тромбоцитов с АДФ 5мМ и адреналином 10 мкг мл была выполнена рандомизация для терапии клопидогрелем (зилт-КРКА) в дозе 75 мг/сутки ($n=44$) или ацетилсалициловой кислотой

в дозе 75-100 мг/сутки (n=50). У всех больных до АКШ, а также на 12-14 сутки и через 3 месяца после АКШ определялись показатели сосудисто-тромбоцитарного и коагуляционного гемостаза. В процессе трехмесячного наблюдения за пациентами оценивали частоту нежелательных коронарных событий и осложнения терапии.

Результаты. Установлено, что на 12-14 сутки и спустя 3 месяца терапии клопидогрелем у 100% пациентов с ИБС после АКШ достигается достоверное понижение интенсивности АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов. Лабораторной резистентности к клопидогрелю не установлено. Отсутствуют коронарные события (нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда) и смертельные исходы на терапии клопидогрелем за период наблюдения. На терапии ацетилсалициловой кислотой у 24% (n=12) пациентов АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов через 12-14 дней и 3 месяца оставалась высокой (резистентные к ацетилсалициловой кислоте), а у 76% (n=38) понижалась в три раза (чувствительные к ацетилсалициловой кислоте). У 1 пациента с лабораторной резистентностью к ацетилсалициловой кислоте на втором месяце наблюдения развился острый инфаркт миокарда обусловленный окклюзией артерии – венозного шунта и подтвержденный шунтографией. Больших или малых кровотечений, аллергических реакций на терапии клопидогрелем в суточной дозе 75мг или ацетилсалициловой кислотой в суточной дозе 75-100мг зарегистрировано не было.

Заключение. На терапии клопидогрелем (зилтом) по сравнению с ацетилсалициловой кислотой не выявляется случаев лабораторной резистентности к препарату у пациентов с ИБС после АКШ, а прогноз в отношении сердечно-сосудистых событий более благоприятный.

ШВ-10 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Давыдов Е.Л.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия

Цель исследования: оценка приверженности к лечению артериальной гипертонии (АГ) средней и тяжелой степеней у больных пожилого и старческого возраста.

В исследование были включены 137 больных АГ II–IV степени (по рекомендациям ВНОК–2008, ESH/ESC–2007), 58 мужчин и 79 женщин соответственно. Средний возраст участников исследования составил 69,8 года. Из них пациенты от 60 до 74 лет – 79 человек (по классификации ВОЗ – пожилые больные) – 57,7%, пациенты старческого возраста (от 75 до 84 лет) – 51 больной (37,2%), пациентов от 85 лет и старше – долгожители – 7 человек (5,1%). Средний стаж болезни составил 14,7 года. Все пациенты заполняли специально разработанную и адаптированную анкету, а также оценивали проводилась оценка их комплаентности по общепринятой методике Мориски-Грина.

Только 43,2% больных постоянно соблюдают предписанную терапию, при этом основная часть таких пациентов приходится на пациентов пожилого возраста – 78,2%. Установлено, что 45,1% больных – самостоятельно изменяли предписанную дозу антигипертензивных ЛС полностью или частично, 31,8% пациентов – периодически прекращали прием ЛС, а 30,3% – полностью отказывались от приема ЛС (при этом не было особых различий в группах больных пожилого и старческого возраста – характерным являлось лишь объяснение причины такого поведения; так пациенты пожилого возраста среди причин чаще называли отсутствие эффекта и побочное действие ЛС (68,3%) – кашель, отеки, бради-, тахикардию и т.д., а больные старческого возраста чаще называли социально-финансовые причины, такие как: отсутствие ЛС в аптеках (65,3%), исключение ЛС из «разрешительных» списков (56,5%), отказ от набора социальных услуг – НСУ (22,4%).

Среди причин полного или частичного отказа от приема антигипертензивных ЛС также назвали назначение большого количества ЛС, по данным фармакоэпидемиологического анализа амбулаторных карт пациентов, включенных в исследование, количество антигипертензивных препаратов составляло 3,8 у пациентов пожилого возраста, 4,9 – старческого, 5,1 – у долго-

жителей, однако общее количество всех назначенных ЛС специалистами всех врачебных специальностей составляло 6,4; 7,7 и 7,1 соответственно. Среди других причин отказа от приема ЛС 31,7% пациентов отметили трудности в подготовке ЛС к приему, т.е. это были те пациенты, у кого наряду с АГ имелась и сопутствующая патология, среди данной группы преобладали пациенты старческого возраста и долгожители; в 7,3% случаев – причиной было названо плохое качество оформления упаковки ЛС.

Таким образом, у пациентов артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста отмечается достаточно низкая приверженность к лечению, которая увеличивается с возрастом больных. Целесообразна разработка рекомендаций на основе приверженности к лечению пациентов различных групп по организации их лекарственного обеспечения.

ШВ-11 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА РАЗЛИЧНЫХ ЛЬГОТНЫХ КАТЕГОРИЙ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Давыдов Е.Л., Харьков Е.И.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия.

Цель исследования: оценка комплаентности у больных артериальной гипертонией (АГ) средней и тяжелой степеней пожилого и старческого возраста.

В исследование были включены 137 больных АГ II–IV степени (по рекомендациям ВНОК–2008, ESH/ESC–2007), 58 мужчин и 79 женщин соответственно. Средний возраст участников исследования составил 69,8 года. Из них пациенты от 60 до 74 лет – 79 человек (по классификации ВОЗ – пожилые больные) – 57,7%, пациенты старческого возраста (от 75 до 84 лет) – 51 больной (37,2%), пациентов от 85 лет и старше – долгожители – 7 человек (5,1%). Средний стаж болезни составил 14,7 года. Все пациенты заполняли специально разработанную и адаптированную анкету, а также оценивали проводилась оценка их комплаентности по общепринятой методике Мориски-Грина.

В исследованной популяции ежедневно измеряли АД только 34,7% обследованных, при этом пациенты старческого возраста были более комплаентны, по сравнению с лицами пожилого возраста, 49,4% и 24,6% соответственно, только 44,2% обследованных пациентов имели тонометры. Посещение «Школы больных с АГ» осуществляли 32,4% (еще 7 пациентов посещали «Школы больных с ИБС или сердечной недостаточностью»). Отмечено, что количество пациентов в группах пожилого и старческого возраста, проходивших обучение в школах было примерно одинаково, однако в группе пожилых пациентов преобладали лица в возрасте 70 лет и старше, что вероятно связано с трудовой активностью более молодых пациентов.

Также была проведена оценка комплаентности по методике Мориски-Грина. Причем обследованные пациенты были разделены не только по возрастным критериям, но и по наличию права на льготное получение ЛС (федеральная, региональная льгота и т.д.). Наименее комплаентными оказались лица старческого возраста, имеющими право на федеральные льготы. Так комплаентность у пациентов данной группы оказалась ниже на 21,6%, чем у пациентов данной возрастной группы не имеющих федеральных льгот, и на 43,4% чем у пациентов пожилого возраста не имеющих федеральных льгот. Это можно объяснить тем, что пациенты данной льготной категории испытывают периодические перебои в получении ЛС, они вынуждены принимать ЛС не очень высокого качества, пациентам в аптеках дают различные торговые наименования одного ЛС, не всегда сопоставимые по своей биоэквивалентности друг с другом, полное отсутствие оригинальных антигипертензивных ЛС в списке ДЛО.

Таким образом, у пациентов пожилого и старческого возраста отмечается достаточно низкая комплаентность, увеличивающаяся с возрастом больных. Включение пациентов в список получателей НСУ (ДЛО) значительно уменьшает следование врачебным рекомендациям. Целесообразна разработка рекомендаций на основе комплаентности пациентов различных групп по организации их лекарственного обеспечения.

ШВ-12 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА

Джанания П.Х., Потешкина Н.Г., Аракелян М.С., Могутова П.А.
ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Как показывают результаты контролируемых исследований у больных с устойчивой формой фибрилляции предсердий (ФП) в течение 1 года синусовый ритм (СР) сохранялся в 50% случаев на фоне антиаритмической терапии (ААТ) независимо от использования препарата.

Цель: у больных артериальной гипертензией (АГ) оценить предикторы рецидивирования ФП после восстановления СР.

Методы исследования: обследовано 26 пациентов с АГ 1-3 степени, I-II стадии, средний возраст $54,3 \pm 7,93$ года. С целью исключения ИБС всем пациентам проведена велоэргометрия и длительное мониторирование ЭКГ по Холтеру. СР восстановлен медикаментозно (кордарон, $n=20$) и электроимпульсной терапией (ЭИТ, $n=6$). У всех больных через 6 часов после ЭИТ отрицательный результат тропинового теста. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от получаемой ААТ: группа I (кордарон, $n=14$); группа II (бета-блокаторы, $n=12$). Исходно и через 6 месяцев оценивались анамнез, антигипертензивная терапия (АГТ) и ААТ, повторное ЭхоКГ.

Результаты: всего у 16 пациентов на фоне адекватной АГТ (целевое АД 140/90 мм рт.ст.) и ААТ зарегистрированы повторные пароксизмы ФП. В группе I рецидивы ФП зарегистрированы у 10 пациентов (71,4%), в группе II – у 6 пациентов (50 %).

При сравнении данных ЭхоКГ получено, что величина левого предсердия (ЛП), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса ММЛЖ достоверно больше у больных группы I по сравнению с группой II: ЛП группа I $4,19 \pm 0,46$ см, ЛП группа II $3,91 \pm 0,15$ см ($p=0,05$); ММЛЖ группа I $248,9 \pm 47,57$ г, ММЛЖ группа II $222,55 \pm 49,16$ г ($p=0,05$); ИММЛЖ группа I $119,97 \pm 18,73$ г/см², ИММЛЖ группа II $109,3 \pm 20,1$ г/см² ($p=0,05$).

У больных с медикаментозной кардиоверсией получена достоверная положительная корреляционная связь между рецидивами ФП и дилатацией ЛП ($r=0,504$; $p=0,0032$), а также с ММЛЖ ($r=0,48$; $p=0,0045$). У больных с ЭИТ получена достоверная корреляция между размерами ЛП ($r=0,632$; $p=0,0086$), МЖП ($r=0,81$; $p=0,0001$), задней стенки ЛЖ ($r=0,5$; $p=0,0486$) и рецидивами ФП.

Выводы: предикторами рецидивирования ФП после восстановления СР являются дилатация ЛП, гипертрофия ЛЖ вне зависимости от способа восстановления СР и проводимой ААТ.

ШВ-13 РАМИПРИЛ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РИМС)

Драпкина О.М., Ашихмин Я.И.

Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: показать эффективность применения иАПФ рамиприла (Амприлана) в лечении пациентов очень высокого риска (SCORE > 15 %) с артериальной гипертензией (АГ), метаболическим синдромом (МС) и диастолической дисфункцией с сохраненной фракцией выброса за пределами антигипертензивного действия.

Методы исследования: рандомизированное контролируемое открытое проспективное клиническое исследование. В исследование включили 60 пациентов старше 40 лет с артериальной гипертензией очень высокого риска, метаболическим синдромом и выраженной диастолической дисфункцией миокарда. Лица с абсолютными показаниями к приему ингибиторов АПФ были исключены из исследования. Включенных пациентов рандомизировали в группы «стандартной» терапии (включавшей блокаторы кальциевых каналов и бета-блокаторы) и стандартной терапии + рамиприл 5–10 мг в сутки. До рандомизации и спустя 3 месяца после курса лечения тщательно анализировалась клиническая картина, ЭКГ, качество жизни по опроснику SF-36, пара-

метры Эхо-КГ, включая оценку диастолической функции и скорости проведения по предсердиям (совмещенный анализ ЭКГ и тканевого доплера), а также эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) по данным манжеточной пробы.

Полученные результаты. В обеих группах не было зарегистрировано серьезных побочных эффектов и сердечно-сосудистых катастроф. Все больные достигли целевых цифр АД (<130 и 80 мм рт.ст.). Клинически, применение рамиприла ассоциировалось с уменьшением тяжести одышки и усталости. В группе рамиприла, в сравнении с группой контроля, отмечалось статистически достоверное улучшение диастолической функции (изменение E/A от 10,2 до 3,1 $p<0,05$, против с 10,0 до 9,5, N/S, в группе контроля), уменьшение объема левого предсердия (с 75,1 мл до 46 мл против с 76,2 мл до 59 мл, в группе контроля, для различий между группами $p<0,05$) и уменьшение массы миокарда. Отметим, что степень одышки больных прямо коррелировала с продолжительностью и скоростью потока Аг на легочных венах. ЭЗВД достоверно улучшилась в группе рамиприла (+ 15 % против + 5 %, $p<0,05$). Время проведения по предсердиям снизилось только в группе рамиприла (с 263 мс до 236 мс, $p<0,05$, против с 265 мс до 273 в группе контроля, N/S), что, возможно, раскрывает один из механизмов защиты ингибиторов АПФ против наджелудочковых тахикардий. Применение рамиприла приводило к более значительному росту качества жизни больных, по данным SF-36. Функциональная активность возросла с 67,1 пункта до 88,4 в группе рамиприла и до 72,5 в группе контроля; уровень общего здоровья увеличился с 50,2 до 75,2 (рамиприл) и до 67,3 (контроль); социальная активность возросла с 60,1 до 83,7 (амиприл) и 75,2 (контроль), $p<0,05$.

Выводы. Применение рамиприла у больных очень высокого риска с сочетанием АГ, МС и диастолической дисфункции приводит к статистически достоверному улучшению состояния, выражающемуся в снижении степени гипертрофии ЛЖ, уменьшении размеров предсердий и времени проведения по предсердиям; улучшении диастолического расслабления миокарда, функции эндотелия, а также качества жизни больных.

ШВ-14 ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ КАК ПРИЧИНА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Драпкина О.М., Корнеева О.Н., Ивашкин В.Т.

Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) частый врожденный порок сердца. Длительное отсутствие проявлений обуславливает позднюю диагностику ДМПП лишь на стадии осложненной – фибрилляции предсердий (ФП), легочной гипертензии, ПЖ недостаточности, парадоксальной эмболии.

Больная К., 61 года, поступила в клинику с жалобами на приступы аритмичных сердцебиений, возникающих каждые 3 нед без видимых причин, сопровождающиеся одышкой, купирующиеся самопроизвольно, повышение АД до 150 и 100 мм рт.ст. С 38 лет отмечает редкие подъемы АД, регулярно не лечилась. Вела активный образ жизни. В 58 лет впервые возник пароксизм ФП. Диагностирована ИБС, ГБ, первичный гипотиреоз (компенсация на фоне L-тироксина). ЭхоКГ не проводилась. В дальнейшем пароксизмы ФП участились. Объективно: Состояние средней тяжести. ИМТ 24 кг/м². В легких хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, фибрилляция предсердий, ЧСС 110 в мин, дефицит пульса 10 в мин. АД 110 и 80 мм рт.ст. ЭКГ при поступлении – ФП с ЧСС 70-110 в мин, признаки неполной блокады ПНПГ, гипертрофия ПЖ. У больной причинами ФП могли служить как ИБС, ГБ, так и патология щитовидной железы, однако ЭКГ данные (наличие БПНПГ и гипертрофии ПЖ) не являлись типичными для вышеуказанных состояний, что требовало более детального изучения причин ФП. ЭКГ в динамике – синусовый ритм, ЧСС 62 в мин, АВ блокада 1 ст, признаки дилатации левого и правого предсердий. Аускультативно на фоне синусового ритма и нормокардии отмечался систолический шум вдоль

левого края грудины с эпицентром во II межреберье слева. ЭхоКГ: КДР ЛЖ 4,2 см, ЛП 3,5 см, ФВ 60%, МЖП 1,0 см, повышение СДЛА до 38 мм рт.ст. расширение ПЖ до 4,1 см и ПП 5,7*5,0 см, в средней трети МПП наличие ДМПП 2,0 см с признаками значимого сброса крови слева направо, Qpult /Qsyst=1,52. Клинический диагноз: Сочетанные заболевания: ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Врожденный порок сердца: вторичный ДМПП. Фоновое заболевание: ГБ II ст, очень высокого риска. Атеросклероз аорты, коронарных, мозговых артерий. Атеросклеротический кардиосклероз. Гиперлипидемия. Осложнения: Нарушение ритма и проводимости сердца: пароксизмы фибрилляции предсердий, неполная блокада ПНПГ. Сопутствующие заболевания: Хронический аутоиммунный тиреоидит. Первичный гипотиреоз, медикаментозная компенсация. На фоне лечения (аспирин, лизиноприл, симвастатин, конкор) состояние улучшилось, пароксизмы ФП не рецидивировали. В дальнейшем пациентке показано хирургическое закрытие ДМПП. Таким образом, ДМПП может до позднего возраста оставаться незамеченным, клинический дебют часто связан с развитием предсердных аритмий в пожилом возрасте.

ШВ-15 ДЕПРЕССИВНО-КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Дроздецкий С.И., Кучин К.В., Тюрев М.С., Каржавина Б.Р., Прапорщикова Н.Ф., Жарикова Е.В., Макаров В.Н.

Медицинский факультет Института ФСБ России, Нижний Новгород, Россия

Цель: определить роль блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА) (эпросартан) в профилактике когнитивных нарушений у больных артериальной гипертензией (АГ) и оценить возможность коррекции познавательной функции, а также улучшения качества жизни у данных пациентов.

Материалы и методы: в пилотном проекте группе больных АГ II–III стадии – 27 человек (средний возраст 69,2 года) было проведено анкетирование по мини-тесту статуса умственных способностей (MMSE), тесту решения каждодневных задач (ТРКЗ), ишемической шкале Хачински и геритрической шкале депрессии (ГШД). При рандомизации была сформирована группа лечения (с блокадой ангиотензина II эпросартаном) и группа сравнения. Через 6 месяцев терапии пациенты были повторно проанкетированы. Статистическая обработка проводилась с помощью программ MS Excel, Primer of Biostatistics.

Результаты: изначально было выявлено нарушение когнитивных функций у 100% больных АГ. Сосудистая причина когнитивных нарушений зарегистрирована в 71% случаев. После проведенной в течение 6 месяцев терапии в группе эпросартана отмечена стабилизация состояния по ГШД по сравнению с группой контроля, что проявляется в профилактике новых случаев депрессии. В группе контроля прослеживается тенденция увеличения частоты случаев депрессии с 30% до 60% и увеличение среднего балла с 5,3 до 6,0 балла по ГШД (норма до 5). Напротив в группе лечения средний балл нормализовался и составил 4,0 после лечения. Применение терапии эпросартаном в группе лечения привело к улучшению умственных способностей больных: отмечено увеличение среднего балла MMSE с 23,3 до 25,3 балла. В группе сравнения MMSE в конце 6 мес. составил лишь 24,4 балла (норма 30). Средний балл по ТРКЗ увеличился с 26,2 до 26,3 балла в группе эпросартана и снизился с 26,3 до 26,0 в группе сравнения (норма 29). Отклик на лечение составил 51,8%.

Выводы: в исследуемой когорте больных АГ в группе лечения на фоне терапии эпросартаном зарегистрировано улучшение когнитивных способностей и качества жизни, а также положительная динамика в профилактике депрессивных состояний у больных с сосудистой причиной деменции. 6-месячная терапия на основе эпросартана (теветен) выявила тенденцию к улучшению познавательной функции и качества жизни у больных АГ в сравнении со схемой лечения без включения БРА.

ШВ-16 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Зиньковская Т.М., Акулова Е.С.

Пермская государственная медицинская академия им.ак. Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Целью исследования явилось изучение качества жизни (КЖ) больных ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией до и после полугодового приема β -адреноблокаторов разной растворимости.

Для оценки качества жизни была использована методика оценки КЖ больных при сердечно-сосудистых заболеваниях и анкета «Шкала клинического состояния». Воспроизводимость – 2-х кратное заполнение опросника больными. Надежность-вероятность отклонения случайной ошибки при использовании методики.

Под наблюдением находилось 80 человек с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия. Все пациенты были разделены на 3 группы. 1-я группа 40 человек, из них 21 мужчин и 19 женщин, средний возраст $57,1 \pm 6,8$ года. 2-я группа 20 человек (14 мужчин и 6 женщин), средний возраст $58,8 \pm 11,1$ года. 3-я группа- 20 человек (12 мужчин и 8 женщин), средний возраст $58,4 \pm 7,2$ года. Больные 1-й группы получали липо-гидрофильный бисопролол. 2-й группы – гидрофильный – атенолол, 3-й группы – липофильный метопролол.

Больные всех групп получали базисную терапию – кардиомагнил 75мг и эналаприл (ренитек) 5мг в сутки.

За время наблюдения среднее число баллов, свидетельствующих об уменьшении клинических проявлений ИБС, изменилось по «Шкале оценки клинического состояния»: в 1-й группе снизилось с 8,00 до 5,36, во 2-й группе – с 7,00 до 6,16, в 3-й группе – с 6,00 до 4,80 баллов. Наибольшее уменьшение наблюдалось в 1-й группе- на 33% ($p=0,001$), во 2-й группе уменьшение составило 12% ($p=0,05$), в 3-й группе – 20% ($p=0,01$).

При методике субъективной оценки КЖ больного более высокий балл свидетельствует о более высокой оценке КЖ больными сердечно-сосудистыми заболеваниями. Сумма баллов, отражающих КЖ повысилась в 1-й группе на 36,5% ($p=0,01$), в группе больных, принимающих атенолол – на 25% ($p=0,03$), в группе больных, использующих метопролол, на 25,5% ($p=0,03$). Отмечена прямая зависимость между степенью повышения КЖ больного, частотой приступов и тяжестью стенокардии. В течение 6-ти месячного наблюдения отмечено наименьшее число госпитализаций в группе больных, получавших бисопролол, за то время госпитализированы в 1-й группе 1 больной (2,5%), во 2-й группе – 7 человек (35,0%), в 3-й группе – 5 человек (25,0%). Отсутствовали значимые изменения в сфере социальных взаимоотношений. Частота психических нарушений в группах больных, получавших метопролол и бисопролол, снизилась за счет уменьшения выраженности тревожного и кардиофобического синдромов при некотором усилении астенических и депрессивных переживаний. Суммарный показатель КЖ до лечения был снижен, в основном, за счет переживаний, связанных с необходимостью лечиться, увеличения ограничений на работе и повседневной активности, снижением доходов. После лечения суммарный показатель КЖ повысился, но отмечено достоверное усиление переживаний, связанных с ограничением или запретом курения, необходимостью постоянного лечения, ограничениями в проведении досуга. У больных, принимавших бисопролол и метопролол, достоверно уменьшились депрессия и ситуативная тревожность.

ШВ-17 ПРИМЕНЕНИЕ ТИАНЕПТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С КОМОРБИДНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Колтунов И.Е., Погосова Г.В., Аушева А.К.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москва, Россия

Депрессия ухудшает течение ишемической болезни сердца (ИБС), затрудняет ее лечение и повышает риск повторных коронарных катастроф и коронарной смерти.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность тиапептина в отношении депрессивной симптоматики, показателей физической работоспособности и качества жизни больных со стабильной ИБС.

Материалы и методы: в исследование включены 40 больных ИБС (20 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 36 до 72 лет со стенокардией напряжения II – III функционального класса, имевших коморбидную депрессию. Больные были рандомизированы на 2 группы: контрольную и основную. Больным основной группы в дополнение к базисной терапии назначался тиапептин в фиксированной суточной дозе 37,5 мг (1 таблетка 3 раза в сутки) в течение 6 недель. Пациенты контрольной группы продолжали получать базисную терапию. Состояние больных изучали исходно (Д-0), через 2 нед (Д-14) и 6 нед (Д-42) от начала исследования. Для верификации депрессии и динамического наблюдения использовался Опросник Бека (Beck Depression Inventory – BDI). Депрессию диагностировали при суммарном балле BDI 19 баллов и более и наличии клинических признаков депрессии в соответствии с критериями МКБ-10. Показатели физической работоспособности изучали по данным нагрузочной пробы на велоэргометре, качество жизни больных – с помощью методики «Качество жизни» (исходно и на 42-й день наблюдения).

Результаты: установлена значительная антидепрессивная эффективность тиапептина: суммарный балл BDI в основной группе снизился с $24,9 \pm 1,2$ до $11,9 \pm 1,5$ (на 52%; $p < 0,001$). Клинически это выразилось в повышении настроения, эмоциональной устойчивости больных, нормализации сна, увеличении работоспособности, общей активности пациентов. Полная редукция депрессивной симптоматики (менее 19 баллов BDI) отмечалась у 82% больных основной группы. За период исследования в контрольной группе достоверной динамики психологического состояния пациентов не было. Отмечено улучшение клинического состояния больных: уменьшение числа и выраженность кардиалгий, лучший контроль уровня АД у больных с сопутствующей артериальной гипертонией (систолическое АД снизилось со $137,4 \pm 3,3$ до $129,0 \pm 1,1$ мм рт.ст. ($-9,0 \pm 1,3$; $p < 0,01$), диастолическое – с $94,5 \pm 3,3$, до $83,3 \pm 2,2$ мм рт.ст. ($-11,3 \pm 2,7$; $p < 0,01$), а также увеличение продолжительности выполнения нагрузки по данным нагрузочной пробы (на $3,3 \pm 0,9$ мин; $p < 0,05$) в основной группе.

Суммарный показатель качества жизни достоверно увеличился на $2,6 \pm 0,9$ балла ($p < 0,01$). В контрольной группе существенной динамики ни по одному из изученных показателей не было зафиксировано.

Таким образом, при лечении коаксилон в дозе 37,5 мг/сут больных ИБС с коморбидной депрессией получен выраженный антидепрессивный эффект, более эффективный контроль уровня АД у больных с сопутствующей артериальной гипертонией, положительная динамика некоторых результатов нагрузочной пробы, сопровождающиеся повышением показателей качества жизни больных.

IIIВ-18 ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ В СОЧЕТАНИИ С ИМПЛАНТАЦИЕЙ ЭКСТРАКАРДИАЛЬНОГО СЕТЧАТОГО КАРКАСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ БЕРЕМЕННЫХ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Корнеева О.Н., Дранкина О.М., Ивашкин В.Т., Коротеев А.В.*
Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Москва, Россия; *Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Покровского РАМН, Москва, Россия

ДКМП беременных встречается крайне редко (1 на 10 000 беременностей). Успешное лечение ДКМП беременных возможно при сочетании лекарственной терапии и операции имплантации экстракардиального сетчатого каркаса (ЭКСК). Больная Б., 29 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, одышку в покое, усиливающуюся при малых физических нагрузках, отеки голеней и стоп, увеличение живота, учащенное сердцебиение, приступы ночного удушья. Больна около 1 года, когда на 6 месяце беременности появились отеки голеней, одыш-

ка, к врачам не обращалась, считая эти проявления признаками беременности. Связи с инфекциями не отмечала. На 10 месяце беременности проведено оперативное родоразрешение (здоровая девочка). После родов пациентка практически постоянно лечилась в стационарах по поводу сердечной недостаточности. Объективно: Состояние тяжелое. Ортопноэ. Цианоз губ. Отеки голеней и стоп. В легких влажные хрипы в нижних отделах, ЧДД 28 в мин. Кардиомегалия. Тоны сердца приглушены, ритм «галопа», акцент и расщепление 2 тона над легочным стволом, ЧСС 120 в мин, АД 95/60 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита, печень + 13 см. Тест 6-минутной ходьбы – 25 м. При обследовании – гипохромная анемия (Hb 108 г/л, Цв.П 0,7), гипоальбуминемия до 3,1 г/дл; ЭКГ: синусовая тахикардия, перегрузка предсердий и ЛЖ; Рентгенография грудной клетки: КТИ = 65%, Объем сердца: 226% от нормы. УЗИ б/п: в брюшной, правой плевральной полости, малом тазу – жидкость, гепатомегалия, увеличение нижней полой и воротной вен. ЭхоКГ: КДР 6,8 см, КСР 6,4 см, КДО 227 мл, КСО 190 мл, ФВ 18%, МР 2-3 ст, СДЛА 58 мм рт.ст. Диагноз: ДКМП. ХСН II Б ст, IV ФК-НУНА. Железодефицитная анемия. Назначалась диуретическая терапия (верошпирон, лазикс), престариум, конкор, альбумин, поляризующая смесь с дигоксинном, ферроплекс. На фоне лечения значительно уменьшился отечный синдром, сердцебиения, но одышка и приступы удушья сохранялись. Требовалось оперативное вмешательство. В РНЦХ РАМН большой проведена операция имплантации ЭКСК. Через 3 недели после операции: одышка, слабость не беспокоят, нет отеков голеней. Тест 6-минутной ходьбы – 360 м. КТИ снизился с 65 до 57%. При ЭхоКГ уменьшение объемов ЛЖ и улучшение его насосной функции: КДО 196 мл, КСО 134 мл, ФВ 31%, МР 0-1 ст, СДЛА 34 мм рт.ст. Таким образом, совместное применение медикаментозной терапии и имплантации ЭКСК при ДКМП беременных препятствует прогрессированию дилатации полостей сердца и позволяет компенсировать ХСН.

IIIВ-19 ПАРАМЕТРЫ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ВОЗМОЖНОСТИ ЦИТОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Корягина Н.А., Василец Л.М., Шапошникова А.И.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Целью исследования явилось изучение дисфункции эндотелия и параметров вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных ишемической болезнью с желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) и оценка влияния цитопротектора.

Методы исследования: сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали на ультразвуковом аппарате «ENVISOR» (фирма «Phillips» Япония) линейным датчиком 5,5-7,5 МГц по методике Celemajer и соавторов с помощью пробы с реактивной гиперемией (ПРГ), т.е. мы исследовали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД). Также проводилась 24 часовая запись ЭКГ с последующим компьютерным анализом и оценкой симпатического и парасимпатического звеньев регуляции сердечной деятельности. Программа лечения включала кардиопротектор милдронат (Латвия), назначенный открытым контролируемым способом в течение 7 дней 1000 мг в/в капельно, затем 500 мг в сутки без применения плацебо.

Результаты. Обследовано 40 больных ИБС с ЖЭ II-III градацией по Лаун. Исходный диаметр плечевой артерии в покое составил в среднем $0,42 \pm 0,068$ см. На фоне реактивной гиперемии он увеличился до $0,46 \pm 0,057$ см, т.е. на $0,04 \pm 0,009$ см. Показатель прироста диаметра артерии на эндотелийзависимый стимул (ЭЗВД), выраженный в процентах к исходному диаметру, был снижен и составил $4,1 \pm 4,7\%$. У 20% пациентов больных при проведении пробы с реактивной гиперемией определялась парадоксальная вазоконстрикторная реакция. У более 50% больных диаметр во время реактивной гиперемии увеличивался менее чем на 10%, нами была выявлена сосудодвигательная дисфункция, зависящая от эндотелия. Также при статистическом

анализе найдена отрицательная взаимосвязь показателя ЭЗВД с возрастом пациентов ($r=-0,57$, $p<0,0001$). Реакция артерии на фоне ПРГ коррелировала с показателями ВРС, а именно SDNN ($r=0,41$, $p<0,0001$) и pNN50% ($r=0,53$, $p<0,0001$). Следует отметить, что имелась обратная корреляция со спектральным показателем LF, отвечающего за активацию СНС, ($r=-0,62$, $p<0,0001$). После комплексной терапии анализ сосудодвигательной функции плечевой артерии на фоне ПРГ в основной группе выявил значительное уменьшение частоты вазоконстрикторных парадоксальных ответов у 8 человек (18%) до 4 человек (11%) в процессе лечения. Число пациентов с недостаточной ЭЗВД также достоверно снизилось с 19 человек (59%) до 9 человек (32%). Нормальная функция была у 8 чел.(23%), после кардиопротекторной терапии у 20 человек (59%). Т.е. произошло увеличение пациентов с нормальной функцией в 3 раза. В группе сравнения достоверного уменьшения частота вазоконстрикторных парадоксальных ответов выявлено не было.

Выводы. У больных ИБС с нарушениями ритма имеется нарушение сосудодвигательной функции эндотелия, что проявляется малой степенью вазодилатации и высокой частотой вазоконстрикторных реакций плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией плечевой артерии, при этом имеется связь с активацией симпатической нервной системы и снижением общей вариабельности сердечного ритма. Нами обнаружено корректирующее влияние милдроната на функциональное состояние эндотелия сосудов, при наличии его дисфункции, что в условиях проведения базисной и антиаритмической терапии повышает эффективность лечения пациентов ИБС с желудочковой экстрасистолией.

ШВ-20 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ В-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛАССОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ В ХОДЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСТИНФАРКТНОГО ГЕНЕЗА

Ларина Ю.В., Некрутенко Л.А., Туев А.В., Агафонов А.В.

ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: в сравнительном аспекте изучить влияние карведилола и метопролола тартрата на состояние основных звеньев системы гемостаза у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) постинфарктного генеза в ходе программной терапии. Обозначить частоту возникновения тромбозов глубоких вен (ТГВ) на амбулаторном этапе лечения у больных ХСН без дополнительных факторов риска развития венозных тромбозов.

Материалы и методы: обследовано 60 человек в возрасте $60,58\pm 8,16$ лет с ХСН II и III ФК. Давность ХСН – $5,17\pm 4,83$ лет. Терапия в основной группе ($n=30$) включала ингибитор АПФ, спиронолактон, салуретик, сердечные гликозиды (по показаниям) и β -адреноблокатор – карведилол ("Макиз-фарма", Россия), а в группе сравнения ($n=30$) – метопролола тартрат. Все исследуемые пациенты получали статины и аспирин в средней дозе $94,17\pm 16,19$ мг в день. Дозы иАПФ, диуретиков, статинов в группах наблюдения были эквивалентны. Доза карведилола в конце наблюдения достигла $44,17\pm 7,86$ мг в день, а метопролола – $110,0\pm 39,17$ мг. Показатели системы гемостаза оценивались с помощью коагулометра ACL-7000 и функциональными методами, наличие ТГВ верифицировалось методом дуплексного сканирования в динамике до и после 4 месяцев лечения. При выявлении ТГВ больному проводилась скинтиграфия легких («Макротех», Тс99m) для исключения тромбоемболии ветвей легочной артерии (ТЭЛА). Нормальные показатели гемостаза представили 50 практически здоровых, средний возраст которых – $32,2\pm 1,7$ года.

Результаты: на стационарном этапе лабораторная тромбофилия верифицирована у всех больных ХСН со значимым различием от таковых у практически здоровых ($p=0,000$). Корреляционный анализ показал наличие достоверных протромбогенных взаимоотношений и повышенный риск тромбообразования. Через 4 месяца лечения достигнуты положительные сдвиги в системе гемостаза в обеих груп-

пах, но в когорте карведилола достоверно лучше показатели антикоагуляционного и фибринолитического звеньев: на 39,68% уменьшилась концентрация растворимых комплексов мономеров фибрина, уровни антитромбина III и плазминогена достоверно увеличились (4,48% и 5,94% соответственно); зафиксировано укорочение времени базального XII-калликреин-зависимого лизиса на 15,76%. В 1 случае выявлен бессимптомный ТГВ голени без развития ТЭЛА у больной ХСН III ФК, получающей метопролол. После лечения актуальные показатели гемостаза значений практически здоровых не достигли.

Выводы: несмотря на лабораторную тромбофилию, адекватное программное лечение больных ХСН постинфарктного генеза II и III ФК на амбулаторном этапе практически не сопровождается формированием тромботических осложнений. Вероятно, за счет дополнительной блокады $\alpha 1$ -рецепторов и антиоксидантных свойств карведилола у больных, получающих данный препарат, констатирована более существенная оптимизация системы гемостаза.

ШВ-21 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСТИНФАРКТНОГО ПЕРИОДА ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СЕРТРАЛИНА

Лебедева Н.Б., Ваховская И.М., Васильева В.В., Барбараш О.Л.

ГУ ВПО Кемеровская медицинская академия, Кемерово, Россия; НИИ КПССЗ СО РАМН, Кемерово, Россия

Предполагают, что своевременное и эффективное лечение депрессии при инфаркте миокарда (ИМ) будет способствовать снижению риска последующих кардиоваскулярных событий.

Цель исследования: оценить влияние терапии сертралином у пациентов с ОИМ на уровни депрессии, воспалительных маркеров и течение постинфарктного периода.

Материал и методы: 106 пациентов с Q-образующим ИМ, средний возраст – $61,4\pm 1,6$ года. Клинический статус оценивался традиционно, уровень депрессии оценивался по шкале Цунга, уровни провоспалительных цитокинов ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО, ИНФ изучались методом твердофазного ИФА. Пациенты обследовались в остром периоде ИМ, через месяц и год после ОИМ. Из них 44 пациента с баллом депрессии более 40 были рандомизированы на две группы: 20 пациентов, которые получали с начала госпитализации и в течение 2 мес. сертралин в дозе 50 мг составили группу воздействия, и 24 пациента, сертралин не получавших, составили группу сравнения. Исходно группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести ИМ, средним баллам депрессии и сопутствующей терапии. Через год оценивалась комбинированная конечная точка (прогрессирование стенокардии + повторная госпитализация + реинфаркт).

Результаты: исходно уровни провоспалительных маркеров были выше у больных с более высоким баллом депрессии независимо от тяжести ИМ. Достоверные различия были отмечены в отношении средних концентраций СРБ ($13,86\pm 8,6$ и $6,4\pm 4,4$, $p=0,001$), ИЛ-8 ($104,54\pm 14,9$ и $43,83\pm 12,2$, $p=0,009$), ИЛ-1 β ($72,23\pm 13$ и $49,46\pm 7,7$, $p=0,09$), ИНФ- γ ($52,76\pm 7,5$ и $23,75\pm 7,2$, $p=0,02$), что свидетельствует о большей напряженности воспалительных процессов у пациентов с признаками депрессии. В группах воздействия и контроля, где все пациенты имели балл депрессии выше 40, достоверных различий в уровнях провоспалительных цитокинов на первом этапе обследования (до назначения сертралина) получено не было. Однако через месяц в группе лечения сертралином достоверно уменьшились не только средний балл депрессии, но и уровни ИЛ-6, ИЛ-8, ИНФ, чего в группе сравнения не произошло. Так, уровень СРБ в два раза ($p=0,013$), ИЛ-1 β с $99,6\pm 3,4$ до $59,5\pm 3,8$ ($p=0,001$), ИЛ-8 с $81,8\pm 3,8$ до $62,4\pm 3,2$ ($p=0,06$), ИНФ- γ с $55,68\pm 1,2$ до $43,5\pm 3,4$, ($p=0,002$), средний балл депрессии уменьшился с $46,8\pm 1,4$ до $32,3\pm 1,6$, ($p<0,001$). В группе воздействия к году наблюдения все пациенты были живы, в контрольной группе случилось две сердечных смерти. Комбинированная конечная точка (прогрессирование стенокардии + повторная госпитализация+реинфаркт) в группе воздействия зарегистрирована у 2 пациентов (10%), в контрольной группе – у 8 пациентов (33,3%), $p=0,06$.

Вывод: назначение сертралина в остром периоде ИМ сопровождается снижением уровня провоспалительных цитокинов и благоприятно влияет на годовой прогноз ИМ.

ШВ-22 К ВОПРОСУ О ТЕРАПИИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ ИБС

Лебедева Е.В., Сергиенко Н.Т.*, Репин А.Н.*

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск, Россия;
*НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

В открытом клиническом исследовании получены данные об эффективности и безопасности СИОЗС флувоксамина (Феварин®) у пациентов с аффективными расстройствами и хронической ИБС.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности флувоксамина в отношении аффективных расстройств (ФЗ) у пациентов хронической ИБС для оказания психиатрической помощи врачами общей практики.

Материалы и методы. Объект исследования – пациенты, госпитализированные в отделение реабилитации с хронической ИБС, имеющие сочетанные аффективные расстройства и получавшие в условиях информированного согласия терапию флувоксамином (n=31). Отбор пациентов и изучение их психического состояния производились с помощью опросников: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), самоопросников депрессии Бека и тревоги Шихана, шкалы депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), шкалы тревоги Гамильтона (HARS), шкалы глобального клинического впечатления (CGI), шкалы оценки побочных эффектов (УКУ). Диагноз верифицировался психиатром клинически по критериям МКБ-10. Состояние пациентов оценивалось до и после лечения.

Результаты исследования. Пациентам было назначено лечение флувоксамином (средняя длительность лечения 3 месяца). Соотношение мужчин и женщин – 2:1. Средний возраст больных ИБС 56,1±9,5. По шкале CGI преобладали пациенты с умеренно выраженными психическими нарушениями – 72,9%. Средний балл до начала терапии по самоопроснику депрессии Бека составил 26,6±0,9, тревоги Шихана – 51,2±2,1, по шкале социального функционирования 29,6±0,8, по шкале MADRS – 20,1±0,7 балла, по шкале HARS – 21,4±0,9 балла.

Клиническая систематизация аффективных расстройств позволила выделить: однократный депрессивный эпизод 32,6% (n=10), рекуррентные депрессии 9,7% (n=3), биполярное аффективное расстройство 6,5% (n=2), дистимию 51,6% (n=16). Следует отметить высокую частоту встречаемости атипичных депрессий, проявляющихся сонливостью, утомляемостью, переходящей «свинцовой» тяжестью в конечностях, гиперфагией и снижением настроения, особенно во второй половине дня. Меланхолическая депрессия менее характерна.

Флувоксамин достоверно приводил к редукции как тревожных (21,4±0,9 vs 9,1±1,1; p<0,01), так и депрессивных проявлений (20,1±0,7 vs 10,4±0,9; p<0,05). Респондерами оказались 66,7% (n=18) пациентов. Побочные эффекты: тошнота 12,9% (n=4), сонливость 9,6% (n=3) были слабо выражены и прекращались на второй неделе. У 4 пациентов антидепрессанты были отменены из-за боли в животе 3,2% (n=1), усиления болей за грудиной 6,4% (n=2), хотя связь с приемом флувоксамина неоднозначна, т.к. использовалось более 9 препаратов для лечения основного заболевания. У одного пациента наблюдалась инверсия аффекта и развернутые судорожные припадки, что также стало причиной отмены препарата.

Заключение. Эффективность и безопасность флувоксамина (Феварин®) в отношении аффективных расстройств у пациентов хронической ИБС позволяет осуществлять терапию этих заболеваний и улучшать качество жизни пациентов, особенно в условиях междисциплинарного подхода к реабилитации.

ШВ-23 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лебедева Е.В., Сергиенко Н.Т.*, Репин А.Н.*

НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск, Россия;
*НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Актуальность. Расстройства настроения коррелируют с более тяжелым течением и увеличением смертности от ИБС, снижением качества жизни пациентов и сложностью курабельности для врача.

Цель. Оценить частоту и степень выраженности тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у пациентов с ИБС, а также определить эффективность и безопасность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) при лечении этих мультифакториальных заболеваний врачами-непсихиатрами.

Материалы и методы. Обследовано 305 пациентов, страдающих ИБС, получающих лечение в отделении реабилитации НИИК СО РАМН. Из них 221 мужчина и 84 женщины. Средний возраст больных ИБС 59,2±10,3 лет. Для скрининга ТДР все пациенты при поступлении заполняли госпитальную шкалу самооценки тревоги и депрессии (HADS) и шкалу самооценки социальной адаптации. При наличии клинически выраженной депрессии (по данным опросников) пациенты были проконсультированы психиатром.

Результаты исследования. У пациентов ИБС частота встречаемости тревоги по шкале HADS составила 49,6%, а депрессии – 41,6%. Средний балл по шкале социальной адаптации 34,9±7,2. Частота встречаемости ТДР у стационарной группы пациентов с ишемической болезнью сердца (в том числе ПИКС) 42,6% (n=130). Соотношение мужчин и женщин – 8:5. Клиническая систематизация ТДР позволила выделить: расстройства адаптации 36,9% (n=48), текущий депрессивный эпизод 20% (n=26), рекуррентные депрессии 2,3% (n=3), биполярное аффективное расстройство 1,5% (n=2), дистимию 28,5% (n=37), органическое тревожное расстройство 4,6% (n=6), органическое расстройство настроения 6,2% (n=8). Их возникновение представляется связанным с тяжестью общего состояния, коронарным стажем, наличием оперативных вмешательств на сердце, высокой частотой сопутствующих соматических заболеваний, психосоциальными стрессорами. Конституционально-биологические, личностные и психосоциальные факторы определяют клинический полиморфизм ТДР у пациентов ИБС. По показаниям пациентам назначались СИОЗС (циталопрам, флуоксетин, пароксетин, флувоксамин). Частота активного отказа от лечения психотропными средствами составила 9,2% (n=12). Среди других СИОЗС чаще назначался флувоксамин (Феварин®) (50-150 мг/сут) в связи с его высокой эффективностью в отношении тревожных депрессий и инсомнии, безопасностью, небольшим спектром лекарственного взаимодействия, а также экономической выгодой. СИОЗС хорошо переносились пациентами. Из побочных эффектов отмечены: тошнота (16,5%), боли в животе (3,3%), головная боль (9,9%), сонливость (3,3%), сексуальные дисфункции (19,8%), боли в сердце (3,3%). Респондирование отмечено в 72% случаев. У 97% пациентов при терапии ТДР не отмечалось ухудшения показателей сердечно-сосудистой системы.

Заключение. Получены данные об эффективности и безопасности СИОЗС при лечении тревожно-депрессивных расстройств у пациентов хронической ИБС, что позволяет врачам-кардиологам самостоятельно назначать эти препараты, и лишь в сложных случаях направлять пациентов на консультацию психиатра.

ШВ-24 ТИРЕОТОКСИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПУТИ ИХ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Лейнова Е.В., Хохлов А.Л., Буйдина Т.А.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль ОАО «РЖД», эндокринологическое отделение, Ярославль, Россия; Ярославская государственная медицинская академия, кафедра клинической фармакологии, Ярославль, Россия

До сих пор не разработаны диагностические критерии тиреотоксической кардиомиопатии (ТКМП), нет данных по эпидемиологии и закономерностях ее распространения и течения. ТКМП – поражение ССС, возникающее при избытке тиреоидных гормонов (ТГ), приводящее к различным нарушениям сердечного ритма (НРС) и развитию ХСН.

Цель работы. Определение некоторых факторов, приводящих к ТКМП, нахождение способов их устранения и лечения. Материалы и методы. А-часть исследования – ретроспективное, 162 пациента – 42 муж. (25,9%), 120 ж (74,1%); возраст 56 л [41;65]. Пациенты А-исследования были объединены в три группы: 1 – отсутствие клинических и инструмен-

тальных признаков ТКМП; 2 – бессимптомная дисфункция миокарда (по данным УЗИ сердца); 3 – различные НРС, клинические и УЗИ-признаки ХСН 2-3 ФК NYHA. В-часть – проспективное в течение 12 мес., 68 пациентов: 1 гр. – 32 чел., 2 гр. – 36 чел. с признаками ТКМП. По уровню АД обе группы были сопоставимы (до 140/90 мм рт. ст.). Среди больных 1 гр. – у 46,9% отмечена синусовая тахикардия (СТ), фибрилляция предсердий (ФП) – у 53,1%; 2 гр. – СТ – 44,4%, ФП – 55,6%. 1 гр. – 46,9% имели ХСН 1ФК NYHA, 53,1% – 2ФК NYHA; 2 гр. – 44,4% 1ФК NYHA, 50% – 2ФК NYHA, 5,6% – 3 ФК NYHA. Пациенты обеих групп получали тиреостатическую терапию, в течение 12 месяцев были в эутиреоидном состоянии; пациентам 2 гр. кроме кардиоселективных β-блокаторов дополнительно назначались ИАПФ (при непереносимости АРА-II). Критическое значение уровня значимости (p) принималось <0,05, использовались χ², критерий Манна-Уитни. Результаты. При сравнении групп статистически значимыми факторами явились период от манифестации Т до выявления и лечения (более 1,5 лет); неадекватность лечения (98% пациентов имели ТТГ ниже нижней границы референсного значения); мужской пол (недостаточно, нуждается в дальнейшем изучении). В-исследование: через 12 месяцев наблюдения в 1 гр. – восстановление синусового ритма у 17,6%, во 2 гр. – у 35%. В 1 гр. у 31,3% не обнаружены проявления ХСН, у 46,8% – 1ФК NYHA, у 21,9 – 2ФК NYHA. Во 2 гр. у 33,3% – не обнаружены проявления ХСН, у 52,8% – 1ФК NYHA, у 13,9% – 2ФК NYHA.

Вывод. Более раннее выявление Т – один из факторов предупреждения развития ТКМП (пациентам, обращающимся к кардиологам, определение функционального состояния ЩЖ). Пациенты, получающие консервативное лечение по поводу Т, должны иметь эутиреоидный статус (нормальные уровни св.Т₃, св.Т₄, ТТГ, определяемые каждые 2-3 месяца). Добавление в схему лечения симптоматической кардиальной терапии ИАПФ (при непереносимости АРА-II) позволяет улучшить течение, а в некоторых случаях и добиться обратного развития ТКМП.

ШВ-25 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Лилеева Е.Г., Хохлов А.Л.

Научно-практический центр клинической фармакологии Ярославской государственной медицинской академии, Ярославль, Россия

Известно, что наиболее затратной статьёй расходов при лечении артериальной гипертонии является лечение ее осложнений, самым частым из которых является гипертонический криз (ГК). Высокий процент ГК, прежде всего, связан с отсутствием адекватной антигипертензивной терапии и ответственного самолечения пациентов. Применение обучающих программ на этапе скорой медицинской помощи позволит снизить число вызовов по поводу ГК и увеличит клинко-экономическую эффективность лечения таких больных.

Цель исследования: оценить клинко-экономическую эффективность лечения гипертонических кризов на догоспитальном этапе на основании комплексного фармакоэкономического анализа.

Материалы и методы: Результаты исследования основаны на данных комплексного обследования и анализа карт вызовов скорой медицинской помощи (СМП): 400 больных АГ I-III степени, риска 1-4 (по классификации ВОЗ/МОАГ 2004), гипертонический криз (осложненный и неосложненный – по классификации JNS VII, 2003): ретроспективной (300 пациентов – группа А) и проспективной популяции (100 пациентов – группа Б). В выделенных группах был проведен клинко-экономический анализ эффективности лечения ГК: анализ «стоимость-эффективность», анализ «стоимость-полезность» в зависимости от соответствия стандартам лечения.

Результаты и их обсуждение: Врачами бригад СМП в ретроспективной группе (группа А), в основном, использова-

лись для лечения гипертонических кризов малоэффективные комбинации препаратов (дибазол, сернокислая магнезия, мочегонные, анальгин, клофелин, спазмолитики и седативные), а пероральные антигипертензивные препараты применялись лишь в 23% случаев. Для купирования кризов в проспективной группе (группа Б) врачами СМП, в большинстве случаев (в 52%), использовались таблетированные антигипертензивные препараты (каптоприл, метопролол, нифедипин). Результат анализа карт вызовов показал, что более высокое соответствие стандартам лечения было получено в группе Б (где лечили согласно стандартам ННПОСМП), что связано с большим использованием пероральных АГП на догоспитальном этапе.

По данным анализа «затраты-эффективность» и «затраты-полезность», у пациентов с гипертоническими кризами с точки зрения антигипертензивной эффективности наиболее предпочтительной является терапия пероральными АГП: в большей степени каптоприлом и метопрололом, в меньшей нифедипином. Затраты на единицу эффективности (по достижению целевого АД) при использовании каптоприла составили 0,035 р., нифедипина – 0,2 р., метопролол – 0,017 р., дибазола – 0,23 р., клонидина – 1,89 р., сернокислой магнезии – 1,14 р., фуросемида – 0,22. С экономической точки зрения применение пероральных антигипертензивных препаратов более выгодно (особенно каптоприла и метопролола), к тому же наибольшее количество повторных вызовов и побочных эффектов после применения инъекционных АГП, в конечном итоге приводит к значительному увеличению затрат на лечение. Наиболее экономически приемлемым с учетом коэффициента «затраты/полезность» по 100-мм. шкале является метопролол, на втором месте – каптоприл, наименее выгодно применение клофелина и сернокислой магнезии.

Выводы: По данным клинко-экономического анализа (анализа «стоимость-эффективность», «стоимость-полезность») наиболее экономически выгодным у пациентов с гипертоническими кризами является применение пероральных антигипертензивных препаратов: в большей степени каптоприла и метопролола, в меньшей нифедипина. Назначение метопролола и каптоприла экономически приемлемо для адекватного снижения АД на догоспитальном этапе.

ШВ-26 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ПРОВЕДЕНИЯ В ПЕРИОД ОСТРОГО НИЖНЕГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Лукьянова И.Ю.

СПб МАПО, кафедра «Неотложной медицины», Санкт-Петербург, Россия

Нижний инфаркт миокарда часто вызван окклюзией правой коронарной артерии и может осложняться нарушением атриовентрикулярного проведения. В этом случае, изменения электрофизиологических свойств атриовентрикулярного соединения, приводят к снижению точки Венкебаха. В свою очередь, если функция синусового узла остается сохраненной, то на фоне повышения активности симпатической нервной системы происходит повышение его автоматической активности. Результатом этого является увеличение количества импульсов, генерируемое синусовым узлом, которое значительно превышает точку Венкебаха атриовентрикулярного соединения и вызывает задержку проведения импульсов от предсердий к желудочкам. С учетом данного механизма развития нарушений атриовентрикулярного проведения, нами предлагается способ их устранения, в основе которого лежит подавление автоматической активности синусового узла до достижения частоты импульсов ниже точки Венкебаха.

Цель работы. Устранение нарушений атриовентрикулярной проводимости у больных в острый период нижнего инфаркта миокарда.

Материалы и методы. В исследование были включены

больные с острым нижним инфарктом миокарда, осложненным атриовентрикулярными блокадами II-III степени и частотой синусового ритма не менее 70 импульсов в минуту. Для снижения автоматической активности синусового узла применялся ингибитор ионных токов If – ивабрадин (Кораксан), в дозе 10-15 мг/сутки. Действие препарата оценивалось по снижению частоты синусового ритма. Исследование проводилось под контролем ЭКГ.

Полученные результаты. Проведено лечение 6 человек. Средняя частота синусового ритма составляла 90 импульсов в минуту. Среднее снижение частоты синусового ритма после назначения первой дозы ивабрадина, через сутки, составляло около 10 импульсов в минуту. В дальнейшем прогрессирующее снижение частоты синусовых импульсов приводило к восстановлению АВ-проведения. Сроки восстановления синусового ритма с проведением 1:1 не превышали двух суток.

Выводы. Учитывая механизм развития брадиаритмий у больных в острый период нижнего инфаркта миокарда, подавление автоматизма синусового узла можно рассматривать как дополнительную тактику ведения этой группы пациентов. Так же открываются возможности использования антиангинального препарата (ивабрадина) в остром периоде инфаркта миокарда у больных с наличием противопоказаний к В-блокаторам. Данный способ лечения позволяет уменьшить потребность в использовании временной электрокардиостимуляции.

ПШВ-27 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТАКТИКИ ПРИМЕНЕНИЯ АМИОДАРОНА И ПРОКАИНАМИДА У ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Маляков Ю.С., Бицурев В.Г., Шарданов Н.А., Хоронько В.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Ростов-на-Дону, Россия; Кардиологический центр Кабардино-Балкарской республики, Нальчик, Россия

Известно, что купирование фибрилляции предсердий (ФП) в течение первых суток существенно сокращает риск рецидива ФП, улучшая прогноз заболевания. Среди средств купирования ФП в республике Кабардино-Балкарии наиболее часто используют прокаинамид (Па) и амиодарон (Ам), однако эффективность применения каждого препарата в отдельности уступает результатам комбинированной терапии.

Цель работы – изучение сравнительной эффективности и безопасности комбинированного введения Ам и Па при остро возникшей ФП по отношению к монотерапии каждым из препаратов в отдельности.

Методы. В исследование включено 93 больных (49 мужчин и 34 женщины) в возрасте от 44 до 70 (в среднем 59,6±5,3 года) с ФП продолжительностью менее 24 часов.

Эффективность лечения контролировали через 4, 8 и 12 часов с момента его начала. Для объективизации результатов проводимого лечения использовали холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ.

Оценивалась: 1. Эффективность восстановления синусового ритма; 2. Средняя купирующая доза препарата; 3. Влияние на ЧСС и параметры внутрисердечной гемодинамики.

Больным в назначали внутривенно капельно:

1 группа – Пр в дозе 12 мг/кг (n=30);

2 группа – Ам в дозе 5 мг/кг (n=31);

3 группа – Пр в дозе 12 мг/кг и Ам в дозе 5 мг/кг (n=32);

Результаты. Через 4 часа синусовый ритм восстановился у 3 (10%) пациентов 1-й, 6 (19,35%, p<0,05) – 2-й и 9 (28,13%, p<0,05) – 3-й группы. В конце восьмого часа прекращение ФП отмечалось у 7 (23,33%), 13 (41,94%, p<0,05) и 19 (59,38%, p<0,05) больных 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно. Через 12 часов прекращение ФП отмечалось у 18 (60,00%), 21 (67,74%, p<0,05) и 26 (81,25%, p<0,05) больных 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно.

Заключение. Комбинированное назначение Ам и Пр с целью купирования ФП создает статистически значимое преимущество перед изолированным применением Ам и Пр и позволяет оптимизировать затраты на лечение пациентов с ФП.

ПШВ-28 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СОСУДОДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Максимов Н.И., Ополонский Д.В., Зарезкая П.Е., Жуикова Л.Е.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

При стабильной стенокардии напряжения (ССН) наблюдается ремоделирование (РМ) венечных артерий (ВА). Основные механизмы РМ ВА: изменения толщины стенки и/или диаметра сосуда и изменения сосудодвигательной функции (СДФ). Активно ведется поиск новых лекарственных средств, способных положительно влиять на РМ ВА при данной патологии. Мы предлагаем использовать препарат нейротропного действия бенфотиамин (БТ) с целью повышения эффективности коррекции нарушений СДФ ВА у больных ССН с МС и предполагаем улучшение вазоконстрикции (ВК) через прямое действие на чувствительные и моторные нервные волокна адвентиции и улучшение вазодилатации (ВД) через прямое действие на эндотелий интимы.

Цель. Повышение эффективности коррекции нарушений сосудодвигательной функции венечных артерий у больных стабильной стенокардией напряжения с метаболическим синдромом.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 159 больных ССН (ФК 2,75±0,03, возраст 52,5±0,4 года, ИМТ 40,1±0,44 кг/м²) без инфаркта миокарда и сахарного диабета второго типа в анамнезе с признаками МС IDF-2005. Больных разделили на 2 группы: наблюдения (n=97) и сравнения (n=62); больные группы сравнения получали стандартную терапию, группы наблюдения в дополнение к стандартной терапии получали БТ 300 мг/сутки; продолжительность исследования – 6 месяцев. В начале, через 2 и 6 месяцев наблюдения оценивали ТКИМ общей сонной артерии, диаметр плечевой артерии (dПА), скорость потока крови в ПА (V), реакцию ВД ПА оценивали в ходе компрессионной пробы, реакцию ВК ПА – в ходе пробы с гипервентиляцией, рассчитывали относительную толщину стенки артерии (ОТ, у.е.) и амплитуду реакции ПА (АР, %).

Полученные результаты. Для больных ССН с МС характерен экспансивный тип РМ ВА с относительным парезом СДФ. На промежуточном и конечном этапах исследования в обеих группах получены достоверные положительные результаты, более выраженные в группе наблюдения (достоверность различий с показателем группы сравнения: нд- недостоверно, *- p<0,05, **- p<0,01, ***- p<0,001). В группе сравнения: ТКИМ (1,18±0,02, 1,16±0,02, 1,13±0,02 мм); dПА (4,59±0,08, 4,48±0,08, 4,32±0,08 мм); ВД (4,58±0,40, 5,41±0,41, 6,94±0,42%); ВК (6,48±0,55, 7,47±0,55, 9,27±0,56%); V (70,7±3,02, 77,65±3,05, 88,8±3,05 см/с); ОТ (0,53±0,01нд, 0,53±0,01, 0,54±0,01 у.е.); АР (11,06±0,57, 12,88±0,57, 16,21±0,58%). В группе наблюдения: ТКИМ (1,20±0,01нд, 1,18±0,01нд, 1,14±0,01ндмм); dПА (4,57±0,06нд, 4,38±0,06нд, 4,1±0,06* мм); ВД (5,14±0,3нд, 6,76±0,3*, 9,51±0,3***); ВК (7,25±0,43нд, 9,3±0,43**, 12,75±0,44***); V (70,41±2,24нд, 81,98±2,29нд, 101,07±2,30** см/с); ОТ (0,53±0,01нд, 0,55±0,01нд, 0,57±0,01* у.е.); АР (12,38±0,44нд, 16,07±0,44***, 22,25±0,45***).

Выводы. Включение метаболически нейтрального бенфотиамин в стандартную схему лечения больных стабильной стенокардией напряжения с метаболическим синдромом повышает эффективность коррекции нарушений сосудодвигательной функции венечных артерий.

ПШВ-29 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА (ЗОКОР- ФОРТЕ) В ДОЗЕ 40 МГ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ НА УРОВЕНЬ ХОЛЕСТЕРИНА, ТРИГЛИЦЕРИДОВ И ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ

Мальгин А.Ю., Тихонов Ю.Н., Лилеева М.А., Хохлов А.Л.*

КБ №8, Ярославль, Россия; *ГОУ ВПО ЯГМА МЗ РФ, Ярославль, Россия

Ведущим патогенетическим механизмом развития ишемического инсульта (ИИ) является атеротромбоз. Возможными причинами дестабилизации атеросклеротической бляшки могут быть: истончение покрышки; большое липидное ядро, богатое эфирами холесте-

на; дисфункция эндотелия сосудов. Единственной группой препаратов, влияющей на все три механизма, являются статины. Тем не менее, в настоящее время, препараты данной группы являются наименее часто назначаемыми препаратами при лечении ИИ.

Цель исследования: определить влияние симвастатина (Зокор-Форте) в дозе 40 мг в сутки на функцию эндотелия, уровень общего холестерина (ОХ) и триглицеридов (ТГ) крови у пациентов в острый и ранний восстановительный период ИИ.

Методы: в исследование включались пациенты обоего пола от 40 до 75 лет с впервые возникшим ИИ в каротидной системе, верифицированный с помощью КТ или ЯМРТ головного мозга в первые 24 часов от момента появления первых симптомов. Уровень сознания пациентов на момент включения соответствовал 13-15 баллам по шкале Глазго. Пациенты были разделены на две группы: в 1 группу, которым проводилось стандартное лечение, было включено 36 пациентов. Во 2 группу, получавшую 40 мг симвастатина в добавление к стандартной терапии, вошли 31 человек. Стандартная терапия включала аспирин, нейротрофические и вазоактивные препараты. Проводилась коррекция АГ, ИБС и ХСН. Пациенты наблюдались в течение 180 дней, во время которых на 1-3 сутки (момент включения), на 60 сутки (2й визит) и на 180 день (3й визит) оценивался уровень ОХ и ТГ. Проводился подсчет циркулирующих эндотелиоцитов в крови по методике Hladovec J. при включении и при завершении наблюдения.

Результаты: отмечено достоверное снижение уровня ОХ у пациентов 2 группы к 60 дню исследования с $6,65 \pm 2,31$ ммоль/л до $5,25 \pm 1,12$ ммоль/л ($p < 0,05$) с дальнейшим снижением до $4,93 \pm 0,83$ ($p = 0,086$). В 1 группе снижения уровня ОХ не отмечено: $6,37 \pm 1,75$ ммоль/л на момент включения, $6,22 \pm 1,05$ ммоль/л ($p = 0,78$) к 60 суткам, $6,43 \pm 1,26$ ммоль/л к 180 суткам. Также снижался уровень ТГ у пациентов 2 группы в течение 60 суток с $1,63 \pm 0,74$ ммоль/л до $1,01 \pm 0,46$ ммоль/л ($p < 0,05$), к 180 суткам составил $1,13 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$ по сравнению с включением). У пациентов 1 группы таких изменений ТГ не было ($1,56 \pm 0,66$ ммоль/л на момент включения; $1,58 \pm 0,68$ ммоль/л к 60 суткам наблюдения; $1,67 \pm 0,66$ ммоль/л на последнем визите). Достоверно уменьшалось количество эндотелиоцитов у пациентов обеих групп к 180 дню наблюдения с $10,68 \pm 0,41$ в 1 мкл до $8,59 \pm 0,41$ ($p < 0,05$) в 1 мкл у пациентов 1 группы и с $10,72 \pm 0,47$ в 1 мкл до $6,91 \pm 0,39$ ($p < 0,001$) в 1 мкл у пациентов 2 группы. Побочных явлений на фоне применения симвастатина (Зокор-форте) не отмечалось.

Выводы: 1. применение статинов (в частности Зокор-Форте) у пациентов, перенесших острый ишемический инсульт, является безопасным и способствует снижению уровня ОХ и ТГ; 2. отмечено более достоверное уменьшение количества циркулирующих эндотелиоцитов у пациентов, принимавших Зокор-Форте, что может свидетельствовать об улучшении функции эндотелия.

ШВ-30 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АГ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ПРИНИМАЕМОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Мальчикова С.В., Тарловская Е.И.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель: сравнительная оценка приверженности к лечению у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от типа принимаемой двухкомпонентной комбинации антигипертензивных препаратов (АГП).

Материал и методы. В исследование включены 140 больных с АГ, из них 40 (28,6%) мужчин и 100 (71,4%) женщин. Средний возраст составил $57,0 \pm 8,9$ лет. Больные были рандомизированы на 4 группы по 35 человек. Группа А – получала индапамид ретард и периндоприл (Арифон ретард и Престариум, Servie, Франция); В – индапамид ретард и амлодипин (Равел СР и Тенокс, KRKA, Словения); С – амлодипин и лизиноприл (Экватор, Gedeon Richter, Венгрия); D – амлодипин (Тенокс, KRKA, Словения) и бисопролол (Конкор, MERCK, Германия). Длительность исследования 24 недели, при этом активное наблюдение только первые 12 недель.

Результаты. В процессе исследования все комбинации достоверно снизили систолическое и диастолическое АД. При этом

максимальный гипотензивный эффект был достигнут с помощью комбинации С (достоверно с комбинацией А).

В процессе лечения из исследования выбыло всего 28 (20%) человек. Ни у одного из пациентов группы А не потребовалось отмены АГП из-за возникших побочных эффектов (ПЭ). Необходимость исключения из исследования в этой группе в большинстве случаев – у 6 (17,1%) больных – связана с недостаточной эффективностью максимальных терапевтических доз АГП. Самая плохая переносимость терапии отмечена при лечении комбинациями В и D. Наиболее частой причиной отмены терапии в группе В послужили жалобы на сердцебиение – у 3 (8,6%) больных, а в группе D – появление отеков на ногах – у 4 (11,4%). В группе С отмена лечения являлась результатом возникновения кашля – у 4 (11,4%) пациентов. Гипотензия, потребовавшая уменьшения доз используемых АГП, более часто встречалась при использовании комбинации С – у 6 (17,1%) больных.

В целом, целевого АД через 12 недель лечения или ранее достигли всего 84 пациента (60%): в группе А – 19 (67,9%) пациентов; в группе В и D – 20 (74,1%); в группе С – 25 (83,3%). Всем больным, достигшим целевого АД, было рекомендовано продолжить подобранную терапию в течение последующих 12 недель. Тем больным, которые не достигли целевого АД, была усилена гипотензивная терапия и также рекомендована к применению.

Через 12 недель в группе А продолжили лечение 15 (53,6%) человек, в группе В – 13 (48,1%); в группе С – 20 (66,7%); в группе D – 14 (51,9%). Основными причинами несоблюдения предписанной терапии явились: нежелание зависеть от лекарств – 21 (47,7%); мнение, что необязательно принимать лекарства постоянно – 16 (36,4%); решение сделать перерыв, по причине хорошего самочувствия – 5 (11,4%).

Заключение. Основными причинами отказа от лечения на этапе подбора гипотензивной терапии послужило возникновение побочных эффектов АГП. На фоне адекватно подобранного лечения больные не желают длительно принимать лекарства, боясь зависимости, тем более на фоне хорошего самочувствия.

ШВ-31 СОСТОЯНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ГИПОТИАЗИДА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Мельчинская Е.Н., Громнацкий Н.И., Сошникова Н.М.
ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, Курск, Россия

Цель: оценить состояние углеводного обмена у больных артериальной гипертензией (АГ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа при применении гипотиазида в условиях поликлиники.

Объект и методы исследования: амбулаторно обследовано 27 больных (11 мужчин/16 женщин) в возрасте 47-63 лет с АГ II ст. и СД 2 типа средней тяжести. Длительность АГ составила $8,4 \pm 3,2$ года и СД – $7,8 \pm 2,9$ года. Больные получали гипотиазид в дозе 25 мг 1 раз в сутки. Назначение мочегонного препарата в качестве единственного антигипертензивного агента было продиктовано в данной группе больных экономической целесообразностью. Сахароснижающая терапия не менялась. Состояние углеводного обмена оценивали по гликемии натощак, постпрандиальной гликемии. Определяли ИРИ и С-пептид. Наблюдение продолжалось на протяжении 6 месяцев.

Результаты: через ½ месяца после применения гипотиазида отмечалось повышение глюкозы в крови натощак с $8,43 \pm 0,18$ до $9,12 \pm 0,21$ ммоль/л ($p < 0,05$) и постпрандиальной гликемии с $10,60 \pm 0,71$ до $12,7 \pm 0,70$ ммоль/л ($p < 0,05$). В последующие сроки исследования (1,5 мес. и 6 мес.) показатели гликемии существенно не отличались от исходных: $8,12 \pm 0,16$ ммоль/л и $11,08 \pm 0,70$ ммоль/л, $8,31 \pm 0,16$ ммоль/л и $10,49 \pm 0,72$ ммоль/л, соответственно. Гипотиазид не вызывал изменений уровней ИРИ и С-пептида на всех этапах исследования.

Выводы: применение гипотиазида на ранних сроках снижает толерантность к глюкозе, что диктует необходимость более тщательного лабораторного контроля гликемии и коррекции сахароснижающих препаратов в этот период. Транзиторность

диабетогенного эффекта позволяет продолжить гипотензивную терапию больных АГ с СД 2 типа гипотиазидом в амбулаторных условиях.

ШВ-32 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Михеева О.М., Комиссаренко И.А., Сильвестрова С.Ю., Петраков А.В.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

К особенностям медикаментозного лечения пожилых больных с артериальной гипертонией (АГ) относится индивидуальный подбор лекарственного препарата с учетом полиморбидности. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) – наиболее часто используемая группа препаратов для лечения АГ, доля ИАПФ в структуре антигипертензивных препаратов России составляет 32%, а частота назначения данной группы при АГ в России – 75%. На фармакокинетику и фармакодинамику антигипертензивных препаратов влияют сопутствующие заболевания, функциональное состояние органов и систем, в первую очередь печени и почек.

Цель исследования – изучение антигипертензивной эффективности ингибиторов АПФ эналаприла и лизиноприла с учетом их фармакокинетических особенностей.

Обследовано 80 больных с артериальной гипертонией в возрасте от 61 до 78 лет (средний возраст 72,9±9,8 лет) с артериальной гипертонией I и II степени по критериям ВОЗ 1999 г. Среди пациентов было 35 мужчин, 45 женщин (56,6%). Длительность АГ составила 10,7±4,2 лет. Все больные были разделены на две группы в зависимости от получаемого препарата: I группа (40 больных) получали эналаприл, II группа (40 больных) – лизиноприл. Каждая группа разделена на подгруппы (по 20 больных): I а и II а – больные с артериальной гипертонией I и II степени и поражением печени (цирроз печени), I б и II б – больные с артериальной I и II степени гипертонией без поражения печени. Цирроз печени у пациентов компенсированный, без клинических и лабораторных признаков почечной недостаточности (креатинин сыворотки крови – 65,4±10,3 ммоль/л).

Наряду с общеклиническими методами обследования, клиническим и биохимическим анализами крови, всем больным до и после лечения проводилось суточное АД и ЭКГ мониторинговое (Cardio Tens, Венгрия).

Начальная доза эналаприла и лизиноприла составляла 10 мг, при необходимости проводилась коррекция дозы каждые 2 недели. Общий курс лечения составил 6 месяцев.

Нами также оценивались показатели фармакокинетики, которые включали в себя: площадь под кривой "концентрация – время" (AUC) – площадь фигуры, ограниченная фармакокинетической кривой и осями координат; C_{max} – максимальная концентрация препарата в сыворотке крови; T_{max} – время достижения максимальной концентрации (ч) и MRT – среднее время удержания препарата, (ч).

Изучение фармакокинетики эналаприла проводили у 11 больных (из Iа – 6 больных, из Iб – 5 больных) и лизиноприла у 13 больных (6 и 7 больных соответственно) после однократного приема препаратов в дозе 10 мг. Определение концентраций в сыворотке крови осуществляли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии.

На фоне терапии эналаприлом выявлены следующие изменения фармакокинетических параметров: снижение AUC, C_{max} и повышение T_{max} и MRT у больных с циррозом печени по сравнению с больными I б группы. Показатели фармакокинетики после приема лизиноприла в подгруппах достоверно не отличаются.

Таким образом, цирроз печени меняет фармакокинетику эналаприла, что требует увеличения его суточной дозы, и не влияет на фармакокинетические параметры лизиноприла.

Лизиноприл представляет собой активное вещество, а не пролекарство, не требует биотрансформации в печени, является препаратом выбора у пациентов с циррозом печени и не требует коррекции дозы.

ШВ-33 ВОЗДЕЙСТВИЕ ТЕРАПИИ ТЕСТОСТЕРОНОМ НА ФАКТОРЫ РИСКА ИБС У МУЖЧИН С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Моргунов Л.Ю.

20 городская клиническая больница, Москва, Россия

Цель: изучение воздействия терапии инъекционной формы тестостерона на факторы риска ИБС у мужчин с возрастным андрогенным дефицитом и метаболическим синдромом.

Методы исследования: в исследование приняли участие 276 мужчин с метаболическим синдромом, страдающие сахарным диабетом (СД) типа 2. Группу А составили 45 пациентов в возрасте 56,2±6,2 года с длительностью СД 8,4±3,2 года, уровнем гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) 8,9±1,1%, артериальной гипертензией

(уровень систолического АД (САД) 166,7±7,3 мм рт.ст, диастолического (ДАД) – 89,4±4,7 мм рт. ст.) и ожирением; индексом массы тела (ИМТ) 29,9±3,1 кг/м², уровнем общего тестостерона 9,3±1,4 нмоль/л. Группу Б составил 31 мужчина с возрасте 58,1±5,4 года с длительностью СД 9,0±4,5 года, HbA_{1c}–8,5±1,4%, уровнем САД 164,7±7,1 мм рт.ст., ДАД 91,3±3,4 мм рт.ст, ИМТ 32±3,1 кг/м². В группе А средние уровни составили: холестерина – 5,9±0,6 ммоль/л, триглицеридов 2,5±0,4 ммоль/л, ЛПНП –3,8±0,9 ммоль/л, ЛПВП –1,0±0,2 ммоль/л. В группе Б: холестерин – 5,7±0,8 ммоль/л, триглицеридов 2,4±0,2 ммоль/л, ЛПНП –3,5±0,7 ммоль/л, ЛПВП –1,0±0,2 ммоль/л. Сахароснижающая терапия оставалась неизменной в течение года, гипотензивная терапия представлена бисопрололом и гидрохлортиазидом (10 и 12,5 мг 1 раз в сутки). Мужчинам группы А назначена терапия тестостерона ундеканоематом 1000 мг внутримышечно; первая инъекция через 6 недель, в дальнейшем – с интервалом 12 недель в течение года, группа Б была контрольной.

Полученные результаты: через год в группе А отмечалось статистически значимое снижение уровня HbA_{1c} до 6,8±1,1%, САД до 132,4±4,0 мм рт.ст., ДАД– 82,3±2,8 мм рт. ст., ИМТ– 27,4±2,8 кг/м², холестерина до 5,1±0,4%, триглицеридов до 1,7±0,3 ммоль/л, ЛПНП –до 2,8±0,6 ммоль/л, ЛПВП –до 1,2±0,1 ммоль/л. В группе Б не отмечалось статистически значимого снижения уровня HbA_{1c}, ИМТ и липидного профиля. Уровень АД достоверно снизился: САД 147,4±4,3 мм рт.ст., ДАД– 92,3±2,2 мм рт. ст., однако потребовалось увеличение дозы исходно назначенных гипотензивных препаратов 72% мужчин и добавление ингибиторов АПФ в 32% случаев, в то время как в группе А увеличение дозы исходной гипотензивной терапии потребовалось лишь в 31% случаев. Уровень общего тестостерона в группе А через год составил 16±1,5 нмоль/л, в группе Б достоверно не изменился.

Выводы: терапия препаратами тестостерона в терапевтических дозах у пациентов с метаболическим синдромом и андрогенным дефицитом позитивно воздействует на факторы риска развития ИБС, оказывает несомненный положительный эффект на уровень АД, углеводный и липидный обмен, снижает степень ожирения.

ШВ-34 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Музина Н.П., Драпкина О.М.

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Клиника преемственности внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: определить наиболее и наименее эффективные лекарственные препараты в отношении профилактики повторного инсульта.

Материалы и методы: в исследование было включено 222 пациента, жители Москвы и Московской области, которые перенесли инсульт по ишемическому типу в сроки с 1970 по 2008 год, из них 127 (57 %) были женского пола, а 95 (43 %) – мужского пола в возрасте от 37 до 96 лет. Были построены гистограммы, отображающие количество и процент пациентов, получаемых тот или иной препарат, а также таблицы сопряженности (значимость вычислена с помощью критерия хи-квадрат Пирсона) для каждого препарата и переменной инсульт-повторный, которая отражала наступление повторного инсульта. В ходе многомерного анализа (основанного на дискриминантном анализе) групп получаемых препаратов было выявлено, какие из них оказывают наибольшее, а какие наименьшее влияние на риск возникновения повторного инсульта. Используемый метод основан не на вычислении р-уровня для каждого из факторов, а на выяснении, на сколько сильно каждый из препаратов влияет на возникновение повторного инсульта.

Результаты: наиболее эффективными препаратами с точки зрения снижения риска повторного инсульта представляются: антикоагулянты (варфарин – у пациентов с фибрилляцией предсердий), блокаторы кальциевых каналов, мочегонные и бета-блокаторы. Лидирующую позицию заняли антикоагулянты. Наименее эффективные препараты в отношении профилактики повторного инсульта по нашим результатам оказались дигоксин, антагонисты ангиотензиновых рецепторов, статины.

Выводы: медикаментозная терапия больных, перенесших ишемический инсульт, должна быть направлена на снижение АД до целевых цифр (менее 130 и 80 мм рт.ст.) с использованием препаратов в наибольшей мере снижающих риск повторного инсульта: блокаторов кальциевых каналов, диуретиков, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента. Применение антикоагулянтов (варфарина) у лиц с фибрилляцией предсердий под контролем уровня МНО (в пределах 2,0 – 3,0).

ШВ-35 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА – $\beta 1$ И ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Першина Е.С., Старченко Т.Г., Коваль С.Н., Резник Л.А.

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель – изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии на уровень трансформирующего фактора роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) в крови и толщину комплекса интима-медиа (КИМ) общих сонных артерий у больных гипертонической болезнью (ГБ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: Обследовано 45 больных ГБ в сочетании с СД 2 типа. Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей. У всех пациентов определяли уровень ТФР- $\beta 1$ в крови иммуноферментным методом. Толщину КИМ общих сонных артерий оценивали путем проведения доплерографического исследования. Все больные получали комбинированную антигипертензивную терапию ингибитором АПФ периндоприлом 10 мг 1 раз в сутки в сочетании с бета-блокатором с NO -активностью небивололом в суточной дозе 5 мг. Курс лечения составил 18 месяцев.

Результаты: Анализ содержания в крови ТФР- $\beta 1$ позволил выявить его существенное увеличение у больных ГБ с СД 2 типа в сравнении с контрольной группой. Так, у обследованных пациентов и в контрольной группе он составил соответственно: $(17,9 \pm 1,56)$ нг/мл и $(7,12 \pm 1,2)$ нг/мл, ($p < 0,05$). Проведено исследование данного ростового фактора в зависимости от толщины КИМ. При этом было обнаружено, что в случае нормальной толщины сосудистой стенки (КИМ $< 0,1$ см) уровень ТФР- $\beta 1$ составил $(13,6 \pm 1,12)$ нг/мл, а при утолщении КИМ (КИМ $\geq 0,1$ см) –

$(18,4 \pm 1,56)$ нг/мл, ($p < 0,05$). К концу курса назначенной терапии удалось достичь целевых уровней артериального давления у 74,5 % больных ГБ в сочетании с СД 2 типа, однако достоверного уменьшения толщины КИМ не было достигнуто, в то время как уровень ТФР- $\beta 1$ значительно уменьшился ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, у больных ГБ с СД 2 типа увеличение содержания в крови данного ростового фактора способствует утолщению КИМ общих сонных артерий. Комбинированная антигипертензивная терапия периндоприлом и небивололом способствует статистически значимому снижению синтеза ТФР- $\beta 1$ на фоне торможения ремоделирования сосудов.

ШВ-36 ОПРА: ТЕРАПИЯ КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА

Петрова Е.В., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: оценка клинической эффективности циталопрама (Опры) у больных с искусственным водителем ритма (ИВР) и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 63 больных (35 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 22 до 65 лет ($53,5 \pm 2,6$ года). Применяли следующие режимы электрокардиостимуляции (ЭКС): VVI – у 40 больных, AAI – у 17 больных и DDD – у 8 больных. В исследование включались больные с субклинической и клинически выраженной тревогой и/или депрессией, по данным психологического анкетирования. Психологическое анкетирование больных проводили до и после назначения Опры с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Показатель шкалы 8-10 баллов соответствовал субклинической тревоге/депрессии, выше 10 баллов – клинически выраженной тревоге/депрессии. У больных с субклинической тревогой/депрессией курс лечения составил 3 месяца и у больных с клинически выраженной тревогой/депрессией – 6 месяцев. Лечение начинали с дозы препарата 20 мг/сут и при необходимости увеличивали до 40 мг/сут. У большинства больных с субклинической тревогой/депрессией суточная доза Опры составила 20 мг (в среднем $27,1 \pm 1,8$ мг/сут) и у больных с клинически выраженной тревогой/депрессией – 40 мг (в среднем $37,6 \pm 2,5$ мг/сут). При отсутствии улучшения настроения – снижения суммы баллов через 4 недели менее 25% от исходных дозу препарата увеличивали до 40 мг/сут.

Результаты. В группе больных с субклинической тревогой и депрессией исходные баллы составили $9,0 \pm 0,5$ и $8,9 \pm 0,4$ соответственно и у больных с клинически выраженной тревогой и депрессией – $13,7 \pm 0,6$ и $14,2 \pm 0,5$ соответственно. У всех больных с субклинической тревогой/депрессией, начиная со 2-й недели лечения, отмечено улучшение настроения, что подтвердилось по результатам повторного анкетирования: суммарные баллы тревоги и депрессии составили $6,3 \pm 0,3$ и $5,9 \pm 0,2$ соответственно ($p < 0,01$). В группе больных с клинически выраженной тревогой и депрессией снижение суммарных баллов наиболее выражено: $7,9 \pm 0,4$ и $7,7 \pm 0,3$ соответственно ($p < 0,001$).

Важно отметить, что стабильное улучшение психоэмоционального статуса больных способствовало также повышению кумулятивного эффекта лечения коморбидных соматических состояний, уровня физического функционирования и снижению лекарственной «нагрузки» и соответственно уменьшению фармакоэкономических затрат. В частности, благодаря назначению Опры увеличилась дистанция во время пробы с 6-минутной ходьбой с $310,5 \pm 11,4$ до $375,0 \pm 12,0$ м ($p < 0,05$) и показатель самооценки собственного состояния здоровья по визуально-аналоговой шкале уменьшился с $7,5 \pm 0,3$ до $5,8 \pm 0,3$ ($p < 0,01$).

Заключение. Показана высокая психофармакотерапевтическая эффективность и переносимость Опры у больных с ИВР и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами.

ПВ-37 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БЛОКАТОРАМИ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА

Позднякова Н.В., Татарченко И.П., Мордовина А.Г., Секерко С.А.
ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

Ренин-ангиотензин-альдостероновая система (РААС) играет центральную роль как в возникновении артериальной гипертензии, так и в реализации патофизиологических процессов, которые в конечном итоге приводят к серьезным сердечно-сосудистым осложнениям. В связи с этим снижением артериального давления (АД) путем блокады РААС является патогенетически оправданным и перспективным. Цель работы – оценить эффективность гипотензивной терапии блокаторами ангиотензиновых рецепторов (БАР) телмисартана у больных АГ. Материал и методы исследования: больные -59 человек АГ I-II ст, средний возраст – 57,3±4,5 лет. В качестве гипотензивного средства использовали телмисартан (микардис, средняя доза по группе в течение первых недель – 80мг/сут, в последующем средняя доза у 35 пациентов – 40мг/сут, у 24 пациентов – 80мг/сут). Комплекс обследования: общеклиническое и лабораторное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Результаты: при анализе исходных данных СМАД отмечено повышение среднесуточных САД и ДАД при выраженном индексе времени гипертензии: соответственно, 78,5±5,2% и 80,4±5,3%. При оценке суточного ритма АГ патологический профиль выявлен у 24 больных, из них в 20 случаях – категория "нон-дипперов", в 4 – преимущественно ночной гипертензией. По данным ЭхоКГ сократительная способность ЛЖ была сохранена у всех обследуемых пациентов: фракция выброса (ФВ) – 55,0±2,9%. Анализ данных относительной толщины стенок левого желудочка (ОТС ЛЖ) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) позволил определить наличие концентрического ремоделирования ЛЖ (увеличение ОТС и отсутствие повышения ИММЛЖ) у 47,5% больных, концентрической гипертрофии ЛЖ (увеличение ОТС и повышение ИММЛЖ) – у 52,5% больных. При оценке трансмитрального диастолического потока выявлен вариант диастолической дисфункции ЛЖ по I типу (аномальной релаксации) у 48 из 59 больных (81,35%), по II типу (псевдонормализация) – у 11 (18,65%). Стабильный гипотензивный эффект с поддержанием целевого уровня АД был получен к 3 недели у всех пациентов, достоверное снижение САД на 25,6% и ДАД на 19,4% при хорошей переносимости препарата. Отмечено уменьшение массы миокарда левого желудочка, соответственно: с 189,6±4,5г до 172,6±5,8г, улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от 0,61±0,17 до 1,09±0,16, уменьшение IVRT от 115±3,8мс до 89,3±2,4мс, при $p < 0,05$.

Таким образом, курсовая терапия телмисартаном через 6 месяцев обеспечивает, помимо эффективного контроля САД и ДАД с нормализацией суточного профиля в 87,5% наблюдений от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом, улучшение показателей диастолической функции ЛЖ, не угнетая сократительную способность миокарда. Телмисартан у больных АГ наряду с выраженным гипотензивным действием доказал наличие органопротективных эффектов, что наряду с удобным способом приема и отличным спектром переносимости делает его препаратом выбора.

ПВ-38 ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Попонина Т.М., Попонина Ю.С., Каплевич Н.А.
ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Росздрава, НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить влияние гепаринов (нефракционированного гепарина, низкомолекулярных гепаринов), сочетания их с варфарином на клиническое течение острого коронарного синдрома (ОКС) без подъема сегмента ST.

Материал и методы: в проспективное, открытое, рандомизированное исследование включены 400 больных с ОКС без подъема сегмента ST. Больные I группы (n=102) получали дальтепарин; больные II группы (n=64) – эноксапарин; больные III группы (n=60) – надропарин; больные IV группы (n=74) – нефракционированный гепарин (НФГ) в сочетании с варфарином; больные V группы (n=100) – НФГ в/в инфузия. Все больные получали аспирин в дозе 250 мг/сут. Антиангинальные препараты назначались в соответствии со стандартной практикой. Анализировали частоту серьезных коронарных осложнений, состояние плазменного гемостаза в течение 150 дней после рандомизации.

Результаты. Общая частота случаев серьезных коронарных осложнений в течение 150 дней в группах больных, леченных НФГ в/в, значимо не отличалась, чем в группах больных, леченных низкомолекулярными гепаринами (НМГ). С 30-го до 150-го дня наблюдения выявлена статистически значимо меньшая частота коронарных событий в группе НФГ + варфарин. При лечении НМГ не наблюдалось существенной динамики содержания антитромбина III (АТ III), в то время как у больных, получавших НФГ, было выявлено достоверное снижение концентрации АТ III к 3-му, а в дальнейшем к 8-му дню после рандомизации. Нефракционированный гепарин истощает запасы АТ III, что повышает риск развития рецидивов стенокардии как в процессе гепаринотерапии, так и после ее прекращения. У пациентов, леченных НМГ, происходило снижение концентрации растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), начиная с 15-х суток, в группе больных НФГ выявлен достоверный подъем концентрации РФМК на 8-е сутки. В группах НФГ + варфарин не было отмечено повышения концентрации РФМК на 8-е сутки, статистически значимо была понижена частота комбинации неблагоприятных коронарных событий, то есть варфарин устраняет реактивацию тромботического процесса (феномен «рикошета»).

Выводы:

1. Терапия низкомолекулярными гепаринами не понижает уровень антитромбина III, в то время как лечение НФГ приводит к достоверному понижению уровня антитромбина III, что может рассматриваться в качестве одного из вероятных механизмов развития синдрома рикошета.

2. Варфарин предотвращает развитие эффекта «рикошета», проявляющегося при отмене гепаринов рецидивами стенокардии и активацией системы плазменного гемостаза (увеличение концентрации растворимых фибрин-мономерных комплексов на 8-е сутки).

ПВ-39 ОСОБЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НОРМОДИПИНОМ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Прохорова Ю.В., Хохлов А.Л.
Поликлиника № 2, Ярославль, Россия; Кафедра клинической фармакологии ЯГМА, Ярославль, Россия

По данным И.И.Дедова и соавторов, 8 млн.(5%) человек в России страдает сахарным диабетом (СД), из них 90% – СД 2 типа. СД идет рука об руку с артериальной гипертензией (АГ). В патогенезе и клинике АГ, атеросклероза, СД и их осложнений одним из важных аспектов считается нарушение структуры и функции эндотелия. Поэтому представляет интерес ранняя диагностика и выбор лечения на основе современного клинико-инструментального исследования. Антагонисты кальция занимают одно из лидирующих мест в лечении АГ в сочетании с СД.

Цель исследования. Определить эффективность лечения больных с артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2 типа при стартовой терапии амлодипином на основании комплексного клинико-инструментального исследования

Материал и методы: В исследование были включены 80 пациентов в возрасте от 30 до 75 лет, у всех больных была АГ I-II степени на фоне СД 2 типа. Пациентам назначался нормодипин в начальной суточной дозе 5мг, при отсутствии адекватного ответа на терапию доза увеличивалась до 10 мг/сутки. При необходимости к проводимой терапии добавляли арифон – ретард в дозе 1,5 мг/сутки. Всем больным проводили: острую фармакологическую пробу (ОФП) с нормодипином (2,5 мг сублингвально

в положении лежа); измерение реакции плечевой артерии на реактивную гиперемии, суточное мониторирование АД и ЭКГ.

Результаты: У всех больных была АГ I-II степени на фоне СД 2 типа компенсированного. Давность СД составила в среднем 2,7 лет. АГ диагностировалась одновременно с СД или предшествовала ему. Нормализация АД подтверждена результатами СМАД, при котором было выявлено статистически достоверное снижение дневного и ночного систолического и диастолического АД. К концу исследования частота достижения целевого АД составила 82%, из них 67% на фоне монотерапии амлодипином и 15% в комбинации с арифоном – ретард. Для создания увеличенного кровотока и реактивной гиперемии проводилась «манжеточная проба», по ее результатам оценивалась эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) после сублингвального приема нормодипина в покое и на 1-й минуте после снятия манжеты. При проведении пробы с реактивной гиперемией до лечения в первой группе пациентов (отрицательная ОФП с нормодипином) в фазу ЭЗВД выявлено увеличение диаметра плечевой артерии (на 9,2%); в фазу ЭЗВД – увеличение диаметра плечевой артерии (на 15,9%). Во второй группе (положительная ОФП с нормодипином в фазу ЭЗВД) отмечено увеличение диаметра плечевой артерии (на 8,9%), в фазу ЭЗВД – увеличение диаметра плечевой артерии (на 18,1%). Под влиянием терапии нормодипином в течение 12 недель в ответ на реактивную гиперемии отмечается увеличение прироста диаметра сосуда в 1-й группе на 9,9% ($p > 0,01$), а во 2-ой на 10,3% ($p > 0,01$); ЭЗВД в 1-ой группе на 21,1% ($p > 0,01$), а во 2-ой на 21,9% ($p > 0,01$), что свидетельствует об улучшении функционального состояния эндотелия.

Выводы: Амлодипин является эффективным антигипертензивным препаратом при лечении АГ I-II степени на фоне СД 2 типа. Проведение ОФП в начале лечения, позволяет прогнозировать эффективность монотерапии амлодипином у таких больных.

ШВ-40 ДИНАМИКА ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ КОЗААР У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Столбова С.А., Кляшева Ю.М.

ГОУ ВПО Тюменская Государственная Медицинская Академия Росздрава, Тюмень, Россия

Цель исследования. Изучить влияние препарата козаар (лозартан калия 50мг) (фирма MSD, USA) на церебральный кровоток у больных артериальной гипертензией с клиническими проявлениями цереброваскулярных заболеваний. Обследовано 50 больных с диагнозом артериальная гипертензия (АГ), имеющих неврологические проявления цереброваскулярной патологии различной степени выраженности. При оценке клинической формы заболевания использовалась классификация Е.В.Шмидта (1985). Больные получали препарат козаар в дозе 1 таб. в сутки в течение 12 недель. Клиническая эффективность лечения оценивалась по динамике неврологических проявлений, показателей офисного АД, показателей суточного мониторирования АД, проведения УЗДГ до и после лечения. Оценивались следующие показатели: линейная скорость кровотока (ЛСК) в левой средней мозговой артерии в покое и при проведении функциональных нагрузочных тестов, конечно-диастолическая скорость кровотока, индекс цереброваскулярной реактивности. В процессе обследования использовались следующие методики: исследование памяти с помощью теста MMSE; оценка «качества жизни» при помощи стандартизованного опросника САН (методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения); шкала астенического состояния; шкала депрессии.

Результаты. В исследуемой группе на фоне терапии отмечалось достоверное снижение офисного АД по сравнению с исходными данными для систолического АД (с $162,2 \pm 4,1$ мм рт.ст. до $137,1$ мм рт.ст.; $p < 0,05$), диастолического АД (с $96,8 \pm 2,6$ мм рт.ст. до $83,8 \pm 1,9$ мм рт.ст.; $p < 0,05$), регресс неврологической симптоматики. По данным УЗДГ: исходно сниженная ЛСК увеличивалась с $42,8 \pm 2,04$ см/с до $68,2 \pm 2,55$ см/с ($p < 0,05$), исходно повышенная ЛСК снижалась с $146,2 \pm 2,06$ до $76,7 \pm 2,1$ ($p < 0,05$);

у 44 больных отмечалось повышение исходно сниженной конечно-диастолической скорости кровотока с $31,6 \pm 1,09$ до $40,2 \pm 2,3$ см/с ($p < 0,05$); индекс цереброваскулярной реактивности увеличивался с $49,6 \pm 2,9\%$ до $56,0 \pm 2,5\%$ ($p < 0,05$). Количество больных с симптомами тревоги к 12 неделе наблюдения уменьшилось с 48 (96%) до 15 (30%). На фоне терапии сократилось количество больных с депрессией с 16 (32%) до 2 (4%). Улучшение физического и психического состояния пациентов на фоне проводимого лечения подтверждается достоверным повышением показателей САН, что свидетельствует об улучшении их «качества жизни». К концу 12 недели терапии показатели самочувствия составили $4,8 \pm 0,82$ балла, активности – $5,64 \pm 0,99$ балла, а настроения – $5,3 \pm 0,88$ балла. Согласно данным обследования по шкале астении корреляция показателей составила $76,2 \pm 2,3$ балла до лечения – показатель умеренно выраженного астенического состояния, и $44,3 \pm 4,6$ после лечения – значительное улучшение, определяющий отсутствие или слабую степень астении.

Выводы. Применение препарата козаар при лечении артериальной гипертензии в течение 12 недель достоверно улучшает показатели нервно-психического статуса, церебральной гемодинамики, позволяет за короткий срок добиться нормализации уровня АД.

ШВ-41 РОЛЬ ТРИМЕТАЗИДИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕПЕРFUЗИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Тарасов В.Е., Ойроткина О.Ш., Шкловский Б.Л., Ворсин О.Э., Никулин А.И.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого Минобороны РФ, Красноярск, Россия

С целью нормализации коронарного кровотока все шире применяется хирургическое и рентгенохирургическое лечение ишемической болезни сердца (ИБС). Считается, что оба способа лечения – аортокоронарное шунтирование (АКШ), чрескожная транслюминальная ангиопластика (ЧТКА), эффективно устраняют стенокардию, а в некоторых случаях, в основном АКШ, увеличивают продолжительность жизни больных. Однако операция ЧТКА, как и любое хирургическое вмешательство, сопряжено с риском осложнений. При этом, ни более совершенная техника выполнения ЧТКА, ни внедрение новейших методов антитромботической терапии сопровождения ангиопластики, не решает полностью проблему возникновения ишемических и реперфузионных осложнений ЧТКА.

Цель исследования: изучение возможности применения миокардиального цитопротектора триметазидина в качестве средства профилактики ишемических осложнений чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики.

Методы исследования: в рандомизированном плацебо контролируемом исследовании у 56 больных ИБС перед операцией ЧТКА на фоне традиционной терапии нитратами, бета-блокаторами, антикоагулянтами в течение 7 суток применялся триметазидин в дозе 60 мг/сут. Оценивали содержание уровня кардиоспецифических ферментов, продуктов перекисного окисления липидов – малонового альдегида (МДА), каталазы, супероксиддисмутазы (СОД) и гидроперекиси в крови, частоту, продолжительность и выраженность периодов ишемии миокарда и аритмических эпизодов методом холтеровского мониторирования в дебюте терапии, через каждые 3 дня лечения и после окончания применения триметазидина.

Полученные результаты: После ЧТКА в раннем послеоперационном периоде возникает угнетение систолической и диастолической функции левого желудочка и улучшение указанных параметров через 7 дней после ЧТКА по сравнению с исходным состоянием. Коронарная ангиопластика на фоне приема триметазидина способствует более раннему восстановлению систолической и диастолической функций левого желудочка. Применение триметазидина продолжительностью не менее 7 суток в комплексе со стандартной антиангинальной терапией при подготовке больных к ЧТКА приводит к достоверному снижению уровня ферментемии: на 22% снижается уровень КФК, на 18% – уровень АСТ, на 36% – уровень МБ КФК, на 50% определяемого через

24 часа после ЧТКА, снижается послеоперационный уровень тропонина I. Отмечено достоверное сокращение продолжительности периодов нестабильности миокарда, наблюдалось быстрое восстановление сократимости миокарда, уменьшение частоты и отсутствие аритмических осложнений, отмечалась менее выраженная депрессия и более быстрое возвращение к исходному уровню сегмента ST во время и после ЧТКА. Терапия триметазидином сопровождалась снижением МДА и быстрым восстановлением содержания в крови каталазы, СОД и гидроперекисей. Стенокардия, потребовавшая дополнительного использования нитроглицерина, отмечена у 18% больных, получавших триметазидин, и у 30% больных в контрольной группе. Более длительный прием триметазидина способствует выраженному снижению интраоперационной ферментемии.

Выводы: С целью профилактики ишемических осложнений при подготовке больных к коронарной ангиопластике показано применение миокардиального цитопротектора триметазидина в дозе 60 мг/сут в комплексе с другими антиишемическими средствами. Более эффективно применение триметазидина, учитывая наличие у данного препарата периода насыщения, необходимо производить в течение не менее 7 и более суток перед ЧТКА.

Включение триметазидина в комплекс терапии во время подготовки больных к ЧТКА приводит к уменьшению частоты ишемических и реперфузионных осложнений во время и непосредственно после ЧТКА, а также снижает интраоперационную летальность.

ПВ-42 РИТМ-УРЕЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В КОРРЕКЦИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Бирюченко М.В., Секерко С.А.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

С ростом заболеваемости ишемической болезнью сердца (ИБС) и высокой смертностью среди лиц трудоспособного возраста связаны большие социально-экономические потери. Особую значимость приобретает своевременное прогнозирование электрической нестабильности сердца (ЭНС), которая является ключевой в развитии угрожающих жизни аритмий, определения подходов к лечебной тактике, снижающей риск сердечной смерти. Цель: изучить динамику показателей сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков (ППЖ), вариабельности сердечного ритма (ВРС) и данных холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ) у больных ИБС, возможности коррекции ЭНС бета-адреноблокаторами (БАБ) и кораксаном. Материал и методы: 95 больных ИБС (70 мужчин и 25 женщин), средний возраст – 52,3±4,5 лет. Больные распределены по 3 группам. В 1-й группе (n=34) проводилась стандартная терапия (нитраты, аспирин, при необходимости – ингибиторы АПФ), во 2-й группе (n=33) дополнительно к стандартному лечению назначали селективные БАБ (атенолол, средняя доза – 75 мг), в 3-й группе (n=28) к стандартному лечению добавлен ивабрадин (препарат «Кораксан», средняя доза-7,5 мг). Помимо клинического обследования были проведены инструментальные исследования: электрокардиография, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), велоэргометрия, эхокардиография, ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ-ВР), анализ показателей вариабельности ритма сердца (ВРС). Результаты: назначение атенолола к стандартной терапии позволило снизить ЧСС с 75,1±7,3 до 63,1±5,6 уд/мин, кораксана с 79,2±8,1 до 62,6±4,7 уд/мин. Исходно при ХМ ЭКГ во всех группах суточная продолжительность ишемии (СИМ), общее количество эпизодов болевой (БЭИМ) и болевой (БИМ) ишемии миокарда сопоставимы. Через 6 мес наибольшее уменьшение СИМ – в группе с кораксаном: с 36,2±3,3 до 10,3±2,1 мин, p<0,05. Адекватное уменьшение СИМ выявлено и во 2 группе с атенололом – с 34,1±2,3 до 20,2±2,2 мин. В 1 группе при стандартной терапии количество БЭИМ и БИМ осталось без значимой динамики. В группе с кораксаном количественный анализ ЭКГ-ВР показал уменьшение продолжительности фильтрованного комплекса QRS от 122,4±1,2мс до 109,4±1,3мс, продолжительности низкоамплитудных сигналов LAN Fd от 43,2±2,1мс до 23,3±2,4мс,

p<0,05. В 3 группе частота регистрации поздних потенциалов желудочков (ППЖ) при значимом уменьшении СИМ снизилась с 21,4% до 10,7%, в группе с БАБ также отмечали снижение частоты ППЖ с 21,2% до 15% при меньшем (в сравнении с исходным) количестве эпизодов ишемии. В 1 группе частота ППЖ достоверно не изменилась и составила 19% (исходно – 20,6%). В группе с атенололом отмечены изменения показателей ВРС, свидетельствующие об ослаблении симпатического влияния на синусовый ритм – увеличение SDNN с 24,9±1,7мс до 46,3±2,3мс, уменьшение LF/HF с 3,67±0,34 до 1,73±0,24. На фоне кораксана регистрировали не только изменение SDNN (с 25,3±1,6мс до 37,3±2,9мс), но и значимое увеличение rMSSD. Таким образом, включение БАБ и кораксана в комплексную терапию больных ИБС наряду с контролем ЧСС при достоверном уменьшении суточной ишемии и количества эпизодов ишемии позволила снизить частоту регистрации ППЖ, улучшить показатели ВРС.

ПВ-43 КОРРЕКЦИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПРИ ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ И ТЕЛМИСАРТАНОМ

Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Мордовина А.Г., Секерко С.А.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

Лечение артериальной гипертонии (АГ) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа имеет определенные особенности, в связи с необходимостью учитывать органопротективные эффекты, различное влияние антигипертензивных препаратов на углеводный обмен. Цель работы – изучить влияние эналаприла и телмисартана у больных АГ и СД 2 типа на показатели систолической и диастолической функции левого желудочка. Материал и методы исследования: исследование – открытое, длительность наблюдения – 6 месяцев. Больные АГ с нарушением углеводного обмена – 64 больных, средний возраст – 57,3±4,5 лет. Комплекс обследования: общеклиническое и лабораторное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД). В первой группе (n=31 человек) для контроля АД больным с СД 2 типа назначен эналаприл (энап, KRKA), во 2-й группы (n=29) телмисартан (микардис, Boehringer Ingelheim). Результаты: на фоне лечения по данным клинических измерений АД у пациентов во время контрольных явок отмечено достоверное снижение офисного САД и ДАД, причем целевой уровень АД в I группе достигнут по САД у 77% больных, по ДАД – у 64,5%, во II группе данные показатели достоверно выше, соответственно 91% и 94%, p<0,05. Во II группе мы наблюдали нормализацию суточного профиля АД у 64% больных, что составило 87,5% от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом. На фоне терапии эналаприлом уменьшение количества нон-дипперов и найт-пикеров отмечено в 32% наблюдений (45,4% от числа пациентов с патологическим циркадным ритмом).

При оценке диастолической функции ЛЖ во II группе отношение E/A увеличилось с 0,82±0,1 до 1,28±0,09, p<0,01, достоверные отличия наблюдали при анализе показателей IVRT и DT исходно и через 24 недели терапии телмисартаном, соответственно: 104±2,8 и 83,1±2,5 мс, 232±12,6 и 196±7,2 мс, p<0,05. В I группе аналогичные показатели практически не изменились. К концу периода лечения у больных II группы (микардис) фракция выброса (ФВ) возросла до 6,4% от исходного значения, p<0,05.

На фоне лечения телмисартаном отмечено снижение HbA1c с 8,41±0,2% до 6,5±0,4%, p<0,05. При анализе отношений HbA1c ≤ 6,5% и E/A установлена корреляционная зависимость (r= 0,78, при p=0,02). У больных I группы на фоне терапии эналаприлом мы не отметили достоверного изменения уровня гликированного гемоглобина (8,2±0,4% и 7,9±0,45%).

Таким образом, телмисартан у больных артериальной гипертонией наряду с выраженным антигипертензивным действием доказал наличие органопротективных эффектов, что наряду с удобным способом приема и отличным спектром переносимости делает его препаратом выбора при сопутствующем СД 2 типа.

ШВ-44 КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ТРАНЗИТОРНЫХ ИШЕМИЧЕСКИХ АТАК

Фартушина Е. Е.

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

В последнее время возрастает все больший интерес к изучению транзиторных ишемических атак (ТИА), их клинических подтипов и методов профилактики, что обусловлено не только их широкой распространенностью, но и высоким риском развития инсульта в первые дни после ТИА. Артериальная гипертензия и кардиоваскулярная патология являются одними из ведущих патогенетических факторов развития ТИА и инсультов.

Цель: оценка кардиоваскулярной профилактики и клинических особенностей ТИА у пациентов с изолированной артериальной гипертензией и нарушениями ритма сердца.

Материалы и методы исследования. Обследовано 68 пациентов с ТИА (37 женщин, 23 мужчины, средний возраст $59,2 \pm 13,4$ лет). С учетом патогенетических механизмов, все пациенты были разделены на 2 группы: первую группу составили пациенты с ТИА, возникающими на фоне изолированной артериальной гипертензии (36 человек), вторую (32 человека) — на фоне нарушений сердечного ритма. Из них 54 человека (26 человек первой группы и 28 — второй) на момент развития ТИА не получали адекватную кардиоваскулярную терапию. Всем пациентам было проведено комплексное клинико-неврологическое обследование, проведена электрокардиография, эхокардиоскопия, компьютерная томография головного мозга, консультация кардиологом, назначена адекватная кардиоваскулярная и нейропротекторная терапия. Все пациенты наблюдались в течении одного года с целью учета развития у них повторного острого нарушения мозгового кровообращения (ПОНМК).

Результаты исследования. Наибольшей тяжестью заболевания характеризовались ТИА у пациентов второй группы, не получающих соответствующую кардиоваскулярную терапию к моменту рандомизации. Характерной была большая длительность очаговых симптомов и выраженность неврологического дефицита во время приступа ($p < 0,05$), высокая частота выявления «немых» очагов ранее перенесенных инфарктов (67,8%) по данным нейровизуализации, наличие наиболее высокого риска развития ПОНМК (89,2%). Адекватная кардиоваскулярная терапия привела к снижению в течении года риска развития ПОНМК на 54% от исходного ($p < 0,05$). Относительно благоприятно протекали ТИА на фоне изолированной артериальной гипертензии у пациентов, получающих адекватную кардиоваскулярную терапию: отмечались меньшая частота и длительность приступов ($p < 0,05$), не возникали речевые нарушения, реже отмечались нарушения зрительных функций (8,3%), в период годового наблюдения у них не развивались повторные ТИА и инсульты.

Выводы. Исследование показало, что кардиоваскулярная профилактика ТИА способна достоверно снизить риск развития и тяжесть клинического течения не только первичных ТИА, но и повторного острого нарушения мозгового кровообращения. При этом существуют значительные особенности клинического течения ТИА на фоне изолированной артериальной гипертензии и ТИА у пациентов с нарушением сердечного ритма.

ШВ-45 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, В УСЛОВИЯХ Г. ЯКУТСКА (НА ПРИМЕРЕ СТАЦИОНАРА №2 ГБ №2)

Федорова В.И., Будяк С.И.*

ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия; *2 терапевтическое отделение ЯГБ №2, Якутск, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) остается наиболее актуальной медико-социальной проблемой, в связи с высокой распространенностью данной патологии среди лиц трудоспособного возраста, неуклонным ростом числа осложненных форм заболевания,

в том числе и с летальным исходом, а также с огромными экономическими затратами на ее лечение.

Цель исследования: провести анализ социальных и экономических факторов, влияющих на приверженность к лечению лиц, страдающих артериальной гипертензией, находившихся на стационарном лечении в ГБ № 2.

Материалы и методы: проведено анкетирование больных с установленным диагнозом АГ II стадии I—III степени (классификация ВНОК, 2001). Проанализировано 60 анкет (23 мужчины, 37 женщин). Средний возраст пациентов составил 52 года, длительность заболевания 9,7 лет.

Результаты: согласно полученным результатам установлено, что около 60% больных до поступления в стационар не принимали регулярно гипотензивные средства. Обращает внимание высокая доля пациентов, получавших монотерапию (72%), чаще в виде приема ингибиторов ангиотензин-превращающих ферментов (79%), реже диуретиков и бета-адреноблокаторов. Комбинированную терапию (два и более препарата) получали 18%, в том числе более трех — 5,6%. В качестве причин низкой приверженности к лечению пациенты наиболее часто указывали необходимость приема большого количества препаратов, неудобство их приема 2—3 раза в сутки, а также забывчивость. На эти причины чаще указывали лица с более низким уровнем образования. Большинство пациентов отметили факт неосведомленности о необходимости регулярной гипотензивной терапии (79%). Недостаток финансовых средств для приобретения препаратов также был указан в качестве одной из причин нерегулярного лечения у 52% опрошенных. На желание и потребность в получении информации о своем заболевании в школе для больных АГ указали 83% опрошенных.

Выводы: таким образом, в г. Якутске приверженность пациентов к лечению АГ остается достаточно низкой. Основными причинами этого являются: необходимость приема нескольких препаратов одновременно; неудобство приема 2—3 раза в сутки; незнание о необходимости регулярного приема медикаментов, а также личностные особенности (плохая память, рассеянность). Все эти факторы являются потенциально устранимыми и свидетельствуют, в большей мере, о низкой информированности больных о своем заболевании.

ШВ-46 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Харьков Е.И., Давыдов Е.Л.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого», Красноярск, Россия.

Цель исследования: оценка комплексного исследование влияния на клинические и фармакоэкономические показатели качество жизни, используемых схем антигипертензивной терапии у больных артериальной гипертензией (АГ) средней и тяжелой степени у больных пожилого и старческого возраста.

В программу были включены 75 больных гипертонической болезнью II—IV степени. Исследование проводилось простое открытое проспективное контролируемое сравнительное, продолжительностью 12 недель. Средний возраст участников исследования 66,5 года, средний стаж болезни 13,9 года. Все больные были рандомизированы в первую, вторую, третью, четвертую и пятую группы исследования, по 15 человек в каждой. В качестве средств комбинированной терапии использовались: ТДУ гидрохлортиазид в дозе 12,5–25 мг/сут. однократно, гидрофильный ИАПФ — лизиноприл в дозе 2,5–20 мг/сут., ХДУ — индапамид 2,5 мг однократно утром, липофильный ИАПФ — эналаприл — от 5 до 20 мг/сут, фиксированная комбинация липофильного ИАПФ и ТДУ — эналаприл + гипотиазид в дозе 1–2 таб/сут, нефиксированная комбинация липофильного ИАПФ и ХДУ — эналаприл + индапамид — 1–2 таб/сут, фиксированная комбинация гидрофильный ИАПФ и ХДУ — периндоприл + индапамид.

В результате проводимого лечения нефиксированной комбинацией «Эналаприл + Индапамид» (III группа) был

достигнут самый высокий целевой уровень снижения АД среди всех пяти групп. Индекс здоровья (HI) незначимо снизился в группе больных, получавших комбинацию и резко повысился в группе 3-й и 5-й группах больных, получавших нефиксированную (энзискс) и фиксированную (нолипрел) комбинацию соответственно. Показатели семейного комфорта (ISF), повысившиеся во всех группах, также снизились у больных, применивших комбинацию ИАПФ+ТДУ. Суммарный индекс качества жизни (QLI) снизился у больных, пролеченных ИАПФ+ТДУ, и существенно повысился при приеме нефиксированной комбинации (энзискс). Было проведено исследование коэффициента «затраты/полезность». Наиболее «полезными» оказались комбинации «Нолипрел» и «Энзискс» имеющие наименьший коэффициент соотношения «затраты/полезность». У больных, получавших комбинацию «Энап НЛ» расходы на лечение оказались меньше, чем расходы принимавших клинически менее эффективные комбинации. Кроме того, эта комбинация оказалась наиболее «полезной» по мнению больных, включенных в исследование. При использовании нефиксированной комбинации «Энзискс» отмечено совпадение фармакоэкономической целесообразности применения как с точки зрения субъектов предоставления медицинских услуг, так и с точки зрения потребителей услуг.

Таким образом, у больных АГ пожилого и старческого возраста, получавших лечение изученными антигипертензивными препаратами разных фармакологических групп, наилучшие клинические результаты достигнуты при использовании фиксированных комбинаций («Энап НЛ», «Нолипрел») и нефиксированной комбинации – «Энзискс».

ПВ-47 АВС-, VEN- И ЧАСТОТНЫЙ АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шихова Е.В.

ГОУ ВПО Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель: провести сравнительный АВС-, VEN- и частотный анализ лекарственной терапии в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда, с использованием физических тренировок и по стандартной методике амбулаторного ведения.

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ ведения 148 амбулаторных больных, перенесших инфаркт миокарда, из них мужчин 91 (61,5%), женщин 59 (38,5%), средний возраст 58,3±3,6 года. Пациенты наблюдались в поликлиниках г. Кирова в течение 3 лет. В ходе исследования проводились АВС-, VEN и частотный анализы. Цены на препараты взяты из прайс-листов аптек г. Кирова.

Результаты: при АВС анализе выявлено, что 78,3% затрат приходится на 12 ЛС, что составляет всего лишь 23,5% от всего списка применявшихся лекарств. Максимальная доля расходов (28,3%) приходится на препараты группы статинов. Второе место заняли бета-адреноблокаторы, их назначали 66,7% больных, на них пришлось 24,2% затрат. Третья по объему расходов шла группа нитратов, ее получали 83,3% больных. Группу «В» составили 15 (29,4%) препаратов. В группу «С» вошли 24 наименования (47,1%) ЛП. В этой группе находились представители различных фармакологических групп (витамины, БАДы и др.). Частотный анализ показал, что у пациентов, перенесших ИМ, наиболее часто применялись 8 ЛП. По частоте применения на первом месте оказалась ацетилсалициловая кислота (аспирин, кардиомагнил, тромбАСС), один из препаратов вторичной профилактики ИМ. Он использовался у 43 больных (89,6%). Второе место занял нитроглицерин (нитроспрей, нитроминт). Его получали 32 (66,7%) пациента. На третьем месте – метопролол (32,6%). Остальные ЛП применялись менее чем у 10% больных. Препараты, которые соответствуют международным и российским рекомендациям амбулаторного ведения больных после ИМ, получали 87,6%. Статины применялись у 24 больных, были самыми высокочастотными ЛП (36,2%). Тем не

мнее, на препараты, входящие в перечень жизненно необходимых ЛС, потрачено 74,2% средств, на второстепенные лекарства – более 25% средств

Выводы: 1. Пациентам после инфаркта миокарда наиболее часто назначаются препараты, входящие в перечень современных стандартов.

2. Основное количество затрат приходится на долю жизненно важных препаратов, при этом сохраняется довольно высокий процент расходов на второстепенные лекарственные средства.

3. Отмечается недостаточное применение препаратов группы β-адреноблокаторов и статинов – групп, необходимых для вторичной профилактики инфаркта миокарда.

ПВ-48 РОЛЬ МЕКСИДАНТА В ПРОФИЛАКТИКЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Шкловский Б.Л., Ойроткинова О.Ш., Серебрянников В.Н., Никулин А.И., Ворсин О.Э., Саврукова О.А.

ФГУ 3 ЦВКГ им.А.А.Вишневого Минобороны РФ, Красноярск, Россия

С развитием кардиохирургических методов лечения ишемической болезни сердца (ИБС) одной из значимых проблем остается проблема церебральной дисфункции с неприемлемым уровнем послеоперационной заболеваемости.

Цель исследования: Оценка эффективности применения мексиданта у кардиохирургических пациентов для профилактики ишемических реперфузионных церебральных осложнений.

Методы: исследование перекисного окисления липидов, ферментов антиоксидантной защиты, мозговой перфузии методом ультразвуковой доплерографии, электроэнцефалографии до и после операции АКШ, после 10 дневного курса парентерального введения 5% раствора мексиданта в суточной дозе 400 мг.

Полученные результаты: Обследовано 85 пациентов в дооперационном периоде. Отмечено, что у больных ИБС имеются значительные отклонения в психо-неврологическом статусе, состоянии системы мозгового кровообращения и церебральной функции. Астено-невротический синдром выявлен у 86%, ипохондрический у 68% разной степени выраженности – от легкой астении до функционального пареза. Рассеянная органическая микросимптоматика выявлена у 49% больных, у 11% – дисциркуляторная энцефалопатия, у 6% – начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения. При ЭЭГ выявлены отклонения у 76% пациентов, коррелирующих с региональным кровотоком, десинхронные ЭЭГ зарегистрированы у 7%, гиперсинхронные у 11%, дезорганизованные с медленноволновой активностью у 6% больных. Наличие асимметрии альфа-активности в 12% случаев, дельта-активности в 2,7%, бета-активности – в 8%. Как видно, у коронарных больных при отсутствии неврологических признаков очагового поражения головного мозга, наличие асимметрии альфа-активности и акцентуации медленноволновой активности обусловлены наличием субклинической ишемии ткани головного мозга. Предикторами гипоксически-ишемического повреждения головного мозга после кардиохирургических вмешательств являются наличие комбинированного атеросклеротического поражения коронарных и каротидных артерий, достигающих 49%, выраженные стенозы сонных артерий с редукцией диаметра сосуда более 70% могут прогнозировать до 3% развитие послеоперационных осложнений.

Лечение мексидантом приводило к более быстрому регрессу очаговой симптоматики, улучшению показателей ПОЛ и ферментов АОЗ, а соответственно, к диффузному улучшению мозговой перфузии, более значимой в зонах с выраженной редукцией мозгового кровотока. У 11% отмечено исчезновение шума в ушах, снижение выраженности головокружения после 7-дневного приема препарата, следует отметить несколько более быстрый регресс общемозговой симптоматики и динамики состояния сознания и более быстрый регресс очаговой симптоматики. При анализе ЭЭГ у 8% пациентов на 7-е сутки отмечено нарастание амплитуды ЭЭГ до 25% за счет активации частот альфа-диапазона, хотя

у 3% больных с отмечено четкой коррелятивной связи с динамикой ЭЭГ. Положительная клиническая, ЭЭК динамика, активация сознания у данного контингента больных с дисциркуляторной энцефалопатией в пред- и послеоперационном периодах позволяют рекомендовать назначение препарата мексидант у кардиохирургических больных в качестве инфузионного нейрометаболического корректора.

Выводы: Таким образом, операция на коронарных сосудах в условиях ИК – серьезное испытание для головного мозга, поэтому пациенты с дооперационно-скомпрометированной церебральной перфузией должны быть отнесены к группе риска и наиболее рациональным является проведение профилактической терапии антиоксидантами, ангиопротекторами, представителем которых следует рассматривать мексидант, повышающий резистентность к гипоксии.

ШВ-49 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДА ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПОПРОТЕИНЕМИЙ ПРИ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Шумахер Г.И., Воробьева Е.Н., Нечунаева Е.В., Хорева М.А., Батанина И.А.

ГОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Росздрава, НУЗ Отделенческая клиническая больница ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Целью исследования явилось изучение оценки эффективности вторичной профилактики гипохлипидемической терапией (статины) у больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) с помощью дуплексного сканирования экстракраниальных сосудов.

Под наблюдением находились 32 больных с диагнозом ДЭ в возрасте от 39 до 74 лет (средний возраст $60,5 \pm 1,3$ года), из них 13 больных ДЭ I стадии в возрасте от 39 до 72 лет (средний возраст $55,3 \pm 1,5$ года) и 20 больных ДЭ II стадии в возрасте от 48 до 74 лет (средний возраст $64,7 \pm 1,3$ года). Причиной развития ДЭ в большинстве случаев было сочетание атеросклероза и артериальной гипертензии. Все больные имели безинсультное течение ЦВЗ. В качестве контрольной группы был обследован 21 пациент без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний.

IV. Реабилитация

IV-1 СОВРЕМЕННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С «МАСКИРОВАННОЙ» АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Алиева Н.А., Осипова И.В., Кулишова Т.В., Зальцман А.Г., Джумиго М.А.

НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД», АГМУ, Барнаул, Россия

Во время всемирного экономического кризиса все актуальнее становится проблема изолированной амбулаторной артериальной гипертензии (АГ) или «маскированной» АГ. А так же поиск доступных методов реабилитации. «Маскированная» АГ, одним из вариантов, которой является гипертензия «на рабочем месте», характеризующаяся более высокими показателями артериального давления (АД) в рабочие время по сравнению с АД в выходные дни. По данным последних исследований выявлено, что у мужчин с высоким уровнем стресса на рабочем месте повышается риск инсульта. Работники локомотивных бригад являются группой повышенного риска развития артериальной гипертензии, это обусловлено высоко стрессовой профессией. В настоящее время наряду с медикаментозными методами лечения применяются иные методы терапии артериальной гипертензии.

Цель: Оценить влияние селективной хромотерапии на стрессоустойчивость и вегетативный гомеостаз при АГ «на рабочем месте» у локомотивных бригад.

Методы: Светолечение проводилось на аппарате нового поколения «Хромоджей». Аппарат экстраокулярного воздействия,

Большим проводились оценка неврологического статуса, дуплексное сканирование экстракраниальных артерий. В сыровотке крови исследовали параметры липидного обмена: концентрацию общего холестерина, триглицеридов, ХС ЛПВП ферментативным методом с использованием наборов фирмы "Human" (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем, рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, индекс атерогенности.

Выявлено, что у всех обследуемых имелись те или иные факторы риска (курение, отягощенный семейный анамнез, избыточная масса тела, дислипидемия и др.), а в большинстве случаев их сочетание. В неврологическом статусе преобладала микроочаговая симптоматика. При ультразвуковом обследовании магистральных сосудов головы в большинстве случаев (50%) наблюдалось утолщение толщины интимомедиа (ТИМ) до $1,1 \pm 0,5$ мм, в 27,3% – наличие небольших бляшек в области бифуркации общих сонных артерий либо в устьях внутренних и наружных сонных артерий, не вызывающих стеноз. Было установлено, что статистически значимые изменения в липидном обмене имеются у всех больных ДЭ, но более выраженные во II стадии ДЭ. При этом индекс атерогенности у пациентов с ДЭ II стадии составил $6,79 \pm 0,52$, что в 2,5 раза выше, чем в группе сравнения. Максимальные значения липидов и липопротеидов наблюдались в группе пациентов с признаками утолщения ТИМ. В целях вторичной профилактики пациентам была назначена гипохлипидемическая терапия статинами (аторвастатин – липримар) в дозе 10 мг в течение 6 месяцев. При контрольном исследовании (через 3 и 6 месяцев) было выявлено снижение уровней липидов и липопротеидов до «целевых значений» у 87% пациентов. После 6-ти месячной терапии было проведено повторное ультразвуковым методом исследования, свидетельствующее об уменьшении толщины ТИМ до $0,8 \pm 0,3$ мм.

Таким образом, дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов значительно дополняет диагностические возможности лабораторного исследования в объективизации эффективности гипохлипидемической терапии статинами на разных этапах атерогенеза.

с определенным набором светофильтров, регулируемой шириной светового пучка, линейной и круговой разверткой, непрерывным или пульсирующим воздействием. Для лечения были выбраны два цвета: синий – длина волны 430-450 нм. и зеленый – длина волны 450-490 нм. по 10 минут каждый цвет, в линейной развертке, в непрерывном режиме, облучали лицо и переднюю поверхность грудной клетки, сила света – средняя. Курс лечения 10 сеансов, 1 раз в день, ежедневно. Выбор цвета обоснован патогенетическим влиянием синего и зеленого цветов на центральную нервную систему. Синее излучение снижает влияние симпатической нервной системы на сердечнососудистую систему, а зеленое – уравновешивает процессы торможения и возбуждения в коре головного мозга и обладает антидепрессивным действием. Пролечено 48 работников локомотивных бригад. Критериями включения в исследование служили: возраст 23-55 лет (средний возраст $39,2 \pm 7,1$); профессия – машинист, помощник машиниста; зарегистрированное повышение АД $>140/90$ мм рт.ст. при предрейсовом осмотре, врачебно-экспертной комиссией (ВЭК), осмотре цехового врача. Критериями исключения: верифицированный диагноз ИБС, гипертоническая болезнь III степени, фотоэритема, фотоофтальмия.

Результаты: После курса хромотерапии больные отмечали снижения эмоционального напряжения, тревожности, что было подтверждено психологическими тестами у 92% пациентов прошедших 10 сеансов хромотерапии. При повторном исследовании вариабельности сердечного ритма (после курса хромотерапии) достоверно снизилось количество пациентов с симпатикотомией.

Самым важным из показателей эффективности метода остаются результаты парного СМАД (в выходной и рабочий дни). После курса хромотерапии и пациентов отмечался незначительный прирост АД в рабочий день: САД до $10,5 \pm 8,7$ мм рт.ст., ДАД до $7,4 \pm 5,7$ мм рт.ст. А также увеличилось количество человек с нормальным снижением АД в ночное время (диппер: суточный индекс 10-20%). Выводы: Реабилитация больных «маскированной» АГ с применением селективной хромотерапии снимает психоэмоциональное напряжение, тем самым повышает стрессоустойчивость, нормализует реакцию сердечно-сосудистой системы на стресс.

IV-2 ПРИМЕНЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ФИЗИОБАЛЬНЕОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Апханова Т.В.

ФГУ Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Лимфедема нижних конечностей – хроническое прогрессирующее заболевание, составляющее около 8% в общей структуре сосудистой патологии. Методом выбора в лечении лимфедемы I-III стадии (классификация Савченко Т.В., Покровского А.В., 2004 г) является консервативная терапия, которая включает медикаментозное лечение (лимфотонотоники, иммуномодуляторы, антимикробные и противогрибковые средства) и немедикаментозные методы, включающие рекомендации по изменению образа жизни эластическую компрессию и комплексную физиотерапию. Всем больным лимфедемой для профилактики прогрессирования заболевания показано проведение регулярных курсов противоотечных лечебных мероприятий.

Физиотерапевтическое лечение лимфедемы конечностей занимает ведущие позиции в лечении лимфедемы. Действие разнообразных физических факторов направлено на стимуляцию лимфатического дренажа (усиление сократительной активности лимфатических сосудов, ускорение коллатерального лимфообращения, стимуляцию экстралимфатических факторов лимфоциза (мышечная помпа голени) и ограничение лимфообразования и нормализацию тесно связанных с ним процессов микроциркуляции. В клинике Центра разработаны и используются в реабилитационных программах методики магнитной стимуляции, магнитолазеротерапии, импульсной матричной лазеротерапии, криомассажа, криоамплипульстерапии (КриоСМТ), пневмокомпрессии, бальнеотерапии (ванны и пелоиды). Также применяется мануальный лимфодренаж (МЛД) и бандажирование конечности бинтами короткого растяжения, разработанные в клинике Фолди М.

При I стадии рекомендуются изменение образа жизни, эластическая компрессия, профилактические и лечебные программы (магнитная стимуляция, пневмокомпрессия, магнитолазеротерапия, импульсная матричная лазеротерапия, бальнеотерапия), курсы медикаментозной терапии 1 раз в год (преимущественно в летнее время года).

При II стадии – рекомендации по изменению образа жизни, эластическая компрессия, лечебные программы (пневмокомпрессия, магнитолазеротерапия, импульсная матричная лазеротерапия, магнитная стимуляция, криомассаж, КриоСМТ, бальнеотерапия, мануальный лимфодренаж и бандажирование конечности) и курсы медикаментозного лечения проводятся 2 раза в год.

При III стадии – изменение образа жизни, эластическая компрессия, лечебные программы (пневмокомпрессия, магнитолазеротерапия, магнитная стимуляция, импульсная лазеротерапия, криомассаж, КриоСМТ, бальнеотерапия, мануальный лимфодренаж и бандажирование конечности) проводятся 2-3 раза в год. Медикаментозное лечение проводится курсами по 4-6 месяцев и включает профилактическое назначение пролонгированных антибиотиков для предотвращения рецидивов рожистого воспаления.

При IV стадии – больным показано хирургическое лечение с проведением консервативной предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации с использованием указан-

ных физиотерапевтических и медикаментозных средств.

Создание реабилитационных программ восстановительного лечения больных лимфедемой позволило значительно повысить эффективность консервативного лечения больных лимфедемой и создать необходимую базу для развития физиотерапевтического направления в лечении лимфедемы конечностей.

IV-3 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИЛОВО-СУЛЬФИДНЫХ ПЕЛОИДОВ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛИМФЕДЕМОЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Апханова Т.В., Князева Т.А.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии МЗ и СР РФ», Москва, Россия

Нами изучена эффективность применения восстановительных программ, включающих комплекс физических факторов, а также пелоидотерапию, у больных лимфедемой нижних конечностей.

Обследовано и пролечено 25 больных лимфедемой нижних конечностей I-III стадий (по классификации Foldi M., 1985 г.), из них женщин-89 %, мужчин-11 %, средний возраст-52 года. Все больные методом случайной выборки были разделены на 2 группы:

1-я группа (10 больных) – получала комплекс из кремнисто-углекислых ванн, пелоидотерапии на область нижних конечностей в виде высоких «сапог» (природные илито-сульфидные грязи Тамбуканского месторождения) температурой $32-36^\circ$, пневмокомпрессии от аппарата «Лимфа-Э» и лазеротерапии на область сосудисто-нервных пучков конечностей (от аппарата «Млада» (длина волны 0,85 мкм).

2-я группа (15 больных) – получала комплекс из кремнисто-углекислых ванн, пневмокомпрессии от аппарата «Лимфа-Э» и лазеротерапии на область сосудисто-нервных пучков конечностей (от аппарата «Млада» (длина волны 0,85 мкм).

Для исследования процессов микроциркуляции использовалась лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ) на аппарате «ЛАКК-01» (НПП «ЛАЗМА», г. Москва). Изменения периферического кровообращения в конечностях фиксировались при помощи реовазографии (электрокардиограф «ЭЛКАР-4» и реографическая приставка РГ 4-01).

В результате курсового воздействия комплексом с включением пелоидов у больных 1-ой группы отмечалось уменьшение маллеолярного объема с $26,4 \pm 0,54$ до $24,5 \pm 0,42$ см ($p < 0,05$) (на 7,2%). Клинически отмечалось появление «легкости в ногах», улучшение эластичности кожи, уменьшения тяжести, распирания в ногах к вечеру. Наблюдалась положительная динамика показателей ЛДФ – снижение повышенного тонуса артериол со $176,5 \pm 9,4$ до $150,2 \pm 8,7$, $p < 0,05$; уменьшение застоя в венулах с $68,7 \pm 5,1$ до $56,2 \pm 3,2$, $p < 0,05$ и капиллярах с $56,18 \pm 3,2$ до $45,12 \pm 3,6$, $p < 0,05$. По данным РВГ улучшились показатели венозного оттока с $0,90 \pm 0,05$ до $0,72 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) (на 20%).

У больных 2-й группы также отмечены положительные изменения как клинических, так и инструментальных данных. Также отмечалось появление «легкости в ногах» после процедур, уплотнений в области свода стопы. Маллеолярный объем также уменьшился, но лишь на 6,0% (с $26,61 \pm 0,28$ до $25,01 \pm 0,26$ см, $p < 0,05$). После курса лечения у всех больных также наблюдалась положительная динамика показателей ЛДФ: снизился увеличенный тонус артериол со $170,4 \pm 8,29$ до $135,0 \pm 8,78$ ($p < 0,01$), застойные явления в венулярном и капиллярном звеньях уменьшились с $63,4 \pm 3,3$ до $48,06 \pm 3,68$ ($p < 0,001$) и с $52,18 \pm 3,64$ до $40,18 \pm 4,04$ ($p < 0,05$) соответственно. По данным РВГ также отмечено улучшение показателя венозного оттока (β) с $0,87 \pm 0,05$ до $0,74 \pm 0,04$ ($p < 0,05$) (на 14,9%).

Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии обоих предложенных комплексов на процессы лимфатического и венозного оттока и микроциркуляцию в пораженных лимфедемой конечностях. У больных 1 группы, получавших комплекс с присоединением пелоидов индифферентной температуры, наблюдались более выраженные положительные изменения клинических показателей: на 7,2% уменьшился маллеолярный объем, по данным реовазографии отмечено более выраженное улучшение венозного оттока.

Таким образом, предложенные впервые для лечения хронических лимфатических отеков нижних конечностей реабилитационные комплексы с включением кремнисто-углекислых ванн (с кон-

центрацией кремния – 150 мг/л и концентрацией углекислоты – 1,2 г/л) и пелоидов являются эффективными методами физиобальнеолечения за счет сочетанного влияния кремния (Si), углекислоты и компонентов лечебной илово-сульфидной грязи на процессы микроциркуляции, венозного и лимфатического дренажа.

IV-4 СОВРЕМЕННЫЕ ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ ПРАКТИКЕ

Бадтиева В.А.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Москва, Россия

Целью исследования являлась научно-обоснованная разработка программ немедикаментозного лечения больных артериальной гипертонией с ассоциированной ишемической болезнью сердца.

Исследуемый контингент больных состоял из 90 больных с сочетанием артериальной гипертонии II-III степени и ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения II-III функциональным классом.

Больные I группы получали лазеротерапию инфракрасного диапазона, «сухие» углекислые ванны, оказывающие тренирующее действие через гипоксию, реабилитационный комплекс II группы был дополнен общими контрастными ваннами, обладающими температурным, гидростатическим и кинетическим воздействием, комплекс III группы вместо общих контрастных ванн был дополнен подводным душем-массажем.

Под влиянием первого реабилитационного комплекса отмечены гипотензивный и антиангинальный эффекты: снижение систолического и диастолического АД на 32% и 19%, уменьшение вариабельности АД, нагрузки давлением, уменьшение количества и продолжительности эпизодов болевой ишемии миокарда, экономизация сердечно-сосудистой деятельности, улучшение сократительной функции миокарда, повышение миокардиального, коронарного и аэробного резервов.

Добавление курса контрастных ванн оказало дополнительное тренирующее действие на организм, способствовало большему антиангинальному и гипотензивному эффекту, уменьшению вариабельности артериального давления, росту коронарных, миокардиальных и аэробных резервов с экономизацией его работы, потенцируя такое же действие «сухих» углекислых ванн, у больных артериальной гипертонией II степени с ИБС, стенокардией напряжения II ф. кл. Отсутствие эффекта у всех больных ИБС, стенокардией напряжения III ф. кл., а также больных артериальной гипертонией III степени с ИБС, стенокардией напряжения II ф. кл. обусловлено несоответствием этого комплексного воздействия резервным возможностям больных.

Замена тренирующего действия контрастных ванн более мягким воздействием подводного душа-массажа способствовало увеличению возможности его использования у более широкого контингента больных.

Таким образом, учитывая вазодилатирующее и антиангинальное действие магнитолазеротерапии, тренирующее действие через различные механизмы «сухих» углекислых, общих контрастных ванн и подводного душа-массажа, применяемых в щадящих лечебных режимах, следует рекомендовать разработанные комплексы для включения в программы лечения и вторичной профилактики больных артериальной гипертонией с ассоциированной ИБС, относящихся к группе высокого и очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

IV-5 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Бадтиева В.А.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Москва, Россия

В настоящее время получено большое количество данных, указывающих на роль нарушений нейрогенной регуляции кровообращения в патогенезе артериальной гипертонии, особенно

на этапах становления заболевания. Применение медикаментозных и немедикаментозных подходов, влияющих на активность симпатической нервной системы, может стать не только патогенетическим, но и этиотропным лечением гипертонии, что позволит отсрочить прогрессирование заболевания и предотвратить осложнения, что и является ведущей концепцией превентивной кардиологии.

Целью исследования явилось изучение влияния электроимпульсной терапии на больных артериальной гипертонией с гиперсимпатикотонией.

Под воздействием электроимпульсной терапии выявлена положительная динамика клинической картины заболевания на фоне нормализации показателей суточного мониторирования АД: отмечено достоверное снижение среднесуточного САД на ($p < 0,05$), а также средних значений САД за день (со $146,43 \pm 2,45$ до $132,66 \pm 3,2$, $p < 0,01$) и за ночь (со $124,2 \pm 4,6$ до $116,8 \pm 3,8$, $p < 0,05$). Показано достоверное снижение времени гипертензии за сутки. При анализе показателя вариабельности АД выявлено, что электроимпульсная терапия оказывает нормализующее влияние на вариабельность САД и ДАД в дневное и ночное время.

Отмечалось положительное действие электроимпульсной терапии на циркадный ритм АД: количество «non-dippers» снизилось с 56,7% до 40%.

Данные анализа вариабельности ритма сердца выявили увеличение общей мощности спектра на 49,1% (с $2704,4 \pm 379,3$ мс² до $4032,5 \pm 251,7$ мс², $p < 0,01$), что характеризует усиление суммарной активности нейрогуморальных влияний на сердечный ритм. Отмечено усиление парасимпатической активности: увеличился вклад HF (в абсолютных цифрах с $486,93 \pm 141,08$ мс² до $1012,38 \pm 208,7$ мс² ($p < 0,02$), и в процентах с $12,51 \pm 1,56\%$ до $39,6 \pm 3,9\%$ ($p < 0,01$)) в общую мощность спектра, снизился индекс вегетативного баланса с $2,76 \pm 0,53$ у.ед. до $0,9 \pm 0,081$ у.ед. ($p < 0,01$). Отмечено достоверное снижение индекса централизации с $6,741 \pm 0,874$ у.ед. до $1,543 \pm 0,512$ у.ед. ($p < 0,01$) и индекса напряженности регуляторных систем (ИН) с $141,06 \pm 31,98$ у.ед. до $50,5 \pm 16,3$ у.ед. ($p < 0,02$), что указывает на увеличение активности автономного контура регуляции, снижение напряжения центральных механизмов регуляции. Снижение регуляционных затрат организма повышает эффективность деятельности и вызывает рост адаптационных резервов организма.

Таким образом, учитывая гипотензивное действие электроимпульсной терапии, более выраженное в отношении САД, нормализующее влияние на вариабельность и суточный ритм АД, следует рекомендовать применение электроимпульсной терапии у больных артериальной гипертонией с гиперсимпатикотонией.

IV-6 ДИНАМИКА РЕОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВНУТРИВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ

Бурдули Н.М., Гиреева Е.Ю.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) на агрегационные свойства тромбоцитов и эритроцитов у больных стабильной стенокардией. Было обследовано 48 больных (26 мужчин и 22 женщин) стабильной стенокардией напряжения ФК II-III., в возрасте $63,7 \pm 6,8$ лет. Все больные были разделены на 2 группы. Больные основной группы (23чел.) дополнительно к медикаментозной терапии (МТ) получали ВЛОК. Курс лазерной терапии проводился на протяжении 7 дней. Лазерное облучение крови проводили с помощью аппарата «Матрикс – ВЛОК» Контрольная группа (20чел.) получала только медикаментозную терапию. Исследование проводили до и после курса проводимой терапии. Исследование агрегации тромбоцитов и эритроцитов изучали с помощью анализатора агрегации AP 2110 (фирма SOLAR, Беларусь). Оценивались следующие параметры: степень агрегации (СтА, %), скорость агрегации (СкА, %/мин) и время агрегации (t, мин).

При анализе показателей агрегационной функции тромбоцитов у больных со стабильной стенокардией напряжения были выявлены различные типы агрегационных кривых. Повышение агрегации тромбоцитов имело место у 78% больных в основной группе и у 73% в контрольной группе. Гипоагрегация регистрировалась у 8% пациентов в основной группе и у 13% в контрольной. Нами также были отмечены случаи с нормальной агрегацией тромбоцитов. После проведенного лечения в основной группе больных с гиперагрегацией тромбоцитов отмечалось достоверное снижение исходно повышенных показателей: СтА с $84,4 \pm 3,4$ до $54,2 \pm 4,7$ ($p < 0,001$), СкА с $26,3 \pm 3,5$ до $13,4 \pm 2,0$ ($p < 0,01$) и времени агрегации с $7,20 \pm 0,04$ до $8,10 \pm 0,06$ ($p < 0,001$). При исходной гипоагрегации отмечалось повышение СтА с $33,5 \pm 1,8$ до $62,3 \pm 1,4$ ($p < 0,001$), СкА с $14,8 \pm 1,6$ до $23,3 \pm 0,8$ ($p < 0,001$), а времени агрегации с $8,51 \pm 0,1$ до $8,04 \pm 0,08$ ($p < 0,01$). В группе контроля после лечения достоверных изменений не произошло. Так, при признаках гиперагрегации тромбоцитов СтА снизилась недостоверно — с $82,4 \pm 2,2$ до $76,2 \pm 3,2$, СкА с $29,6 \pm 3,1$ до $24,2 \pm 2,6$, а время агрегации с $7,45 \pm 0,05$ до $7,50 \pm 0,03$ ($p > 0,05$). При исходной гипоагрегации отмечалось недостоверное повышение показателей СтА с $32,8 \pm 2,3$ до $40,3 \pm 3,8$, СкА — с $13,7 \pm 2,3$ до $16,2 \pm 1,4$, а времени агрегации с $8,46 \pm 0,1$ до $8,32 \pm 0,05$ ($p > 0,05$). Анализ агрегационной способности эритроцитов также показал преобладание процессов гиперагрегации. После проведенного лечения при исходной гиперагрегации эритроцитов отмечалось снижение СтА с $72,8 \pm 2,4$ до $54,4 \pm 2,6$ ($p < 0,001$), СкА с $30,2 \pm 2,2$ до $18,8 \pm 1,8$ ($p < 0,001$), а времени агрегации с $8,26 \pm 0,01$ до $9,01 \pm 0,03$ ($p < 0,001$), при исходной гипоагрегации отмечалось повышение СтА с $27,7 \pm 1,8$ до $46,4 \pm 1,6$ ($p < 0,001$), СкА с $9,6 \pm 1,1$ до $13,7 \pm 0,8$ ($p < 0,01$), времени агрегации с $9,42 \pm 0,02$ до $8,56 \pm 0,06$ ($p < 0,001$). В группе контроля после лечения достоверных изменений не произошло. Таким образом, применение НИЛИ в комплексном лечении больных стабильной стенокардией способствует коррекции патологически измененной агрегационной способности тромбоцитов и эритроцитов.

IV-7 ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТИ СУСТАВОВ В СОЧЕТАНИИ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Викторова И.А., Киселева Д.С., Калицкая И.Г., Суворова С.Г., Карзухин П.М., Носова М.Г., Коралева Л.М.

МУЗ ОГКБ № 1, им. Кабанова А.Н., отделение общей врачебной практики, Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Цель: оптимизировать реабилитационные мероприятия пациентов с синдромом гипермобильности суставов в сочетании с дисплазией соединительной ткани сердца для эффективного воздействия на кардио-респираторную и болевую мышечно-суставную симптоматику. Методы исследования. В когортном проспективном исследовании проведено наблюдение 32 пациентов с синдромом гипермобильности суставов, сочетающимся с признаками дисплазии соединительной ткани сердца. Критерии включения: синдром гипермобильности суставов, установленный на основании Брайтонских критериев, подтвержденные по данным эхокардиографического исследования признаки дисплазии соединительной ткани сердца (аномальные хорды левого желудочка, пролапсы клапанов). Критерии исключения: клиничко-лабораторные признаки других ревматических заболеваний. У 14 пациентов по эхокардиографии выявлены аномальные хорды левого желудочка, у 11 — пролапс митрального клапана (регургитация I, II степени), в 7 случаях — сочетание пролапса митрального клапана с аномальными хордами в левом желудочке, 13 пациентов жаловались на чувство перебоев в работе сердца. На ЭКГ и Холтер-ЭКГ регистрировались суправентрикулярная ($n=6$) и желудочковая ($n=2$) экстрасистолия, перманентная ($n=3$) и пароксизмальная ($n=14$) суправентрикулярная тахикардия, миграция суправентрикулярного водителя ритма ($n=8$). Программа включала изометрические упражнения, предложенные Р. Грехемом с соавторами, для малых и средних мышечных групп, изокинетические упражнения с эспандером и ходьбу. Восстановительное лечение проводилось

в течение 3 месяцев, в условиях отделения общей врачебной практики. Особенностью программы восстановительного лечения было проведение максимального теста, разработанного профессором, д.м.н., Г.С. Дубилей, для определения тренирующей нагрузки, контроль АД и ЧСС, которая не должна превышать субмаксимального уровня. Оценивалось воздействие восстановительной программы на мышечно-суставную и сердечно-сосудистую симптоматику. Для сравнения применялся критерий Мак-Нимара в программе «Biostat». Полученные результаты. Программа восстановительного лечения оказалась эффективной в отношении уменьшения болевого суставного, вертеброгенного синдромов и улучшения со стороны вегетативной нервной системы. Выявлено уменьшение дорсалгии (9 против 26, $\chi^2=8,828$; $p=0,003$), артралгии (7 против 23, $\chi^2=6,618$; $p=0,01$), а также урежение перебоев в работе сердца (4 против 13, $\chi^2=8,522$; $p=0,004$). Выводы. При сочетании синдрома гипермобильности суставов с дисплазией соединительной ткани сердца в программе восстановительного лечения необходимо сочетать упражнения для укрепления мышц, окружающих суставы с коррекцией модели движений и осанки, а также оказывающее тренирующее воздействие на кардио-респираторную систему (не более 60% максимальной ЧСС) с исключением значительных отягощений и движений, способствующих переразгибанию суставов.

IV-8 БИОУПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Дьячкова И.В., Сидорова Т.И., Юсупходжаев Р.В.
Санаторий «Барнаульский», Барнаул, Россия

Цель исследования — изучить влияние метода биоуправления на больных инфарктом миокарда.

Материал и методы. Было обследовано 76 пациентов, перенесших ИМ и получавших лечение в отделении реабилитации санатория «Барнаульский». Больные были разделены на 2 группы: 1-я — основная — 39 человек, которым на фоне комплексной терапии, проводились ежедневные процедуры биоуправления (температурно-миографический тренинг) с помощью аппарата БОСЛАБ, 2-я — контрольная группа — 37 пациентов, получавших стандартный комплекс. Длительность процедуры 30-45 минут, курс 10-12 процедур. Использовались методики: сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), качества жизни по тесту Health Status Survey (SF-36).

Результаты исследования пациентов обеих групп до лечения свидетельствовали, что ведущие пики усредненного профиля СМОЛ зарегистрированы по 1-й (ипохондрия), 2-й (тревога-депрессия) и 7-ой (психастения) шкалам, что отражает тенденцию постоянной тревожности, депрессивности. После курса биоуправления в основной группе выявлено понижение профиля по шкале 1 (ипохондрия) на 21,4% ($p < 0,05$) по шкале 2 (тревога-депрессия) на 22,7% ($p < 0,05$), по шкале 7 (психастения) на 14,5% ($p < 0,05$), подъем по 9-й шкале (активность) на 33,8% ($p < 0,05$). В контрольной группе после проведенного лечения отмечалась положительная динамика, но показатели в основной группе были достоверно ниже.

По тесту «SF-36» показатели в обеих группах до лечения существенно не отличались. Низкие значения выявлены по шкалам: «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «общее состояние здоровья» и «жизненная активность». После курса биоуправления в основной группе выявлено повышение показателей по шкалам: «физическое функционирование» на 26,9% ($p < 0,05$), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» на 27,2% ($p < 0,05$), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» на 38% ($p < 0,05$), «общее состояние здоровья» на 56% ($p < 0,05$), «жизненная активность» на 48,8% ($p < 0,05$). В контрольной группе после лечения показатели достоверно повысились по шкалам: «физическое функционирование», «общее состояние здоровья», «жизненная активность». При сравнении результатов в обеих группах после лечения отмечается достоверное увеличение показателей в основной группе по шкалам: «физическое функционирование»

ние» ($63,2 \pm 1,1$ и $52,3 \pm 1,4$; $p < 0,05$), «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» ($62,2 \pm 2,2$ и $32,7 \pm 3,7$; $p < 0,05$), «общее состояние здоровья» ($62,1 \pm 2,1$ и $51,2 \pm 2,3$; $p < 0,05$), «жизненная активность» ($58,8 \pm 1,6$ и $43,9 \pm 3,1$; $p < 0,05$).

Вывод: биоуправление способствует снижению тревожности, уменьшает внутреннюю напряженность, а также повышает уровень качества жизни у больных после инфаркта.

IV-9 ВНЕДРЕНИЕ ТРЕДМИЛТРЕНИРОВОК И ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В САНАТОРИИ «БАРНАУЛЬСКИЙ»

Евдокимов В.М., Чумакова Г.А., Сидорова Т.И., Зиновьева Н.П.
Санаторий «Барнаулский», Барнаул, Россия

Развитие реабилитологии в клинике больных инфарктом миокарда (ИМ) направлено на улучшение их качества жизни. Немаловажная роль в этом отводится физической реабилитации. В санатории «Барнаулский» разработана и внедрена методика физических тренировок на тредмиле в сочетании с естественной ходьбой для больных инфарктом миокарда, разработанная докторами наук АГМУ Чумаковой Г.А., Лычевым В.Г., к.мн. Киселевой Е.В. в 2003 году.

Методика включает в себя подготовительный период тренировки в течении 5-7 минут. Начальная скорость движения ленты тредмила при разминке составляет 1,9 км/час, подъем головного конца ленты 0 градусов. Продолжительность основного периода, на первой тренировке составляет 10 минут, постепенно увеличиваясь до 30 минут через 2-3 занятия. Тренировки проводятся при постоянном подъеме головного конца ленты тредмила на 5 градусов и скорости движения ленты тредмила, соответствующей индивидуальной ТН. В заключительный период /5-7 минут/, скорость движения ленты тредмила составляет 1,9 км/час, подъем головного конца 0 градусов. Пациент переходит на самостоятельные занятия в домашних условиях после выписки из санатория.

По разработанной методике прошли занятия 109 пациентов. У 80% больных по данным велоэргометрии увеличилась пороговая мощность, улучшилось качество ходьбы больных по терренкуру, улучшилось общее самочувствие по сравнению с больными которые проходили занятия по обычной методике реабилитации инфаркта миокарда. Метод физических тренировок на тредмиле сочетался с психотерапией, которые оценивались тестами: Спилбергера-Ханина, СМОЛ, методики «Качество жизни SF-36». Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное перед выпиской

Результаты: При первичном тестировании по методу Спилбергера-Ханина высокий уровень личностной тревожности /ЛТ/ выявлен у 38,9% больных, умеренно повышенный у 61,1% больных, с низким уровнем ЛТ не выявлено. Высокий уровень реактивной тревожности /РТ/ выявлен у 5,5% пациентов, умеренно повышена РТ у 27,85, низкая у 67,7%. При выписке высокий уровень ЛТ снизился у больных до 24,4%, умеренно повышенный до 51,1%, низкого уровня ЛТ не выявлено. Высокий уровень РТ снизился до 2,8% у больных с инфарктом миокарда, умеренно повышенной РТ до 21,2%, низкий уровень /РТ/ остался на прежнем уровне. По методу «Качество жизни» при первичном тестировании наиболее низкие показатели качества жизни выявлены по разделам «влияние физического состояния на ролевое функционирование» – $30,7 \pm 8,9$, «социальное функционирование» – $41,6 \pm 4,0$ «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование» – $44,8 \pm 10,7$. При выписке повысился показатель по разделу «влияние физического состояния на ролевое функционирование» до $32,4 \pm 8,0$, остальные показатели остались прежними. По тесту СМОЛ при первичном тестировании и при выписке не выявлено высоких показателей по всем шкалам.

Таким образом, можно предположить, что сочетание использования физических и психологических тренировок может повысить эффективность реабилитации больных с инфарктом миокарда на санаторном этапе.

IV-10 ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ РЕЗЕРВОВ ОРГАНИЗМА У ЛИЦ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Иванова Е.С.

ФГУ «Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России», Москва, Россия

Повышение уровня здоровья населения напрямую связано с успешными донозологическими мероприятиями, направленными на устранение или снижение степени дизадаптации, повышение функциональных резервов организма.

Актуальным является изучение показателей функциональных резервов и адаптационных возможностей организма у лиц, склонных к развитию стойкой артериальной гипертензии, разработка комплексных программ адаптогенного воздействия, построенного на принципах взаимодополняемости, потенцирование эффектов их составляющих.

Нами обследовано 50 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет. Использовались следующие методы исследования: оценка суточного графика АД, электрокардиография, изучение variability ритма сердца на вегетотестере «Полиспектр-8», функционального состояния кардиореспираторной системы с помощью пробы с физической нагрузкой на велоэргометре, обследование состояния центральной и периферической гемодинамики методом объемной компрессионной осциллометрии на аппарате АПКО-8-РИЦ, состояния микроциркуляторного русла с помощью лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), состояния симпатoadrenalной системы по показателям суточной экскреции катехоламинов (адреналина и норадrenalина). Проводилось психологическое обследование, изучение метеочувствительности.

Комплекс восстановительной коррекции включал: БИО-ЛОНГ-жемчужные ванны, психорелаксационную терапию с использованием устройства биологической обратной связи, физические тренировки, индивидуальную диету. Назначалось одновременное воздействие жемчужной ванны и растворенного в ней пенного средства для ванн «Биолонг» 1%, 30-50 мл на 100 литров воды, температура воды 36-37°C, продолжительность процедуры составляет 15-20 минут, два дня подряд с отдыхом на третий день, на курс лечения 14-15 процедур.

Препарат способствует повышению энергообеспечения живых клеток за счет более выгодного использования кислорода в дыхательной цепи, а также нейтрализует окислители, которые образуются при острой кислородной недостаточности в тканях организма.

Клиническая эффективность данного комплексного подхода составила 92%, причем в 52% случаев достигнутые положительные результаты расценены как значительное улучшение.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет предположить, что применение комплексного подхода к восстановительной коррекции измененных функциональных резервов у лиц с риском развития артериальной гипертензии является эффективным и патогенетически оправданным.

IV-11 СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА

Карамова И.М., Нагаев И.А., Онегов Д.В., Хайретдинова Т.Б., Раянова Р.Р., Хабибуллина А.Р., Зинатуллина К.Р., Шамсутдинова Р.Р.
БГМУ, Республика Беларусь; РКД, Уфа, Россия

Цель: выявить особенности состояния здоровья детей раннего возраста, оперированных по поводу врожденных пороков сердца в возрасте до 1 года.

Оценить физическое и нервно-психическое развитие детей раннего возраста, оперированных по поводу врожденных пороков сердца в возрасте до 1 года в зависимости от длительности искусственного кровообращения и времени пережатия аорты. Усовершенствование реабилитационных мероприятий на различных этапах оказания помощи ребёнку, прооперированному по поводу врожденного порока сердца.

Методы исследования: в ходе клинического исследования были проанализированы данные 30 больных в возрасте до 2 лет, прооперированных до 1 года по поводу врожденного порока сердца в Республиканском кардиодиспансере г. Уфы. При анализе выявлялась длительность искусственного кровообращения (средняя 65,75 мин), время пережатия аорты (39,25 мин) и характер послеоперационных осложнений.

Результаты: отставание в физическом развитии до операции выявлено у 80% наблюдаемых детей. Через 6 месяцев после операции 34% детей набрали должную массу тела, а 66% имели дефицит массы тела разной степени ($p \geq 95\%$). 20% пациентов имели недостаток массы тела при рождении, чаще всего это недоношенные дети (10%) или дети, имеющие генетические аномалии, синдром Дауна (13%). 64% детей через 6 месяцев после операции по поводу врожденного порока сердца имели отклонения в нервно-психическом развитии ($p \geq 95\%$). Это проявлялось в задержке развития активной речи, сенсорного развития и развития мелкой моторики. У 68% детей в качестве сопутствующей соматической патологии наблюдались: энцефалопатия различного генеза, конъюгационная гипербилирубинемия, дефицитная анемия. Через 6 месяцев после операции у детей имеются остаточные явления в виде хронической сердечной недостаточности (80%) и легочной гипертензии (60%).

Выводы:

1. Имеется необходимость в раннем начале реабилитации и индивидуальном подходе к оперированному ребёнку.

2. Необходимо выявление, учет и коррекция остаточных явлений и сопутствующих заболеваний с комплексным использованием медикаментозных средств, массажа и гимнастики, мониторинга пищевого статуса с рациональным и лечебным вскармливанием.

3. Меры реабилитации на различных этапах оказания помощи ребёнку должны иметь преемственность между кардиологическим стационаром и стационарами иного профиля, детской поликлиникой и обязательно семьёй больного ребёнка с психолого-педагогической помощью и создание комплекса санаторно-курортного лечения с совместным пребыванием мамы и ребёнка.

IV-12 АДАПТАЦИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИИ

Князева Т.А., Елизаров Н.А.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии МЗ и СР РФ, Москва, Россия

Установлено, что ишемизированный миокард может находиться в состоянии метаболической адаптации, т.е. повышенной резистентности к ишемическому воздействию в результате повторяющихся кратковременных эпизодов ишемии, чередующихся с реперфузией (Bolli R. et al., 1995).

Возможно инициирование адаптационных механизмов ишемического прекодиционирования или потенцирование защитного эффекта первой ишемии с помощью специфических агонистов рецепторов кардиомиоцитов и сосудистого эндотелия или путей активации медиаторов и вторичных посредников. Исследование таких терапевтических подходов защиты миокарда как более безопасных, чем ишемические, приобрело приоритетное направление.

Нами были изучены механизмы метода гипоксической терапии – газовых углекислых ванн – с позиций вызываемого ими неишемического прекодиционирования и новые подходы в лечении ишемической болезни сердца, позволяющих защитить клетки сердечной мышцы от ишемии. У 30 больных ишемической болезнью сердца со стенокардией 2-3 функциональных классов проводили парные велоэргометрические пробы с 30 минутным перерывом между ними. Через 72 часа парные пробы проводились тем же больным, через 60 минут после приема газовой углекислой ванны в специальной установке фирмы «Реабокс» (Россия), исключая ингаляционный путь поступления углекислого газа в организм, объемом 600 л, температура подаваемой смеси 32 градуса, которая обеспечивала концентрацию углекислого газа в паровоздушной смеси «сухой» ванны-57,4 об/% скорость подачи-15 л/мин, продолжительность-15 мин. При проведении повторных велоэргометрических проб зарегистрированы

достоверные изменения показателей, которые свидетельствовали о развитии феномена ишемического прекодиционирования: повышение ишемического порога при проведении каждой из повторных проб).

После приема газовой углекислой процедуры отмечено повышение толерантности к ишемии после повторных велоэргометрических проб: более выраженное повышение ишемического порога, что проявилось в меньшей выраженности максимальной депрессии S-T (до 1,18+-0,33 по сравнению с 2,8+-0,26мм, $p < 0,05$), меньшем количестве больных, у которых критерием прекращения пробы стали стенокардия или ЭКГ-признаки ишемии миокарда, увеличении мощности выполненной нагрузки с 494,3+-28 до 570,3+-34,2кгм., $p < 0,05$. Отмечена работа на более низком-энергосберегающем- уровне как в покое, так и при выполнении «стандартной» нагрузки. Выявлена взаимообусловленность первостепенных для метаболической защиты клинических синдромов: антиишемического и энергосберегающего: гипоксическая терапия газовыми углекислыми процедурами оказывает потенцирующее действие на феномен ишемического прекодиционирования у больных ишемической болезнью сердца, что определяет новые подходы использования их в качестве метода метаболической защиты миокарда при ишемических состояниях. С этой целью газовые углекислые ванны показаны при рефрактерности к медикаментозной терапии или при недостаточной ее эффективности у больных ишемической болезнью сердца.

IV-13 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛЕФОННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Колтунов И.Е., Погосова Г.В., Белова Ю.С.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины» Росмедтехнологий, Москвы, Россия

Цель: Оценить эффективность телефонной образовательной программы (ТОП) у больных мягкой и умеренной АГ.

Материалы и методы: В исследование включено 100 пациентов мягкой и умеренной АГ (средний возраст 51,4±0,6 лет), рандомизированных на группы: основную и контроля, по 50 человек в каждой группе. Все пациенты находились на стационарном лечении в ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии. Пациентам основной группы была проведена ТОП. ТОП состояла из 6 консультативных бесед по 60 мин в течение 3-х месяцев. Каждая беседа включала обсуждение одного – двух кардиоваскулярных факторов риска. Период наблюдения составил 12 месяцев в основной группе, после окончания консультирования. Психологический статус пациентов оценивался с помощью опросников Спилберга и Бека, качество жизни с использованием SF-36.

Результаты: После 1 года наблюдения в основной группе был достоверно выше уровень медицинской информированности о заболевании, факторах риска, осложнениях ($p < 0,05$); лучший контроль АД (31% vs 24% пациентов регулярно измеряющих АД; $p < 0,05$): достоверно ниже уровень систолического АД (126,26±1,67 vs 136,83±2,06 мм.рт ст; $p < 0,001$) и диастолического АД (83,55±1,03 vs 89,17±1,19 мм.рт ст; $p < 0,001$). Спустя год наблюдения, пациенты основной группы имели достоверно ниже уровень личностной (38,62±1,09 vs 44,5±1,50; $p < 0,001$) и реактивной тревоги (35,69±1,5 vs 41,62±1,68 по шкале Спилберга; $p < 0,05$); ниже уровень депрессии (6,21±0,78 vs 8,0±0,91 по шкале Бека; $p < 0,001$); в основной группе было меньше пациентов с субклиническими признаками депрессии (10-18 по шкале Бека): 10% vs 31%; $p < 0,01$. Пациенты основной группы также показали достоверно лучшие показатели качества жизни: обобщенных показателей физического здоровья (78,07±2,04 vs 69,16±2,88; $p < 0,001$) и психического здоровья (77,25±2,04 vs 66,41±2,88; $p < 0,001$).

Заключение: Настоящее исследование показало, что телефонная образовательная программа, выполненная у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией, повышает уровень медицинской информированности о заболевании, факторах риска, а также улучшает качество жизни пациентов.

IV-14 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ВЫСОКОГО РИСКА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА ФОНЕ 12-НЕДЕЛЬНОГО КУРСА ДОЗИРОВАННЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Корецкий С.Н., Свет А.В., Далецкий А.А., Сыркин А.Л.
Московская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель. Изучить динамику показателей качества жизни (КЖ) у пациентов высокого риска после операции АКШ на фоне 12-недельного курса дозированных физических тренировок (ДФТ).

Методы исследования. В исследование включено 67 пациентов, средний возраст которых $60,1 \pm 8,9$ лет. Пациенты разделены на опытную группу (39 человек) и группу контроля (28). Все прошли стандартное обследование: эхокардиографию, суточное мониторирование ЭКГ, эргоспирометрию; получали информацию о рациональном питании, здоровом образе жизни, физической активности. Критерии включения – пациенты после АКШ сроком до 12 недель, пожилой возраст, наличие факторов риска сердечно-сосудистых осложнений (ПИКС, ГБ, ожирение, СД), наличие сопутствующей патологии (ХОБЛ, ХПН), осложненное течение послеоперационного периода, отсутствие абсолютных противопоказаний. В опытной группе пациенты дополнительно проходили амбулаторный 12-недельный курс аэробных ДФТ умеренной интенсивности (40-50% от пикового потребления кислорода). По данным эргоспирометрии рассчитывался индивидуальный режим тренировок. Для оценки КЖ использовался опросник SF-36, уровня депрессии и тревоги – опросник HADS, уровня физической активности – опросник DASI. Результаты анкетирования оценивались в баллах.

Полученные результаты. По шкале физическое функционирование (PF) опросника SF-36 число баллов в опытной группе увеличилось с $62,3 \pm 29,3$ до $81,2 \pm 13,05$ ($p=0,001$), в контрольной группе – с $66,4 \pm 16,2$ до $80,9 \pm 11,0$ ($p=0,001$); по шкале ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP): в опытной группе – с $26,9 \pm 41,5$ до $51,9 \pm 43,8$ ($p<0,0001$), в контрольной группе – с $23,8 \pm 32,6$ до $42,9 \pm 41,4$ ($p=0,004$); по шкале интенсивность боли (BP): в опытной группе – с $54,1 \pm 14,9$ до $88,2 \pm 15,8$ ($p=0,001$), в контрольной группе – с $55,4 \pm 26,1$ до $82,9 \pm 20,7$ ($p=0,001$); по шкале жизненная активность (VT): в опытной группе – с $50,8 \pm 14,2$ до $68,8 \pm 9,9$ ($p=0,001$), в контрольной группе – с $49,4 \pm 19,4$ до $66,1 \pm 12,9$ ($p=0,001$); по шкале психическое здоровье (MH): в опытной группе – с $67,7 \pm 15,9$ до $74,9 \pm 9,8$ ($p=0,01$), в контрольной группе – с $64,1 \pm 10,4$ до $73,7 \pm 18,4$ ($p=0,08$). По результатам опросника DASI увеличение физической активности в группе с ДФТ произошло с $26,2 \pm 10,0$ до $39,6 \pm 10,1$ ($p<0,0001$), в контрольной группе – с $25,5 \pm 10,4$ до $32,7 \pm 10,6$ ($p<0,0001$). В динамике через 12 недель по результатам опросника HADS уровень депрессии достоверно снизился в обеих группах: в опытной – с $5,0 \pm 2,5$ до $4,0 \pm 2,6$ ($p=0,01$), в контрольной – с $6,7 \pm 4,5$ до $5,4 \pm 3,6$ ($p=0,01$); в то время как уровень тревоги – лишь в опытной: с $5,0 \pm 2,5$ до $4,0 \pm 2,8$ ($p=0,003$).

Выводы. У пациентов на фоне 12-недельного курса ДФТ наблюдалось более выраженное увеличение физической активности, значимое снижение уровня тревоги по сравнению с контрольной группой. В то же время в обеих группах пациентов отмечалось достоверное увеличение показателей КЖ.

IV-15 ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Куликова Н.Г., Галстян А.Ш.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Актуальность: высокий уровень смертности и низкое качество жизни больных с кардиоваскулярной патологией.

Цель: оценить эффективность профилактики на основе «Школы пациентов с ИБС».

Описание метода: на базе Краевой клинической больницы обследованы с применением ангиографических методик 133 больных

ИБС. Обследуемые условно разделены на группы для проведения: 1) открытой хирургической коррекции с посещением «Школы больных ИБС» в восстановительном периоде ($n=36$); 2) эндоваскулярного вмешательства с посещением «Школы больных ИБС» в восстановительном периоде ($n=35$); 3) консервативного лечения с обязательным посещением «Школы больных ИБС» ($n=30$), 4) консервативного лечения без участия в работе «Школы...» ($n=32$).

Отдаленные результаты исследования эффективности профилактики кардиоваскулярной патологии в восстановительном периоде свидетельствуют о том, что у больных 1, 2 и 3 групп достоверно уменьшилась частота приступов стенокардии (у 98%, 100% и 30% больных соответственно); частота возникновения аритмических приступов (у 50% больных в 1 группе; у 65% больных во 2 группе; у 14% больных из 3 группы) ($P<0,05$). У больных 4 группы частота возникновения приступов стенокардии и аритмии изменилась недостоверно ($P>0,05$). У 88% больных, посещающих «Школу...» из первых трёх групп контроля, наблюдали стабилизацию артериального давления. У больных, не посещающих «Школу...», стабилизацию артериального давления выявили у 5% больных. У 95% больных из 1 группы, 98% больных из 2 группы, 50% больных из 3 группы наблюдали улучшение основных критериев качества жизни (у 7% больных из 4 группы) ($P<0,05$).

Полученные данные свидетельствуют, что профилактика кардиоваскулярных заболеваний, включающая «Школу больных ИБС», значительно повышает качество жизни пациентов в восстановительном периоде; снижает риск предотвратимых смертей в послеоперационном периоде. «Школа больных ИБС» усиливает значимость и эффективность профилактики кардиоваскулярной патологии, ориентированной на информирование пациентов о факторах риска сердечно-сосудистой патологии, формирование активной жизненной позиции, обучение приёмам и методам самоконтроля, само- и взаимопомощи при экстренных ситуациях (гипертонический криз, приступ аритмии и стенокардии, др.). Были разработаны и внедрены основные методы санитарного просвещения: 150 бюллетеней о правильном питании в восстановительном периоде; 150 бюллетеней о важнейших факторах риска сосудистой патологии; 8 лекций о режиме труда и отдыха, о методах самоконтроля, др.; 50 экземпляров методической литературы; 133 анкет для изучения отдаленных результатов.

«Школа больных ИБС» позволила выделить и спрогнозировать ведущие критерии качества жизни больных с кардиоваскулярной патологией, в т.ч. в восстановительном периоде.

IV-16 КОМПЛЕКСНЫЙ ЭФФЕКТ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Кутузова А.Э., Богданова М.Ю., Колобова А.А.

Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им.И.П.Павлова, ФГУ Федеральный Центр сердца, крови и эндокринологии им.В.А.Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность программы физической реабилитации больных с артериальной гипертензией и ожирением.

Материалы и методы: обследован 101 пациент (74 женщины и 27 мужчин) в возрасте $44 \pm 0,7$ год, страдающие артериальной гипертензией 1-2 степени и ожирением (средние значения индекса массы тела составили $32,9 \pm 0,85 \text{ кг/м}^2$, окружность талии, в среднем, у женщин – $99,5 \pm 1,6$ см, у мужчин – $105,5 \pm 1,5$ см). Исходно и через 6 месяцев наблюдений больные выполняли тест с шестиминутной ходьбой, их качество жизни и тревожные расстройства оценивались методиками SF-36 и Спилберга, депрессивные расстройства – методиками Зунга и Бека.

Все пациенты были вовлечены в специально разработанную 6-месячную программу физической реабилитации, включавшую курс тренировок, в том числе, на тренажерах (длительность тренировки до 60 минут, 2 раза в неделю) и занятия аква-аэробикой в бассейне (длительностью до 45 минут 1 раз в неделю).

Результаты. Исходно за 6 минут нагрузочной пробы пациенты преодолевали дистанцию 600 ± 11 метров. Психический статус

больных характеризовался наличием у них умеренной личностной (44±1,3 балла) и умеренной реактивной (39±1,4 балла) тревожности. Оценивая качество жизни, исходно пациенты менее всего были удовлетворены своим эмоциональным функционированием (54±6,6 баллов). С помощью самооценочных методик Бека и Зунга депрессивных расстройств у исследуемых больных зарегистрировано не было.

После проведения реабилитационного вмешательства, помимо закономерной положительной динамики показателей индекса массы тела (29,8±0,68кг/м², p<0,05) и окружности талии (у женщин 94,7±2см; p=0,05, у мужчин 100±1,4см; p<0,01), у пациентов было зарегистрировано достоверное снижение выраженности тревожных расстройств (реактивная тревожность 35±1,8 баллов, p<0,05). Кроме того, после завершения программы физической реабилитации значимо возросло и качество жизни больных: они отмечали улучшение своего эмоционального функционирования (p<0,01), большую свободу от болевых ощущений (p<0,001), позитивную динамику ментального (p<0,01) и общего здоровья (p=0,001). Несмотря на отсутствие достоверных изменений результатов теста с шестиминутной ходьбой, пациенты оказались более удовлетворены своим физическим функционированием (p<0,02). Также, была зарегистрирована корреляционная связь показателей качества жизни (энергичность) и величины уменьшившегося на фоне реабилитационного вмешательства индекса массы тела (r=0,60; p<0,05) больных.

Выводы. Программа физической реабилитации, включающая в себя физические тренировки и занятия в бассейне (акваэробика), оказывает комплексное положительное воздействие на пациентов с ожирением и артериальной гипертензией, не только снижая вес их тела, но уменьшая выраженность тревожных расстройств и значительно увеличивая качество их жизни.

IV-17 ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО АСПЕКТА РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КУОРТА «ТИНАКИ»

Липницкая Е.А., Орлов М.А., Арканникова Г.А., Тимошина Л.И., Тимошина М.С.

Астраханская государственная медицинская академия, ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки», Астрахань, Россия

Цель. Повышение общей тренированности и физической работоспособности у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), с помощью индивидуальных программ физической терапии.

Методы исследования. Обследовали 75 мужчин 40 – 68 лет, поступивших для долечивания после перенесенного крупноочагового ИМ в Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки». Давность перенесенного ИМ составляла 24,8±0,6 дней. У 42 пациентов отмечалась артериальная гипертензия I-II степени, существенно не ограничивающая выполнение физической реабилитации. После оценки исходного клинико-функционального и адаптационного состояния больных был произведен их отбор для гидрокинезиотерапии в условиях глубоководного бассейна (программа «СПРИНТ»). Программы физических тренировок создавались на основе индивидуального реабилитационного потенциала и прогнозирования лучшего лечебного результата. Программа санаторно-курортного лечения включала: рациональную фармакотерапию, диету, климатотерапию, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, массаж, «сухие» углекислые ванны, лазеротерапию.

Оценка эффективности программы физической реабилитации, дополненной вариантной гидрокинезиотерапией, основывалась на регистрации данных о частоте и продолжительности приступов стенокардии в течение суток, динамике изменений толерантности к физической нагрузке по результатам велоэргометрии (ВЭМ). Исследование центральной гемодинамики осуществлялось методом эхокардиографии (ЭхоКГ). Для характеристики психоэмоционального статуса использовали систему «САН». Всем пациентам в процессе лечения осуществлялся контроль развития адаптационных реакций по методике Л.Х. Гаркави (1979 г.)

Полученные результаты. По окончании курса физической реабилитации и тренировок в лечебном бассейне все больные

улучшили показатели системы «САН». В процессе гидрокинезиотерапии не выявлялись случаи неблагоприятных адаптационных реакций. Так, изначальное содержание сегментоядерных нейтрофилов составило 57,9±1,1% и лимфоцитов – 32,6±0,9%, при завершении тренировок эти же показатели стали, соответственно, 59,7±1,2% и 30,9±1,0%. Объективизировать клиническую эффективность комплексной реабилитации позволяет значимое повышение толерантности к физической нагрузке, ставшей 71,1±1,8 вт вместо 44,7±1,3 вт в день поступления. У пациентов с изначальными нарушениями сократительной функции миокарда после тренировок регистрировалось достоверное (p<0,01) повышение показателя фракции выброса, составившего 59,8±0,9% против 49,7±1,1%. Установлено уменьшение конечного систолического размера миокарда левого желудочка с 4,3±0,1 до 4,1±0,1 см.

Заключение. Использование индивидуально подобранных программ физической реабилитации с применением гидрокинезиотерапии расширяет возможности физического аспекта реабилитации с увеличением работоспособности и тренированности организма больных ИМ.

IV-18 КАРДИОПРОТЕКТИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Нагапетьян В. К., Князева Т. А.

Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии, Москва, Россия

Хирургическая васкуляризация миокарда является одним из ведущих методов лечения ИБС. Патологической основой ишемии миокарда является нарушение энергетического обмена. Сниженный уровень метаболизма кардиомиоцитов требует для своего восстановления довольно продолжительного времени после реваскуляризации миокарда. Общеизвестным является факт, что недостаточное терапевтическое влияние на сниженный энергетический метаболизм кардиомиоцитов является одной из причин недостаточной эффективности методов реабилитации больных ИБС, в том числе и после оперативной реваскуляризации миокарда. Князевой Т. А. и Елизаровым Н. А. (2006) в клинических условиях установлен цитопротективный механизм действия низкоинтенсивного лазерного излучения у больных хронической ИБС с наличием «жизнеспособного» миокарда. Изучаемый нами контингент состоял из 86 больных ИБС в ранние сроки (на 10-14-й день) после хирургического лечения. АКШ произведено 65 больным, МКШ – 11 больным и ТЛБА выполнено 10 больным. У подавляющего большинства пациентов до операции имелась стенокардия различных функциональных классов. 68,6% больных до оперативного лечения перенесли инфаркты миокарда. В раннем послеоперационном периоде у изучаемых больных нами были выявлены глубокие нарушения функционального состояния кардиореспираторной системы и снижение компенсаторных и резервных возможностей. Нарушения функционального состояния кардиореспираторной системы у 65,6% больных сопровождалась интенсификацией процессов перекисного окисления липидов и снижением антиоксидантной защиты организма. Обследованные больные были разделены на две группы: основную и контрольную. Для лечебных целей использовали магнитно-лазерный физиотерапевтический аппарат «Млада» (длина волны непрерывного инфракрасного лазерного излучения 0,85 мкм, суммарная выходная мощность двух излучателей без магнитных насадок 30 мВт). Воздействие осуществляли по стабильной методике на три поля: область верушки сердца, среднюю треть грудины и левую подлопаточную область. Под влиянием лазерного излучения отмечен антиангинальный эффект: уменьшение приступов стенокардии и потребности в короткодействующих нитратах в сутки. Антиишемический эффект проявился уменьшением количества эпизодов болевой и безболевой ишемии по данным суточного мониторирования ЭКГ. Антиангинальные и антиишемические эффекты сочетались с увеличением энергетического потенциала миокарда: восстановлением сократительной функции миокарда, повышением толерантности к физическим нагрузкам, аэробного

и миокардиального резервов. Существенным для интерпретации механизма терапевтического действия низкоинтенсивного лазерного излучения у данной категории больных является развитие экономичности функционирования миокарда в покое и при выполнении стандартных физических нагрузок. Установлено снижение показателей перекисного окисления липидов (ПОЛ), интенсификация которого была константирована до начала лазеротерапии и усиление антиоксидантной защиты организма, что свидетельствует о непосредственном влиянии лазерного излучения на агрессивные метаболиты кислорода, снижающие сократительную функцию ишемизированного миокарда. «Пусковым механизмом», вызывающим улучшение функционального состояния миокарда, является фотобиологический эффект в тканях, поглотивших энергию лазерного излучения, что приводит к влиянию на процессы ПОЛ, способствует нормализации свойств биомембран миоцитов, т.е. оказывает кардиопротективное действие, а так же улучшение функционального состояния миокарда за счет улучшения микроциркуляции (дилатации микрососудов, увеличения в них кровотока), что усиливает перфузию миокарда. Нельзя исключить и непосредственный коронаролитический эффект лазерного излучения.

IV-19 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИСКУССТВЕННО ПРИГОТОВЛЕННЫХ ОБЩИХ КРЕМНИСТЫХ ВАНН

Никифорова Т.И., Князева Т.А.

ФГУ РНЦ восстановительной медицины и курортологии Минздравсоцразвития, Москва, Россия

Сложный характер патогенеза артериальной гипертонии сопровождается изменениями в самых различных органах и тканях, что диктует необходимость комплексного подхода к лечебным мероприятиям с целью воздействия на основные патогенетические звенья реализации гипертонии, а именно симпатoadrenalную и ренин-ангиотензиновую системы, водно-электролитного обмена, в чем существенна роль почечной гемодинамики и вазодилатации.

Нами были изучены искусственно приготовленные общие кремнистые ванны с концентрацией кремния 50-100-150 мг/л. 10-20-30 граммов кремнистой соли (Na_2SiO_3), в зависимости от изучаемой концентрации, предварительно растворенной в стакане воды, добавляли в ванну с водой объемом 200 литров. Температура воды 36-37 °С, продолжительность 10-15 минут, ежедневно 5 дней в неделю, на курсе лечения 10-12 процедур. Обследование и лечение проведено у 90 больных с артериальной гипертонией 1-11 степени, с уровнем артериального давления 140-179/90-109 мм рт.ст. Средний возраст больных 51,2±1,2 года, 30% составляли мужчины, 70% - женщины, длительность заболевания 12,5±0,7 лет. Показатели артериального давления оценивали методом суточного мониторирования при помощи автоматического программируемого амбулаторного монитора АВРМ-02 (Meditech, Венгрия), биоэлектрическую активность сердца определяли методом ЭКГ-мониторирования с использованием кардиорегистратора «Медиком – ИН 21» (Москва). Также оценивали динамику тетраполярной грудной реографии, экскрецию катехоламинов (адреналин и норадреналин) с суточной мочой, уровней ренина, альдостерона и кортизола, натрия и калия в сыворотке крови, суточного диуреза и окисления липидов в сыворотке крови. Полученные результаты обрабатывали статистически с помощью программы Statistica.

У больных гипертонией под влиянием кремнистых ванн концентрацией 100 мг/л. достоверно снизилось разовое и суточное систолическое и диастолическое давление ($p < 0,01$), уменьшилась высокая вариабельность давления и показатели «нагрузки давлением» ($p < 0,01$), улучшился суточный профиль артериального давления ($p < 0,05$). При увеличении концентрации кремния до 150 мг/л наряду с гипотензивным эффектом, отмечалось более выраженное влияние на липидный обмен и процессы микроциркуляции ($p < 0,05$) (по показателям агрегации тромбоцитов). Указанные механизмы действия осуществлялись благодаря влиянию водорастворимых соединений кремния на структуру биологических мембран.

Накапливаясь в ядрах и митохондриях клеток, кремний изменяет метаболизм клетки и проницаемость клеточных мембран для различных электролитов, влияет на липидный обмен.

IV-20 СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Осипов Д.А., Кром И.Л.

Центр медико-социологических исследований, Саратов, Россия

Изучение предикторов инвалидизации больных вследствие хронических неинфекционных заболеваний в современном мире перестает быть предметом только медицинских исследований и становится одной из важных социальных проблем.

Цель данного исследования – определение роли социальных предикторов в социализации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с перенесенным инфарктом миокарда. В исследование было включено на основе случайной выборки 160 больных трудоспособного возраста, преимущественно до 50 лет, страдающих ИБС и перенесших инфаркт миокарда давностью от 4-х месяцев до 5 лет. Диагноз ИБС был поставлен на основании критериев ВОЗ и основывался на жалобах, клинических данных, результатах инструментального исследования.

ИБС является мультикаузальной патологией. Изменение медико-экологических стандартов образа жизни, социальный статус, уровень доходов и неравенство в их распределении, бедность, высокие психоэмоциональные нагрузки, неравенство в распоряжении ресурсами здоровья, различия в доступности специализированной медицинской помощи являются ведущими социальными предикторами ИБС в современной России. До настоящего времени модифицируемые факторы риска основных нозологий болезни системы кровообращения, коррекцию которых предполагают проводимые в различных странах, в том числе и в России, национальные программы, относятся, в основном, к соматическим. Существующая в России практика профилактики инвалидизации больных при ИБС заключается в коррекции модифицируемых соматических предикторов в связи с идентификацией инвалидности с болезнью.

Проведенное нами исследование показало, что к группам социального риска инвалидизации трудоспособного возраста при ИБС относятся больные среднего возраста, обладающие наименьшим профессиональным и квалификационным трудовым потенциалом, большинство из которых живет на уровне бедности. Возникает невозможность в связи с социальными, личностными и соматическими характеристиками эффективно реагировать на меняющуюся социальную ситуацию. В результате больные принимают социальную роль инвалида, стремятся к установлению и поддержанию предписанного статуса социально незащищенных. Способствуя инвалидизации больных, страдающих ИБС, клинические предикторы не являются облигатными. Роль последних играют личностные и социальные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состоянием, «ситуацией болезни» и ресурсы, предоставляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической патологией. Установление облигатности предикторов инвалидизации больных при болезнях ИБС позволит разработать современную концепцию профилактики инвалидности и создать комплексные программы реабилитации больных, страдающих ИБС.

IV-21 К ВОПРОСУ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА

Петрова Е.В., Искендеров Б.Г., Максимов Д.Б.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: разработка оптимальных лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с имплантируемыми мультипрограммируемыми искусственными водителями ритма сердца (ИВР).

Материал и методы. В течение 20-ти лет (1989–2008 гг.) на диспансерном учете находились 836 больных после имплантации ИВР (439 мужчин и 397 женщин). Возраст больных составил от 27 до 75 лет и в среднем – $62,5 \pm 3,2$ года. Длительность электрокардиостимуляции (ЭКС) колебалась от 1 года до 17 лет и в среднем составила $14,3 \pm 0,5$ года. В 95% случаев проводилась однокамерная ЭКС, из них в 74,9% случаев была VVI-стимуляция и в 25,1% случаев – AAI-стимуляция. Двухкамерная предсердно-желудочковая ЭКС применялась у 5% больных. Частотно-адаптивные ИВР имплантировались в 2% случаев. У 72,0% больных причиной нарушений сердечного ритма была ИБС. У 60% больных диагностировалась артериальная гипертензия (АГ), признаки хронической сердечной недостаточности (ХСН) II–IV ФК имели 78,7% больных.

Результаты. Задачами медицинской реабилитации больных с ИВР явились: 1) проведение рекомендуемой общепринятой медикаментозной терапии основного и сопутствующих заболеваний; 2) повышение кумулятивного эффекта лечения за счет выбора индивидуально оптимального режима ЭКС, а также коррекция специфических нарушений электростимуляционной системы; 3) экспертиза трудоспособности, физическая и психологическая реабилитация больных с ИВР.

Кроме медикаментозной терапии кардиальных синдромов (стенокардия, ХСН, АГ, аритмии), нами использовалась электростимуляционная (немедикаментозная) их коррекция путем перепрограммирования параметров ЭКС. В частности, для оптимизации лечения ХСН застойного типа рекомендуется увеличение частоты искусственного ритма до 80–85 уд/мин. При стенокардии напряжения с низким коронарным резервом предпочтительно уменьшение частоты искусственного ритма до 55 уд/мин (эффект бета-адренергической блокады). У больных АГ урежение частоты искусственного ритма на 10–15 уд/мин (до 55–60 уд/мин) дает «частотно-зависимый гипотензивный эффект». При наличии изолированной систолической АГ, наоборот, учащение искусственного ритма на 10 уд/мин (до 70–80 уд/мин) вызывает достоверное снижение систолического АД и тем самым, уменьшается пульсовое АД. У больных со спонтанными и/или пейсмеркерными аритмиями, программируемое уменьшение или увеличение частоты импульсов приводит к устранению таких нарушений ритма как пейсмеркерная аллоритмия, желудочковая экстрасистолия, ретроградная деполаризация предсердий и т.д.

Заключение. Показана терапевтическая эффективность оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий у больных с искусственным водителем ритма сердца.

IV-22 ИЗМЕНЕНИЕ ТЕСТА С ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ НЕГО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Сайфутдинов Р.И., Толкачев И.М.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава», Оренбург, Россия

Цель: оценка теста с 6-минутной ходьбой, перенесших реваскуляризацию миокарда – аорто-коронарного шунтирование (АКШ) и чрескожную транслюминальную баллонную ангиопластику со стентированием (ЧТБА) у пациентов с сахарным диабетом (СД) в анамнезе и без него.

Материалы и методы исследования: обследовано 80 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет со стабильной стенокардией II–III ФК, идущих на операции реваскуляризации (из них 36 пациентов – не имеющих СД в анамнезе и 4 пациента с СД в группе АКШ; также 31 пациент – не имеющих СД в анамнезе и 9 пациентов с СД в группе ЧТБА) и контрольная группа из 16 пациентов, отказавшихся от операции, сопоставимая по возрасту и ФК с первой группой (из них 3 пациента с СД и 13 пациентов без него). Исследование проводилось по данным теста с 6-минутной ходьбой до операции, через шесть и двенадцать месяцев соответственно.

Полученные результаты показали, что у пациентов группы АКШ с СД расстояние теста с 6-минутной ходьбой, составившее $302,5 \pm 75,63$ м, через 6 месяцев достоверно увеличилось до $312,5 \pm 78,13$ м по сравнению с результатами до операции (Рт-Вилкоксона $<0,05$), через 12 месяцев достоверно увеличившись до $369,5 \pm 12,30$ м по сравнению с результатами, полученными через 6 месяцев после операции (Рт-Вилкоксона $<0,05$).

У больных сахарным диабетом, идущих на БАП расстояние теста с 6-минутной ходьбой, составившее $372,22 \pm 41,36$ м через 6 месяцев достоверно увеличилось до $403,89 \pm 44,88$ м по сравнению с результатами до операции (Рт-Вилкоксона $<0,05$), а через 12 месяцев достоверно снизившись до $381,11 \pm 42,35$ м по сравнению с результатами, полученными через 6 месяцев после операции (Рт-Вилкоксона $<0,05$).

У пациентов, отказавшихся от операции реваскуляризации с СД расстояние теста с 6-минутной ходьбой, составившее $377,42 \pm 12,17$ м, через 6 месяцев недостоверно уменьшилось до $356,67 \pm 119,17$ м по сравнению с результатами до операции (Рт-Вилкоксона $>0,05$), а затем недостоверно увеличилось до $360,00 \pm 120,28$ м по сравнению с результатами, полученными через 6 месяцев после операции (Рт-Вилкоксона $>0,05$).

Выводом можно считать то, что при операциях реваскуляризации у пациентов с СД операция аорто-коронарного шунтирования имеет преимущество, по сравнению с баллонной ангиопластикой со стентированием, выразившееся в увеличении толерантности к физической нагрузке.

IV-23 ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Сарбашева З.М., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: определить роль санаторного лечения женщин с постинфарктным кардиосклерозом в системе реабилитационных мероприятий.

Материал и методы: осуществлено комплексное медико-психологическое наблюдение 72 женщин 34–67 лет с постинфарктным кардиосклерозом, среди которых 38 после стационарного этапа были переведены в специализированное отделение сан. им. Калмыкова курорта Нальчик (основная группа, ОГ), и 34 пациентки, выписанные с индивидуальными рекомендациями для амбулаторно-поликлинического мониторинга (группа сравнения, ГС). Средний возраст $47,6 \pm 4,7$ лет. Наряду с фармакотерапией, рекомендациями по диете, двигательному режиму и поведению всем лицам ОГ предложено обучение в «Школе для больных с инфарктом миокарда» (10 занятий с участием кардиолога, психолога, диетолога и методиста по ЛФК); 94,7% больных участвовали в образовательном проекте, остальные 2 – не смогли завершить обучение по семейным обстоятельствам. На момент развития инфаркта миокарда (ИМ) 67 (93,0%) женщин работали (в основном, педагоги, социальные, медицинские и торговые работники, уборщицы, санитарки). Из них, практически все (95,5%) имели артериальную гипертензию (АГ), реже – ожирение (50,7%) и дислипотемию (ДЛП, 40,3%). По возрасту, особенностям профессии, в клинике ИМ сравниваемые группы достоверно не различались.

Результаты: улучшение состояния (динамика субъективных и объективных симптомов постинфарктного кардиосклероза), повышение «терапевтического согласия» отмечено перед выпиской у 81,6% женщин ОГ. Об этом свидетельствовали отсутствие болей в области сердца и сердцебиений, раздражительности, тревожности, постепенное увеличение толерантности к эмоциональным и двигательным нагрузкам, а также тенденция к нормализации артериального давления в 50,7% случаев АГ, снижение веса при ожирении и частоты ДЛП в 25,0%, отсутствие на ЭКГ отрицательной динамики. Из остальных 7 (18,4%) состояние расценено как незначительное улучшение у 3, без динамики – у 2 и ухудшение состояния (гипертонический криз, мерцание предсердий и стабильная стенокардия) – 2, которые госпитализированы в кардиологический стационар. В течение 12–18 месяцев состояние 31 женщины с постинфарктным кардиосклерозом, выписанных из санатория с улучшением, оставалось стабильно удовлетворительным. В ГС в течение 1,5 лет амбулаторного наблюдения 34 больных, перенесших ИМ, обнаружены благоприятное течение болезни и удовлетворительное состояние у 18 (52,8%) женщин, а в остальных 47,2% – неблагоприятное: повторный ИМ у 4 (11,8%) женщин, прогрессирующая постинфарктная стенокардия у 12 (35,3%), обусловленные «кризовым» течением АГ, приступами мерцания предсердий, пароксизмальной тахикардией и желудочко-

вой экстрасистолий. В связи с повторным ИМ (2) и внезапными нарушениями ритма сердца (2) за период наблюдения умерли 11,8% женщин.

Заключение: представленные результаты демонстрируют несомненную роль санаторного этапа реабилитации с образовательным проектом в достижении благоприятного течения постинфарктного кардиосклероза у женщин.

IV-24 ИЗМЕНЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В АНАМНЕЗЕ И БЕЗ НЕГО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Толкачев И.М.

ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Росздрава», Оренбург, Россия

Цель: оценка качества жизни пациентов, перенесших реваскуляризацию миокарда – аорто-коронарное шунтирование (АКШ) и чрескожную транслюминальную баллонную ангиопластику со стентированием (ЧТБА) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ) в анамнезе и без него.

Методы исследования: обследовано 80 пациентов в возрасте от 40 до 60 лет со стабильной стенокардией II-III ФК, идущих на операции реваскуляризации (из них 10 пациентов – не имеющих ИМ в анамнезе и 30 пациентов с ИМ в группе АКШ; а также 2 пациента – не имеющих ИМ в анамнезе и 32 пациента с ИМ в группе ЧТБА). Исследование проводилось методом анкетирования с использованием Миннесотского опросника "Жизнь с сердечной недостаточностью" до операции, через шесть и двенадцать месяцев соответственно.

Полученные результаты показали, что у пациентов без ИМ в анамнезе группы АКШ до операции качество жизни пациентов, изначально составлявшее 40,3±4,04 балла, через 6 месяцев достоверно улучшилось до 24,10±2,41 баллов по сравнению с результатами до операции (Рт-Вилкоксона <0,05), а через 12 месяцев достоверно улучшилось до 25,8±2,58 баллов по сравнению с результатами, полученными через 6 месяцев после операции (Рт-Вилкоксона <0,05). Качество жизни пациентов с ИМ в анамнезе группы АКШ, изначально составлявшее 40,1±1,44 балла, через 6 месяцев достоверно улучшилось до 26,4±0,88 баллов по сравнению с результатами до операции (Рт-Вилкоксона <0,05), а через 12 месяцев достоверно оставаясь улучшенным до 28,1±0,94 балла по сравнению с результатами, полученными через 6 месяцев после операции (Рт-Вилкоксона <0,05). У пациентов без ИМ в анамнезе группы ЧТБА до операции качество жизни пациентов, изначально составлявшее 40,63±5,07 балла, через 6 месяцев достоверно улучшилось до 29,25±3,65 баллов по сравнению с результатами до операции (Рт-Вилкоксона < 0,05), а через 12 месяцев достоверно улучшилось до 34,63±4,32 балла по сравнению с результатами, полученными через 6 месяцев после операции (Рт-Вилкоксона <0,05). Качество жизни пациентов с ИМ в анамнезе группы ЧТБА, изначально составлявшее 39,91±1,25 балла, через 6 месяцев достоверно улучшилось до 32,69±1,02 баллов по сравнению с результатами до операции (Рт-Вилкоксона <0,05), а через 12 месяцев достоверно улучшилось до 35,25±1,10 баллов по сравнению с результатами, полученными через 6 месяцев после операции (Рт-Вилкоксона <0,05).

Выводом можно считать то, что пациенты без ИМ в анамнезе имеют большую положительную динамику в улучшении качества жизни после операции реваскуляризации, чем пациенты с ИМ.

IV-25 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Трухачева Н.В., Князева Т.А.

ФГУ Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

Реабилитация больных с трофическими язвами венозной этиологии является актуальной проблемой восстановительной медицины.

Целью работы явилось изучение влияния общих кремнистых ванн на репаративные процессы язвенных поверхностей и микроциркуляции.

Под наблюдением находилось 90 больных. Площадь язвенных дефектов от 100 мм² до циркулярно-охватывающих голень. Больные были разделены на 3 группы по 30 человек: 1-я группа получала общие кремнистые ванны концентрации кремния 100 мг/л, t 36-37°C, продолжительность процедур 10-15 мин, ежедневно, № 10-12; 2-я группа – общие кремнистые ванны концентрации 150 мг/л; 3-я (контрольная) группа не получала лечения кремнистыми ваннами. Всем больным применялось местное лечение лечебными повязками с очищающим и регенерирующим материалом и эластическая компрессия.

Методы исследования: измерение площади трофической язвы методом планиметрии; нарушения микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате «ЛААК-01» (НПП «ЛАЗМА», г. Москва).

В результате курсового лечения венозных трофических язв установлено, что наибольшим терапевтическим эффектом обладают ванны с концентрацией кремния 150 мг/л. У больных с I стадией раневого процесса поверхность язвы очищалась от фибрина и некротических тканей: при концентрации 150 мг/л на 3-4 сутки лечения, при 100 мг/л на 5-6 сутки, в контрольной группе на 8-9 сутки лечения. Применение ванн при II-III стадиях раневого процесса сопровождалось появлением новой грануляционной ткани, постепенным закрытием язвенной поверхности эпителием с развитием соединительнотканного рубца. Скорость эпителизации язвенного дефекта была наибольшей при концентрации 150 мг/л и составляла 4,86±0,17%/сутки, при 100 мг/л – 4,18±0,11%/сутки, в контрольной группе – 3,5±0,12%/сут. Реализация терапевтического действия кремнистых ванн осуществляется через улучшение процессов микроциркуляции. Установлено снижение пассивных механизмов модуляции кровотока, указывающих на уменьшение застойных явлений в капиллярах и венах, более выраженное при концентрации 150 мг/л на 23% (p<0,01) и 28,1% (p<0,01) соответственно, при 100 мг/л на 19% (p<0,01) и 30,6% (p<0,01), в контрольной группе имела тенденция к снижению данных показателей. Отмечено повышение индекса эффективности микроциркуляции при концентрации 150 мг/л на 72% (p<0,01), при 100 мг/л на 41% (p<0,05), в контрольной группе на 23,4% (p>0,05).

Таким образом, кремнистые ванны концентрацией 150 мг/л по сравнению со 100 мг/л обладают более выраженным репаративным действием, о чем свидетельствует наибольшая скорость эпителизации и очищающий эффект, что приводит к быстрейшему заживлению язвенных дефектов. Это достигается за счет положительного влияния соединений кремния на процессы микроциркуляции в результате чего улучшается доставка кислорода и уменьшается гипоксия тканей.

IV-26 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ПЕЛОИДОТЕРАПИЮ, ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Трухачева Н.В., Князева Т.А.

ФГУ Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Минздрава России, Москва, Россия

Целью работы явилась сравнительная эффективность применения пелоидотерапии индифферентной и низкой температур в комплексном лечении больных с хронической венозной недостаточностью нижних конечностей.

Обследовано и пролечено 40 больных. В клинической картине превалировал отечный синдром и нарушение трофики тканей в виде гиперпигментация, липодерматосклероза, венозного дерматита и индуративного целлюлита.

1-я группа (19 больных) – получали комплексную терапию физическими факторами (магнитотерапию, лазеротерапию), общие кремнистые ванны с концентрацией кремния 150 мг/л и пелоидотерапию индифферентной температуры (природные иловосульфидные грязи Тамбуканского месторождения на область нижних конечностей в виде «высоких сапог», t 35-36°C,

30 мин, ежедневно, № 8-10); 2-я группа (21 больной) – получали подобный физиобальнеотерапевтический комплекс с использованием пелоидов низких температур (28–30°C). Больным обеих групп применялась адекватная компрессионная терапия медицинскими эластичными компрессионными изделиями.

Методы исследования: антропометрическое исследование с целью оценки динамики отека; для оценки динамики нарушений кровенаполнения нижних конечностей использовался метод реовазографии (РВГ); нарушения микроциркуляции оценивали методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

В результате проведенного исследования более эффективным оказался физиобальнеотерапевтический комплекс, включающий пелоидотерапию температуры 28–30°C. Отмечена наиболее выраженная положительная динамика клинических показателей: уменьшение маллеолярного объема в нижней трети голени на 7,4% ($p < 0,05$), в 1-ой группе на 6,6% ($p < 0,05$). Купирование признаков острого индуративного целлюлита и венозного дерматита также более выражено у больных 2-ой группы. По данным РВГ во 2-ой группе установлено достоверное улучшение венозного оттока ( ) на 26% ($p < 0,05$) на голених и 23% ($p < 0,05$) на стопах, в 1-ой группе на 22% ($p < 0,05$) и 17,5% ($p < 0,05$) соответственно. По данным ЛДФ во 2-ой группе отмечено уменьшение застойных явлений в венах (АНФ/СКО 100%) и капиллярах (АСФ/СКО 100%) на 25% ($p < 0,05$) и 35% ($p < 0,05$) соответственно, повышение исходно сниженного ИЭМ на 88% ($p < 0,05$). В 1-ой группе на 21% ($p < 0,05$), 28% ($p < 0,05$) и 84% ($p < 0,05$) соответственно.

Таким образом, комплексное лечение, включающее пелоидотерапию низкой температуры, оказывает более выраженное влияние на улучшение периферической гемодинамики, процессов микроциркуляции, усиление лимфодренажной функции, что приводит к уменьшению гипоксии, улучшению трофики ткани, выраженному противовоспалительному эффекту и сопровождается существенной положительной динамикой состояния больного и уменьшением клинических проявлений заболевания: отека голени, болевого синдрома, трофических нарушений.

IV-27 ОСОБЕННОСТИ ПРОЦЕССОВ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Туляганова Д.К.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить особенности изменений структурно-функциональных параметров миокарда у больных ИБС, перенесших операцию аортокоронарного шунтирования на этапе реабилитации.

Методы исследования: Всего обследовано 85 больных ИБС, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ), из них 90,1% мужчин. Средний возраст больных составил 56,4±8,53 лет. Были сформированы 2 группы: 1-я группа – 32 пациента без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, 2-я группа 53 больных с ИМ в анамнезе. Вторая группа включает в себя 2 подгруппы: первая подгруппа – 25 пациентов с ИМ без зубца Q в анамнезе, вторая группа – 28 пациентов с крупноочаговым ИМ в анамнезе. Группы были сопоставимы по полу, возрасту. Оценка состояния пациентов проводилась исходно до операции и в раннем периоде после КШ (через 15,9±1,9 дня после операции).

На этапе подготовки к КШ всем пациентам проводилась коронарография. Анализ оперативного вмешательства выявил достоверные различия по количеству шунтируемых артерий: наибольшее количество шунтов отмечено в группе пациентов с Q-позитивным ИМ в анамнезе, в среднем 3,41±1,33. Меньшее количество шунтов наложено у пациентов с Q-негативным ИМ в анамнезе в среднем 2,72±1,12. Ультразвуковое исследование сердца проводили на аппарате «Shimadzu 500A» (Япония).

Рассчитывали показатели, характеризующие функциональное состояние левого желудочка и индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС).

Результаты исследования: При анализе динамики параметров ЭхоКГ после КШ на раннем этапе реабилитации было выявлено достоверное уменьшение систолических размеров ЛЖ во всех трех группах. Процент уменьшения систолических размеров значительно не различался между группами. Анализ глобальной сократимости ЛЖ выявил, что во всех трех группах произошло значимое увеличение ФВ ЛЖ. Однако максимальный прирост 12,7±11,4% от исходного, отмечался в подгруппе с Q-позитивным ИМ в анамнезе в сравнении с 8,23±10,2% ($p < 0,05$) в подгруппе с Q-негативным ИМ в анамнезе, и в сравнении с 7,5±7,3% ($p < 0,05$) в группе без ИМ. Аналогичная динамика прослеживается и в отношении регионарной сократимости, т.е. снижение ИНЛС было максимальным в подгруппе пациентов с Q-позитивным ИМ, которое составило 8,41±7,9% в сравнении с 1,67±3,45% ($p < 0,05$) в группе пациентов без ИМ в анамнезе.

Выводы: Таким образом, обратное ремоделирование ЛЖ после КШ характеризуется достоверным уменьшением систолических размеров и улучшением глобальной и локальной сократимости. Максимальная степень прироста ФВ и максимальное снижение ИНЛС наблюдались у пациентов с Q-позитивным ИМ в анамнезе. Динамика ФВ прямо коррелирует с исходным КСО и размером ЛЖ вне зависимости от наличия ИМ, и находится в обратной взаимосвязи со значением ФВ в дооперационном периоде.

IV-28 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Туляганова Д.К.

Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Целью работы явилось изучение состояния диастолической функции левого желудочка методом доплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ) у больных ИБС, перенесших операцию АКШ.

Методы исследования. Всего обследовано 85 больных ИБС, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ), из них 90,1% мужчин. Средний возраст больных составил 56,4±8,53 лет.

Были сформированы 2 группы: 1-я группа – 32 пациента без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, 2-я группа 53 больных с ИМ в анамнезе. Вторая группа включает в себя 2 подгруппы: первая подгруппа – 25 пациентов с ИМ без зубца Q в анамнезе, вторая группа – 28 пациентов с крупноочаговым ИМ в анамнезе. Группы были сопоставимы по полу, возрасту. Оценка состояния пациентов проводилась исходно до операции и в раннем периоде после КШ (через 15,9±1,9 дня после операции).

ДЭхоКГ выполнялась на ультразвуковом аппарате «Shimadzu-500A» по стандартной методике.

Результаты исследования. При анализе типов диастолической дисфункции в группах было выявлено, что наиболее частым типом диастолических нарушений у больных на этапе подготовки к КШ является нарушенная релаксация ЛЖ. В группе без ИМ в анамнезе нарушенная релаксация ЛЖ была зарегистрирована у 81,2% пациентов, в подгруппе с ИМ без зубца Q у 74,6%, реже нарушенная релаксация встречалась в подгруппе ИМ с зубцом Q – у 64,3% пациентов. У них же чаще наблюдался псевдонормальный тип трансмитрального кровотока (ТМК) в подгруппе с Q-позитивным ИМ – (20,2%), в сравнении с 13,2% в подгруппе с Q-негативным ИМ и с 14,1% в группе без ИМ в анамнезе. В раннем периоде после КШ среди пациентов с исходно нарушенной релаксацией нормализация диастолической функции преобладала над псевдонормализацией независимо от наличия ИМ в анамнезе. Спектр ТМК достоверно не различался между группами. Среди пациентов с исходно нарушенной релаксацией ЛЖ ухудшение диастолической функции в виде регистрации

псевдонормального типа кровотока было выявлено у 19 пациентов. Среди пациентов с исходно псевдонормальным типом ТМК развитие рестриктивного типа ТМК в раннем периоде после КШ было выявлено у 8 пациентов.

Выводы: Положительная динамика диастолической функции в послеоперационном периоде наблюдения не зависит от наличия ИМ в анамнезе и типа диастолических расстройств в анамнезе. Качественный переход в более лёгкий тип диастолических нарушений сопряжён с достоверным приростом фракции выброса и значимым уменьшением размеров левого предсердия. Ухудшение в раннем периоде наблюдения диастолических показателей связано с развитием послеоперационных осложнений – анемии, постперикардиотомного синдрома и в большинстве случаев является временным фактором.

IV-29 САНАТОРНО-КУРОРТНЫЙ ЭТАП РЕАБИЛИТАЦИИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Шоенов А.Г., Эльгаров А.А.

МСЧ МВД по КБР, Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

Цель: оценить значение санаторно-курортного лечения сотрудников органов внутренних дел с артериальной гипертензией (АГ)

Материал и методы: 32 мужчин-сотрудников ОВД с АГ I (17) и II (15) ст. и пограничными нервно-психическими расстройствами (ПНПР), из числа состоящих на учете, наблюдались во время бальнеотерапии в ведомственном санатории «Нальчик». С учетом основного лечебного фактора они были разделены на 2 группы – 1) 18 чел. принимали бромйодные минеральные ванны, 36-37°, №8-10 на курс (n – 18); 2) 14 – азотно-термальные ванны, 36-37°, №8-10. Общими для них были санаторный режим, ЛФК, терренкур, психотерапия. Наряду с общеклиническими методами оценки эффективности бальнеотерапии служили суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и психологического тестирования (СМОЛ, шкалы личностной тревожности Спилберга-Ханина).

Результаты: субъективное улучшение состояния в обеих группах отмечено после 4-6 дней пребывания в санатории, которое нарастало к концу 2-й недели и сохранялось к окончанию курса бальнеотерапии у большинства больных (15 и 12 соответственно). Об этом свидетельствовали исчезновение или смягчение головных болей, раздражительности, беспокойства, тревожности. Уровни систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) как по данным обычной тонометрии, так и по результатам СМАД имели строгую тенденцию к снижению, которая достигла достоверных значений у 15 (83,3%) пациентов 1 группы и 12 (83,3%) 2-й. В частности, САД снизилось с 163,8±7,4 до 136,7±7,5 мм рт.ст. после применения бромйодных ванн и с 163,9±6,9 до 132,2±6,5 мм рт.ст. после использования азотно-термальных ванн; ДАД соответственно – от 99,5±4,8 до 78,8±4,2 мм рт.ст. и от 99,6±4,1 до 76,6±3,9 мм рт.ст. Вместе с тем, сократились ночные и утренние подъемы АД и гипертонические пики (p<0,01). Частота и выраженность ПНПР снизились (p<0,05) практически у всех больных (96,8%); благоприятная динамика уровня тревоги и депрессии оказалась несколько выше у пациентов, принимавших бромйодные ванны. В целом, эффективность бальнеотерапии сотрудников ОВД 1 группы зарегистрирована в 83,3% случаев, во 2-й – в 85,7%. Заключение: активное использование бальнеотерапии в условиях ведомственного санатория «Нальчик» у сотрудников ОВД с АГ и ПНПР существенно повышает результативность комплексного мониторинга указанных пациентов. Бромйодные и азотно-термальные ванны курорта Нальчик оказывают антигипертензивное и антистрессорное влияние и поэтому их применение в рамках санаторного лечения должно рассматриваться как обязательный этап системы восстановительного динамического наблюдения лиц опасных профессий, к которым правомерно относятся сотрудники ОВД.

IV-30 БАЛЬНЕОТЕРАПИЯ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ПРЕХОДЯЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Эльгаров М.А., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет им.Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: изучить эффективность бальнеотерапии на курорте Нальчик водителей автотранспорта (ВА) с преходящими нарушениями мозгового кровообращения и артериальной гипертензией (АГ)

Материал и методы: под наблюдением находились 96 ВА с АГ I – III степени и транзиторными ишемическими атаками (ТИА) в возрасте от 28 до 59 лет (43,7±5,1 года). У 51,0% (n=49) больных установлена сублиническая стадия цереброваскулярной патологии, в 33,3% случаев (n=32) – начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), и симптомы дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ) – в 10,4% (n=10). До и после санаторного лечения 49 шоферов бромйодными минеральными ваннами (36-37°, 15 мин., №8-10 (1 группа) и 47 лиц – азотно-термальными ваннами (36-37°, 15 мин., №8-10 (2 группа) осуществлены общеклинические, инструментальные (суточное мониторирование АД, ЭКГ, реоэнцефалография) методы и психологическое тестирование.

Результаты: после бальнеотерапии установлены благоприятные изменения в состоянии наблюдавшихся пациентов. Об этом свидетельствовали сглаживание/исчезновение субъективных и объективных признаков болезни. Так, по данным суточного мониторирования АД и ЭКГ, выявлено достоверное (p<0,05) снижение средних САД (от 182,3±8,1 до 134,2±4,3 мм рт.ст.) и ДАД (с 102,2±4,8 до 86,4±4,6 мм рт.ст.), максимальных САД (от 216,5±7,5 до 179,6±6,6 мм рт.ст.) и ДАД (от 113,4±4,7 до 101,6±4,6 мм рт.ст.), а также частоты эпизодов транзиторной ишемии миокарда (с 8,3 до 4,2%), нарушений ритма сердца (с 7,2 до 3,1%) у больных 1 группы. Аналогичная тенденция установлена и у больных 2 группы – улучшение показателей суточного профиля АД: высоко достоверное (p<0,01) снижение средних САД (от 184,3±8,7 до 132,2±3,8 мм рт.ст.) и ДАД (с 102,2±5,8 до 81,6±4,9 мм рт.ст.), максимальных САД (от 216,9±6,9 до 176,6±6,3 мм рт.ст.) и ДАД (от 113,8±5,2 до 103,6±5,6 мм рт.ст.); отдельных параметров кардиогемодинамики: симптомы коронарной недостаточности (с 9,9 до 2,4%) и сердечных аритмий (с 8,3 до 2,9%). Примечательно, что среди пациентов обеих групп обнаружена сопоставимая динамика изменений мозгового кровообращения (восстановление/улучшение основных показателей – реографического индекса, времени подъема реографической волны) соответственно в 51,5 и 52,0% наблюдений. В то же время, по данным психологического тестирования, симптомы тревоги и депрессии исчезли или в значительной степени сократились у 73,4% шоферов 1-й и 82,9% – 2-й группы; при этом отмечено повышение физической активности и профессиональной работоспособности ВА. В целом, лечебный результат зависел от выраженности АГ и церебральной патологии: высокий эффект при АГ I-II ст., компенсированной стадии цереброваскулярной болезни и НПНКМ; незначительный – АГ II-III ст. и ДЭ.

Заключение: бромйодные и азотно-термальные ванны оказывают терапевтическое влияние на ВА с АГ и ТИА и могут быть рекомендованы как важный этап восстановительного лечения пациентов с преходящими нарушениями мозгового кровообращения.

IV-31 САНАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юсупходжаев Р.В., Сидорова Т.И., Зиновьева Н.П.

Санаторий «Барнаульский», Барнаул, Россия

Цель работы – изучить влияние электросонотерапии (ЭСТ), аудиовизуальной стимуляции (АВС), гипнотерапии на типы отношения к болезни (ТОБ), механизмы совладания у больных инфарктом миокарда с артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 99 больных инфарктом миокарда (ИМ) с АГ в возрасте от 32 до 66 лет. 25 больных, получили гипнотерапию; 20 – электросонтерапию, лечение проводилось с применением аппарата «Адаптон-Слип»; 21 – аудиовизуальную стимуляцию, лечение проводилось с применением аппарата «Вояджер XL»; контрольная – 33 больных. Исследование осуществлялось с использованием опросников Хейма, «Тип отношения к болезни».

Результаты. В начале лечения в санатории у 71,7% больных ИМ с АГ отсутствовали выраженные явления дезадаптации, и отношение к болезни складывалось из эргопатического (35,4%), гармоничного (24,2%), анозогнозического (12,1%) типов. Из дезадаптивных типов реагирования на болезнь встречались смешанный (18,2%), сенситивный (6,1%).

У больных, получавших гипнотерапию, в конце лечения уменьшилось использование эргопатического типа (с 48% до 28%; $p < 0,05$) за счёт увеличения смешанного (с 16% до 28%; $p < 0,05$) и диффузного (с 0% до 8%; $p < 0,05$). После курса гипнотерапии у больных ИМ реже по сравнению с контрольной группой встречался сенситивный тип (4% и 12,1%; $p < 0,05$). Это свидетельствует о положительном влиянии гипнотерапии на больных ИМ с АГ. После гипнотерапии изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не установлено, но чаще, чем в контрольной группе, применялись конструктивные стратегии «сотрудничество» (медиана и интерквартильный размах)

($Me=3$ балла, от 0 до 4 баллов и $Me=2$ балла, от 0 до 4 баллов; $p < 0,05$), «оптимизм» ($Me=4$ балла, от 2 до 4 баллов и $Me=3$ балла, от 0 до 4 баллов; $p < 0,05$).

У больных ИМ, получавших с электросонтерапию, в конце лечения не выявлено изменений по ТООБ по сравнению с началом лечения и контрольной группой. После электросонотерапии изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не произошло, но чаще, чем в контрольной группе, использовались конструктивная стратегия «альтруизм» ($Me=3$ балла, от 2 до 4 баллов и $Me=2$ балла, от 0 до 4 баллов; $p < 0,05$), относительно конструктивная «пассивная кооперация» ($Me=2$ балла, от 0 до 4 баллов и $Me=1$ балл, от 0 до 4 баллов; $p < 0,05$), и реже – неадаптивная стратегия «покорность» ($Me=0$ баллов, от 0 до 1 балла и $Me=1$ балл, от 0 до 4 баллов; $p < 0,05$).

После аудиовизуальной стимуляции у больных ИМ с АГ увеличилось применение эргопатического (с 33,3% до 52,3%; $p < 0,05$) типа и снизилось использование диффузного (с 9,5% до 0%; $p < 0,05$). В конце лечения аудиовизуальной стимуляцией у больных ИМ изменений копинг-стратегий по сравнению с началом лечения не произошло, но чаще, чем в контрольной группе, использовалась конструктивная стратегия «оптимизм» ($Me=4$ балла, от 2 до 4 баллов и $Me=3$ балла, от 0 до 4 баллов; $p < 0,05$).

Таким образом, у больных ИМ с АГ аудиовизуальная стимуляция оказывает наиболее позитивное влияние на ТООБ, гипнотерапия, АВС и ЭСТ – на копинг-стратегии.