

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Всероссийское научное общество кардиологов
Российский кардиологический научно-производственный комплекс
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины



РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

КАРДИОЛОГИЯ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Генеральные спонсоры:

Главные спонсоры:

АстраЗенека
Мерк Шарп и Доум
Байер Шеринг Фарма
КРКА
Никомед
Новартис
Санофи-авентис групп
Сервье

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2009; 8(6)

Москва 2009

Уважаемые коллеги!

Мы рады приветствовать Вас на Российском национальном конгрессе кардиологов 2009.

Конгресс традиционно соберет всех, кто интересуется проблемами сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): ученых, организаторов здравоохранения, практических врачей кардиологов, кардиохирургов и представителей многих других специальностей. Это позволит с разных позиций обсудить вопросы патогенеза, лечения и профилактики ССЗ.

Высокая сердечно-сосудистая смертность является общей проблемой для здоровья населения России. В то же время современные достижения в профилактике и лечении ССЗ позволяют значительно снизить смертность от этих заболеваний.

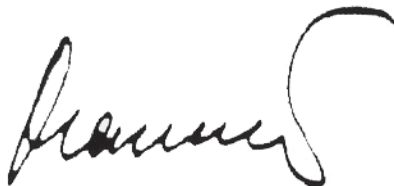
Научная программа Конгресса будет посвящена важнейшим достижениям кардиологической науки в мире, новым направлениям в научных исследованиях, лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, применению передовых медицинских технологий в кардиологии, повышению качества кардиологической помощи населению. Большое внимание будет уделено образовательным программам и школам по различным направлениям кардиологии, будет проведен конкурс молодых ученых.

В рамках Конгресса будет организована выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий. На выставке участники Конгресса смогут познакомиться с последними достижениями отечественных и зарубежных компаний.

В последние годы в стране сложилась благоприятная ситуация в отношении развития кардиологической помощи населению. Благодаря реализации национального проекта «Здоровье» заметно улучшилось финансирование и материально-техническое оснащение практического здравоохранения, активизировалось профилактическое направление. Намечилась тенденция к снижению смертности от ССЗ, начала увеличиваться ожидаемая продолжительность жизни. Нам надо приложить все усилия, чтобы продолжить эти позитивные тенденции.

Уверен, что, при вашем активном участии, Конгресс пройдет успешно и внесет несомненный вклад в дальнейшее развитие кардиологической науки и улучшение кардиологической помощи на благо здоровья народа нашей страны.

Президент Всероссийского научного общества кардиологов,
академик РАМН



Р. Г. Оганов

**Организационный комитет
Российского национального конгресса кардиологов**

Почетный президент конгресса:	Чазов Е.И.
Президент конгресса, председатель Оргкомитета:	Оганов Р.Г.
Заместители председателя:	Карпов Ю.А. Колтунов И.Е.
Ответственный секретарь:	Мамедов М.Н.
Члены оргкомитета:	Андреева И.Л. Беленков Ю.Н. Бойцов С.А. Габинский Я.Л. Гуревич М.А. Довгалецкий П.Я. Закирова А.Н. Иоселани Д.Г. Карпов Р.С. Лазебник Л.Б. Люсов В.А. Мартынов А.И. Орлов В.А. Поздняков Ю.М. Сельцовский А.П. Семенов В.Ю. Чазова И.Е. Шальнова С.А. Шляхто Е.В. Якушин С.С.

Ответственные за научную программу:	Бойцов С.А. Шальнова С.А.
--	------------------------------

Конкурс молодых ученых

Председатели:	Кухарчук В.В. Грацианский Н.А.
----------------------	-----------------------------------

Гимн кардиологов России

Автор идеи:
профессор академик РАМН,
президент ВНОК

Р.Г. Оганов

Автор гимна:
профессор,
вице-президент ВНОК.

Я.Л. Габинский

А жизни нет конца,
Пока горят сердца,
Пока поют сердца у нас.
И мы идем вперед,
Спешит за годом год,
И пролетает год как час.
Припев:
Сердце
Стучит и бьется — значит,
Сердце
Мы отдаем другим.
Трудно,
Но нам нельзя иначе —
Сердце
России защитим!
Морозною зимой
И в жаркий летний зной
Мы бережем сердца людей,
Ведь кардиолог — тот,
Кто для других живет,
И нет для нас забот важней!
Припев:
Сердце
Стучит и бьется — значит,
Сердце
Мы отдаем другим.
Трудно,
Но нам нельзя иначе —
Сердце
России защитим!

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Всероссийское научное общество кардиологов
Российский кардиологический научно-производственный комплекс
Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ
5-7 октября 2010 г, г. Москва

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

Уважаемые коллеги!

Приглашаем Вас, принять участие в Российском национальном конгрессе кардиологов, который состоится 5-7 октября 2010 года в г. Москве, в Новом здании Президиума Российской академии наук по адресу: Ленинский проспект, 32А; проезд: ст. метро «Ленинский проспект».

Тематика конгресса

- Диспансеризация кардиологических больных
- Фундаментальные исследования в кардиологии
- Новые медицинские технологии в кардиологии
- Новые подходы к терапии основных сердечно-сосудистых заболеваний
- Интервенционная кардиология
- Хирургические методы лечения сердечно-сосудистых заболеваний
- Проблемы реабилитации кардиологических больных
- Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний
- Совершенствование организации кардиологической службы

Научная программа конгресса включает лекции, пленарные заседания, научные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады, конкурс молодых ученых, школы для практикующих врачей.

Полная научная программа размещается на **www.cardiosite.ru** за 1,5-2 месяца до начала Конгресса.

Регистрация

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес оргкомитета заполненную регистрационную форму, а также подтверждение оплаты организационного взноса.

Регистрационный взнос (не включает стоимость опубликования тезисов) должен быть перечислен на счет ВНОК до 1 июня 2010г — 1600 руб., с 1 июня до 1 сентября 2010г — 2000 руб, с 1 сентября 2010 г -2400 руб (соответ-

ственно, 55 у.е., 65 у.е., 80 у.е. по курсу ЦБ РФ на день оплаты).

Опубликование тезисов (одна работа) — 400 руб. (сумма не включает стоимость сборника тезисов). Все суммы включают НДС.

От оплаты организационного взноса и за публикацию тезисов освобождаются члены правления ВНОК, председатели всех научных симпозиумов и участники конкурса «Молодых ученых».

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты НЕ ПРИНИМАЮТСЯ!

Зарегистрироваться можно по адресу **registrasiya@gnicpm.ru**

Банковские реквизиты: Получатель платежа: Общественная организация «Всероссийское научное общество кардиологов» (ОО «ВНОК») Расчетный счет 40703810000000001646 в ООО КБ «МК Банк» г.Москвы БИК 044585428, к/с 30101810900000000428 Банка России, ИНН 7720029912, КПП 772001001

Пожалуйста, указывайте в квитанции назначение платежа. Например: оргвзнос за участие Иванова И.И. в конгрессе кардиологов 2010; взнос за публикацию тезисов Иванова И.И. в материалах конгресса кардиологов 2010.

ВНИМАНИЕ! Тезисы должны быть получены Оргкомитетом до 15 апреля 2010 г. Убедительная просьба — заблаговременно подавайте Ваши тезисы.

Тезисы, полученные позднее указанной даты, рассматриваться не будут.

Правила оформления тезисов

1. Объем тезисов — 1 страница (А4), поля сверху, снизу, справа и слева — 3 см. Пожалуйста, используйте лазерный или струйный принтер, шрифт Times — 12 пт., через 1 интервал. Не допу-

скается размещение в тексте таблиц и рисунков. Тезисы будут печататься факсимильно, без повторного набора и не будут подвергнуты редакторской правке.

2. В заглавии должны быть указаны: название (заглавными буквами), с новой строки — фамилии и инициалы авторов, с новой строки — учреждение, город, страна.

3. В содержании тезисов должны быть отражены: цель, методы исследования, полученные результаты, выводы. В тексте тезисов не следует приводить таблицы, рисунки и ссылки на литературные источники. В названии тезисов не допускаются сокращения.

4. Тезисы принимаются только в электронном виде в формате Word на электронный адрес: tesis@gnicpm.ru, либо по почте в конверте на цифровом носителе (дискета 3,5'' или СД диск) в формате Word и на бумаге в двух экземплярах. В одном файле должны содержаться одни тезисы. Имя файла, под которым будет сохранена работа, оформляется по следующему правилу: фамилия и инициалы первого автора, название населенного пункта, порядковый номер работы. Например, ИвановИИМосква1 для одной (первой) работы и Иванов ИИ Москва 2 для второй работы. Имя файла задается русскими буквами без пробелов.

При создании электронного сообщения в строке «Тема» обязательно указывается вид сообщения, фамилия и инициалы первого автора (или аббревиатуры организации), название населенного пункта, количество работ в сообщении (Пример: ТезисыИвановИАМосква1, ТезисыИвановИАМосква2)

Тезисы отправлять по адресу: 101990, Москва, Петроверигский пер., 10, ФГУ «ГНИЦ ПМ» Росмедтехнологий, Оргкомитет Конгресса кардиологов.

ВНИМАНИЕ! Вместе с тезисами в обязательном порядке необходимо прислать файл с информацией о контактном лице (название тезисов, авторы, учреждение, город, страна, Ф.И.О. одного из авторов для переписки, его адрес, телефон, факс, электронная почта).

Тезисы, оформленные с нарушением требований, а также присланные по факсу рассматриваться не будут.

Пример оформления тезисов:

ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ (точку не ставить)

Иванов И.И., Петров П.П., Сидоров С.С.
ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий»,
Москва, Россия (точку не ставить)

По всем вопросам, связанным с приемом тезисов можете обратиться к Загребельному Александру Васильевичу. Тел: (495) 625-37-49, e-mail: Azagrebeldny@gnicpm.ru

Конкурс молодых ученых

• К участию в конкурсе допускаются лица в возрасте до 35 лет.

• Автор (без соавторов) представляет на конкурс только одну работу.

• Для проведения предварительной экспертизы в Оргкомитет необходимо направить до 12 апреля 2010 г, с пометкой «На конкурс» в 2-х экземплярах следующие документы:

• конкурсная работа (статья объемом до 6 страниц, через 1,5 интервала, без библиографии),

• тезисы конкурсной работы (для включения в Сборник тезисов докладов),

• сведения об авторе (Ф.И.О., место работы, область научных интересов, адрес, контактный телефон, электронная почта),

• направление от учреждения,

• рекомендация научного руководителя

Работа допускается к финалу конкурса по итогам предварительной независимой экспертизы.

Результаты экспертизы будут размещены на сайте <http://www.cardiosite.ru> после 20 июля 2010 г.

Процедура финала Конкурса включает устный доклад (время выступления 15 минут).

Победители конкурса награждаются премиями и дипломами ВНОК.

По вопросам конкурса молодых ученых можете обратиться к Карповой Алле Владимировне.

Тел: (495) 621-88-82 раб. тел, e-mail:

AKarpova@gnicpm.ru

Для производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования будут организованы:

- Сателлитные симпозиумы;

- Доклады в рамках научной программы;

- Выставка лекарственных средств, современных технологий, специализированных изданий, изделий медицинского назначения.

E-mail для заявки на участие в научной программе: programa@gnicpm.ru

E-mail для заявки на участие в выставке: vistavka@gnicpm.ru

Проживание иногородних участников планируется в ближайших к месту проведения Конгресса гостиницах «Спутник», «Орленок» и «Академическая». По всем вопросам, связанным с бронированием мест и проживанием, необходимо обращаться к Полянской Юлии, тел.: (495) 730-61-18, факс: (495) 956-89-34, e-mail: J.Polyanskaya@intourist.ru

Бронирование номеров будет осуществляться только для лиц, которые оплатили стоимость брони.

Адрес Оргкомитета:

101990, г. Москва, Петроверигский пер., дом 10, каб 261 (ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий»)

Оргкомитет конгресса кардиологов

Ответственный секретарь — д.м.н. Мамедов Мехман Ниязиевич

Тел/факс (495) 624-45-93

Тел (495) 627-03-95

E-mail: mmamedov@gnicpm.ru

Официальный сайт: <http://www.cardiosite.ru> (информация по Конгрессу). Администратор сайта - Концевая Анна Васильевна. Тел (495) 621 0313, e-mail: Akontsevaya@gnicpm.ru

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА
участника Российского национального конгресса кардиологов
Москва, 5-7 октября 2010 г.

Пожалуйста, заполняйте форму печатными буквами

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Должность _____

Ученая степень _____ Ученое звание _____

Место работы _____

Служебный адрес с индексом _____

Домашний адрес с индексом _____

Телефон: _____ служебный с кодом города _____

_____ домашний с кодом города _____

Факс с кодом города _____

Email _____

Оплата регистрационного взноса: Дата _____, № квитанции _____

Просьба поставить ☒ в соответствующих квадратах:

Нуждается ли Вы в гостинице: ☐ да ☐ нет

Тип номера: ☐ одноместный ☐ одно место в двухместном номере

Дата приезда _____ Дата отъезда _____

Регистрационную форму необходимо выслать в Оргкомитет до 1 сентября 2010 г на электронный адрес: registrasiya@gnicpm.ru, или по факсу: (495) 624-45-93. Зарегистрироваться можно и на сайте ВНОК: www.cardiosite.ru

По всем вопросам предварительной регистрации можете обратиться к Капустиной Анне Владимировне. Тел: (495) 627 0 360 раб тел, e-mail: Akapustina@gnicpm.ru

0001 BALNEOTHERAPY AS AN ADJUNCTIVE TREATMENT IN LOWER BACK PAIN*L. Eppelbaum, V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Oranskiy, Y. Gabinskiy, P. Kursevitch*

Institute of Medicine and Rehabilitation, Atlanta, USA; Center of Cardiology, Ekaterinburg, Russia; First National University, Idaho, USA; Russian-American University, Atlanta, USA

The Institute of Medicine and Rehabilitation uses a unique treatment methodology utilizing injection therapy combined with balneotherapy. Patients come to Atlanta for their evaluation and medial branch nerve block injection, are then sent to Warm Mineral Springs, Florida for a weeks balneotherapy, and then return to Atlanta for a second medial branch nerve block injection prior to returning home.

Balneotherapy is the use of natural medicinal waters therapeutically. It has been used at least from Roman Times through modern times in Russia, Europe and the United States.

Warm Mineral Springs has a very high concentration of mineral waters are sodium, magnesium, calcium and iron, in combination with acids to form chlorides, sulfates, sulfides and carbonates. Various other minerals occasionally present are arsenic, lithium, potassium, manganese, bromine, iodine, etc. Oxygen, nitrogen, carbonic acid and hydrogen sulfide gases along with argon and helium are also present.

Warm Mineral Springs' water has the highest mineral content of any warm springs in the world, higher than the more famous spas in Aix les Bains and Vichy in France, Baden Baden in Germany and Hot Springs in Arkansas.

The high mineral density of Warm Mineral Springs causes a high buoyancy, facilitating easy movement for those suffering various impairments, and allows them to partake in exercises such as strengthening, stretching, and aerobic activity.

Historically Balneotherapy has utilized in the treatment of low back pain. The Institute utilizes Warm Mineral Springs as a constituent of its proprietary methodology of treatment for chronic and intractable low back pain.

In studying the effects of the addition of Balneotherapy to the Institute's proprietary injection treatment, the case notes of 1000 patients were statistically examined. It was found that the results of the use of Balneotherapy at Warm Mineral Springs as an adjunctive therapy is that 85% of the patients have achieved relief from their back pain for a minimum of 6 months.

Conclusion: The use of Balneotherapy as a therapy is indicated as an adjunctive therapy to achieve maximum results in the treatment of low back pain.

0002 CARDIO-QUEST IN THE TREATMENT OF CARDIAC INSUFFICIENCY*V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, M. Bogachek, B. Gorinshteyn, P. Kursevitch, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy*

First National University, Idaho, USA; Russian-American University, Atlanta, USA

Heart failure, or cardiac insufficiency (CI), is one of the most common diseases worldwide, and occurs when the heart is damaged to such an extent that it can no longer pump sufficient blood to the tissues. When the tissue lack sufficient blood this results in organ damage or death, because the blood is the main supplier of nutrients to the tissues.

There are many reasons for the development of cardiac insufficiency, such as swelling of the heart muscle, enlargement of the hollow chambers in the heart, a heart attack, or a blood clot. However, even myocarditis, cardiac arrhythmia, cardiac valve defect, or a blood clot in the ventricle can lead to cardiac insufficiency. The primary causes of cardiac insufficiency are arteriosclerosis and high blood pressure.

Common symptoms of CI include breathlessness with exertion, fatigue, shortness of breath, generalized edema, heart enlargement or hypertrophy, etc. This study was conducted with 36 males aged 38-62 years old with diagnosed CI. Ten of the group were given placebo. The study lasted for 12 weeks. Dosage was 20 drops 3 times daily.

The goal of the study was to ascertain the effectiveness of Cardio-Quest, a homeopathic combination medication, in relieving the symptoms of CI.

At the conclusion of the study it was found that the placebo group had all remained the same or worsened. However, in the Cardio-Quest group 87% of patients revealed significant clinical improvement in their symptoms. These participants treated with Cardio-Quest showed a lessening in the severity and incidence of their symptoms. No participants evidenced adverse side effects from the remedy.

The results indicate that the addition of Cardio-Quest to the cardiological treatment regimen would be helpful.

0003 HYPERT-QUEST IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION*V. Gabinskiy, W. von Peters, I. Kushnir, M. Bogachek, B. Gorinshteyn, P. Kursevitch, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy*

First National University, Idaho, USA; Russian-American University, Atlanta, USA

More than 50 million adults in the United States suffer from hypertension. It is a worldwide problem that causes

In the United States Arterial hypertension (high blood pressure - HBP) affects more than 50 million adults. Although one of the most common risk factors for cardiovascular morbidity and mortality worldwide, current cardiac drugs have not been effective in the relieving of this condition.

This study was conducted with 23 males aged 37-58 years old diagnosed with HBP. The study lasted for 12 weeks and was to ascertain the effectiveness of Hypert-Quest, a homeopathic combination medication, in relieving the symptoms of HBP.

At the conclusion of the study it was found that 78% of the group had improved blood pressure readings with an average reduction in systolic blood pressure (SBP) of 23. Average before SBP was 163, after SBP was 140. All participants treated with Hypert-Quest with follow-up echocardiograms evidenced an improvement in diastolic function; a reduction in myocardial thickness in 59%.

The results indicate that the addition of Hypert-Quest as a cost effective adjunct to the cardiological treatment regimen would be helpful.

0004 WONDER LAKE MINERAL WATER IN THE TREATMENT OF CARDIOVASCULAR CONDITIONS*V. Gabinskiy, I. Oranskiy, Y. Gabinskiy, W. von Peters, L. Eppelbaum, P. Kursevitch*

Institute of Medicine and Rehabilitation, Atlanta, USA; Center for Cardiology, Ekaterinburg, Russia; First National University, Idaho, USA; Russian-American University, Atlanta, USA

Wonder Lake Mineral Water is a condensed mineral water for therapeutic use from Warm Mineral Springs, Florida. Standard concentration at Warm Springs is 17,439 ppm, with the Wonder Lake Mineral Water (WLMW) formulation being condensed by 70% to create a product that can be reconstituted for use anywhere in the world.

The unique chemical structure of WLMW contains major mineral elements and trace elements which produce beneficial effects of the recovery process. Minerals are the primary platform which the body utilizes in all enzyme processes; as the necessary minerals must either be present, or be bound as co-factors. Without the necessary minerals the enzyme functions cannot be generated, and thus healing is either slow or non-existent.

WLMW balneotherapy is recommended for general cardiovascular system diseases such as Ischemia I-II, Hypertensive disease I-II degree, Neurocirculatory asthenia, hypertensive variant. Contra-indications are malignant neoplasms, surgical conditions, frequent or excessive bleedings, advanced diseases or chronic diseases with acute purulent infections. Other treatments may be combined with WLMW balneotherapy, such as physiotherapeutic procedures.

A study of 35 cardiovascular system disease patients was instituted to determine the general results of WLMW balneotherapy. A control group of 10 patients was established. The study lasted for 45 days with patients receiving treatment 3 times weekly. The WLMW was reconstituted to provide a solution of approximately the same density as the Warm Lake water (16,000 ppm). Treatment was provided in a whirlpool bath with water heated to 103°F/39°C., with treatment lasting for 20 minutes.

At the end of treatment it was found that all 25 of the patients treated had less cardiovascular inflammation, defibrating, better immune function and less generalized anxiety. The 10 control group patients, were mildly better, but had sustained no substantial improvements.

Wonder Lake Mineral Water appears to be a valuable adjunct to medical and rehabilitation management of cardiovascular disease, and effects a generalized increase in overall healing ability.

0005 NATURE-GUARD IN THE TREATMENT OF DIABETIC ULCERS

Y. Gabinsky, B. Gorinshteyn, V. Gabinskiy, W. von Peters, L. Eppelbaum, P. Kursevitch

Center of Cardiology, Ekaterinburg, Russia; First National University, Idaho, USA; Russian-American University, Atlanta, USA; Institute of Medicine and Rehabilitation, Atlanta, USA

Nature-Guard™ Medicated Wipes have been developed both for prevention and treatment of all stages of the diabetic ulcers, from Stage 1 through Stage 4. In a Clinical Study conducted at the Center for Cardiology in Ekaterinburg 40 patients with various stages of diabetic ulcers were enrolled in the study, with 10 patients serving as a control group.

The breakdown of the patients were: diabetic ulcer stage 1–10 patients, diabetic ulcer stage 2–10 patients, diabetic ulcer stage 3 – 10 patients, and diabetic ulcer stage 4–10 patients.

Before beginning treatment the diabetic ulcer with necrosis had a pH of 8.5. After 7 days the pH was 8.0, after 14 days the size of the ulcer had diminished by 10% with a pH of 7.5. After 21 days the size of the ulcer was diminished by 50% with a pH of 7.0, and at the bottom of the ulcer was executed pink granulations, regional epithelial cells. After 28 days the ulcer was diminished by 70% with the ulcer clean and superficial, with good healing and a pH of 7.0. After 6 weeks complete tissue regeneration with normal pigmentation and normal mobility had resulted.

The results of the study was complete healing and tissue regeneration of 25 patients. This preparation is effective in the treatment of diabetic trophic ulcers. Complete cicatrization was observed for 25 patients, with 5 having a partial reduction of the sizes of the ulcer and formulation of granulation tissue. For these 5 patients treatment was continued.

After 8 weeks the size of the ulcer diminished 80% in all 5 patients, the ulcer is clean and superficial with good healing and a pH of 6.5. After 10 weeks all patients had complete tissue regeneration with normal pigmentation and normal mobility.

The control group which received traditional treatment, no substantial changes were observed, therefore the NatureGuard™ Medicated Wipes must be considered very effective. The use of the Wipes was found to be extremely easy to use and apply.

0006 PERCUTANEOUS AORTIC VALVE REPLACEMENT FOR SYMPTOMATIC SEVERE AORTIC STENOSIS: AN EMERGING NEW TREATMENT OPTION FOR HIGH-RISK PATIENTS

Maier R, Hoedl R, Stoschitzky G, Watzinger N, Blazek S, Schmidt A, Paetzold D, Pieske B, Luha O

Department of Cardiology, Medical University Graz, Graz, Austria

Background: Degenerative aortic stenosis (AS) is currently the most frequent acquired heart valve disease in industrialised countries. In symptomatic patients with severe AS, operative aortic valve replacement is the treatment of choice. However, not only symptomatic AS becomes more prevalent in elderly patients, but also comorbidities that increase the risk for operative valve replacement.

Aim: A less invasive procedure, percutaneous aortic valve replacement (PAVR), might turn out to be an alternative therapy for high-risk patients.

Patients and methods: In our institution, 58 patients (20 male, 38 female; mean age 80 ± 6 years) with symptomatic severe AS and a logistic EuroSCORE $>20\%$ underwent PAVR between May 2007 and March 2009. The procedure was performed in the catheterization labo-

ratory via a bifemoral percutaneous approach under local anesthesia and analgesic sedation without surgical cut-down and hemodynamic support. After balloon valvuloplasty, the self-expanding CoreValve prosthesis (diameter 26 mm, $n = 33$; 29 mm, $n=24$) was implanted using the current 18 French delivery catheter system.

Results: Acute procedural success rate was 98%. In one patient the prosthesis could not be safely positioned and had to be removed before complete deployment. Device implantation resulted in a significant reduction of peak aortic transvalvular pressure gradient (PPG: 99 ± 28 vs. 20 ± 6 mmHg, $p < 0.0001$) and mean aortic transvalvular pressure gradient (MPG: 59 ± 16 vs. 11 ± 3 mmHg, $p < 0.0001$), a significant increase of calculated aortic valve area (AVA: 0.5 ± 0.1 vs. 1.4 ± 0.2 cm², $p < 0.0001$), and a marked decline of NT-proBNP (5645 ± 6319 pg/ml vs. 2610 ± 2753 pg/ml, $p=0.07$) 30 days after PAVR. Postprocedural aortic regurgitation was trivial or mild in 51 patients and moderate in seven patients. Permanent pacemaker implantation was necessary in five patients (8.6%) due to complete atrioventricular block. Major complications were myocardial infarction ($n = 1$), stroke ($n = 2$) and pericardial tamponade ($n=2$). Six patients (10.3%) died within the first 30 days, another eight patients (13.8%) deceased up to twelve months after PAVR. There was no device-related mortality. 17 patients completed the one-year follow-up period so far. All of them had an uneventful postprocedural course with marked clinical amelioration and sustained hemodynamic improvement.

Conclusions: PAVR with the self-expanding CoreValve bioprosthesis is an emerging alternative treatment option for high-risk patients with symptomatic severe AS. Complication rate is acceptable, and mortality rate is lower than predicted by risk calculation.

0007 FROM FEASIBILITY TO DURABILITY: 30-DAY AND ONE-YEAR OUTCOMES AFTER PERCUTANEOUS AORTIC VALVE REPLACEMENT

Maier R, Stoschitzky G, Hoedl R, Watzinger N, Blazek S, Schmidt A, Paetzold D, Pieske B, Luha O

Department of Cardiology, Medical University Graz, Graz, Austria

Background: Percutaneous aortic valve replacement (PAVR) is an emerging alternative treatment option for patients with symptomatic severe aortic stenosis (AS) and high risk for operative valve replacement.

Aim: Beyond feasibility and acute success of the procedure itself, we sought to assess durability of hemodynamic results and mid-term clinical outcome.

Patients and methods: In our institution, 58 patients (20 male, 38 female; mean age 80 ± 6 years) with symptomatic severe AS and a logistic EuroSCORE $>20\%$ underwent PAVR between May 2007 and March 2009. The procedure was performed in the catheterization laboratory via a bifemoral percutaneous approach under local anesthesia and analgesic sedation without surgical cut-down and hemodynamic support. After balloon valvuloplasty, the self-expanding CoreValve prosthesis (diameter 26 mm, $n=33$; 29 mm, $n=24$) was implanted using the current 18 French delivery catheter system. All patients were scheduled for clinical evaluation and echocardiographic follow-up at 30 days as well as three, six and twelve months after PAVR.

Results: Acute procedural success rate was 98%. In one patient the prosthesis could not be safely positioned and had to be removed before complete deployment. Echocardiography 30 days after device implantation revealed a significant reduction of peak aortic transvalvular pressure gradient (PPG: 99 ± 28 vs. 20 ± 6 mmHg, $p < 0.0001$) and mean aortic transvalvular pressure gradient (MPG: 59 ± 16 vs. 11 ± 3 mmHg, $p < 0.0001$), and a significant increase of calculated aortic valve area (AVA: 0.5 ± 0.1 vs. 1.4 ± 0.2 cm², $p < 0.0001$). Aortic regurgitation was trivial or mild in 51 patients and moderate in seven patients. Permanent pacemaker implantation was necessary in five patients (8.6%) due to complete atrioventricular block. Major complications were myocardial infarction ($n=1$), stroke ($n=2$) and pericardial tamponade ($n=2$). Six patients (10.3%) died within the first 30 days, another eight patients (13.8%) deceased up to twelve months after PAVR. There was no device-related mortality. 17 patients completed the one-year follow-up period so far. All of them had an uneventful postprocedural course with marked clinical amelioration and sustained hemodynamic improvement. At one-year follow-up, reduction of transvalvular pressure gradi-

ents and increase of valve area were maintained and not significantly different from 30-day results (PPG 18 ± 7 mmHg, MPG 10 ± 4 mmHg, and AVA 1.5 ± 0.4 cm²).

Conclusions: PAVR with the self-expanding CoreValve bioprosthesis is an emerging alternative therapy for high-risk patients with symptomatic severe AS. Complication rate is acceptable and mortality rate lower than predicted by risk calculation. Favourable hemodynamic features of the prosthesis yield a beneficial clinical course and remain unchanged at least up to one year after PAVR.

0008 TACHY-QUEST IN THE TREATMENT OF TACHYCARDIA

W. von Peters, V. Gabinskiy, I. Kushnir, M. Bogachek, B. Gorinshteyn, P. Kursevitch, L. Gabinskaya, I. Gabinskaya, R. Gabinskiy
First National University, Idaho, USA; Russian-American University, Atlanta, USA

Tachycardia is defined as a heart rate over 100 beats a minute. While some tachycardias are relatively harmless and need no treatment, but others can be life-threatening. Many people are asymptomatic until diagnosed with tachycardia by their physician. Common symptoms of tachycardia include dizziness, shortness of breath, heart palpitations, visual problems, etc.

This study was conducted with 14 males aged 58-73 years old with diagnosed idiopathic tachycardia with anxiety. The study lasted for 16 weeks. Dosage was 1/4 teaspoon twice daily.

The goal of the study was to ascertain the effectiveness of Tachy-Quest, a homeopathic combination medication, in relieving the symptoms of idiopathic tachycardia with anxiety.

At the conclusion of the study 92% of patients revealed significant clinical improvement in their symptoms. 28% stated that their symptoms had disappeared, 34% that they were greatly improved, and 30% that they were better than previously. These participants treated with Cardio-Quest showed a lessening in the severity and incidence of their symptoms. No participants evidenced adverse side effects from the remedy.

The results indicate that the addition of Cardio-Quest to the cardiological treatment regimen would be helpful.

0009 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА В УСТРАНЕНИИ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Абдуллаев А.А., Гаджикулиев А.С., Исламова У.А., Гамзеева Д.М., Агаларова Л.С.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель: определить эффективность телмисартана в устранении микроальбуминурии (МАУ) у пациентов с гипертонической болезнью.

Методы исследования: Мы наблюдали 36 пациентов с гипертонической болезнью II-III стадий в возрасте от 50 до 66 лет (мужчин — 11, женщин — 25) с продолжительностью болезни от семи до 15 лет. Пациентов с сахарным диабетом и хронической почечной недостаточностью в исследование не включали. В течение двух месяцев проводили лечение телмисартаном (микрокардис фирмы Boehringer Ingelheim, Германия) в дозе 160 мг/сут. До начала лечения и через два месяца проводили тест на МА с использованием полосок «Микроаль-тест II» (фирма Boehringer Mannheim, Германия). Тест на МАУ считали положительным при регистрации ее концентрации в пределах 20-200 мкг/мл в двух из трех ночных порций мочи, собранных в течение трех дней. Положительным результатом лечения считали снижение выделения белка с мочой по сравнению с исходным уровнем.

Результаты: Применение микрокардиса оказало положительный гипотензивный эффект в 68,4% случаев: систолическое АД снизилось со 175.5 ± 5.1 до 142.6 ± 3.7 мм рт.ст., диастолическое АД — со 104.6 ± 4.8 до 85.4 ± 5.3 мм рт.ст. ($p < 0.05$). Уровень МАУ на фоне лечения микрокардисом достиг нормы у 25,8% пациентов, снизился по сравнению с исходным уровнем — у 49,1%. Наиболее выраженный положительный эффект отмечен у пациентов с исхо-

дным уровнем МАУ менее 100 мг/сут (42,9%). Следует отметить, что при использовании испытуемого препарата не наблюдалось побочных эффектов.

Выводы: У пациентов с гипертонической болезнью II-III ст. с МАУ препаратом выбора является микрокардис, который обладает достаточным гипотензивным эффектом, способствует устранению экскреции белка с мочой и отличается при этом отсутствием побочных эффектов.

0010 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ОМАКОР У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА

Абдуллаев А.А., Муталипов Х.М., Гафурова Р.М., Исламова У.А., Хабчабов Р.Г.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель: оценить значимость использования препарата Омакор для улучшения прогноза у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ).

Методы исследования: Мы наблюдали 125 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 42 до 69 лет (мужчин — 119, женщин — 6), со дня их выписки из стационара и в течение одного года. 58 из них страдали артериальной гипертензией, у 39 зарегистрирована одиночная желудочковая экстрасистолия. Комплекс исследований включал 12-канальную электрокардиографию (ЭКГ) на скорости 50 мм/с с расчетом величины интервала и дисперсии QT, ЭКГ высокого разрешения с анализом ППЖ по Simpson. Исследование за период наблюдения проводилось в сроки 16-21 сут и к концу трех месяцев от начала Q-ИМ. Пациенты были рандомизированы методом случайной выборки на две группы: 1-я группа (контрольная) из 66 пациентов получала стандартную терапию: аспирин, метопролол (эгилок фирмы «Эгис», Венгрия) в дозе 50-100 мг/сут, эналаприл (эднит фирмы «Гедеон Рихтер», Венгрия) в дозе 5-10 мг/сут, нитраты и другие средства — по показаниям; 2-я группа (основная) из 59 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной по возрасту, полу и характеру поражения миокарда — омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты (омакор фирмы Solvay Pharma, Германия) в дозе 2 г/сут в сочетании со стандартной терапией. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в основной группе проводили в течение трех месяцев сразу после стационарного этапа, в дальнейшем в обеих группах применяли только стандартную терапию.

Результаты: В основной группе частота регистрации ППЖ через 3 мес лечения составила 8% (до лечения — 19%), в то время как в контрольной группе — 12% (исходно — 17%) соответственно. В течение годичного наблюдения в основной группе у одного пациента зарегистрировано развитие хронической сердечной недостаточности IIА ст, ФК II. В контрольной группе в течение года зарегистрированы два случая внезапной смерти, у трех пациентов имели место пароксизмы желудочковой тахикардии, у восьми — частая желудочковая экстрасистолия.

Выводы: Более высокая частота регистрации ППЖ у пациентов, перенесших Q-ИМ, на фоне стандартного лечения сопровождалась увеличением риска развития злокачественных желудочковых аритмий и внезапной сердечной смерти. В то же время сочетание стандартной терапии с омакором приводило к клинически значимому уменьшению риска развития этих осложнений.

0011 ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И АМИОДАРОНА НА ПРОВОДИМОСТЬ И ПРОЦЕССЫ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ

Абдуллаев А.И.

Хорезмский филиал Республиканского специализированного центра кардиологии, Ургенч, Узбекистан

Цель исследования: Оценить влияние антиаритмических препаратов III класса соталола и амиодарона на проводимость

и процессы реполяризации миокарда у больных неревматическими миокардитами (М) с желудочковыми аритмиями (ЖА).

Материал и методы: В исследование включены 30 больных (16 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 17 до 42 лет ($30,3 \pm 1,7$ лет). Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 10 лет. Диагноз М устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (1964, 1973 гг.). Всем больных проводилось ЭКГ исследование в 12-ти стандартных отведениях с учетом измерения продолжительности зубцов и интервалов ЭКГ: RR, PQ, QRS, QT, QTc, дисперсии QT (DQT и DQTc), JT, JTs с вычислением среднеарифметического значения для каждого в контрольном периоде и к концу курсового приема препаратов. Влияние соталол на показатели ЭКГ изучалось у 21 больных М с ЖА в дозах от 80 до 240 мг (в среднем $114,0 \pm 47,8$ мг/сут) на 5-10 сутки приема (в среднем $6,5 \pm 4,0$ сут). Амиодарон принимали 23 больных в дозе 600-1000 мг ($678,3 \pm 131,3$ мг/сут) на 8-10 сутки приема (в среднем $9,4 \pm 2,6$).

Результаты исследования: На фоне приема соталол и амиодарона наблюдалось достоверное увеличение интервала RR на $25,7 \pm 5,3\%$ ($p=0,0001$) и $13,8 \pm 4,0\%$ ($p=0,007$), PQ на $2,0 \pm 0,6\%$ ($p=0,005$) и $4,4 \pm 1,1\%$ ($p=0,0001$) соответственно, при этом лишь у 1 (4,3%) больного принимавшего амиодарон наблюдалось усугубление АВ блокады I степени. Оба препарата практически не повлияли на ширину комплекса QRS. На фоне приема соталол продолжительность QT и JT возросли на $7,1 \pm 1,6\%$ ($p=0,005$) и $9,3 \pm 2,1\%$ ($p=0,0001$) соответственно. По QTc и JTs наблюдалась обратная динамика: при этом если QTc достоверно уменьшился на $3,2 \pm 1,3\%$ ($p=0,026$), то укорочение JTs на $1,9 \pm 1,3\%$ ($p=0,152$) не достигало статистической значимости. Показатели DQT и DQTc увеличилась на $20,0 \pm 10,4\%$ ($p=0,129$) и $9,8 \pm 11,8\%$ ($p=0,690$) соответственно. Амиодарон увеличил продолжительность интервалов QT на $10,2 \pm 2,0\%$ ($p=0,0001$), QTc — $4,3 \pm 1,8\%$ ($p=0,031$), JT — $13,7 \pm 2,7\%$ ($p=0,0001$), JTs — $5,7 \pm 2,3\%$ ($p=0,029$), DQT и DQTc на $28,6 \pm 15,4\%$ ($p=0,170$) и $19,7 \pm 10,4\%$ ($p=0,279$) соответственно. Динамика частоты сверхнормативных значений QT (более 420 мс) на фоне приема соталол не носила значимый характер, однако на приеме амиодарона увеличение имело тенденцию к статистической достоверности (5 против 0, $\chi^2=3,590$, $p=0,058$). Частота сверхнормативных значений QTc носила неодинаковый характер: так, из 10 (47,6%) больных, у которых длительность QTc в контрольном периоде превышала 420 мс, у половины на фоне терапии соталолом отмечена его нормализация ($\chi^2=1,659$, $p=0,198$). На фоне амиодарона сверхнормативные значения интервала QTc возросли в 1,6 раз (18 против 11, $\chi^2=3,359$, $p=0,0067$). Достоверное увеличение (более 50 мс) JT и JTs на приеме амиодарона наблюдалось у 8 (34%) и 4 (17%) больных соответственно и во всех случаях совпадало с увеличением показателей интервалов QT и QTc.

Выводы: Применение соталол и амиодарона у больных М с ЖА приводит к затруднению АВ-проводимости и не угнетает внутрисердечную проводимость. Соталол способствует достоверному увеличению интервалов QT и JT, однако уменьшает их скорректированные величины по QTc и JTs, и не влияет на DQT и DQTc, что обусловлено β -блокирующим влиянием препарата за счет наличия левовращающего изомера. Амиодарон приводит к достоверному удлинению интервалов Q-T, Q-Tc, JT, JTs и недостоверному увеличению значений DQT и DQTc. При приеме амиодарона отмечено повышение частоты сверхнормативных значений интервала QT и QTc, которая имела тенденцию к достоверности.

0012 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПЕРВОГО ИНГИБИТОРА If-КАНАЛОВ ИВАБРАДИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Абдуллаев Р.Ф., Нагиева Н.Ф.

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Цель исследования: Изучение влияния ингибитора If-каналов ивабрадина на качество жизни при курсовом лечении у больных со стабильной стенокардией напряжения

Материалы и методы: Для изучения влияния терапии ивабрадином на качество жизни пациентов было обследовано 40 больных со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК по Канадской классификации, в возрасте 45-60 лет (средний возраст $54,3 \pm 4,0$).

Для определения качества жизни больных, в процессе лечения ивабрадином, использовали специализированный опросник качества жизни для больных стенокардией SAQ (Seattle Angina Questionnaire, 1995), рекомендованный Американским обществом кардиологов для оценки качества жизни, как в клинических исследованиях, так и в специальных программах.

Во время первичного обследования (до лечения ивабрадином) и по истечению 8 недель лечения ивабрадином, пациенты в присутствии врача заполняли вышеуказанный опросник SAQ. Данный опросник позволяет оценить качество жизни пациента по пяти шкалам: PL, DP, TS, AF, AS.

Результаты: Среднее число баллов по всем шкалам опросника SAQ у больных после лечения ивабрадином возросло с высокой степенью достоверности, чем до начала терапии ($P<0,01$). При этом наименьший прирост баллов был по шкале PL (ограничение физической нагрузки), где он составил $12,5 \pm 1,2$ баллов (с $55,8 \pm 2,4$ до $68,4 \pm 2,0$ баллов; $P<0,001$), а наибольший — по шкале AS (стабильность стенокардии), что составило $24,5 \pm 2,5$ баллов соответственно (с $51,7 \pm 2,0$ до $76,5 \pm 2,8$ баллов; $P<0,001$). По остальным трем шкалам (DP-шкала отношения к болезни, TS-шкала удовлетворенностью лечением, AF-шкала частоты приступов стенокардии) установлен значительный прирост среднего показателя баллов и был статистически достоверно больше, чем до лечения ($P<0,001$). Таким образом, результаты Сиэттлского опросника по стенокардии (SAQ) показали улучшение качества жизни больных со стенокардией напряжения по всем пяти шкалам опросника после лечения ивабрадином.

Выводы: Ивабрадин является эффективным и удобным для приема антиангинальным препаратом, существенно улучшающим качество жизни больных обеспечивая повышение активности, удовлетворенность лечением, улучшение общего самочувствия пациентов, а сам опросник является дополнительным методом оценки эффективности терапии ивабрадином.

0013 СЕРДЕЧНАЯ КАХЕКСИЯ, И ЕЁ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРАМЕТАМИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Марданов Б.У.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение взаимосвязи между функциональным состоянием больных ДКМП и частотой встречаемости сердечной кахексии (СК).

Материалы и методы. Обследовано 46 больных ДКМП мужского пола средним возрастом $41,5 \pm 2,16$ года. Средняя длительность заболевания к моменту включения в исследование составила $18,9 \pm 2,24$ мес. Проводилась оценка трофического статуса (ТС) больных ДКМП. С этой целью определялись наличие у больных дефицита массы тела, с последующим изучением её компонентного состава: массы жировой ткани и тощей массы тела (ТМТ), последняя представляет совокупную массу висцеральных органов и костно-мышечного аппарата, наиболее адекватно отражая уровень белкового обмена и состояние питания пациентов с ХСН. Исследование данных параметров осуществлялось калиперометрическим методом по Durnin-Womersley. Во избежание искажения результатов, расчеты производились только после снятия отеочного синдрома. Также определялось утреннее содержание общего тестостерона (ОТ) плазмы больных, снижение которого наблюдалось у 21 (35%) больного. Оценка тяжести ХСН, выявила у 11 больных II ФК СН по NYHA, у 25 — III ФК и состояние 10 пациентов характеризовалось IV ФК СН.

Результаты исследования. Частота встречаемости гипотрофии среди обследуемых пациентов составила 54,3%, определяемая антропометрическим способом. При этом I степень гипотрофии выявлена у 7 (15,2%), 2 степень – у 10 (21,7%) и 3 степень (кахексия) – у 8 (17,4%) пациентов СН. Данные результаты представлены как дефицит общей массы тела (относительно рекомендуемой). При определении ТМТ, количество пациентов с его снижением оказалось больше распространенности гипотрофии, приведенной выше, составив 61%. При изучении взаимосвязи, выявлена сильная обратная корреляционная связь между продолжительностью заболевания и ТМТ ($r=-0,38$, $p=0,008$). Сравнение возраста пациентов и степени выраженности кахексии, в данном случае определяемая значениями ТМТ, достоверной зависимости не обнаружило ($r=0,04$, $p=0,7$). Сопоставление величины ТМТ и степени тяжести ХСН, выявило некоторые закономерности в отношении того, что нарастание ФК СН сопровождается снижением ТМТ, однако степень корреляции данных показателей не достигала уровня достоверности ($r=-0,20$, $p=0,17$). Изучение состояния ТС в зависимости от содержания ОТ выявило следующее: у больных с дефицитом андрогенов отмечается уменьшение ТМТ на 10%, сравнительно больных с нормальными уровнями ОТ достоверного характера ($43,4 \pm 1,7$ и $48,2 \pm 1,43$ кг соответственно, $p<0,05$), при сопоставимых межгрупповых значениях общей массы тела ($68,3 \pm 5,7$ и $69,5 \pm 6,9$ кг соответственно, $p>0,05$).

Выводы. Таким образом, изучение ТС выявило, что распространенность СК среди включенных в исследование больных ДКМП составляла 17%. Также установлено, что наблюдаемый у больных ДКМП гипогонадизм ассоциируется уменьшением ТМТ, который также обратно коррелирует с длительностью и степенью тяжести заболевания.

0014 ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Аллаберганов О.Х., Марданов Б.У.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение состояния показателей диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) в зависимости от степени гипертрофии межжелудочковой перегородки (МЖП).

Методы исследования. В исследование включено 32 больных с ГКМП, из них 20 мужчин (62,5%) и 12 (37,5%) женщин в возрасте от 22 до 56 лет ($39,4 \pm 3,1$ лет). В зависимости от степени гипертрофии больные были разделены на 3 группы: первую группу составили 16 больных с толщиной межжелудочковой перегородки (ТМЖП) 15-20 мм – умеренная гипертрофией (в среднем $17,19 \pm 0,33$ мм), вторую группу 8 больных с ТМЖП 21-25 мм – средняя гипертрофия ($21,88 \pm 0,25$ мм), и III группу – 8 больных с ТМЖП более 25 мм ($28,75 \pm 0,96$ мм). Всем больным помимо объективного клинического осмотра проводилась эхокардиоскопическое (ЭхоКС) обследование с доплерографией в импульсно-волновом и постоянном волновом режимах, с определением показателей Е (м/с) – скорость раннего диастолического наполнения, А (м/с) – скорость позднего диастолического наполнения и Dt-время замедления пика раннего диастолического наполнения.

Результаты исследований выявили нарушение ДФ ЛЖ у 84,4% обследованных больных. При этом, установлено, что степень выраженности данных изменений увеличивалась по мере увеличения ТМЖП. Так, значения Е и А у больных трех групп составили соответственно $0,68 \pm 0,05$ и $0,78 \pm 0,03$ м/сек; $0,8 \pm 0,01$ и $0,68 \pm 0,04$ м/сек; $1,15 \pm 0,04$ и $0,85 \pm 0,04$ м/сек. Согласно этому значения отношения Е/А у больных I группы составили $0,89 \pm 0,06$, что говорит о сохранной диастолической функции ЛЖ. У больных II и III группы данный показатель составил $1,28 \pm 0,08$ и $1,4 \pm 0,07$ соответственно, характе-

ризуя наличие гипертрофического типа диастолической дисфункции ЛЖ ($p<0,05$ при сравнении Е/А I и остальных групп). Параметры Dt, также отражающие состояние ДФ составили $266,6 \pm 11,4$ мсек, $300 \pm 8,5$ мсек и $322,5 \pm 7,8$ мсек соответственно у больных I, II и III групп ($p<0,05$ для всех межгрупповых различий).

Таким образом, у подавляющего большинства обследованных нами больных выявляется диастолическая дисфункция ЛЖ. Степень данной дисфункции возрастает соответственно выраженности гипертрофии МЖП.

0015 ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА БАРОРЕФЛЕКТОРНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Давирова Ш.Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Оценка влияния блокатора I_f каналов синусового узла – ивабрадина на барорефлекторные механизмы у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Обследовано 15 пациентов (10 мужчин и 5 женщин) с диагнозом ДКМП, ХСН III (11 больных), IV (4 больных) функциональных классов (ФК) по NYHA, в возрасте $37,9 \pm 1,1$ лет (от 15 до 60 лет). Исходно и на 7 сутки приема ивабрадина (в ср.сут.дозе $5,82 \pm 0,35$ мг), для оценки барорефлекторных механизмов у больных ДКМП проводилась ортостатическая проба по методике, разработанной Шеллонгом. Измеряли артериальное давление (АД), ЧСС по ЭКГ, регистрировали ЭКГ в 12 общепринятых отведениях. Также проводился анализ возбудимости симпатического звена по индексу учащения пульса (ИУП).

Результаты исследования. В горизонтальном положении у 100% больных ЧСС оказалась выше 80 уд/мин, исходные уровни САД составляли 90-135 мм рт.ст., ДАД – 55-85 мм рт.ст., пульсового АД (ПАД) – 30-45 мм рт.ст. Исходно в ходе проведения пробы у большинства больных (74%) нами был выявлен «гиперсимпатикотонический тип» нарушений ортостатической регуляции, о чем свидетельствует снижение САД на 5-10 мм рт.ст., одновременному увеличению ДАД на 5-10 мм рт.ст., снижению ПАД на 10-15 мм рт.ст., прирост ЧСС составил 19,6% (ЧСС возросла с $98 \pm 3,6$ до $107 \pm 2,2$ уд/мин). У 4 (26%) больных, в ответ на ортостатическую нагрузку выявлен асимпатикотонический тип (отсутствие прироста ЧСС, значительное снижение систолического артериального давления (САД), незначительный прирост ДАД), расценивающийся как крайне неблагоприятный. У больных ДКМП в 74% случаев значение ИУП находилось в пределах заметной и значительной возбудимости (ИУП был в пределах 34,7-49,5%). Через 2 часа после однократного приема ивабрадина ЧСС уменьшился на 4,08% (с $98,3 \pm 1,3$ до $94,5 \pm 1,4$ уд/мин), но не достоверно. На 7 сутки приема ивабрадина ЧСС достоверно уменьшилась на 8,6% (с $98,3 \pm 1,3$ до $84,4 \pm 2,5$ уд в мин, $p<0,05$). При повторном проведении ортостатической пробы на фоне приема ивабрадина характер колебаний показателей гемодинамики приближался к физиологическому, т.е. регистрировалось достоверное снижение прироста ЧСС на 8-11 уд/мин после перемены положения тела из горизонтального в вертикальное, а прирост ДАД и ПАД составили по 5 мм рт.ст. соответственно, что соответствует физиологическим нормам. За короткий курс приема ивабрадина побочных действий препарата не выявлено.

Выводы. У больных ДКМП с тяжелой ХСН исходно во время проведения ортостатической пробы выявлена гиперактивность симпатoadренальной системы и снижение барорефлекторной регуляции. Короткий курс терапии ивабридином в индивидуально подобранных дозах, на фоне стандартной терапии у данной категории больных с наличием синусовой тахикардии, приводил к достоверному снижению ЧСС, сопровождающегося улучшением состояния барорефлекторных механизмов регуляции, при хорошей её переносимости.

0016 ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ 48-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ

Абрамова А.А., Матвеев В.В., Подзолков В.И.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить влияние частоты пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП) на временные показатели вариабельности ритма сердца у больных рецидивирующей формой ФП по данным 48-часового мониторинга ЭКГ по Холтеру.

Материалы и методы: обследованы 35 больных рецидивирующей формой ФП, 11 мужчин и 24 женщины, средний возраст которых составил $63,1 \pm 10,3$ лет. 71,4% больных страдали стабильной стенокардией II-III ФК. У 82,9% больных наблюдалась эссенциальная артериальная гипертензия 2 и 3 степени. Средняя продолжительность рецидивирующей формы ФП составила 3,8 лет. По частоте возникновения пароксизмов ФП больные были разделены на две группы: 1 группа — 14 больных с частыми пароксизмами ФП, 2 группа — 21 больной с редкими пароксизмами. Всем больным проводилось 48-часовое мониторирование ЭКГ по Холтеру с использованием цифрового регистратора CardioMem[®] CM 3000, программного пакета CardioDay[®] версия 1,8 фирмы Getemed AG (Германия). Холтеровское мониторирование у больных с ФП проводилось на синусовом ритме. На момент исследования больные получали ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты. Изучались временные показатели вариабельности ритма сердца — SDNN, SDANN, NN50, pNN50%, RMSSD. Данные представлены в виде медианы с указанием 25 и 75 процентиля.

Результаты: общая вариабельность ритма сердца, оцененная с помощью показателей SDNN и SDANN, достоверно не отличалась у больных с частыми и редкими пароксизмами ФП. Показатель RMSSD, отражающий активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, у больных с частыми пароксизмами составил $37,5[27-44]$ мс, что было достоверно ниже, чем в группе больных с редкими пароксизмами ФП — $51[37-95]$ мс ($p=0,028$). Показатели NN50, pNN50%, также отражающие активность парасимпатического отдела, имели тенденцию к снижению в группе больных с частыми пароксизмами ФП.

Выводы: у больных с частыми пароксизмами ФП наблюдались более низкие показатели активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (RMSSD, NN50, pNN50%) по сравнению с больными с редкими пароксизмами ФП по данным 48-часового мониторинга ЭКГ по Холтеру.

0017 ОЦЕНКА СВЯЗИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С АКТИВАЦИЕЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Абросимова Е.В., Балабанова Е.Н., Емельянова А.Л., Бабаева А.Р.
Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия

Целью настоящей работы явилась оценка связи между клиническими признаками и бактериологическими доказательствами наличия персистирующей микоплазменной инфекции, а также ее активации с одной стороны и развитием обострений ИБС — с другой стороны.

Методы исследования. В исследование было включено 128 пациентов с ИБС, из них 86 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и 42 пациента с хронической ИБС, а также 50 контрольных лиц без признаков ИБС. Наряду со стандартным обследованием учитывали наличие острых и хронических воспалительных заболеваний дыхательной и мочеполовой системы, наличие обострений таковых в течение предшествующих 4 недель, носительство микоплазменной инфекции на момент обследования. Микоплазму исследовали в мазках из зева и из

урогенитального тракта с определением *M.pneumoniae*, *M. hominis*, *M.genitalium* методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты. Анализ клинических особенностей заболевания у каждого пациента с уточнением наличия предшествующих воспалительных респираторных и уrogenитальных процессов по данным анамнеза и медицинской документации показал следующее. В группе больных ОКС наличие хронического бронхита, ХОБЛ, хронического риносинусита, фарингита имело место у 37 пациентов (43%), в группе ХИБС — у 11 пациентов (26,2%), в контрольной группе — у 14 человек (28%). Обострение хронического воспалительного процесса либо развитие острого воспалительного заболевания верхних или нижних дыхательных путей, включая пневмонию, выявлено у 19 больных (22%) в группе ОКС, лишь у 4 пациентов (9,5%) в группе хронической ИБС и у 8 человек (16%) в контрольной группе. Хронические воспалительные процессы мочеполовой системы имели место у 12 (13,9%) пациентов с ОКС, у 5 (11,9%) пациентов с хронической ИБС и у 5 (10%) человек, не страдающих ИБС. Обострение хронических заболеваний мочеполовой системы было обнаружено у 8 (9,3%) пациентов в группе ОКС, у 2 (4,7%) пациентов в группе хронической ИБС и также у 2 (5%) человек в группе контрольных лиц. Частота обнаружения *M.pneumoniae* в мазках из зева обследованных лиц оказалась следующей: в группе ОКС у 22 пациентов (25,6%), в группе ХИБС у 6 пациентов (14,2%), в контрольной группе — у 8 человек (16%). Частота обнаружения *M.hominis* и/или *M.genitalium* в уrogenитальном тракте указанных групп составила соответственно 16,3%, 11,9% и 12%.

Выводы. Частота выявления воспалительных заболеваний респираторной системы в группе ОКС оказалась выше, чем в группах ХИБС и контрольных лиц без ИБС. Наряду с этим обострение хронического воспаления либо наличие острого воспалительного процесса дыхательных путей у больных ОКС имели место в 2 раза чаще, чем в группе ХИБС. Частота хронических воспалительных процессов мочеполовой системы в сравниваемых группах существенно не различалась, хотя обострения этих заболеваний чаще выявлялись при ОКС. Носительство микоплазменной инфекции, главным образом, *M.pneumoniae*, чаще выявлялось в группе ОКС. Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи обострений ИБС с активацией микоплазменной инфекцией.

0018 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ВЯЗКОСТИ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ

Агафонова Т.Ю.

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

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи упруго-вязких свойств артерий и реологии цельной крови у практически здоровых лиц.

Материалы и методы исследования. В исследование включались практически здоровые лица от 20 до 50 лет. Критериями исключения из основного этапа исследования являлись: беременность, повышение артериального давления выше 139/89 мм рт.ст., хронические заболевания легких, почек, нервной и эндокринной систем, язвенная болезнь, постоянный прием любых лекарственных препаратов. Было обследовано 126 человек, из них 25 мужчин и 101 женщина.

Основными методами исследования являлись: клиническое интервью; физикальный осмотр; изучение реологических свойств крови (на ротационном вискозиметре АКР-2); исследование СРПВ по артериям голени (с помощью пневмодатчика) в покое и в пробе с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая вазодилатация).

Результаты исследования. При анализе кривых распределения вязкости цельной крови выяснено, что наиболее характерными для изученной группы практически здоровых лиц обоего пола в возрасте от 20 до 50 лет являются колебания вязкости крови в пределах 4,5-5,3 мПа*с (26-75 перцентилей) при скорости сдвига 100 с-1 (соответствует скорости движения крови в

сосудах среднего калибра). В группы лиц с «крайними» значениями вязкости цельной крови (низкие показатели — в пределах 1-25 перцентилей, высокие — в пределах 76-100 перцентилей) вошли по 23 человека. Низкая вязкость крови составила 3,4-4,4 мПа*с, высокая — 5,4-6,5 мПа*с. В первой группе мужчины составили 4,3%, во второй — 47,8%, что в 11 раз больше ($p < 0,05$), средний возраст в группах статистически не различался ($33,9 \pm 10$ лет и $31 \pm 7,8$ лет соответственно, данные представлены в виде средних величин и одного стандартного отклонения). Исследование СРПВ по артериям голени в покое не выявило достоверных различий между группами: $11,8 \pm 1,19$ м/с и $10,2 \pm 0,75$ м/с соответственно у лиц с низкой и высокой вязкостью крови ($M \pm m$). У лиц с высокой вязкостью цельной крови выявлен недостаточный прирост радиуса артерий голени в пробе с реактивной гиперемией ($34,4 \pm 14,4\%$ и $1,9 \pm 5,3\%$ соответственно у лиц первой и второй групп, $M \pm m$), $p = 0,0001$.

Выводы. В условиях повышенной вязкости цельной крови (превышающей значения 4,5-5,3 мПа*с при скорости сдвига 100 с-1), у практически здоровых лиц ухудшается функционирование эндотелия артерий, что проявляется недостаточностью эндотелийзависимой вазодилатации. Мужчины имеют более высокие показатели вязкости крови, что делает их более уязвимыми для развития сердечно-сосудистой патологии.

0019 ВЛИЯНИЕ ДИБИКОРА НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Адамчик А.С., Крючкова И.В, Гонтмахер Д.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Метаболический синдром (МС) является на сегодняшний день весьма актуальной и широко обсуждаемой проблемой. Нарушение метаболических процессов и артериальная гипертензия приводят к изменению состояния миокарда левого желудочка и в дальнейшем к развитию сердечной недостаточности. Поэтому идет активный поиск возможных путей коррекции данных нарушений и продолжается поиск новых препаратов с минимальными негативными метаболическими эффектами.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния препарата дибикор на эхокардиографические показатели у больных МС.

Материалы и методы: в исследование включено 60 пациентов в возрасте 30-67 лет (средний возраст 48,5 лет) с признаками МС. Всем пациентам проводилось антропометрическое обследование, офисное измерение артериального давления, определение липидного и углеводного статуса и оценка параметров состояния миокарда левого желудочка при эхокардиографическом исследовании исходно и через 12 месяцев после начала терапии. Пациенты были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу и возрасту: в контрольной группе лечение проводилось эналаприлом и индапамидом, а в основной к данной терапии был добавлен дибикор. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием непараметрических критериев Манна-Уитни и Т-критерия Уилкоксона с установлением уровня значимости $p \leq 0,05$.

Результаты: на фоне применения дибикора было отмечено достоверное изменение некоторых показателей эхокардиографии в основной группе по сравнению с контрольной. Уменьшение конечного диастолического размера (КДР) и конечного диастолического объема (КДО) по отношению к исходным данным в основной группе составило 3,03 и 6,87% соответственно, в контрольной группе уменьшение КДР на 1,01%, а уменьшение КДО на 2,35%. Достоверно улучшились показатели ударного объема (УО) и фракции выброса (ФВ) левого желудочка в основной группе 3,78 и 2,34% соответственно. В контрольной группе ФВ достоверно увеличилась на 1,81%, а в отношении УО отмечено достоверное уменьшение его величины на 12,03%. При оценке состояния стенок левого желудочка выявлено достоверное уменьшение толщины межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в основной группе, тогда как в контрольной динамики со стороны задней стенки не было вовсе.

Было констатировано достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка на 10,23% в основной группе и на 6,39% в контрольной.

Уровни систолического и диастолического артериального давления снизились достоверно в обеих группах с достоверным преимуществом в основной. При оценке углеводного и липидного обменов отмечена достоверная положительная динамика некоторых показателей.

Выводы: применение дибикора в составе комбинированной терапии у больных с МС оказывает положительный эффект на эхокардиографические показатели, характеризующие функциональное состояние миокарда, что способствует предупреждению сердечно-сосудистых осложнений.

0020 СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ПЕРЕФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Акаемова О.Н., Коц Я.И., Синицын В.Е.

ГУЗ ООКБ № 2, Оренбург, Россия; ОргМА Росздрава, Оренбург, Россия; РКНПК Института кардиологии им.Мясникова, Москва, Россия

Венозная система сердца (ВСС) играет важную роль в развитии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных заболеванием сердца.

Цель работы: Выявить состояние ВСС, изменение ее при ХСН у больных ИБС.

Материалы и методы: В исследование были включены 97 пациентов с синдромом ХСН, страдающих ИБС, средний возраст которых составил 66 лет, из них: 29 человек — женщины (29,4%) и 68 человек — мужчины (70,6%). У 31 пациента (31,9% случаев) ИБС сочеталась с артериальной гипертензией. В зависимости от степени выраженности явлений ХСН все пациенты были распределены на три группы: с ХСН IА, IIАФК (24 человека), с ХСН IIБ, III-IVФК (46 человек) и ХСН III, IVФК (27 человек). Эхо-КГ исследование в доплеровском режиме использовалось для изучения венозного синуса (ВС). Периферическое венозное давление (ПВД) измерялось аппаратом Вальдмана. На 64-спиральном компьютерном томографе "Toshiba Aquilion" по общепринятой методике было проведено компьютерное исследование сердца у 41 пациента. Были созданы 2 группы: I-я группа — группа контроля, включала 21 пациента от 30 до 66 лет, из них 8 женщин и 13 мужчин. Вторую группу составили 20 пациентов, страдающих ИБС с синдромом ХСН (по прежним критериям отбора), средний возраст пациентов — 58 лет. Все они были разделены в зависимости от стадии ХСН на прежние 3 группы. При исследовании уточнялось состояние ВС и крупных вен сердца: нижней полой вены (НПВ), задней межжелудочковой вены (ЗМЖВ), задней вены левого желудочка (ЗВЛЖ), большой вены сердца (БВС), левой краевой вены сердца (ЛКВ).

Результаты: Значения ПВД у пациентов варьировали от нормальных значений до 390 мм в.ст. (среднее ПВД — 162,13 мм в.ст.). В зависимости тяжести ХСН выявлено: у пациентов с ХСН IАст, III-IVФК среднее значение ПВД равнялось 126,11 мм в.ст.; IIБ и III стадиями соответственно — 168 и 192,30 мм в.ст. Размер ВС по Эхо-КГ данным в среднем составил 11,17 см; соответственно у пациентов с явлениями ХСН IА, IIБ и III стадий (III-IVФК) — 8,76 см, 10,01 см и 14,76 см. По данным обследования методом МСКТ выявлено: величина диаметра просвета ВС в группе больных с ХСН достоверно увеличивалась в сравнении с группой контроля, в зависимости от стадии ХСН данный показатель достоверно ($p < 0,05$) увеличивался. Просвет крупных вен сердца в группе пациентов с синдромом ХСН значительно превышал значения в группе контроля, по мере утяжеления стадии ХСН данный показатель достоверно увеличивался.

Выводы: 1. У больных ИБС с синдромом ХСН ВСС претерпевает существенные изменения, состояние ВСС зависит от стадии ХСН.

2. Данные исследования позволяют утверждать, что у больных ИБС с синдромом ХСН существенную роль в патогенезе играет вовлечение ВСС в механизмы развития и прогрессирования ХСН.

3. При исследовании больного ИБС с синдромом ХСН необходимо тщательно и всеми доступными методами исследовать периферическую и внутрисердечную венозную систему сердца.

0021 КУРЕНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК – ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Акимова Е.В., Смазнов В.Ю., Каюмова М.М., Гафаров В.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН и Правительства РФ, Тюмень, Россия

Цель: изучение распространенности, интенсивности, динамики курения табака в мужской популяции и определение вклада курения в риск сердечно-сосудистой смерти.

Методы. Эпидемиологическое исследование проводилось на трех репрезентативных выборках из избирательных списков мужчин 25-64 лет г.Тюмени методами почтового опроса и кардиологического скрининга. Опрос о курении проводили в соответствии с требованиями протокола проекта ВОЗ. Динамика распространенности и интенсивности курения оценивалась за пять лет мониторинга популяции. Риск сердечно-сосудистой смерти по данным двухуровневого исследования (семилетний когортный анализ) определялся по регрессионной модели Кокса.

Результаты. Результаты двухуровневого исследования по распространенности курения среди мужчин составили 53,1–51,3%. Обращает внимание малое количество мужчин, бросивших курить (1,8–0,9%). Интенсивность курения была чрезвычайно высока уже в молодых возрастных группах и, напротив, несколько снижалась к возрастному периоду 45-54 лет. Удельный вес количества выкуриваемых сигарет распределился практически одинаково между умеренными и «злостными» курильщиками (42,3–46,8% соответственно). Следует отметить перераспределение в группах «курящие регулярно» – «курящие эпизодически» – «экс-курильщики» – «некурящие» за 5-летний период мониторинга, которое произошло в возрасте 45-54 лет. Так, среди мужчин этой возрастной группы значительно уменьшилась пропорция «никогда не куривших» (с 44,3% до 21,5%), но примерно равнозначно возросла доля «курящих эпизодически» (с 7,3% до 21,5%). В то же время, негативная ситуация среди мужчин 45-54 лет отмечалась в связи с динамикой интенсивности курения: за 5-летний период мониторинга параллельно значимому уменьшению доли «малокурящих» мужчин (с 16,8% до 5,0%) произошел рост числа «злостных» курильщиков (с 36,8% до 62,2%). Относительный риск (ОР) смерти от ССЗ у курящих мужчин составил 2,38 (95% ДИ 1,34-4,24, $p < 0,01$). При регулярном курении 20 и более сигарет в сутки, сравнительно с группой некурящих, ОР составил 3,17 (95% ДИ 1,72-5,85, $p < 0,001$). Атрибутивный риск сердечно-сосудистой смерти был наиболее высок среди «злостных курильщиков» – 68,5%, минимальный среди курящих 10-19 сигарет в сутки – 27,5%.

Заключение. Настоящие результаты должны стать основой комплексной профилактической программы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции Тюмени, базирующейся на коррекции поведенческих факторов риска.

0022 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОТИВОСТРЕПТОКОККОВОГО ИММУНИТЕТА И НОСИТЕЛЬСТВА ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА Д 8/17 ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Аксенова А. В.¹, Брико Н. И.², Шостак Н. А.¹, Тимофеев В. Т.¹

¹Кафедра факультетской терапии им. Акад. А. И. Нестерова, ГОУ ВПО РГМУ им. Росздрава, Москва, Россия; ²Кафедра эпидемиологии ГОУ ВПО ММА им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучение показателей стрептококковой инфекции по данным обнаружения антител к стрептолизину – О (СЛ-О), А – полисахариду (А-ПСХ), липотейхоевой кислоте (ЛТК), глюкоуро-

новой кислоте (ГК), дезоксирибонуклеазе Б (ДНКБ) и носительства иммуногенетического маркера Д 8/17 при пороках сердца ревматической природы. Критерии включения: пациенты в возрасте от 18 до 75 лет с ревматическими пороками сердца различной локализации. Критерии исключения: пациенты с пороками сердца неревматической этиологии, в частности врожденные пороки сердца, кальцинированные пороки митрального и аортального клапанов, ишемическая дисфункция клапанного аппарата сердца.

Материал и методы. Обследовано 220 пациентов с РПС, мужчин – 71, женщин – 149, средний возраст составил $40 \pm 4,2$, контрольную группу составили – 98 пациентов, сопоставимых по полу и возрасту. Наряду с общепринятыми методами клинико-инструментального обследования, нами проводились: 1) определение титров а/т к СЛО, ДНКБ, ГК, ЛТК и А-ПСХ с помощью модифицированного ИФА; 2) иммуногенетическое обследование на носительство аллоантигена В лимфоцитов проводилось с помощью метода МАТ Д8/17.

Результаты и выводы. Всем пациентам с РПС проводилось определение титров а/т к СЛО, А-ПСХ, ГК и ЛТК и ДНКБ. Средние величины титров АСЛО не превышали нормальных показателей, а процент повышенных титров как в группе больных с РПС, так и в контрольной группе был низким (10% и 7% соответственно, p н.д.). При сопоставления титров а/т к А-ПСХ и СЛО были получены статистически достоверные различия как средних величин ($0,627 \pm 0,125$; $0,478 \pm 0,023$, $p < 0,05$), так и распространенности высоких титров (38% и 5,9% $p < 0,001$) в тех же группах. Анализ сравнения средних величин а/т к ДНКБ, ГК и ЛТК показал, что статистически достоверные различия у больных с пороками сердца и в контрольной группе получены только для ДНКБ (438 ± 32 и 358 ± 44 соответственно $p < 0,05$). Такая же тенденция отмечена для частоты обнаружения повышенных титров к ДНКБ, (20% и 4% соответственно $p < 0,001$). Частота выявления маркера Д 8/17 у женщин и мужчин соответственно составила 96,8% и 84,6%. В контрольной группе маркер Д 8/17 обнаружен в 6,1%. Проведенный анализ результатов в зависимости от возраста больных свидетельствует о равномерном распределении маркера в разных возрастных группах. В то же время не было выявлено зависимости носительства β клеточного маркера от длительности заболевания РПС, то есть наши исследования подчеркивают большое диагностическое значение данного теста для раннего выявления РЛ и нозологической трактовки заболеваний подтверждающих ревматическую этиологию пороков сердца.

0023 СТЕПЕНЬ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ТИПЫ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Аксёнова Т.А., Ильямакова Н.А., Кохан С.Г., Горбунов В.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель работы: проанализировать влияние табакокурения на течение ГБ в зависимости от типа курительного поведения (ТКП) и степени никотиновой зависимости (СНЗ).

Методы и материалы. Обследовано 48 курящих мужчин с ГБ 1 – 3 стадии, в возрасте от 22 до 58 лет, находившихся на лечении в НУЗ ДКБ ст. Чита–2. Проводилось анкетирование с определением СНЗ по тесту Фагерстрема, ТКП – по тесту Хорна, индекс курения (ИК) рассчитывался по формуле: стаж курения*количество выкуренных сигарет в день/20. Проводились исследование липидного спектра и анализ данных эхокардиографии (ЭхоКГ). Для обработки данных использовалась программа “Statistica 6,0”. Достоверность оценивалась по критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение. На основании СНЗ выборка была разбита на 5 групп: 1 степень (очень слабая зависимость) – 8 чел., 2 степень (слабая зависимость) – 14 чел., 3 степень (средняя зависимость) – 12 чел., 4 степень (сильная зависимость) – 13 чел., 5 степень (очень сильная зависимость) – 4 чел. Учитывая небольшое количество респондентов в группах 1 и 2 СНЗ и 4 и 5 СНЗ были объединены. У пациентов с 1 и 2 СНЗ средний ИК составил $9,3 \pm 0,5$ пачка/лет, при 3 степени – $16,0 \pm 1,2$ пачка/лет ($p < 0,01$), при 4 и 5

степени — $40,0 \pm 2,8$ пачка/лет ($p < 0,001$; $p_1 < 0,001$, где p — достоверность различий с 1 и 2 СНЗ; p_1 — достоверность различий с 3 СНЗ). Для всех возрастных групп характерен ТКП — «поддержка». Для пациентов в возрасте 22–40 лет преобладающими ТКП были «расслабление» и «стимуляция» (47%), а для 41–58 лет — «рефлекс» и «жажда» (53%).

При 1 и 2 СНЗ общий холестерин составил $5,2 \pm 1,8$ ммоль/л, ХС ЛПНП — $3,2 \pm 1,0$ ммоль/л, индекс атерогенности — $3,5 \pm 1,4$, при 3 СНЗ — $5,6 \pm 0,8$ ммоль/л ($p < 0,01$), $3,4 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,01$), и $3,4 \pm 1,5$ соответственно ($p < 0,001$), при 4 и 5 СНЗ — $6,1 \pm 0,7$ ммоль/л ($p < 0,05$), $4,0 \pm 1,0$ ммоль/л ($p < 0,01$), $3,8 \pm 1,7$ соответственно ($p < 0,001$).

Сходная взаимосвязь обнаружена при анализе данных ЭхоКГ — с возрастанием СНЗ увеличивались показатели, отражающие гипертрофию левого желудочка. Так толщина задней стенки левого желудочка при 1 и 2 СНЗ составила $9,6 \pm 2,1$ мм, толщина межжелудочковой перегородки — $10,2 \pm 1,8$ мм, при 3 СНЗ — $12,4 \pm 1,5$ мм ($p < 0,01$) и $13,3 \pm 2,1$ мм ($p < 0,05$), при 4 и 5 СНЗ — $13,0 \pm 3,0$ мм ($p < 0,05$) и $13,4 \pm 1,9$ мм ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы:

1. У больных ГБ молодого возраста преобладающими ТКП являются «расслабление», «стимуляция», «поддержка» и они в большинстве случаев соответствуют очень слабой, слабой и средней СНЗ.

2. У пациентов средней возрастной группы доминируют ТКП — «поддержка», «жажда», «рефлекс» и они соответствуют средней, сильной и очень сильной СНЗ.

3. С увеличением СНЗ зависимость повышается уровни общего холестерина, ХС ЛПНП и индекс атерогенности, а также показатели, отражающие гипертрофию левого желудочка.

0024 НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Александров А.А., Розанов В.Б., Зволинская Е.Ю., Шугаева Е.Н., Котова М.Б.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии», Москва, Россия

Цель: На основе наблюдательных и профилактических исследований обосновать необходимость ранней профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Методы исследования и испытуемые: Дети и подростки 12–13 лет из двух независимых выборок, одна из которых находилась под 22-летним проспективным наблюдением (311 человек обоего пола), а вторая подверглась 5-летнему вмешательству с последующим наблюдением (435 человек) и курящие подростки 12–15 лет (93 человека) прошедшие однократный курс вмешательства. Профилактика носила популяционный, групповой и индивидуальный характер и была направлена на рационализацию питания, режима труда и отдыха, психологическую поддержку.

Результаты: распространенность АГ у лиц мужского пола увеличилась с 2,5–3% в 13 лет до 35% в 35 лет, а у девушек с 1,5–4% до 9% соответственно.

Риск развития АГ во взрослом возрасте у мальчиков-подростков с повышенным АД был в 2–3 раза, а у девочек-подростков в 2,9 раза выше по сравнению с мальчиками и девочками, имеющими нормальное АД. В случае сочетания повышенного АД с избыточной массой тела риск появления АГ увеличивался у мальчиков в 7,5, у девочек в 5 раз по сравнению со сверстниками без этих факторов риска. Из лиц, имевших повышенное АД в 13 лет, 37% мужчин и 43% женщин имели его в 33–35 лет. Каждый пятый мужчина и каждая третья женщина с артериальной гипертензией имели в детском и подростковом возрасте повышенное АД. Частота избыточной массы тела и ожирения увеличивалась с 11,8% у мальчиков и 13,7% у девочек 12–13 лет до 52,5% и 34,9% в 35 лет; частота гиперхолестеринемии с 11,6% и 18,7% до 44% и 40% соответственно, а частота курения с 7,4% и менее 1% до 52% и 18,4%. У половины лиц, имевших избыточную массу тела и ожирение в подростковом возрасте, они сохранялись и в 35 лет. Число не имеющих факторов риска мальчиков уменьшалось с 49,9% до 16,4%, а девочек с 60,9% до 35%. Наблюдалось избыточное потребление насыщенных жиров (37–40% общей калорийно-

сти) и холестерина (400–500 мг). Немедикаментозное вмешательство повлияло положительно на уровень АД, липиды крови и снизило частоту курения. Вторичная профилактика курения носила в основном психологический характер, была высокоэффективной: через шесть месяцев: каждый пятый бросил курить и каждый третий снизил интенсивность курения. Прекращение вмешательства приводило к постепенному уменьшению эффекта.

Заключение: Распространенность ФР ССЗ, связанных с атеросклерозом, резко увеличивается уже в подростковом возрасте, и они в значительном количестве случаев переходят во взрослую жизнь. Повышенное АД у подростков в сочетании с избыточной массой тела и ожирением являются самыми мощными предикторами развития АГ во взрослой жизни. Профилактика основных ФР ССЗ в детском и подростковом возрасте, в период активного роста и развития, осуществима, эффективна и может привести к их уменьшению среди взрослых, но должна проводиться непрерывно, пока не сформируются устойчивые навыки здорового образа жизни.

0025 К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В МОРДОВИИ

Александровский А.А., Макаркин Н.П., Аширов Р.З., Озанов Р.Г.***, Усанова А.А., Колпаков Е.В., Степанова Е.А.*, Морозов М.Ю.*, Николаев В.И.*, Карякина Т.Н.*, Сурина Т.А.*, Тарасов Н.А.*, Пронина Е.Н.**

ГОУВПО «Мордовский университет им. Н.П.Огарева», Саранск, Россия; *Министерство здравоохранения Республики Мордовия, Саранск, Россия; **НИЦ профилактической медицины, Москва, Россия

Цели: Проанализировать связь факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) с вариантами острого коронарного синдрома (ОКС) в городских и сельских больницах Республики Мордовия (РМ).

Методы: участие в Европейском регистре ОКС (ACS Registry). Методика описана в предыдущих публикациях. В данной работе исследовались, так называемые, немодифицируемые ФР у больных с вариантами ОКС.

Результаты: В анализ включен 391 больной, в том числе 243 (62,2%) городских и 148 (37,8%) сельских жителей ($P < 0,0001$). У городских больных при поступлении установлено: ОКС, нестабильная стенокардия (НС) — 60,5%, ОКС без подъема сегмента ST — 18,1%, ОКС с подъемом сегмента ST — 21,4%, у сельских жителей, соответственно: 41,9% ($P = 0,01$ по сравнению с городскими), 13,5% ($P > 0,5$), 44,6% ($P = 0,007$). Клинические диагнозы изменились: город — стабильная стенокардия (СС) 15,6%, НС 42%, инфаркт миокарда (ИМ) без зубца Q 18,1%, ИМ с зубцом Q 24,3%. Село: СС — 4,7% ($P > 0,7$ по сравнению с городскими), НС 37,8% ($P > 0,6$), ИМ без Q 21,0% ($P > 0,7$), ИМ с Q 36,5% ($P > 0,1$). При гендерном анализе полученных групп ОКС и ИМ закономерности менее четкие. Преобладание 217 мужчин (М.) (55,5%) по сравнению с 174 женщинами (Ж.) (44,5%) было достоверным ($P < 0,03$). Однако, разница между городскими М. и Ж. не достоверна (51,8% и 48,2%, $P > 0,5$). В селе М. в 1,6 раза больше Ж. (61,5% и 38,5%, $P < 0,01$). Городские М. реже сельских болеют ИБС (51,8% и 61,5%, $P < 0,08$). Разница между Ж. оказалась обратной, но не достоверной (городские 48,3%, сельские 38,5%, $P > 0,2$).

Возраст городских и сельских М. практически одинаковый: $61 \pm 60 \pm 1$ год, так же, как и Ж.: $68 \pm 69 \pm 1$ год ($P < 0,001$). Что касается наследственности, то только укрупненные группы М. и Ж. дали четко различимые показатели. У 57,8% М. кровные родственники умерли от ССЗ, у 42,2% — данные отрицательные ($P = 0,06$). У Ж. связь с сердечно-сосудистой наследственностью установлена в 64,0%, отсутствовала — у 36,0% ($P = 0,004$).

Вывод: Влияние немодифицируемых факторов риска: пола, возраста, наследственности на варианты ОКС в городе и селе неоднозначно, часто недостоверно и в 40–50% не выявляется. Можно говорить о тех или иных тенденциях. Возможно, значительное увеличение числа больных (тысячи, десятки тысяч) такие тенденции сделает высоко достоверными, но это будет иметь более теоретическое, чем практическое значение.

0026 РЕГИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ*Александровский А.А., Тарасов Н.А., Пронина Е.Н.*

ГОУВПО «Мордовский университет им. Н.П.Огарева», ГУЗ «Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы», Саранск, Россия

Цель: выявить наиболее демонстративные медико-биологические и социальные характеристики лиц, умерших внезапно

Методы исследования: Вскрытие производилось по методу Г.В.Шора с последующим судебно-гистологическим и токсикологическим исследованием. Наличие соответствующих прижизненных характеристик устанавливали путем опроса родственников или из доступной медицинской документации.

Результаты: В течение 2008–2009гг исследовались трупы лиц, умерших в г.Саранске скоропостижно, на фоне полного здоровья, или хронических больных в стадии ремиссии, у которых до секции не было установлено явных причин смерти. Из 330 чел. у всех непосредственной причиной смерти явилась острая сердечно-сосудистая недостаточность, в т.ч. у 235 (71%) был установлен диагноз: «Ишемическая болезнь сердца», у 95 чел. (29%) (P<0,001): «Кардиомиопатия». Женщин было 33 (10%), мужчин – 297 (90%) (P<0,0001), т.е. соотношение Ж.:М. = 1:9. Среди населения Республики Мордовия, в целом, аналогичное соотношение 1,2:1. Среди 55 умерших 8 чел. (15%) были мордовской национальности, русских – 47 (85%) (P<0,001), т.е. соотношение мордва/русские составляет 1:6. (В Республике, соответственно, 1:2). Трудовой анамнез удалось установить у 60 чел.: 22 рабочих, 9 служащих, 20 пенсионеров по возрасту, 4 инвалиды, 4 безработные, 1 студентка. Из 60 чел., только 9 (15%) раньше, как будто, ничем не болели. У остальных – стенокардия, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность, артериальная гипертензия, аритмии, перенесенный инфаркт миокарда, инсульт, тромбоз сосудов конечности, сахарный диабет. Курили 12 чел. (20%). Из 25 чел., умерших при свидетелях, 12 (48%) жаловались на боли в груди, 5 (20%) – на удушье, у 1 (4%) отмечались рвота и понос. Характерный факт: 1 больной, умерший без свидетелей, обнаружен с упаковкой нитроглицерина в руке. При судебно-химическом исследовании 214 чел. у 72 (34%) обнаружен алкоголь. У 45 концентрация его соответствовала средней, у 27 чел. тяжелой степени алкогольного опьянения. У 60% при гистологическом исследовании обнаружены признаки алкогольной кардиомиопатии. У 280 человек (85%) имелся атеросклероз аорты различной степени выраженности, причем у 214 (65%) аорта поражена атеросклерозом на всем протяжении, 5 (1,5%) со значительным атеросклеротическим поражением аорты («во всех отделах», «сплошь») имеются расслаивающиеся аневризмы. У 235 человек (71%) имелось атеросклеротическое поражение коронарных артерий различной степени выраженности, причем у 2/3 из них две и более ветви левой коронарной артерии сужены более, чем на 50 % просвета.

Выводы: Выявленная тенденция, что мордва менее подвержена внезапной сердечной смерти, заслуживает дальнейшего более обширного и глубокого исследования.

0027 ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ – РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛУГОДОВОГО И ГОДОВОГО НАБЛЮДЕНИЯ*Алексеев Д.В., Разыграев Р.А., Лиман Т.А., Воробьев Г.А., Иванова Е.В., Перевалова Л.Г., Прутенская О.А., Стригин М.П., Тулинов П.В., Хичева Л.В.*

Тверская государственная медицинская академия, МУЗ ГКБ № 6, Тверь, Россия

Цель: изучить отдаленные (в течение 6 и 12 месяцев) исходы у больных, госпитализированных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы исследования: работа выполнена в рамках многоцентрового проекта – Российский регистр острых коронарных синдромов (РЕКОРД), руководитель – профессор Н.А. Грацианский. В Твери в исследование включено 45 пациентов, госпитализирован-

ных в кардиологическое отделение МУЗ ГКБ № 6 в течение ноября 2007 года с диагнозом при поступлении – ОКС. Предполагалось динамическое наблюдение за больными с оценкой исходов через 6 и 12 месяцев после включения в исследование.

Результаты: среди включенных в исследование пациентов было 22 мужчины (49%) и 23 женщины (51%). Средний возраст больных составил 67±10 лет, мужчины были несколько младше женщин. При выписке инфаркт миокарда (ИМ) с зубцом Q (QИМ) наблюдался у 16 (36%) пациентов. У 8 (18%) больных отмечен ИМ без зубца Q. Нестабильная стенокардия диагностирована у 18 (40%) обследованных лиц. Еще у 3 (7%) пациентов мужского пола констатирована хроническая ИБС. За время госпитализации умерли трое больных (все – женщины) с QИМ. Госпитальная летальность среди всех больных ОКС составила 6,7%, при ИМ – 12,5%, при QИМ – 18,8%. У женщин госпитальная летальность оказалась существенно выше – при ИМ в целом 25%, при QИМ – 37,5%.

Выжили и были выписаны из стационара 42 (93,3%) больных. Отдаленные исходы через 6 месяцев прослежены у всех 42 выписанных пациентов. За это время умерло 2 человека (1 мужчина и 1 женщина). В обоих случаях причина смерти квалифицировалась как «сердечная». При выписке после госпитализации, послужившей поводом для включения в исследование, у одного из этих больных диагностирован QИМ, у другого – ИМ без зубца Q. Смертность в течение 6 месяцев среди всех пациентов с ОКС составила 11,1%, при ИМ – 20,8 %, при QИМ – 25%, при ИМ без зубца Q – 12,5%. Соответственно через 6 месяцев были живы 40 больных – 88,9% включенных в исследование пациентов.

Через 1 год после начала исследования установлена судьба 39 больных. 1 человек выпал из поля зрения исследователей. За это время умер еще 1 пациент – мужчина, у которого во время госпитализации, послужившей поводом для включения в исследование, был отмечен QИМ. Смертность в течение 1 года среди всех больных ОКС составила 13,3 %, при ОИМ – 25 %, при QИМ – 31,3 %.

Частота развития неблагоприятных исходов, включавших смерть за время госпитализации по поводу ОКС и в течение последующего года, а также развитие нефатального ИМ или реинфаркта за время наблюдения, у женщин (30,4%) оказалась выше, чем у мужчин (9,1%), p=0,13. Различия не достигали уровня статистической значимости, вероятно, из-за небольшого числа наблюдений.

Выводы: 1. Смертность в течение 6 и 12 месяцев среди всех больных, госпитализированных с ОКС составляет 11,1% и 13,3%, соответственно; при ОИМ смертность составляет 20,8% и 25%, соответственно. 2. Среди больных, госпитализированных по поводу ОКС, отдаленный прогноз у женщин существенно хуже, чем у мужчин.

0028 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ*Алименко Ю.Н., Михин В.П., Савельева В.В., Харченко А.В., Цуканова Ю.А.*

ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Определить количественное содержание N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) в цельной гепаринизированной венозной крови, а также количественное содержание маркеров некроза клеток миокарда – тропонина Т (ТнТ) и креатинфосфокиназы, её МВ фракцию (КФК МВ) у больных в первые часы развития острого коронарного события (ОКС).

Материал и методы. В открытое рандомизированное исследование было включено 30 пациентов с ОКС, средний возраст 52,5±3,11 года. Пациенты были рандомизированы на три группы: ОКС без подъёма ST (ОКСБПST), ОКС с подъёмом ST (ОКС ST) при наличии патологического зубца Q и ОКС ST без зубца Q на ЭКГ. Уровни NT-proBNP и ТнТ определяли на аппарате

Cardiac reader (Roche Diagnostics) с использованием тест наборов по количественному определению концентраций в цельной гепаринизированной венозной крови пациентов. Для определения КФК МВ в сыворотке крови применялся кинетический тест с использованием обратной реакции и активации ацетилцистеином. Полученные данные были подвержены статистическому анализу.

Полученные результаты. В группе ОКСТ Q зарегистрирован высокий уровень NT-проBNP, был выше 900 пг/мл, в группе ОКСТ без Q уровень NT-проBNP находился в пределах 457-692 пг/мл, а у больных в группе ОКСПСТ он был ниже 400 пг/мл.

При анализе взаимосвязи между характером изменения уровня биохимических маркеров было установлено, что появлению патологического Q на ЭКГ предшествовало более значимое повышение уровня NT-проBNP, значение которого находилось в тесной корреляционной связи с концентрацией КФК МВ ($r=0,67$, $p<0,05$) и ТнТ ($r=0,59$, $p<0,05$). При этом статистически значимое увеличение NT-проBNP предшествовало повышению остальных исследуемых энзимов. У больных с ОКСТ без Q на ЭКГ уровень NT-проBNP был достоверно ниже, чем в группе больных с ОКСТ Q, но степень его повышения также находилась в достаточно высокой корреляционной зависимости с изменением КФКМВ ($r=0,54$, $p<0,05$) и ТнТ ($r=0,64$, $p<0,05$) и по времени опережала увеличение последних. У больных с ОКСТ без Q (у которых в дальнейшем не зарегистрировано развитие инфаркта миокарда) изменения NT-проBNP были еще менее значимы и сопровождались отсутствием какой-либо существенной динамики со стороны КФК МВ и ТнТ.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высоком прогностическом значении раннего определения NT-проBNP у больных острым коронарным синдромом, для определения возможного исхода ОКС.

0029 ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПРОГОРМОНА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПАРАМЕТРЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Алименко Ю.Н., Михин В.П., Харченко А.В., Савельева В.В., Николенко Т.А.

ГОУ ВПО КГМУ, Курск, Россия

Цель. Оценить характер взаимосвязи уровня N-терминального прогормона мозгового натрийуретического пептида (NT-проBNP) с параметрами внутрисердечной гемодинамики у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) на фоне традиционной терапии, дополненной кардиоцитопротектором мексикором.

Материал и методы. Под наблюдением находились 45 пациентов в возрасте от 45 до 60 лет. Группу контроля составили 20 человек. Обе (основная и контрольная) группы получали терапию нитратами, селективными бета-адреноблокаторами, гепарином, ацетилсалициловой кислотой. При этом основная группа больных принимала мексикор парентерально (по 0,4 г/сут) в течение пяти дней с последующим переходом на пероральный прием капсул (0,3 г/сут) в течение 15 дней. Контрольная группа мексикор не получала. Диастолическую функцию миокарда левого желудочка (ЛЖ) оценивали методом доплер-эхокардиографии с оценкой показателей трансмитрального потока: максимальной скорости раннего и позднего диастолического наполнения (V_e , V_a) и их отношения (V_e/V_a), времени изоволюметрической релаксации ЛЖ (IVRT), величины конечного диастолического давления (KDD) полости ЛЖ. Уровень NT-проBNP определяли на аппарате Cardiac reader фирмы Roche Diagnostics с использованием тест-наборов по количественному определению в цельной гепаринизированной венозной крови пациентов.

Результаты. Исходно в обеих исследуемых группах имела место диастолическая дисфункция I типа (снижение скорости трансмитрального потока по пику E (V_e) и увеличение скорости по пику A (V_a)). На фоне терапии мексикором наблюдался достоверный прирост V_e к 21-м сут — на 24,2%, а в контрольной — на

16,1%. Достоверное снижение V_a отмечалось в основной группе на 15,2%, в контрольной — на 9,8%. Градиент E/A увеличился в результате проведенной терапии мексикором на 25,5% и лишь на 17,3% в группе контроля. Отмечалось снижение величины IVRT на 14,0% и 12,2% в основной и контрольной группах, соответственно ($p<0,05$). Наблюдалось снижение KDD в полости ЛЖ на 13,6% в основной и на 8,5% в контрольной группах. На фоне приема мексикора у больных с I типом диастолической дисфункции наблюдалось достоверное снижение концентрации NT-проBNP на 28,4% ($p<0,05$), а в группе контроля на 15,6% ($p<0,05$).

Выводы. Включение в терапию ОКС мексикора ускоряло нормализацию параметров трансмитрального потока, что свидетельствовало о благоприятном воздействии препарата на показатели внутрисердечной гемодинамики и подтверждалось снижением в крови уровня биохимического маркера степени сердечной недостаточности — NT-проBNP.

0030 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Алиханова К.А., Жакпбекова В.А., Кулмагамбетов И.Р., Скак К. КГМУ, Караганда, Казахстан

Цель: изучение ведущих факторов, формирующих инвалидность при сердечно-сосудистой патологии у лиц молодого возраста.

Методы: было обследовано 190 больных и инвалидов вследствие сердечно-сосудистых заболеваний. Мужчин было 105 (55,3%), женщин — 85 (44,7%). В первую группу вошли пациенты, страдающие артериальной гипертонией (АГ) — 56 (29,5%); во вторую пациенты с ишемической болезнью сердца (ИБС) — 68 (35,8%); третья группа была представлена больными с хроническими ревматическими болезнями сердца (ХРБС) — митральная и аортальная недостаточность, аортальный и митральный стеноз, сочетанные поражения сердца — 66 (34,7%). Всем больным проводился сбор анамнестических сведений, детальный анамнез жалоб и клинических особенностей течения болезни, физикального обследования, диагностика сопутствующих заболеваний, лабораторно-инструментальные методы исследования (общий клинические и биохимические анализы крови, электрокардиография, эхокардиография).

Результаты: при определении индекса массы тела (ИМТ) обследованных больных выявлено, что 116 (61,1%) больных имели нормальную массу тела, 74 (38,9%) больных — избыточную массу тела. Больные с избыточной массой тела были разделены на две группы: первая — 52 (70,3%) больных, у которых ИМТ составил 26-28, то есть больные повышенного питания, но без ожирения. Вторая — 22 больных с I степенью ожирения, у которых индекс массы тела был в пределах 29-30, что составило 29,7%. У 18 (9,5%) больных ЭхоКГ-показатели не отличались от нормы; у 172 (90,5%) выявлена гипертрофия левого желудочка. Увеличение конечно-систолического размера, конечно-диастолического размера, конечно-систолического объема и конечно-диастолического объема указывало на объемную перегрузку левых отделов сердца, что характерно для больных данной патологии. Показатели толщины задней стенки левого желудочка и толщины межжелудочковой перегородки были достоверно выше у исследуемых больных по сравнению с данными у лиц контрольной группы на 46,7% ($p<0,05$) и 42,6% ($p<0,05$) соответственно. Достоверное увеличение данных показателей указывает на гипертрофию миокарда левого желудочка и межжелудочковой перегородки, возникающую вследствие длительных объемных перегрузок. Отмечено достоверное снижение показателей фракции выброса на 15,4%, что указывает на снижение сократительной функции миокарда.

Выводы: выделены 5 главных клинико-функциональных критериев, влияющих на степень ОЖД при сердечно-сосудистых заболеваниях: степень выраженности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, степень гипертрофии миокарда левого желудочка, наличие ассоциированных клинических состояний, немодифицируемые факторы риска (возраст, мужской пол, наследственность).

0031 ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

Аляви А.Л., Турсунов Р.Р., Якубов М.М., Нуриддинова С. К.
НИИ Терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

В патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС) ведущую роль играют как нарушения функциональной активности тромбоцитов, так и нарушения липидного спектра крови.

Ангиопластика — является одним из самых эффективных вмешательств у больных ИБС. Однако даже после успешно проведенной реваскуляризации миокарда продолжается прогрессирование атеросклероза в коронарных сосудах, что может ухудшать течение заболевания.

Поэтому одним из элементов длительной медикаментозной терапии, направленной на увеличение выживаемости больных является антиагрегационная и гиполипидемическая терапия.

Цель работы. Изучить изменение агрегационной активности тромбоцитов и липидного спектра крови у больных ишемической болезнью сердца перенесших реваскуляризацию миокарда путем транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБА) со стентированием на этапах реабилитации.

Материал и методы. Обследовано 30 больных мужчин ИБС ФК III-IV, которым была проведена хирургическая реваскуляризация миокарда в течение 3-х месяцев. Средний возраст составил $64,3 \pm 2,10$ лет. Все больные получали базисную терапию, включая гиполипидемический препарат — аторвастатин (липримар, «Pfizer») — в стартовой дозе 10 мг/сут., и клопидогрель (плавикс 75мг/сут) в сочетании с ацетилсалициловой кислотой (кардиомагнил 75мг/сут).

Показатели агрегационной активности тромбоцитов и липидного спектра крови оценивалась до и через 3 месяца после реваскуляризации миокарда.

Результаты. Показатели липидного спектра исходно составили: ОХС $5,68 \pm 0,75$, ТГ $1,84 \pm 0,56$, ЛПВП $0,95 \pm 0,18$, ЛПНП $2,59 \pm 1,21$. Через 3 месяца на фоне приема липримара у 28 больных отмечалось значительное улучшение клинического состояния, что сопровождалось улучшением показателей липидного спектра: ОХС $3,76 \pm 1,09$, ТГ $1,61 \pm 0,45$, ЛПВП $1,20 \pm 0,40$, ЛПНП $2,36 \pm 0,61$. Изменения агрегационной активности тромбоцитов также было выявлено у всех больных получавших плавикс и кардиомагнил, которое выражалось в достоверном уменьшении скорости и степени агрегации, удлинении времени начала агрегации $30,53 \pm 19,10$ которые достигали нормальных показателей, что выражалось в улучшение клинического состояния больных.

Вывод. Таким образом, прием аторвастатина и клопидогреля с кардиомагнилом у больных ишемической болезнью сердца перенесших реваскуляризацию миокарда, оказывает позитивный клинический (антиангинальный, антиишемический) эффект, снижает агрегационную активность тромбоцитов, способствует восстановлению антитромбогенной активности сосудистой стенки, а также нормализует показатели липидного спектра крови.

0032 ВЛИЯНИЕ КВАРЦЕТИНА НА ГЛОБАЛЬНУЮ СОКРАТИМОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Аляви Б.А.
Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние корвитина на систолическую функцию левого желудочка у больных острым коронарным синдромом подвергшихся баллонной ангиопластике коронарных сосудов. **Методы:** Обследованы 86 больных с ОКС + ST средний возраст которых составил $54,2 \pm 10,8$ лет. Методом случайной выборки сформировано две группы больных, не имевших статистически значимых отличий по

исходным клинико-анамнестическим данным и применявшейся базисной терапии. В 1-ю группу было включено 30 больных, которым дополнительно к базисной терапии сразу после госпитализации внутривенно капельно в течение 30–45 мин. вводили Кварцетин согласно схеме, первую дозу препарата больные получали до начала баллонной ангиопластики. Во 2-ю группу включено 56 больных которым кварцетин не вводили. Эхокардиография проводилась на аппарате Siemens Sonoline Omnia, оборудованным электронными датчиками с частотой 4,0 мГц по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества на 1-е и 7-е сутки болезни. В В-режиме по формуле “площадь–длина” рассчитывали конечно-диастолический объем левого желудочка (мл), конечно-систолический объем ЛЖ (мл), фракцию выброса ЛЖ (%). Статистический анализ материала проводился с использованием критерия t-Стьюдента и парного критерия Вилкоксона. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты: Артериальное давление к 7-му дню наблюдения достоверно уменьшилось в обеих группах наблюдения (САД в 2 группе на 7,2% и в 1 группе 7,8%, $p < 0,05$; ДАД — на 4,5% и 10,1% соответственно $p < 0,05$), что, вероятно, связано с терапевтическими мерами. В группе 2 КДО ЛЖ к концу 7-х суток наблюдения сократился на 3,33% ($p < 0,05$), а КСР — на 3,42% ($p < 0,01$), что привело к увеличению ФВ на 15,08% ($p < 0,001$), однако УО достоверно не изменился. В группе 1 КДО уменьшился на 2,3% ($p < 0,05$), ФВ повысилось на 14% ($p < 0,05$), ударный объем в данной группе увеличился на 4,2% ($p < 0,05$). Улучшение систолических свойств миокарда подтверждает увеличение максимальной скорости изгнания на аорте (Ao) как в контрольной так и в группе корвитина (на 3,66% и 4,3% соответственно, $p < 0,01$). Больных со сниженной ФВ к концу 7-х суток в контрольной группе стало 53,6% против 73,2% ($p < 0,05$) при поступлении, в группе корвитина было 63,3% осталось 33,3% ($p < 0,05$).

Выводы: В группе корвитина, улучшение некоторых показателей (УО) происходит чуть активнее по сравнению с контрольной группой. Это же касается и уменьшения количества больных со сниженными показателями внутрисердечной гемодинамики к концу 7-х суток. На наш взгляд это связано с выраженным мембраностабилизирующим и антиоксидантным эффектом корвитина, которое положительно влияет во время реперфузионного повреждения миокарда. Это в свою очередь приводит к более быстрому восстановлению огушенного миокарда, характеризующимся увеличением фракции выброса и ударного объема левого желудочка.

0033 АНАЛИЗ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНЕЧНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Аляви Б.А., Аляви А.Л.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз., Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить исходное нарушение некоторых параметров диастолической функции левого желудочка при остром коронарном синдроме в зависимости от типов конечной трансформации ОКС.

Методы: обследованы 102 больных острым коронарным синдромом (ОКС): мужчин- 73, женщин- 29. Средний возраст составил $58,5 \pm 11,6$ лет. Из обследованных у 61 больного имел место ОКС с подъемом сегмента ST, у 41 больного ОКС без подъема сегмента ST на ЭКГ. В зависимости от трансформации ОКС больные были распределены на 3 группы: 46 больных- в ПС (прогрессирующая стенокардия), 23 больных- в ОИМ (острый инфаркт миокарда без зубца Q) и 32 больных- в ОИМQ (острый инфаркт миокарда с зубцом Q). Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей (мужчин- 9, женщин- 5) в возрасте $52,2 \pm 7,2$ лет, сопоставимых по полу, возрасту и весу с основной группой. Эхокардиография проводилась в соответствии с рекомендациями Американской ассоциации эхокардиографии (ASE) в В и М режимах лежа на левом боку. Статистический анализ данных проводился при помощи табличного редактора Excel — 5/95 и пакета программ «STATISTICA for Windows, версия 5.5 StatSoft, Inc. 1998». Критерием достоверности служило $p < 0,05$.

Результаты: Анализ индексов ДФ ЛЖ показал, что увеличение периода изоволюмического расслабления ЛЖ происходит во всех группах с достоверностью $p < 0,001$. Снижение структурного показателя активной релаксации (ВУРН/ФИР) наблюдается в группе ПС ($p < 0,05$) и ОИМЖ ($p < 0,01$) по сравнению с контрольной группой. Также наблюдается отчетливая тенденция к снижению скорости раннего диастолического наполнения которое наиболее выражено в группе ОИМЖ (нд), что в свою очередь подтверждается снижением интегральной скорости раннего наполнения ($p < 0,05$) и времени замедления раннего наполнения ($p < 0,01$) в этой группе больных. Перераспределение спектра диастолического наполнения, т.е. превалирование предсердной систолы над скоростью раннего диастолического наполнения наблюдается в группе ПС и ОИМЖ, что приводит к перегрузке ЛП в ответ на увеличение жесткости миокарда ЛЖ, которое наиболее выражено в группе ПС, в которой наблюдается и достоверное повышение фракции позднего наполнения ($p < 0,05$), интегральной скорости предсердного наполнения ($p < 0,05$) и увеличение конечно- диастолического давления ЛЖ ($p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. Повышение этих трёх показателей имело тенденцию и в группе ОИМЖ (нд), где также имело место достоверное повышение давления заклинивания в легочной артерии ($p < 0,01$) и тенденция к повышению давления в легочной артерии (нд), что даёт основание предполагать, что наиболее высокое давление в малом круге кровообращения отмечается в группе ОИМЖ.

Выводы: Таким образом, выраженное нарушение активной релаксации ЛЖ наблюдается во всех группах больных. Пассивное наполнение ЛЖ в основном страдает в группах ПС и ОИМЖ, хотя пассивное наполнение в группе ПС наиболее выражено, т.к. в этой группе идёт наибольшая нагрузка на ЛП и достоверное повышение КДД, всё же наибольший подъём давления в легочной системе наблюдается в группе ОИМЖ.

0034 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Амирова А.Р., Молчанова Н.Н., Мингазетдинова Л.Н., Муталова Э.Г.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: Изучить состояние иммунной системы, экспрессию молекул межклеточной адгезии (МА) во взаимосвязи с параметрами эндотелиальной дисфункции и факторами метаболизма у больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы: Обследовано 98 больных женщин АГ с метаболическими факторами: ожирение, гиперинсулинемия, липидемия, инсулинорезистентность (ИР); средний возраст $51,3 \pm 2,1$ года, контрольная группа — 25 практически здоровых женщин. Обследование включало ЭКГ, ЭХО-КГ, СМАД, состояние иммунной системы, включающих данные лейкограммы, клеточный и гуморальный иммунитет. Состояние функциональной способности эндотелия оценивалось по уровню сосудистой молекулы адгезии sVCAM-1, sICAM-2 и эндотелиально-тромбоцитарной адгезивной молекулы — sP- селектин, определяемые иммуно-ферментным методом.

Результаты исследования: Установлено, что с повышением АД отмечается снижение уровня CD3+ лимфоцитов, как показателя зрелости, CD4+ и CD8+ лимфоцитов по мере нарастания метаболических факторов при повышении уровня лимфоцитов. Значимые изменения отмечены у больных АГ с ИР, где CD3 снижались на 55,8%, CD4 — на 21,2% и CD8+ лимфоциты как показатель цитотоксичности — на 25,9% ($p < 0,05$). Уровень рецепторов IgG (CD16), опосредующего антителозависимую цитотоксичность, значительно уменьшался ($p < 0,05$). Субпопуляции Т — лимфоцитов (Е-РОК и Еа-РОК) имели тенденцию к снижению. Получены достоверные обратные связи средней силы между триглицеридами (ТГ) и Т — лимфоцитами ($r = -0,67$, $p < 0,05$), прямые — холестерина и Е — РОК у больных с ожирением ($r = 0,83$, $p < 0,05$). Фагоцитарное число в группе больных с ожирением

и АГ превышало контрольные величины на 31,8%, при АГ с ИР — на 30,2% ($p < 0,05$). Маркером воспаления может стать HLA-DR. Он возрастал при нарушениях метаболизма от 20 до 26,3% ($p < 0,05$). Молекулы адгезии вовлекаются в межклеточные взаимодействия, обеспечивая один из способов регуляции иммунного процесса. Отмечено снижение во всех группах sICAM-2 как предиктора острого воспаления, но получена тенденция к повышению sVCAM-1 до $925,71 \pm 53,02$ нг/мл против $781,33 \pm 65,12$ нг/мл и отчетливое увеличение экспрессии sP — селектина на 57,9% у больных АГ с ожирением и на 74,8% при АГ с ИР ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. Обнаружена достоверная корреляционная связь между уровнем sVCAM-1, sP — селектинов и уровнем АД ($r = 0,61$); между sVCAM-1 и таких факторов риска как ТГ, ИМТ, а также между уровнем фактора Виллебранда isP — селектином ($r = 0,48$).

Выводы: Полученные результаты дисбаланса в Т-популяции у больных АГ,отягощенных факторами риска метаболизма как ожирение, ИР; нарушения экспрессии МА ассоциированы с усилением эндотелиальной дисфункцией, что определяет возможность использования их как дополнительного диагностического предиктора в ремоделировании сосудов.

0035 ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

Амирян В.Ю., Оджаев М.О.

ФГУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России», Пятигорск, Россия; Госпиталь с научно-клиническим центром кардиологии, Ашгабат, Туркменистан

Восстановительное лечение больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) предусматривает физические тренировки (ФТ), способствующие мобилизации резервных возможностей кардиореспираторной системы.

Целью нашей работы явилось оптимизировать ФТ в комплексе восстановительного лечения на курорте «Ашгабат» больных с постинфарктным кардиосклерозом с учетом состояния функциональных резервов левых отделов сердца (ЛОС).

Методы исследования. Обследовано 95 мужчин, поступавших на реабилитационное лечение на курорт «Ашгабат» через 4 и более месяцев после перенесенного ИМ. Больные получали комплексное курортное лечение, включавшее физические тренировки по индивидуальной программе, бальнеотерапию минеральной водой Ашгабат, диетотерапию, массаж. Для оценки состояния функциональных резервов ЛОС по общепринятым методикам проводили велоэргометрию, Холтеровское мониторирование ЭКГ, эходоплеркардиографию с определением размеров камер сердца, фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), массы миокарда левого желудочка, распространенности зоны дискинезии (ЗДК) миокарда ЛЖ. Кроме этого при ЭхоКГ по формуле, предложенной В.Ю.Амирян и соавт. (патент РФ на изобретение №2147835 от 27.04.2000 г.), вычисляли коэффициент использования ресурсов миокарда (КИРМ) левых отделов сердца, позволяющего дать точную интегральную оценку функционального состояния ЛОС. При значениях КИРМ ≥ 40 усл. ед. определяли нарушение функционального состояния ЛОС. Соответственно, все больные были разделены на 2 группы: 1-я — 60 больных с сохраненными резервами ЛОС; 2-я — 35 больных со сниженными резервами.

Результаты. Больные выделенных групп значительно различались между собой по основным параметрам, отражающим функциональное состояние ЛЖ: по размерам ЛЖ, его фракции выброса, распространенности зон дискинезии др. Установлено, что в 1 и 2 группах исходная толерантность к физическим нагрузкам (ТФН) была одинаковой ($558,3 \pm 12,75$ и $551,4 \pm 24,64$ кгм/мин соответственно). В конце курортного лечения у больных 1-й группы, с высокими ресурсами миокарда ЛОС зарегистрировано отчетливое повышение ТФН на $145,0 \pm 8,5453$ кгм/мин ($p < 0,01$), а у больных 2-й группы, с низкими ресурсами ЛОС (с КИРМ ≥ 40 усл. ед.) в конце курортного лечения повышение ТФТ было зна-

чительно меньшим ($42,86 \pm 13,46$ кг/мин, $p < 0,01$), то есть достичь значимой мобилизации ресурсов миокарда путем физических тренировок не удалось. Более того, такие попытки сопряжены с повышенным риском, поскольку при дискриминантном анализе установлено, что у больных 2 группы во время проведение ФТ ассоциируется с более выраженной ишемией миокарда и возникновением нарушений ритма сердца ($F=15,0548$, $p < 0,001$) во время тренировок.

Выводы: 1) Программы физических тренировок, больных после ИМ должны строиться с учетом состояния резервов ЛОС. 2) Тренировки больных с обширными ЗДК и со сниженными резервами (с КИРМ ≥ 40 усл. ед.) должны проводиться только по «шадающей» методике.

0036 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

Общеизвестно, что психологические факторы взаимосвязаны с заболеваемостью, прогнозом и течением сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью 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 Multiphasic 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 (r) 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, жизнелюбивости повышают вероятность того, что антигипертензивная терапия может стать эффективной, напротив высокие показатели, характеризующие уровень агрессивности уменьшают такую вероятность.

0037 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ВОЗМОЖНО, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗНЫХ ИСХОДОВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН

Андреев П.В., Барац Е.С., Елькина Н.А.

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, МУ ЦГБ №7, Екатеринбург, Россия

В исследовании CHARM показано, что у женщин с ХСН в сравнении с мужчинами был ниже риск большинства фатальных и нефатальных клинических исходов. Эти находки не могут быть объяснены ни различиями в причинах ХСН, ни различиями в ФВ ЛЖ. Почему женщины имеют лучший прогноз при ХСН, а мужчины худший остается не ясным.

Цель: сравнить клинические особенности течения ХСН и структурно-функциональные характеристики миокарда ЛЖ в зависимости от пола больных.

Методы исследования: В исследование включены 49 больных (20 мужчин и 29 женщин, $p > 0,05$), которым установлен диагноз ХСН и проведено стандартное Эхо-КГ-исследование с определением ФВ по Teichholz. Сравниваемые группы сопоставимы по возрасту ($p = 0,43$), 84% больных имели возраст 60 лет и старше.

Результаты. Тяжесть течения ХСН у пациентов сравниваемых групп сопоставима (по стадиям Стражеско-Василенко $\chi^2 = 3,03$, $p = 0,39$; по ФК NYHA $\chi^2 = 2,51$, $p = 0,47$). У пациентов обеих групп одинаково часто встречались артериальная гипертензия ($p = 1,00$) и стенокардия ($p = 0,99$), перенесенный инфаркт миокарда ($p = 0,79$), сахарный диабет ($p = 1,00$), фибрилляция предсердий ($p = 0,64$), приобретенные пороки сердца ($p = 1,00$). Частота основных клинических симптомов между группами (мужчины/ женщины) не различалась: пароксизмальное ночное удушье (20% против 28%, $p = 0,74$), положение ортопноэ (20% против 17%, $p = 1,00$), застойные хрипы в легких (20% против 28%, $p = 0,74$), периферические отеки (15% против 31%, $p = 0,31$), кардиомегалия (25% против 17%, $p = 0,72$) и признаки застоя в легких (15% против 7%, $p = 0,39$). Выявлена тенденция к увеличению частоты отека легких у мужчин (15% против 0%, $p = 0,06$). У женщин систолическое АД оказалось достоверно выше, чем у мужчин ($p = 0,14$), диастолическое АД сопоставимо ($p = 0,57$). По данным Эхо-КГ, у 75% мужчин и 59% женщин обнаружена ГЛЖ ($p = 0,32$), ИММЛЖ $141,5 \pm 27,3$ г/м² у мужчин против $132,9 \pm 50,4$ г/м² у женщин ($p = 0,46$). Сниженную (<50%) ФВ ЛЖ имели 45% мужчин и 28% женщин ($p = 0,34$). У мужчин достоверно чаще встречались локальные нарушения сократимости (55% против 24%, $p = 0,06$). Обнаружены статистически значимые отличия в частоте типов ремоделирования миокарда у больных ХСН разного пола ($\chi^2 = 8,98$, $p = 0,03$). Больные ХСН мужского пола ассоциируются со статистически значимым увеличением вероятности наличия эксцентрического типа ГЛЖ (42% мужчин против 8% женщин, ОШ 8,7; 95% ДИ [1,5; 50,4], $p < 0,05$). В то же время концентрическое ремоделирование достоверно чаще встречалось у женщин (35% против 11% у мужчин, $p = 0,07$), частота концентрической ГЛЖ оказалась сопоставимой (50% женщин против 37% мужчин, $p = 0,39$).

Выводы. Половые различия характера ремоделирования миокарда ЛЖ у больных ХСН, а именно преобладание эксцентрической ГЛЖ у мужчин, возможно, объясняют худшие клинические исходы ХСН у мужчин в сравнении с женщинами. Особенностью нашего исследования явилось значимое преобладание больных ХСН пожилого возраста, поэтому для окончательных выводов о влиянии геометрии ЛЖ на прогноз больных с учетом пола пациентов, необходимо проведение специально спланированного исследования.

0038 РОССИЙСКАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА «ВАЛЕНТА», ДОСТОИНСТВА И ЗАМЕЧЕННЫЕ НЕДОСТАТКИ

Андрейченко Т.А., Кинёва К.Н., Ватрушева Н.Г., Барышникова М.В., Ивашкевич Т.В., Чухловина Л.Д.

МУЗ КМСЧ №1, Пермь, Россия

Проблема качества жизни и поиск объективных маркеров неотложных ситуаций в клинической практике сохраняет акту-

альность в нашей стране в последние годы. В пермской клинической медсанчасти №1 с мая 2000 года функционирует новая система «Валента» (Санкт-Петербург), позволяющая последовательно проводить электрофизиологические исследования с их автоматической интерпретацией. За минувшие 9 лет на ней выполнено 104 472 исследования, из них 78 512 пришлось на кардиографию, а остальные 25 960 — на другие методики: кардиоритмо-, спиро-, реовазографию и велоэргометрию.

У тяжёлых больных запись ЭКГ осуществлялась переносными аппаратами ЭКГ-04 и Cardiette-Start-100, позволяя со временем сопоставить их с «почерком» новой системы. Динамика коек: 720 (2001) — 500 (2008 год).

Цель исследования: оценить качество записи и расшифровки ЭКГ на российской диагностической системе «Валента» на примере четырёх опасных клинико-электрофизиологических феноменов, включая пароксизмальную и синусовую (> 75 в 1 минуту) тахикардию, фибрилляцию предсердий, значительное удлинение QT интервала ($c QT_c > 0,46$) и синдром $S_1Q_{III}(T_{III})$.

Проанализированы 2005 электрокардиограмм, зарегистрированные в начале работы (декабрь 2000 — июнь 2001) у 846 мужчин и 1159 женщин; средний возраст составил 60,8 лет (от 6 до 89). В исследование включены пациенты кардиологии и реанимации, городских эндо — и гепатологов; пульмонологии, гастроэнтерологии и хирургии, акушерства и гинекологии, инфекционного и др.

Достоинства системы «Валента»: она позволяет регистрировать, анализировать и архивировать записи в режиме реального времени; ежегодно на ней выполняется свыше 50% объёма всех электрофизиологических исследований. Замеченные недостатки: занижалась продолжительность зубца Р представительного кардиоцикла (до 0,09–0,1сек. даже у пожилых гипертоников и ревматиков), не всегда точно определялась ширина комплекса $q(Q)RS$ — в патологии она лабильна в различных отведениях; недооценивались редкие сердечные ритмы, блокада медиальной ветви, а также картина острого легочного сердца. Последняя представляла диагностические трудности для этой системы

с ключевым синдромом $S_1Q_{III}(T_{III})$ на фоне падения вольтажа записи стандартных отведений, с желудочковой бигеминией, фибрилляцией предсердий и (или) блокадой правой ножки пучка Писа. У тяжёлых больных на фоне эволюции заболеваний определялось разнообразие множества признаков.

Результаты: тахикардия зарегистрирована в 38,8%, феномен $S_1Q_{III}(T_{III})$ встречался в 6,7%, критическое удлинение qT (QT) интервала — в 12,9%, а фибрилляция предсердий — в 8,5% исследований и выявлялась у лиц старше 40 лет. Жёсткого диска в 2 гигабайта хватало на 3 года непрерывной работы.

Выводы: российская система «Валента» оптимальна для больных на 500 коек, стабильно выполняла ~54% исследований функциональной диагностики; её

старая программа требует коррекции анализа ЭКГ и увеличения объёма памяти. Кардиограммы с риском тромбозов и аритмий были у 1/3 больных клиники.

0039 ОПЫТ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВРАЧЕЙ КАРДИОЛОГОВ С ЦЕЛЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Андропова С.И., Кузьмин В.П., Дуляков Д.В.

Самарский клинический кардиологический диспансер, Самара Россия

Цель: раннее выявление факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди врачей трудоспособного возраста.

Материалы и методы исследования: Было обследовано 200 пациентов (182 женщины, 18 мужчин), сотрудников Самарского клинического кардиологического диспансера (СОККД), в возрасте от 40 до 60 лет. Набранные пациенты были разбиты на 2 возрастные группы: 1-я: 40 — 50 лет и 2-я: 51 — 60 лет. Объем обследований включал: анкетирование факторов риска, физикальный осмотр (измерение роста, веса, объема талии, АД), ЭКГ, анализы крови: липидный спектр, глюкоза, расчет риска по системе SCORE и рекомендации по модификации образа жизни, лечебные рекомендации.

Результаты: Среди обследованных мужчин отмечается значительная доля курящих — более половины всех мужчин (60%).

Отмечено увеличение окружности талии в более молодой группе мужчин (97,2см, в сравнении с 90,3см в старшей группе- 51-60 лет)

Индекс массы тела (ИМТ) в 1 возрастной группе в среднем составил 29,2 кг/м², во 2-ой группе — 30,01 кг/м². ($p \leq n.d.$)

Достоверное повышение уровня гликемии отмечено в возрастной группе старше 50 лет (6,52 ммоль/л), в сравнении с 4,5 ммоль/л в группе до 50 лет.

Повышение показателей общего холестерина (ОХС) и коэффициента атерогенности выявлено в обеих группах (в 1-й группе 219,67 мг/дл и 4,19, во 2-й группе 226,58 мг/дл и 3,64).

Степень риска по шкале SCORE закономерно возрастает от 1,8 до 5,8% в старшей возрастной группе и обусловлена повышением таких факторов риска как возраст, курение и уровень общего холестерина.

Среди обследованных женщин отмечается незначительная доля курящих- 8%.

Отмечается увеличение окружности талии в группе 50 — 60 лет- 93,23см, в сравнении с 88,22см в группе до 50 лет.

ИМТ в 1 возрастной группе 29,85 кг/м², во 2-ой группе — 31,04 кг/м². Достоверно повышен уровень общего холестерина и КА по мере перехода в следующую возрастную категорию (219,54 мг/дл и 1,55 в сравнении с 247,68 мг/дл и 4,44 в группе старше 50 лет).

Степень риска по шкале SCORE закономерно возрастает от 0,1 до 1,38% по возрастным группам и обусловлена повышением таких факторов риска как возраст, курение и уровень общего холестерина.

Выводы: 1. По исследованным показателям уровень здоровья обследованных сотрудников является невысоким: практически у всех групп имеется избыток массы тела, превышение нормальных уровней холестерина,

высок процент курящих мужчин. 2. Наибольшее сочетание неблагоприятных факторов риска отмечается у мужчин в возрастной категории 50 — 60 лет, что закономерно отражает интегральный показатель риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по шкале SCORE.

0040 ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Андросюк Н.Г., Попов Е.А., Уклистая Т.А., Гальцев С.С., Коложская О.С., Пивцаева Т.В., Шатохина Е.В., Андросюк Ю.Г.

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия», Астрахань, Россия

Цель: проанализировать заболеваемость и смертность пациентов гипертонической болезнью, находящихся на диспансерном наблюдении участковых врачей терапевтов.

Проведен анализ амбулаторных карт 179 пациентов гипертонической болезнью за 2008г. Возраст пациентов колебался от 43 до 59 лет (средний возраст 52,1±1,6 лет), среди них мужчин было 87 (48,6%), женщин — 92 чел (51,4%). Длительность заболевания: 7,4±0,6 лет. План обследования и лечения пациентов соответствовал стандарту медицинской помощи больным артериальной гипертензией. Все пациенты получали гипотензивную терапию.

На начало 2008 г. у всех включенных в исследование пациентов имела место гипертоническая болезнь II стадии. Пациенты были разделены на две группы. 1 группу составили 147 чел. (82,1%) с риском смертельного исхода от сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет $\geq 5\%$ (общий риск) и уровнем общего холестерина более 5 ммоль/л. У 32 пациентов (17,9%) 2 группы — общий риск был $\geq 5\%$, а уровень холестерина менее 5 ммоль/л.

Для пациентов 1 группы, разработанный план по изменению образа жизни включал отказ от курения — 84 чел. (отказались только 14 пациента — 16,6%), диетотерапию — 147 чел. (приверживались 106 чел — 72,1%), увеличение физической активности — 147 чел. (выполняли 60 чел — 54,8%). По истечению 3 мес. общий риск $\geq 5\%$ сохранился у 67 чел. (45,5%). 67 пациенту 1 группы и всем пациентам 2 группы (всего 99 чел) были назначены статины в дозе 10 мг/сут.

С развитием сахарного диабета II типа связано сохранение общий риск $\geq 5\%$, у 6 пациентов (6,1%) (из 99 чел.). Всем пациентам назначены сахароснижающие препараты — сиофор в дозе 850-1700 мг/сут.

6 пациентам вновь была рекомендована диетотерапия из-за повышения активности трансаминаз при приеме статинов.

Санаторно-курортное лечение получили только 13 чел. (7,2%).

Смертность в анализируемой группе пациентов по итогам 2008 г. не зарегистрирована. У 13 пациентов (7,3% из 179 чел.) выявлены осложнения гипертонической болезни (стенокардия напряжения — у 9 пациентов, инфаркт миокарда — у 2 чел., ишемический инсульт — у 2 пациента). Это связано с прерывистым приемом лечения, в том числе и гипотензивного, несмотря на рекомендации врачей. К лечению был добавлен аспирин в дозе 0,125 мг/сут.

Целевые уровни общего холестерина $< 4,5$ ммоль/л достигнуты у 139 чел. (77,6%) из 179 чел. Целевые уровни АД достигнуты у 155 чел (86,6%) из 179 чел.

По итогам диспансерного наблюдения за 2008 г. улучшение самочувствия отмечено в 60,8%, состояние без перемен — 30,3%, ухудшение самочувствия — 7,3% случаев, в том числе с определением III группы инвалидности — 2,2% случаев из 179 чел.

Таким образом, вероятность заболеваемости и смертности пациентов гипертонической болезнью снижается при коррекции факторов риска.

0041 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Андрущишина Т.Б., Ошорова С.Д., Морозова Т.Е.

ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить влияние ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) зофеноприла на показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД), состояние углеводного, липидного обмена и активность адипокинов у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ожирением.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 23 пациента в возрасте от 38 до 74 лет (ср. возраст $56,2 \pm 1,9$ года) с АГ I-II степени в сочетании с ожирением I-III степени без сахарного диабета. У всех пациентов имели место признаки абдоминального ожирения: соотношение окружности талии и окружности бедер $0,96 \pm 0,07$, масса тела $99,4 \pm 3,5$ кг, индекс массы тела (ИМТ) $33,9 \pm 4,8$ кг/м². Длительность АГ составила в среднем $13,6 \pm 2,2$ года. У 17 (73,9%) пациентов имела место дислипидемия IIa, IIb и IV типов. У 10 (52,6%) пациентов выявлено нарушение толерантности к глюкозе. После предшествующей отмены иАПФ (в течение 2 недель) больным назначался зофеноприл в дозе 15-60 мг/сут (ср. доза — 37,5 мг/сут). Контроль эффективности и безопасности терапии проводился по динамике показателей СМАД, липидного спектра крови, перорального глюкозотолерантного теста с 75г глюкозы. Уровни эндотелина, адипонектина и лептина в сыворотке крови определялись до и после лечения. Длительность лечения составила 12 недель.

Полученные результаты: на фоне терапии зофеноприлом отмечено снижение уровня среднесуточного САД с $135,5 \pm 3,5$ до $130,2 \pm 4,6$ ($p < 0,05$) и среднесуточного ДАД с $82,6 \pm 2,7$ до $80,9 \pm 3,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), гипертонической нагрузки (индекс времени САД снизился с $48,2 \pm 7,5$ до $37,2 \pm 6,7\%$ ($p < 0,05$), индекс времени ДАД — с $36,93 \pm 2,82$ до $31,48 \pm 3,14\%$ ($p < 0,05$)). Количество пациентов с суточным профилем АД night-peakers уменьшилось с 13,0 до 8,7%. Не отмечено изменений суточной вариабельности АД. Показатели углеводного обмена достоверно не изменились — уровень глюкозы натощак составил $5,86 \pm 0,19$ до начала исследования и $5,76 \pm 0,23$ ммоль/л через 12 недель ($p > 0,05$). Уровень общего холестерина снизился с $5,64 \pm 0,27$ до $5,18 \pm 0,21$ ммоль/л ($p < 0,05$), триглицеридов с $2,21 \pm 0,61$ до $1,92 \pm 0,56$ ммоль/л ($p < 0,05$). До лечения уровень

эндотелина был $0,38 \pm 1,15$ фмоль/мл; адипонектина $10,33 \pm 1,31$ мкг/мл у мужчин, $13,45 \pm 1,61$ мкг/мл у женщин; лептина $17,29 \pm 3,17$ нг/мл у мужчин и $34,3 \pm 4,4$ нг/мл у женщин. В результате приема зофеноприла отмечена тенденция к снижению эндотелина до $0,36 \pm 0,11$ фмоль/мл, увеличению адипонектина до $13,27 \pm 2,40$ мкг/мл у мужчин, $14,13 \pm 1,46$ мкг/мл у женщин. Уровень лептина составил $19,06 \pm 3,46$ нг/мл у мужчин и $37,23 \pm 4,52$ нг/мл у женщин. Ни один пациент не выбыл из исследования из-за развития побочных эффектов.

Выводы: иАПФ зофеноприл улучшает показатели суточного мониторинга АД, благоприятно влияет на уровень липидов, обладает метаболической нейтральностью, что позволяет применять его у пациентов АГ в сочетании с ожирением.

0042 ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО СТАТУСА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН

Аникин В.В., Николаева Т.О.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

В последние годы наметился существенный рост частоты развития инфаркта миокарда (ИМ) у женщин. При этом многие аспекты этой проблемы, в частности, состояние психологического статуса требуют дальнейшего изучения и во многом определяют особенности проводимого восстановительного лечения.

В связи с этим проведено психологическое (тест СМОЛ, ЛОБИ, методика «качество жизни», шкала стресса Ридера) обследование 120 женщин (средний возраст $56,1 \pm 1,9$ года) и 50 мужчин ($55,8 \pm 1,2$ года) с острым инфарктом миокарда (ОИМ). Женщины были разделены на две подгруппы: 65 женщин с ИМ, развившимся в возрасте до 60 лет и 55 женщин с ИМ старше 60 лет.

У женщин отмечалась более выраженная, чем у мужчин психопатологическая симптоматика. Анализ теста СМОЛ выявил более высокие его показатели в старшей возрастной группе женщин по 1-й, 2-й, 3-й (невротическая триада) и 6-й шкалам. В целом, профиль СМОЛ у женщин старше 60 лет представлял собой смешанный тип реагирования на болезнь с тенденцией к депрессивно-ипохондрическим реакциям. Женщины более молодого возраста с ИМ имели «линейный» профиль СМОЛ (его показатели находились в пределах между 46 и 55 Т-баллов) с относительным повышением по 1-й (ипохондрии), 2-й (депрессии), 3-й (эмоциональной лабильности), 6-й (ригидности) и 9-й (оптимистичности) шкалам, что также можно расценить как смешанный тип реагирования. По результатам анализа исследования типа отношения к болезни, показатели первого блока ЛОБИ (гармонический, эргопатический, анозогнозический) в группе женщин с ИМ были значительно ниже по сравнению с мужчинами. Параметры второго блока (тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический), напротив, преобладали у женщин. Наиболее высокой шкалой третьего блока являлся сензитивный тип отношения к болезни, причем наибольшая выраженность значений этой шкалы наблюдалась у женщин до 60 лет. Анализ «качества жизни» больных ИМ женщин выявил снижение его суммарного показателя. У женщин старшего возраста это снижение было наиболее выраженным. В ходе дальнейшего анализа психологических особенностей у больных ИМ с использованием шкалы стресса Л.Ридера установлено, что значительно большая частота высокого уровня стресса отмечалась у женщин старшей возрастной группы по сравнению с более молодыми пациентками и мужчинами.

Важно отметить, что раннее применение при ОИМ современных ингибиторов АПФ (зофеноприл) и β -блокаторов (небиволон) приводило не только к стабилизации клинического течения ИМ, но и существенно улучшало личностный статус больных. Нормализации последнего, ликвидации эмоционально-стрессовых и тревожно-депрессивных нарушений также способствовало присоединение к терапии препаратов с мягким анксиолитическим действием (афобазол).

Таким образом, в психологическом статусе женщин с ИМ наблюдаются значительные изменения личности с нарастанием тревожно-депрессивных, ипохондрических и неврастенических расстройств, сочетающихся со снижением качества жизни, которые требуют своевременной дифференцированной терапевтической коррекции.

0043 ИССЛЕДОВАНИЕ АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИОН-ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Анисимова Н.П.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань, Россия

Активация симпатико-адреналовой системы относится к одному из наиболее хорошо изученных стрессогенных факторов, обуславливающих опасность возникновения деструктивных изменений на клеточном уровне и дисрегуляторных на системном. В связи с этим особенно актуальным представляется определение функционального состояния β -адренорецепторов в совокупности с показателем функционального состояния ион-транспортной системы клеточных мембран у здоровых людей разных возрастных групп в сочетании с определением тревожно-депрессивных расстройств.

Цель: изучение взаимосвязей между изменениями β -адренорецепции и скорости Na^+-Li^+ -противотранспорта ($\text{V Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$) в мембране эритроцита у здоровых людей разных возрастных групп в сочетании с определением тревожно-депрессивных расстройств.

Методы исследования: обследовано 142 практически здоровых человека: 92 человека — студенты 17-24 лет, средний возраст 19,5 лет, 50 человек — рабочие крупного промышленного предприятия г. Казани 38-62 лет, средний возраст 49,5 лет. β -адренорецепцию исследовали экспресс-методом определения адренореактивности (β -АРМ) (Длусская И.Г., Стрюк Р.И., 1995). Функциональное состояние клеточных мембран оценивали по $\text{V Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ в мембране эритроцита (M. Canessa, 1980). Результаты $\text{V Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ и β -АРМ оценивались по средним величинам и посредством разделения показателя β -АРМ на 4 группы: 1) крайне высокая адренореактивность (<10 усл. ед.), 2) в пределах нормы (10,1-20 усл. ед.), 3) низкая (20,1-50 усл. ед.), 4) крайне низкая адренореактивность (>50). Уровень тревоги и депрессии оценивался при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) в адаптации М.Ю. Дробизева. **Результаты:** В группе здоровых молодых людей («студенты») средние величины β -АРМ — 25,2 усл. ед.; $\text{V Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ — 273 мкМ Li^+ , при изучении корреляционной зависимости между β -АРМ и $\text{V Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ в целом выявлено $r=0,13$; $P<0,01$. В группе здоровых людей среднего возраста («рабочие») среднее значение β -АРМ — 12,7 усл. ед.; $\text{Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ — 253 мкМ Li^+ , корреляционная зависимость между β -АРМ и $\text{V Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ $r=0,17$; $P<0,01$.

Выводы: В группе здоровых молодых людей обнаружены значимые обратные корреляции между β -АРМ и $\text{V Na}^+-\text{Li}^+-\text{ПТ}$ в группах с крайне высокой и крайне низкой адренореактивностью: 1 группа ($r=-0,6$; $P<0,01$), 4 группа ($r=-0,8$; $P<0,01$),

что может говорить о нарушениях трансмембранного транспорта ионов Na^+ при крайних значениях адренореактивности. В группе здоровых молодых людей встречаются лица с крайне низкой адренореактивностью (β -АРМ >50), что отражает скомпенсированное состояние гиперадренергического синдрома.

У людей, занимающихся умственным трудом («студентов») тревожно-депрессивные состояния встречаются значительно чаще, чем у людей, занятых физической работой («рабочих»). Эти изменения психо-эмоционального состояния достоверно коррелируют с объективными показателями адренореактивности ($r=0,73$; $P<0,01$).

0044 ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 3 СТЕПЕНИ (ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Антипина Н.С., Савельева Н.Ю., Жержова А.Ю., Гапон Л.И., Вдовенко С.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Известно, что скорость развития хронической почечной недостаточности (ХПН) зависит от уровня артериального давления (АД). Состояние функции почек у больных рефрактерной артериальной гипертензией (РАГ) остается малоизученным.

Цель: исследование почечной гемодинамики у пациентов с РАГ 3 степени в условиях проспективного наблюдения (4 года).

Материалы и методы. В исследование включены 28 пациентов (11 мужчин и 17 женщин) с РАГ 3 степени, средний возраст $45,2 \pm 1,8$ лет, офисное АД $181,8 \pm 5,1/115,5 \pm 2,5$ мм рт.ст., стаж АГ $14,9 \pm 1,3$ лет, без признаков ХПН.

У всех пациентов имела место истинная рефрактерность к гипотензивной терапии, зафиксированная после отсутствия достижения целевого уровня АД в течение 3 месяцев приема комбинированной гипотензивной терапии (диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ в адекватных терапевтических дозировках).

Проводилось ультразвуковое цветное дуплексное картирование почечных артерий (ПА) на аппарате Agilent Image Point HX фирмы Hewlett Packard (США).

Результаты. Исходно, у больных РАГ были повышены индексы резистентности и пульсационности (RI и PI) на всем протяжении артериального русла (ствол ПА, сегментарные и междолевые ПА), за 4 года наблюдения достоверной динамики этих показателей не было выявлено (исходно RI Stv $0,65 \pm 0,02$ отн.ед.; PI Stv $1,19 \pm 0,08$ отн.ед.; RI Seg $0,63 \pm 0,02$ отн.ед., PI Seg $1,11 \pm 0,07$ отн.ед.; RI Md $0,64 \pm 0,02$ отн.ед., PI Md $1,15 \pm 0,07$ отн.ед. Через 4 года — RI Stv $0,67 \pm 0,02$ отн.ед.; PI Stv $1,25 \pm 0,07$ отн.ед.; RI Seg $0,66 \pm 0,02$ отн.ед., PI Seg $1,20 \pm 0,08$ отн.ед.; RI Md $0,65 \pm 0,02$ отн.ед., PI Md $1,16 \pm 0,06$ отн.ед.). Также исходно высокими были систолическая скорость кровотока в сегментарных ПА ($0,54 \pm 0,03$ м/с), и систолическая и диастолическая скорости кровотока на уровне междолевых ПА ($0,42 \pm 0,03$ и $0,15 \pm 0,02$ м/с соответственно).

Через 4 года наблюдения было выявлено достоверное увеличение систолической скорости кровотока на уровне ствола ПА: $0,77 \pm 0,07$ исходно, $0,91 \pm 0,06$ м/с через 4 года ($p=0,045$); а также снижение систолической скорости кровотока в междолевых ПА с $0,42 \pm 0,03$ м/с исходно, до $0,34 \pm 0,02$ м/с через 4 года ($p=0,02$).

Выводы. Повышение скорости кровотока в стволе ПА в нашем исследовании, возможно, указывает на срыв процессов адаптации почечного сосудистого русла и может свидетельствовать о нарастании повреждающего действия высокого АД на почки. Снижение скоростей кровотока во внутривисцеральных артериях, можно рассматривать как признак ишемии паренхимы почек, которые часто регистрируются при нормальной азотовыделительной функции почек.

Таким образом, повышенные индексы периферического сосудистого сопротивления и снижение скорости кровотока в междолевых ПА, за 4 года наблюдения, возможно, свидетельствуют о развитии гипертонической нефропатии.

0045 СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Антонюк М.В., Хмелева Е.В.

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

Артериальная гипертензия (АГ) и хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — одно из частых коморбидных состояний в клинике внутренних болезней. В основе многих патологических изменений как при АГ, так и при ХОБЛ лежит системное воспаление, выраженность которого во многом определяется состоянием иммунной системы.

Цель работы — оценить состояние иммунной системы по показателям клеточного иммунитета и фагоцитоза у больных с коморбидным течением АГ и ХОБЛ.

В исследовании на условиях информированного добровольного согласия участвовали 77 пациентов (средний возраст $58 \pm 4,2$ лет). Больные АГ I-II степени с сопутствующей ХОБЛ I-II степени (38 человек) составили 1-ю группу наблюдения; 2-ю группу — 12 больных ХОБЛ I-II степени; контрольную группу — 27 условно здоровые. Оценку иммунного статуса выполняли по тестам 1-3 уровня.

Фенотипирование лимфоцитов периферической крови проводили методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью моноклональных антител к молекулам CD₃, CD₄, CD₈, CD₂₂ (Беларусь). Фагоцитарную активность нейтрофилов определили по методу Д.Н. Маянского и соавт. Для определения кислородзависимых механизмов бактерицидности нейтрофилов использовали тест восстановления нитросинового тетразолия (НСТ) по методу Park в модификации У.В. Шмелева.

У больных 1-й группы установлено повышение уровня CD₈ по сравнению со 2 группой (23,3±1 и 19,3±1,5 соответственно, $p \leq 0,05$), низкие значения CD₄, что свидетельствует о более выраженном нарушении иммунорегуляции при коморбидном течении АГ. В обеих группах выявлено повышение показателей 1 стадии фагоцитоза (отрицательные клетки) по сравнению с контролем, низкий показатель фагоцитарного числа на фоне сохранного фагоцитарного резерва, что свидетельствует о недостаточности поглотительной способности фагоцитирующих клеток. Процент активированных Т- и В-лимфоцитов был значительно повышен по сравнению с контролем у больных 1-й группы (17,5±0,8, $p \leq 0,05$) и умеренно изменен у больных 2-й группы (13,07±1,59). Установлено нарушение окислительного метаболизма системы фагоцитоза у больных с коморбидным течением АГ и ХОБЛ, о чем свидетельствовало снижение резерва НСТ.

Таким образом, у больных при коморбидном течении АГ и ХОБЛ изменения в иммунной системе характеризуются преимущественным ослаблением хелперных механизмов, что способствует нарушению иммунорегуляторных взаимоотношений иммунокомпетентных клеток, низкой функциональной активности нейтрофилов, осуществляющих фагоцитарный процесс. Выявленные нарушения могут влиять на прогрессирование заболеваний, что необходимо учитывать при восстановительном лечении больных с коморбидным течением АГ и ХОБЛ.

0046 ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Воробьева Е.Н., Пырикова Н.В.*, Курбатова И.А.*, Аверьянова Е.С.*, Батанина И.А.*
ГОУ ВПО АГМУ, Барнаул, Россия; *НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД», 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 «Nutan» (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.

0047 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ СТРЕССОВУЮ ПРОФЕССИЮ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Лобанова Н.А.*, Перевозчикова Т.В.*
ГОУ ВПО АГМУ, Барнаул, Россия; *НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Целью исследования было выявить особенности вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных артериальной гипертензией (АГ), имеющих стрессовую профессию.

В исследование были включены 329 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет. В 1-ую группу входили 197 представителей операторской профессии (машинисты и помощники машинистов локомотивов) с АГ, во 2-ую группу — 132 пациента с низкострессовой профессией.

Всем пациентам проводилась оценка 5-минутной записи ВСР с последующей автоматической обработкой данных на аппарате ЭК9Ц-01-«Кард» (кардиоанализатор девятиканальный компьютеризированный) (Россия). Оценивались временные показатели, показатели гистограммы и частотные характеристики ритма сердца.

Показатели ВСР у лиц младше 40 лет были сопоставимы в обеих группах. У пациентов старше 40 лет в 1-ой группе по сравнению со 2-ой группой была меньшей процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов (pNN50) в 1,7 раза ($p=0,009$), что является отражением повышения влияния симпатической нервной системы (СНС) и свидетельством возможного неблагоприятного прогноза. Пациенты старше 40 лет в 1-ой группе имели меньшую общую мощность спектра на 20,2% ($p=0,03$) и мощность волн очень низкой частоты на 25,1% ($p=0,03$), чем во 2-ой группе.

У больных с I стадией АГ в 1-ой группе по сравнению со 2-ой был большим вегетативный показатель ритма на 17,2% ($p=0,02$), что отражает смещение вегетативного баланса в сторону СНС, и чаще на 17,4% ($\chi^2=6,1$, $p=0,02$) диагностировалось прогностически неблагоприятное соотношение волн высокочастотного и низкочастотного диапазона (LF/HF). У пациентов, имеющих II стадию заболевания, в 1-ой группе по сравнению со 2-ой была меньшей общая мощность спектра и мощность спектра очень низкой частоты на 20,6% ($p=0,05$) и 28,1% ($p=0,01$) соответственно, что свидетельствует о низкой адаптационной возможности сердечно-сосудистой системы и уменьшении гуморального влияния на сердечный ритм.

Таким образом, у больных АГ в условиях профессионального стресса в начальной стадии заболевания наблюдается гипертонотония, а в дальнейшем происходит истощение гуморальных влияний и адаптационных возможностей сердечно-сосудистой системы.

0048 ПОДБОР ДОЗЫ ВАРФАРИНА БОЛЬНЫМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Артанова Е.Л., Салеева Е.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Проблема индивидуального подбора доз варфарина для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных мерцательной аритмией остается трудно решаемой.

Цель: исследовать взаимосвязь клинических характеристик и особенностей подбора индивидуальных доз варфарина для профилактики тромбоэмболических осложнений у больных мерцательной аритмией.

Материалы и методы: В исследовании принимали участие пациенты, находящиеся под наблюдением в отделении кардиологии «Клинической больницы №3» СГМУ с диагнозом «мерцательная аритмия». Всего — 58 человек, среди них 38 женщин (66%). Возраст больных колебался от 48 до 82 лет, средний возраст 66 лет. При статистической обработки данных были использованы такие характеристики, как медиана (Me) и квартили (Q). В качестве исследуемых показателей использовались доза варфарина в мг, длительность подбора дозы в днях и максимальное значение МНО, а в качестве клинических характеристик — пол, возраст, перенесенные инфаркты миокарда и инсульты, наличие фоновых и сопутствующих заболеваний, таких как поражение щитовидной железы, сахарный диабет, ожирение и другие, сопутствующее лечение.

Результаты: В ходе исследований была установлена высокая достоверность различий в длительности подбора доз варфарина у мужчин и женщин ($p=0,007$). У мужчин $Me=23$ ($Q\ 12-37,5$). У женщин $Me=13$ ($Q\ 6-18$). Такая же высокая достоверность была отмечена у курящих и у некурящих пациентов ($p<0,0001$). Если пациент курит, то $Me=36$ ($Q\ 34-41$). Если пациент не курит, то $Me=14$ ($Q\ 6-18$). Длительность подбора дозы варфарина достоверно зависела ($p=0,03$) и от наличия или отсутствия камней в желчном пузыре. Если у пациента диагностированы камни, то $Me=12$ ($Q\ 6-15$), если нет, то $Me=18$ ($Q\ 10-30$). Для пациентов с ожирением адекватной оказалась более высокая доза варфарина, $Me=4,0$ ($Q\ 4,0-5,0$), чем для больных без ожирения, $Me=3,0$ ($Q\ 3,0-4,0$). А для пациентов, принимающих в качестве антиаритмического средства кордарон, адекватной оказалась меньшая доза варфарина, $Me=3,0$ ($Q\ 3,0-4,0$), чем для больных, не принимающих кордарон, $Me=4,0$ ($Q\ 3,5-6,0$). Достоверные зависимости выявлена между показателями макс. МНО и наличием поражения щитовидной железы ($p=0,04$). Если у пациента имеется поражение щитовидной железы, то $Me=2,9$ ($Q\ 2,6-3,3$). Если же поражения нет, то $Me=2,6$ ($Q\ 2,4-3,0$).

Закключение: При назначении варфарина больным с мерцательной аритмией целесообразно учитывать не только пол, возраст больного, ожирение и инсульты в анамнезе, но и наличие желчнокаменной болезни, поражения щитовидной железы, вредных привычек (таких как курение), и сопутствующую терапию, в частности, применение кордарона.

0049 ВЛИЯНИЕ ИАПФ С РАЗЛИЧНОЙ АФИННОСТЬЮ К ТКАНЯМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ИЗМЕРЕННОЙ НЕИНВАЗИВНЫМ ПУТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Арутюнов Г.П.¹, Стогов А.В.2, Розанов А.В.¹

¹ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; ²ГКБ№4, Москва, Россия

Цель: сравнить эффективность терапии различными ИАПФ, содержащие сульфгидрильную группу в лечении пациентов с острым инфарктом миокарда.

Методы исследования: Методом простой рандомизации сформировано 2 группы терапии. $N=30$ (группа зофеноприла), $N=30$ (группа каптоприла). Пациенты исследования, рандоми-

зированные в группу 1 получали зофеноприл с титрацией дозы 7,5 мг до 30 мг 2 раза в сутки в течении 21 дня. Пациенты исследования, рандомизированные в группу 2, получали каптоприл с титрацией дозы 6,25 мг 3 раза в сутки до 50 мг 3 раза в сутки в течении 21 дня. Титрация препаратов осуществлялась увеличением дозы в два раза, от исходной при АД выше 110 и 60 мм рт. ст., каждые два дня наблюдения. Всего проводилось 5 визитов, 3 из них проводились в стационаре, визит 4 и 5 проводились амбулаторно на 3 и 6 месяц наблюдения.

Используемые средства: оценка клинического состояния, мониторинг наблюдения в блоке интенсивной терапии в первые сутки инфаркта миокарда, регистрация электрокардиограммы при подозрении на ишемию, рецидив инфаркта миокарда, регистрация эхокардиограммы (определение конечного систолического объема левого желудочка, конечного диастолического объема левого желудочка, фракция выброса, выявление зон нарушения локальной сократимости, клапанная патология), определение индекса аугментации.

Результаты: Терапия каптоприлом и зофеноприлом способствовала нормализации значений индекса аугментации: $7,52\pm 8,32\%$ в группе зофеноприла и $13,4\pm 7,68\%$ ($p=0,006$) к моменту окончания наблюдения. Терапия зофеноприлом в сравнении с терапией каптоприлом приводит к меньшему числу гипотоний в период титрации препарата: 3 эпизода в группе зофеноприла и 9 — в группе каптоприла. Применение зофеноприла позволило существенно замедлить скорость ремоделирования левого желудочка в сравнении с каптоприлом: КДО к моменту окончания наблюдения в группе зофеноприла составил $131\pm 12,8$ мл и $137\pm 14,2$ мл (н.д.).

Выводы: Применение зофеноприла у пациентов с острым инфарктом миокарда реже в сравнении с каптоприлом вызывает развитие гипотонии, оказывает большее влияние на процессы ремоделирования миокарда ЛЖ и нормализацию показателя «индекс аугментации».

0050 ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Аришин Е.В., Туев А.В., Кошурникова Е.П.

ПГМА, Пермь, Россия

Цель: оценка почечной гемодинамики у больных ревматоидным артритом (РА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 40 женщин в возрасте от 40 до 65 лет с достоверным диагнозом РА в сочетании с АГ II стадии. Стаж АГ составил 10,4 года, стаж РА — 9,9 лет. Больные с клинически манифестной нефропатией исключались. В качестве групп сравнения обследованы 40 женщин с РА, 40 женщин с АГ и 30 практически здоровых женщин. Изучение функции почек включало: анализ мочи по методике Зимницкого, определение скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и канальцевой реабсорбции (КР) по клиренсу эндогенного креатинина с использованием методики Реберга-Тареева, проведение непрямого радиоизотопной ангиографии почек на сцинтилляционной гамма-камере фирмы «VNR» (Венгрия) с оценкой почечного кровотока, проведение динамической сцинтиграфии почек.

Результаты: в группе больных с сочетанием РА и АГ выявлено замедление почечного кровотока (ПК). Об этом свидетельствуют достоверное удлинение времени максимального накопления (ВМН) и укорочение средней скорости накопления (ССН) радиофармпрепарата. В группах больных с АГ и с РА лишь ССН, что, как и в группе больных РА с АГ, характеризует замедление ПК. Межгрупповые различия по уровню ПК отсутствовали. Корреляционный анализ позволил установить зависимость снижения ПК (ВМН) с повышением активности РА: с индексом DAS28 (Disease Activity Score) — $r=0,37$, с суставным счетом — $r=0,34$. Выявлено, что ухудшение ПК (ВМН) ассоциировано с серопозитивностью РА по ревматоидному фактору ($r=0,41$).

По средним значениям СКФ исследуемые группы не отличались как между собой, так и с контрольной группой. Качественный анализ показал, что больные РА с АГ не являются однородной

группой по уровню КФ. Нормофилтрация (СКФ=80-120 мл/мин) выявлена у 42% больных, у 26% отмечена гиперфилтрация (СКФ>120 мл/мин) и у 32% — гипофилтрация (СКФ<80 мл/мин). При этом у больных РА с АГ гипофилтрация, являющаяся признаком выраженного поражения почек, выявлялась достоверно чаще (32%), чем у больных с изолированным РА — 13% больных и у больных с изолированной АГ — у 20% больных. По уровню КР группы больных РА с АГ, АГ и РА не отличались между собой и от контрольной группы. Показатели концентрационной функции почек во всех группах соответствовали нормальным значениям.

Выводы: изменения функционального состояния почек и почечной гемодинамики у больных РА и у больных АГ при сопоставимом стаже заболеваний, носят однонаправленный характер. Для обоих заболеваний характерно снижение ПК и скорости КФ. При этом индивидуальные значения у больных АГ, у больных РА и у больных с двумя заболеваниями могут находиться в широком диапазоне. Во всех группах встречаются больные с нормальным, повышенным и сниженным ПК и с нормальной, повышенной и сниженной КФ.

0051 ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ЛОЗАПА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ

Астахова З. Т., Габуева Ф. Н., Канукова Ф. У.
ГОУВПО СОГМА, Владикавказ, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является актуальной проблемой современной кардиологии. Это связано с ростом количества больных с данной патологией, увеличением числа госпитализаций и плохим прогнозом заболевания. Развитие и прогрессирование хронической сердечной недостаточности связано с повышением активности нейрогуморальных систем. Большое внимание уделяется исследованию препаратов, обеспечивающих эффективную нейрогуморальную разгрузку сердечной деятельности у больных с ХСН.

Цель исследования: изучение эффективности антагонистов рецепторов ангиотензина II лозапа у больных ХСН.

Материалы и методы: обследовано 16 больных ишемической болезнью сердца от 42 до 77 лет (средний возраст 58,5 лет). Мужчин — 11, женщин — 5, длительность заболевания составила от 2 до 8 лет.

Тяжесть хронической сердечной недостаточности была оценена по критериям NYHA. Больные были подразделены на 3 группы. Первая — больные ХСН I ФК (2 больных); вторая — ХСН II ФК (12 больных); третья — III-IV ФК (2 больных). Больным проводилась терапия диуретиками, нитратами и сердечными гликозидами. После стабилизации состояния к терапии присоединяли лозап, назначали в дозе 12,5-25 мг с последующим титрованием до 50 мг. Доза препарата зависела от исходного уровня артериального давления. Оценивалась клиническая эффективность, переносимость, параметры центральной гемодинамики, показатели систолической функции левого желудочка по Эхо-КГ (ФВ, КДР, КСР, КСО, КДО, УО, МО).

Результаты и обсуждения: клиническое улучшение на фоне проводимой терапии отмечено у 79,5% больных (уменьшилась одышка, слабость, исчезли периферические отеки, повысилась толерантность к физической нагрузке). Было отмечено улучшение показателей центральной гемодинамики: снижение КДР с $66,5 \pm 1,52$ мм до $61,2 \pm 1,42$ мм ($p < 0,05$), КСР с $55,6 \pm 1,25$ мм до $49 \pm 1,36$ мм ($p < 0,05$). Отмечена тенденция к улучшению геометрии левого желудочка (снижение КСО на 14,5%, КДО на 9,1% ($p < 0,05$)). При курсовом приеме лозапа отмечалась положительная динамика систолической функции левого желудочка, так ФВ составила $39 \pm 7\%$ и $45 \pm 3\%$ до и после лечения в группе наблюдения была отмечена хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов.

Выводы: применение лозапа у больных с хронической сердечной недостаточностью приводит к уменьшению клиниче-

ских проявлений заболевания, уменьшению ФК ХСН, оказывает положительное влияние на показатели центральной гемодинамики.

0052 ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛОЗАП-ПЛЮС В АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Астахова З.Т., Канукова Ф.У., Туаева И.Б., Раппопорт А.В., Айдарова В.А., Таутиева И.Ж., Кулова Ж.А., Тогузова З.А., Загалова Д.С., Габуева Ф.Н., Касаева В.В.

ГОУ ВПО Северо-Осетинская Государственная Медицинская Академия, Владикавказ, Россия

Проблема успешной коррекции артериального давления (АД) представляет собой одну из наиболее актуальных практических задач современной медицины.

Цели и задачи: Оценить эффективность и безопасность комбинированного препарата лозап-плюс (с фиксированными дозами лозартана 50мг и гидрохлортиазида 12,5мг) у больных АГ I-III степени, имеющих высокий и очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Материалы и методы: Обследовано 30 больных АГ I-III степени (13 мужчин и 17 женщин, в возрасте $51,9 \pm 1,9$ лет с АГ, без клинических проявлений ишемической болезни сердца (ИБС). Гипертоническая болезнь I степени была диагностирована у 26,7%, II степень у 60%, III степень у 13,3% больных. Из исследования исключались больные с симптоматической артериальной гипертензией. Эффективность проводимой терапии оценивали через 8 недель приема препарата по результатам суточного мониторинга артериального давления (СМАД), эхокардиографии и изменению клинического статуса больного.

Результаты исследования: Уже на 2-3 сутки терапии клинически отмечено стойкое снижение систолического АД и диастолического АД и субъективное улучшение состояния больного. Через 8 недель целевого систолического и диастолического АД достигли 83,3% и 90% больных соответственно. По данным СМАД отмечено достоверное снижение систолического АД за сутки (с $141,9 \pm 1,9$ до $128,6 \pm 0,8$ мм рт.ст.), за день (с $146,8 \pm 2,6$ до $135,8 \pm 1,0$ мм рт.ст.) и за ночь (с $131,5 \pm 1,9$ до $118,8 \pm 1,9$ мм рт.ст.). Также снижалось диастолическое АД: суточное (с $91,7 \pm 1,8$ до $78,7 \pm 1,6$ мм рт.ст.), дневное (с $94,3 \pm 1,3$ до $85,0 \pm 1,2$ мм рт.ст.) и ночное (с $83,5 \pm 2,0$ до $71,2 \pm 1,7$ мм рт.ст.). Достоверно уменьшились суточная вариабельность АД, индекс времени АД, величина утреннего повышения АД (с $37,6 \pm 2,0$ до $23,9 \pm 1,9$ мм рт.ст.) и нормализация суточного профиля АД. По данным Эхо КГ лечение приводило к уменьшению доли больных с нарушением диастолической функции ЛЖ (с 43,3% до 30%). Отмечалась отчетливая тенденция к уменьшению гипертрофии миокарда левого желудочка (ЗСЛЖ с $11,9 \pm 0,3$ до $11,3 \pm 0,2$ мм, МЖП с $12,1 \pm 0,3$ до $11,4 \pm 0,2$ мм).

Выводы:

Препарат Лозап плюс является эффективным антигипертензивным препаратом, улучшающим качество жизни и обладающим кардиопротективным действием.

0053 СТИМУЛИРОВАННЫЙ ТЕСТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НИТРОСИНЕГО ТЕТРАЗОЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Аттаева М.Ж., Василенко В.М., Шугушев Х.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов, неспецифической реактивности организма у больных инфарктом миокарда с помощью стимулированного теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-теста).

Материал и методы исследования: Стимулированный эндотоксином и пирогеналом НСТ-тест проводился у 32 больных инфарктом миокарда (17 мужчин и 15 женщин; средний возраст

55,6±3,2) в динамике трижды: 1-2 сутки инфаркта миокарда, 9-10 сутки и 20-21 день пребывания в стационаре. Для изучения показателей тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов использовалась методика В.И. Покровского и Б.С. Нагоева. Активность НСТ-теста вычислялась по принципу Karlow. За условную норму приняты показатели, установленные при обследовании 32 практически здоровых человека: стимулированная эндотоксином тетразолиевая активность нейтрофилов 38±1,4, пирогеналом — 29±1,7; процент НСТ-положительных клеток 28±1,6 и 19±0,9 соответственно.

Полученные результаты. При поступлении в стационар у всех больных инфарктом миокарда выявлено значительное повышение тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов (стимулированной эндотоксином — 58±1,8; стимулированной пирогеналом — 48±2,3) и процента НСТ-положительных клеток (46±1,9 и 32±1,9 соответственно). На фоне терапии (9-10 сутки) обнаружено, что высокие цифры показателей НСТ-теста сохраняются, но имеют тенденцию к снижению. Тетразолиевая активность стимулированных эндотоксином нейтрофилов была равна 49±2,1% НСТ-положительных клеток 37±1,6; пирогеналом — 35±2,6 и 28±2,1 соответственно. К концу 3-й недели стационарного лечения, параллельно улучшению общего состояния больных: купирование болевого синдрома, стабилизация гемодинамических параметров, повышение толерантности к физической нагрузке, имело место достоверное снижение уровня тетразолиевой активности нейтрофильных лейкоцитов и процента НСТ-положительных клеток у обследованных. Показатели стимулированного эндотоксином НСТ-теста были равны: 45±2,1 и 34±1,5 соответственно; стимулированного пирогеналом — 32±2,0 и 25±1,7. Однако нормализации средних значений параметров не наступило.

Заключение: Проведенные исследования НСТ-теста стимулированного эндотоксином и пирогеналом выявили существенные изменения метаболической активности нейтрофильных лейкоцитов во все сроки наблюдения, что отражает реактивные изменения в организме и может иметь диагностическое значение. Повышенные цифры стимулированной тетразолиевой активности нейтрофилов к 3-й неделе пребывания больных в стационаре могут свидетельствовать о сохраняющемся функциональном раздражении лейкоцитов и, следовательно, отсутствии восстановления клеточного гомеостаза.

0054 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СВЯЗЬ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Усов В.Ю.

ГУ НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Изучение связи вариабельности ритма сердца и цереброваскулярных изменений у пациентов гипертонической болезнью.

Материал и методы. Было обследовано 49 пациентов в возрасте от 26 до 57 лет, с исключением тяжелой сопутствующей патологии. Всем пациентам были проведены общеклиническое обследование, МРТ головного мозга и холтеровское мониторирование ЭКГ в течение 24 часов. Изучались спектральные характеристики вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Результаты. У пациентов с признаками лейкоараииоза (ЛА) отмечено значимое снижение общей ВСР (SDNN 128,9 и 170,5 мс соответственно; $p=0,025$), уменьшение гMSSD (22,6 и 39,5 мс соответственно; $p=0,000$), рNN50 (3,8 и 13,3% соответственно; $p=0,000$), вклада %HF в общую мощность спектра (7% и 21% соответственно; $p=0,000$), что отражает уменьшение активности парасимпатического отдела. В группе больных с ЛА отмечалось увеличение индекса симпатовагального взаимодействия LF/HF (3,8 и 1,3 соответственно; $p=0,044$). С нарастанием степени ЛА отмечается снижение общей ВСР (SDNN у пациентов без ЛА 170,5 мс, при ЛА 1 ст. 140,5 мс, при ЛА 2 ст. 125,3 мс), увеличение индекса LF/HF (у пациентов без ЛА 1,3, при ЛА 1 ст. 3,8, при ЛА 2 ст. 5,5), характеризующее повышенную активность симпатического отдела ВНС, и уменьшение гMSSD (без ЛА-39,5 мс, при ЛА 1 ст.-19,8 мс, при ЛА 2 ст.-23,6 мс). Обнаружена положитель-

ная корреляционная связь между показателями, характеризующими симпатическую активацию (LF- R=0,906, $p=0,005$; LF/HF- R=0,790, $p=0,034$), и глубиной ЛА.

Выявлена положительная корреляционная связь между показателями, характеризующими симпатическую активацию и линейными размерами субарахноидальных пространств (САП) (LF — R=0,767, $p=0,016$), III (LF/HF — R=0,726, $p=0,027$) и IV (LF/HF — R=0,820, $p=0,007$) желудочков.

Выводы. У пациентов с признаками лейкоараииоза обнаружено снижение общей ВСР, уменьшение активности парасимпатического отдела ВНС, что коррелирует с нарастанием степени и глубины ЛА. Обнаружена связь между симпатической гиперактивацией и увеличением линейных размеров ликворопроводящих структур.

0055 КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С БЕССИМПТОМНЫМИ ЦЕРЕБРОИШЕМИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ

Афанасьева Н.Л., Мордовин В.Ф., Семке Г.В., Усов В.Ю.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Изучение когнитивных расстройств у пациентов артериальной гипертонией со структурными цереброваскулярными нарушениями.

Материал и методы. В исследование вошли 66 пациентов (31 женщина и 35 мужчин) в возрасте от 26 до 57 лет (средний возраст 48,4 ± 6,2 лет), страдающих эссенциальной гипертонией 1-3 степени тяжести с исключением тяжелой сопутствующей патологии без признаков неврологического дефицита. Всем больным были проведены общеклиническое обследование, нейрокогнитивное тестирование по Wechsler Memory Scale (WMS), МРТ головного мозга.

Результаты. У пациентов с нарушениями внимания достоверно чаще регистрировались признаки лейкоараииоза (ЛА) ($\chi^2=11,96$, $p=0,0005$). У пациентов с умеренными нарушениями внимания чаще встречался ЛА 1 степени, чем ЛА 0 ($\chi^2=42,3$, $p=0,0000$). У пациентов с выраженными нарушениями внимания чаще регистрировался ЛА 2 степени, чем ЛА 0 ($\chi^2=5,37$, $p=0,020$). Пациенты с выраженными нарушениями психомоторной скорости отличались от пациентов с умеренными нарушениями более частой встречаемостью признаков ЛА ($\chi^2=11,64$, $p=0,0006$). У пациентов с умеренными (78%) ($\chi^2=17,01$, $p=0,0000$) и выраженными ($\chi^2=13,33$, $p=0,0003$) (75%) нарушениями кратковременной памяти по сравнению с пациентами без нарушений достоверно чаще встречался ЛА. У пациентов с умеренными (45%) ($p<0,0001$) и выраженными (50%) ($p<0,0001$) нарушениями кратковременной памяти достоверно чаще отмечался ЛА высоких степеней градации (ЛА 2-3 ст.), чем низкой степени.

У пациентов с умеренными нарушениями внимания фокальные ишемические повреждения белого вещества головного мозга (ФПБВ) встречались в 72% случаев, при выраженных нарушениях — в 100% случаев. У пациентов с умеренными нарушениями внимания ФПБВ достоверно чаще встречались в 1 регионе (субкортикальная область) (57%) ($\chi^2=44,81$, $p=0,0000$), у пациентов с выраженными изменениями внимания ФПБВ достоверно чаще встречались в 1 регионе (50%) ($\chi^2=33,75$, $p=0,0000$) и в 3 регионе (область ствола) (50%) ($\chi^2=13,33$, $p=0,0003$). У пациентов с умеренными и выраженными нарушениями психомоторной скорости ишемические очаги регистрировались в 100% случаев. У пациентов с нарушениями психомоторной скорости ФПБВ достоверно чаще встречались в 1 регионе (56%) ($\chi^2=27,5$, $p=0,0000$), во 2 регионе (область базальных ганглиев) (78%) ($\chi^2=29,85$, $p=0,0000$). Пациенты с выраженными нарушениями психомоторной скорости отличались от пациентов с умеренными нарушениями более частой встречаемостью ФПБВ во 2 регионе ($\chi^2=24,72$, $p=0,0000$) и в 3 регионе ($\chi^2=66,55$, $p=0,0000$).

Выводы. У пациентов с изменением когнитивных функций чаще выявляется лейкоараииоз высоких степеней градации, чаще регистрируются фокальные ишемические очаги белого вещества головного мозга.

0056 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНия У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ ПО КОНТРАКТУ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА: СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ

Афонасков О.В., Давидович И.М., Староверова Ю.К., Козыренко А.В., Кашина Т.В.

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 301 окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск, Россия

Цель исследования: оценка показателей, памяти и внимания у офицеров по контракту ДВО с нормальным и повышенным АД, и влияние на них возраста пациентов, стадии гипертонической болезни (ГБ) и длительности заболевания.

Материалы и методы: обследовали 59 офицеров, средний возраст 38,4 года. 47 человек имели ГБ 1 или 2 стадии (основная группа) и 12 — нормальное АД (контроль). Обе группы были сопоставимы по возрасту и наличию основных факторов риска (курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела). Оценивали объем механической памяти — количество объектов, правильно воспроизводящихся после восприятия (в баллах) и объем смысловой памяти, в виде запоминания бессмысленных слогов (в баллах). Объем внимания (в баллах) оценивали путем нахождения чисел в таблице и тесте «красно-черная таблица». Оценку показателей памяти и внимания проводили в автоматическом режиме с помощью программного обеспечения психофизиологического комплекса «Status PF». Учитывая функциональную асимметрию головного мозга, обследовали только праворуких пациентов. Тестирование осуществляли утром. Материал обработан методами вариационной статистики с определением достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты обследования показали, что у пациентов с АГ, по сравнению с лицами с нормальным АД был достоверно снижен объем смысловой памяти ($5,8 \pm 0,2$ и $7,3 \pm 0,5$, $p=0,007$) и тест «запоминания бессмысленных слогов» ($3,9 \pm 0,2$ и $5,0 \pm 0,4$, $p=0,045$). Нарушения памяти у пациентов с АГ возникали уже в возрасте до 40 лет (средний возраст 33,6 года) и прогрессировали у лиц старше 40 лет (средний возраст 43,6 года). Нарушение памяти в основном наблюдалось при длительности ГБ свыше 5 лет ($5,5 \pm 0,3$ и $7,3 \pm 0,5$, $p=0,006$ и $3,7 \pm 0,4$ и $5,0 \pm 0,4$, $p=0,045$). Однако снижение объема смысловой памяти отмечали и при длительности АГ менее 5 лет ($6,0 \pm 0,2$ и $7,3 \pm 0,5$, $p=0,013$). Независимо от возраста и длительности заболевания нарушения памяти было установлено только у офицеров со 2 стадией ГБ.

У офицеров с АГ, по сравнению с лицами с нормальным АД также отмечали и нарушения внимания. Им требовалось достоверно больше времени для выполнения теста «красно-черная таблица» ($188,4 \pm 6,9$ сек. и $156,9 \pm 5,1$ сек., $p=0,028$). В отличие от показателей памяти, снижение показателей внимания, по всем трем исследуемым параметрам достоверно наблюдали только у пациентов с АГ в возрасте свыше 40 лет. Снижение показателей внимания происходило при длительности АГ свыше 5 лет, и этот процесс прогрессировал по мере увеличения длительности заболевания. Также как и при оценке показателей памяти, снижение показателей внимания было установлено у офицеров только со 2 стадией ГБ, независимо от возраста и длительности заболевания.

Выводы: у мужчин молодого возраста, офицеров по контракту ДВО имеющих артериальную гипертензию, в отличие от лиц с нормальным АД происходит снижение показателей памяти и внимание, которое напрямую зависит от длительности заболевания и стадии гипертонической болезни.

0057 ОЦЕНКА РОЛИ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Бабаева А.Р., Тарасов А.А., Давыдов С.И., Киселева М.А., Слепухина Е.А., Полякова Д.П.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Общепризнано, что атеросклероз является хроническим воспалительным процессом.

Цель. Изучить роль аутоиммунных механизмов в патогенезе воспалительного процесса при коронарном атеросклерозе.

Методы исследования. Обследовано 312 больных с различными формами ИБС. Из них у 230 имели место различные клинические формы ОКС, у остальных — ХИБС. У больных в вышеуказанных группах изучали содержание аутоантител к компонентам соединительной ткани (сульфатированным гликозаминогликанам (с-ГАГ), коллагену (К) и гиалуроновой кислоте (ГК) методом твердофазного ИФА и исследовали уровень СРБ (методом Warworth) как неспецифического маркера воспаления. Полученные результаты подвергли статистическому анализу (критерии Student и Pearson) с использованием пакета SPSS 10.0.

Результаты. В группе больных с ХИБС средний уровень СРБ в сыворотке больных составил $3,84 \pm 0,76$ мг/л, уровень антител к с-ГАГ $1,96 \pm 0,07$ ед.оп.пл., антител к К — $1,87 \pm 0,14$ ед.оп.пл., к ГК — $1,80 \pm 0,15$ ед.оп.пл. В группе больных с ОКС показатели составили $7,22 \pm 0,35$ мг/л для СРБ и $2,47 \pm 0,06$, $2,75 \pm 0,11$ и $2,97 \pm 0,13$ ед.оп.пл. к компонентам соединительной ткани соответственно. При основных клинических формах ОКС показатели оказались следующими: НС — $5,38 \pm 0,23$ мг/л, $2,20 \pm 0,07$, $2,23 \pm 0,19$ и $2,40 \pm 0,20$ ед.оп.пл. соответственно, при ИМ без Q — $6,73 \pm 0,84$ мг/л, $2,36 \pm 0,08$, $2,81 \pm 0,16$ и $2,75 \pm 0,19$ ед.оп.пл., при Q-ИМ — $8,04 \pm 0,87$ мг/л, $2,67 \pm 0,11$, $3,24 \pm 0,17$ и $3,69 \pm 0,21$ ед.оп.пл. соответственно. Уровень СРБ и антител к компонентам соединительной ткани при ОКС достоверно ($p<0,05$) превышал аналогичные показатели в контрольной группе больных с ХИБС. В группе больных с ХИБС уровень антител к с-ГАГ и К достоверно коррелировал с уровнем СРБ ($r=0,3681$ и $0,4847$, соответственно, $p<0,05$), при ОКС — все исследованные нами иммунологические показатели достоверно коррелировали с уровнем СРБ в плазме крови ($r=0,5219$, $0,6422$ и $0,3225$ соответственно, $p<0,05$), при этом наиболее сильная связь отмечена между уровнем антител к с-ГАГ и К и концентрацией СРБ при Q-ИМ ($r=0,7431$ и $0,7152$, $p<0,05$). Кроме того, в группе больных с ХИБС сильных корреляционных связей, как между иммунологическими показателями, так и между последними и уровнем СРБ нами не отмечено. При ОКС все иммунологические показатели достоверно и с достаточной силой коррелировали между собой (с-ГАГ-К — $r=0,4887$, с-ГАГ-ГК — $r=0,3904$, К-ГК — $r=0,5909$, $p<0,05$).

Выводы. Таким образом, повышение уровня антител к компонентам соединительной ткани атеросклеротических бляшек отражает аутоиммунный компонент воспаления, возникающий в результате дестабилизации и разрыва атеросклеротических бляшек, при этом выраженность иммунных сдвигов коррелирует как с тяжестью клинического течения ОКС, так и с активностью воспалительного процесса, отражением которого является повышение уровня СРБ. Исследование иммунных сдвигов при ОКС подтверждает роль иммунных механизмов в прогрессировании коронарного атеросклероза и может быть полезным для ранней лабораторной диагностики различных форм ОКС.

0058 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОДИФИЦИРОВАННОЙ И СТАНДАРТНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С МИОКАРДИАЛЬНЫМИ МОСТИКАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

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

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

Актуальность: у молодых людей одной из причин внезапной смерти, спровоцированной спортивной перегрузкой, может стать такая редкая врожденная аномалия, как миокардиальные мостики коронарных артерий.

Цель: сравнение информативности модифицированной пробы с физической нагрузкой (МПФН) и общепринятого про-

тока ПФН в диагностике преходящей ишемии у больных с миокардиальными мостиками (ММ) коронарных артерий.

Материал, методы: обследовали 159 больных (108 муж, 51 жен, возраст $51,5 \pm 1,5$ лет) с атипичным болевым синдромом в груди и нормальными ЭКГ-данными. Всем больным проведена коронароангиография с помощью системы Integris Allura (Phillips), проба с физической нагрузкой с использованием тредмил стресс-системы «X-Scribe» (Mortara) и велоэргоцистемы «Сикард» (Siemens), модифицированная проба (МПФН) в сочетании с нитратами. Протокол МПФН заключался в проведении ступенчато возрастающей нагрузки по методике R. Bruce, когда на достигнутой субмаксимальной ЧСС, при отсутствии или нечетко выраженных клинических и ЭКГ-признаках ишемии, использовался сублингвальный прием 1% р-р нитромина в 1-й дозе. Модифицированная проба с физической нагрузкой расценивалась как положительная, если после введения нитрата появлялась ишемическая динамика сегмента ST в 2-х и более ЭКГ-отведениях, провоцировались желудочковые аритмии высоких градаций по B.Low по развитию болевых ощущений в груди.

Результаты: при проведении КАГ у 102 больных выявлены миокардиальные мостики коронарных артерий. При анализе показателей стандартной и модифицированной проб с физической нагрузкой у больных с ММ не получено достоверных различий в величине объема выполненной работы, достигнутой максимальной ЧСС, величины двойного произведения. Также продолжительность модифицированной пробы с нагрузкой была недостоверно больше, чем стандартной пробы ($13,2 \pm 1,6$ мин и $12,2 \pm 1,8$ мин, НД). При проведении ПФН по стандартному протоколу транзиторная ишемия выявлена у 34 чел (33%), при МПФН атипичный болевой синдром с ЭКГ признаками ишемии миокарда провоцировался у 76 чел (75%).

Выводы: 1. Модифицированная проба с физической нагрузкой является безопасным и легко воспроизводимым неинвазивным методом диагностики преходящей ишемии у больных с миокардиальными мостиками коронарных артерий. 2. Информативность модифицированной пробы с физической нагрузкой в выявлении транзиторной ишемии у больных с миокардиальными мостиками коронарных артерий выше (75%), чем пробы, проведенной по стандартному протоколу (33%).

0059 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Байбурсыя Е.Д., Крюков Н.Н., Киселева Г.И., Добычина Е.В.
ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Артериальная гипертензия, развившаяся в менопаузальном периоде, является предметом особого внимания клиницистов.

Цель работы: изучить особенности артериальной гипертензии и вариабельности сердечного ритма у женщин в зависимости от состояния репродуктивной функции.

Методы исследования. Обследовано 52 женщины с артериальной гипертензией. Первую группу составили 18 женщин с нормальным физиологическим менструальным циклом, средний возраст — $43,8 \pm 2,4$ года, вторую группу — 11 женщин в перименопаузе, средний возраст их составил $52,5 \pm 1,4$ года, и третью группу — 23 пациентки в периоде постменопаузы, средний возраст которых $55,4 \pm 3,8$ года. Оценивали кризовое и некризовое течение АГ, наличие нейровегетативных симптомов, объем талии и индекс массы тела. Вариабельность систолического и диастолического артериального давления изучали по данным суточного мониторирования артериального давления на аппарате «Кардиотехника 4000».

Вариабельность сердечного ритма оценивали по данным суточного мониторирования электрокардиограммы на аппарате «SCHILLER MT-200» с определением временных показателей: 1) SDNN для оценки общей вариабельности; 2) rMSSD и pNN50% — показателей активности парасимпатической нервной системы. Эхокардиографическим методом оценивали индексированную массу миокарда левого желудочка.

Результаты. Выявлена более высокая частота кризового течения артериальной гипертензии у женщин в перименопаузе (92%) по сравнению с женщинами первой и третьей группы (50% и 75%). Нейровегетативные симптомы в первой группе отсутствовали, а во второй и в третьей группах выражены у 56% и 36% соответственно. Наличие абдоминального ожирения выявлено у всех пациенток второй и третьей групп и у 71% женщин в первой группе. У женщин в перименопаузе и постменопаузальном периоде отмечается повышение вариабельности систолического артериального давления у 25% и 18% соответственно, что ассоциируется с активацией симпатической нервной системы и повышенным риском поражения очагов мишеней. Индексированная масса миокарда левого желудочка более 110 г/м^2 имела место в 11% случаев в первой группе, в 45% — во второй группе и 35% в третьей группе. Показатели общей вариабельности ритма сердца снижены у женщин второй группы на 43,3%, а в третьей группе на 22,7% по сравнению с женщинами первой группы. Так же отмечено резкое снижение показателей парасимпатической активности у женщин второй и третьей групп на 82% и 45% соответственно.

Выводы. Кризовое течение артериальной гипертензии, повышение вариабельности систолического артериального давления и снижения вариабельности сердечного ритма указывают на нарушение вегетативной регуляции кровообращения и ассоциируется с сердечно-сосудистыми осложнениями и обуславливает необходимость пристального внимания к артериальной гипертензии у женщин в перименопаузе.

0060 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТА «PROMUS» ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА (наблюдение в течение года)

Бакашвили Г.Н., Самко А.Н., Лупанов В.П., Меркулов Е.В., Левицкий И.В., Широков Р.О., Миронов В.М., Проваторов С.И.
НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Оценить эффективность стентирования новым коронарным стентом, покрытым эверолимусом, у больных ИБС с коронарным атеросклерозом и его влияние на развитие ранних, госпитальных и поздних осложнений.

Методы. За период с мая 2007 по март 2009 было установлено 60 стентов у 48 больных с коронарным атеросклерозом, ИБС, стенокардией II-IV ФК (средний возраст 54 ± 6 лет). Минимальный диаметр сосудов до стентирования 0,9 мм, протяженность стеноза 12 ± 4 мм, среднее давление раскрытия стента 8 атмосфер. Диаметр стента 3,5 мм — 10 больных, 3,0 мм — 22 больных, 2,5 мм — 10 больных, 2,25 мм — 6 больных, средняя длина стента 18 мм. Всем пациентам назначался гепарин внутривенно под контролем АЧТВ, плавикс 75 мг в сутки в течение 1 года после стентирования, аспирин 100 мг в сутки постоянно. Перед проведением ЧКВ и после вмешательства на госпитальном этапе проводили общеклиническое обследование больных, ЭКГ в 12 отведениях, холтеровское мониторирование ЭКГ, общий и биохимический анализ крови (креатинин, общий белок, глюкоза), липидный спектр (общий ХС, ХС ЛВП, ХС ЛНП, триглицериды), нагрузочная проба на тредмиле, КАГ, через год — повторная общеклиническое обследование.

Результаты. Во всех случаях имплантации стентов острого тромбоза не отмечалось, результат был хорошим, остаточный стеноз 0%. У четырех пациентов после имплантации стентов (3,0 мм) отмечалось сужение или окклюзия боковых ветвей, успешно устраненная дополнительным баллонированием. Остаточный стеноз после ЧКВ боковой ветви до 15%. У двух пациентов после имплантации стентов (2,5 мм) возобновилась стенокардия и на ЭКГ отмечались признаки ишемии миокарда. Через 6 месяцев и эти два рестеноза были успешно устранены с помощью повторного ЧКВ.

Выводы. Таким образом, интракоронарный стент «PROMUS» по первичным данным зарекомендовал себя эффективным при лечении нативных стенозов коронарных артерий. В течение госпитального периода осложнений (тромбоза стента, рецидива стенокардии) не отмечалось. За период 12 месячного наблюде-

ния отмечалось всего- 4,2% осложнений. Для оценки риска развития рестеноза планируется проведение дальнейшего исследования с более длительным сроком наблюдением (24 месяцев).

0061 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С УЧЕТОМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ

Балабаева Н.А., Мостовой Ю.М., Щербак В.П., Гончарова И.И., Дидык О.П.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Городская клиническая больница №1, кардиологическое отделение №1, Винница, Украина

Цель исследования. Оценить качество жизни пациентов через год после инфаркта миокарда в зависимости от длительности приема статинов.

Методы исследования. Анализ проводился ретроспективно. Среди всех пациентов, перенесших инфаркт миокарда, через год только 63,2% больных продолжали принимать статины. Мы выделили 2 группы пациентов. В I группу вошли 48 пациентов, принимавших статины (симвастатин — 40 мг в сутки и аторвастатин — 20 мг в сутки) на протяжении года после инфаркта миокарда.

II группу (44чел.) составили пациенты, переставшие принимать статины после выписки из стационара. В остром периоде инфаркта миокарда все пациенты получали статины в высоких дозах (аторвастатин 40 мг или симвастатин 80 мг). Группы пациентов были сопоставимы по возрасту, полу, наличию артериальной гипертензии (у 67,3% больных), сахарного диабета (у 24,5%). В обеих группах, кроме статинов, больные принимали аспирин 75мг/сут — (92,5%),

β-адреноблокаторы (78,3%), ингибиторы АПФ (67,8%). Проведена сравнительная оценка качества жизни пациентов по вопроснику MOS SF-36 (украинская версия). Учитывались критерии: число эпизодов стенокардии и количество принимаемых нитратов короткого действия за неделю, а также количество госпитализаций в течение года и число вызовов бригады скорой помощи. Для статистики использовали непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты. В I группе больных на фоне приема статинов все показатели качества жизни были достоверно выше. Так, частота госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии была вдвое меньше (17,3%, против 35,9%, $p \leq 0,05$), а бригада скорой помощи вызывалась в 3 раза реже, чем у пациентов II группы (27,2% против 85,8%, $p \leq 0,05$). На фоне приема статинов частота повторных инфарктов миокарда была меньше (3,2% против 9,6%, $p \leq 0,05$). Количество эпизодов стенокардии за неделю и, соответственно, число употребляемых таблеток нитроглицерина также было в 2 раза меньше на фоне приема статинов ($4,2 \pm 3,2$, против $7,8 \pm 3,4$, $p \leq 0,05$).

Уровень общего холестерина крови также был ниже в I группе ($4,7$ ммоль/л $\pm 1,7$ против $5,4$ ммоль/л $\pm 2,1$).

Вывод. Полученные данные еще раз подтверждают необходимость постоянного приема статинов пациентами, перенесшими инфаркт миокарда с целью улучшения качества жизни, и уменьшения частоты повторных инфарктов миокарда. Назрела необходимость разработки национальных программ для обеспечения данными препаратами пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых катастроф.

0062 АНТИТЕЛА К MYCOPLASMA PNEUMONIAE В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Балабанова Е.Н., Абросимова Е.В., Емельянова А.Л., Бабаева А.Р.
Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Связь ишемической болезни сердца с поражением сосудистой стенки внутриклеточными патогенами активно обсуждается в последние годы. Обнаружена ассоциация коронарного атеросклероза с хламидийной, микоплазменной, хеликобактерной, вирусной инфекцией.

Целью настоящей работы было оценить диагностическую значимость количественного определения уровня антител к *M. pneumoniae* при остром коронарном синдроме.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 116 пациентов с диагнозом острого коронарного синдрома (ОКС), 40 пациентов с хронической ИБС (ХИБС) и 50 человек без клинических признаков ИБС. Всем обследуемым проводилось стандартное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование для верификации либо исключения ОКС, а также уточнения его варианта. Наряду с этим проводили количественное определение уровня антител к *M. pneumoniae* иммуноферментным методом с использованием коммерческих тест-систем. Результаты определения уровня антител анализировали с помощью методов вариационной статистики.

Результаты. На основании проведенного стандартного обследования в группе ОКС у 50 пациентов был верифицирован диагноз нестабильной стенокардии (НС), у 44 пациентов инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ), у 22 пациентов — инфаркт миокарда без зубца Q (non-Q-ИМ). В группе больных ХИБС преобладали пациенты с диагнозом стабильной стенокардии напряжения 2-3 функционального класса (ФК) и хронической сердечной недостаточностью 2-3 ФК. Группа контрольных лиц без ИБС была представлена пациентами с артериальной гипертензией 1-2 степени. Поданным иммуноферментного анализа антитела к *M. pneumoniae* были обнаружены в крови у 84 пациентов с ОКС (72,4%) против 14 пациентов (35%) в группе ХИБС и 12 (24%) человек в контрольной группе. Средние значения оптической плотности при определении антител к *M. pneumoniae* составили: в группе ОКС $0,161 \pm 0,014$, в группе ХИБС — $0,093 \pm 0,031$, в группе лиц без ИБС — $0,089 \pm 0,008$. Разница оказалась достоверной между группами ОКС и ХИБС, а также между ОКС и контрольной группой. При анализе полученных данных в зависимости от клинической формы ОКС оказалось, что при различных вариантах ОКС антитела обнаруживались существенно чаще, чем при ХИБС и в группе контроля. Самым высоким уровень антител оказался при Q-ИМ, несколько ниже — при non-Q-ИМ и НС, однако достоверной разницы между этими показателями выявлено не было.

Выводы. Таким образом, в крови больных с различными клиническими вариантами ОКС обнаружено повышенное содержание антител к *M. pneumoniae*, превышающее уровень этих антител у больных ХИБС и без ИБС. Частота обнаружения антител к *M. pneumoniae* в группе ОКС оказалась примерно 2 раза выше, чем у больных ХИБС и без ИБС. Полученные результаты свидетельствуют о роли микоплазменной инфекции в возникновении обострений ИБС, а также говорят о значимости метода определения антител к *M. pneumoniae* в объективизации диагностики ОКС и его отдельных форм.

0063 АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ПОТОКЗАВИСИМАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Балахонова Т.В., Козлов С.Г., Трипотень М.И., Махмудова Х.А.,
ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Оценка выраженности атеросклероза сонных артерий и функции эндотелия у мужчин молодого и среднего возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. В исследование вошли 78 мужчин в возрасте от 28 до 50 лет, в том числе 49 больных ИБС с верифицированным посредством ангиографии стенозирующим коронарным атеросклерозом и 29 пациентов (контрольная группа), не имеющих клинических проявлений атеросклероза. В исследование не включали больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, выраженной гиперхолестеринемией. Проведено сопоставление результатов ультразвукового исследования сонных артерий [толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) общей сонной артерии, наличие атеросклеротических бляшек (АСБ)] и потокзависимой дилатация (ПЗВД) плечевой артерии в обеих группах пациентов.

Результаты. Больные ИБС чаще имели неблагоприятную наследственность ($p < 0,01$), низкий уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) ($p = 0,04$), чаще курили

($p < 0,01$). Неблагоприятная наследственность увеличивала риск наличия ИБС в 11,2 раза (ОШ 11,2; 95% ДИ 1,4–90,4), курение — в 5,6 раза (ОШ 5,6; 95% ДИ 1,9–16,5), уровень ХС ЛВП $< 1,03$ ммоль/л — в 3 раза (ОШ 3; 95% ДИ 1,1–7,8). Среди больных ИБС ТИМ общей сонной артерии составила $0,88 \pm 0,23$ мм, что было достоверно выше, чем у пациентов контрольной группы ($0,76 \pm 0,18$ мм, $p = 0,01$). Среди больных ИБС увеличение ТИМ $\geq 0,9$ мм обнаружено у 18 (36,7%), в то время как в контрольной группе — у 5 (17,2%) пациентов ($p = 0,08$). АСБ в сонных артериях присутствовали у 45 (91,8%) больных ИБС. У 39 (86,7%) больных одновременно обнаруживали > 1 АСБ, у 6 (12,2%) пациентов они были единичными. АСБ у 8 (27,6%) из 29 пациентов контрольной группы, что было достоверно ниже, чем у больных ИБС ($p < 0,001$). У 4 (13,8%) пациентов АСБ, у такого же количества пациентов присутствовало > 1 АСБ. Множественное поражение сонных артерий достоверно чаще встречалось у больных ИБС ($p < 0,001$). Обнаружение АСБ увеличивало риск наличия ИБС в 29,5 раза (ОШ 29,5; 95% ДИ 8–109,1), множественных АСБ — в 24,4 раза (ОШ 24,4; 95% ДИ 6,9–86,2). ПЗВД плечевой артерии у больных ИБС составила в среднем $4,5 \pm 2,8\%$, что было достоверно меньше аналогичного показателя у пациентов контрольной группы ($5,8 \pm 2,2\%$, $p = 0,03$). Выраженные нарушения ПЗВД имели место у 23 (46,9%), умеренные — у 21 (42,9%) больного ИБС. У 5 (10,2%) больных ПЗВД не была нарушена. Среди пациентов контрольной группы выраженные нарушения ПЗВД были выявлены у 8 (29,6%), умеренные — у 14 (51,9%) мужчин. У 5 (18,5%) пациентов ПЗВД была не нарушена. Отличий в частоте обнаружения нарушенной функции эндотелия у пациентов обеих групп не было выявлено.

Выводы. Наличие АСБ в сонных артериях у мужчин молодого и среднего возраста сопряжено с повышенным риском возникновения ИБС. Все мужчины в возрасте ≥ 30 лет, имеющие неблагоприятную наследственность в отношении ИБС, низкий уровень ХС ЛВП, являющиеся злостными курильщиками должны быть независимо обследованы с помощью дуплексного сканирования для выявления доклинических проявлений атеросклероза.

0064 ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ НАСЕЛЕНИЯ г.ЯКУТСКА

Балтахинова М. Е., Климова Т. М.

ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия; Лаборатория профилактики неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья народов Крайнего Севера ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Якутск, Россия

Питание, сбалансированное по основным пищевым веществам, является основой здоровья и профилактики основных неинфекционных заболеваний.

Цель исследования: изучить пищевые привычки населения г. Якутска.

Материал и методы: материалом для исследования послужила случайная репрезентативная выборка из населения 2 административных округов г. Якутска (Октябрьского и Сайсарского) в возрасте 25–64 лет. В исследовании приняли участие 1643 человек, в том числе 644 мужчин и 999 женщин. Отклик составил 78%.

Статистический анализ проводился с использованием пакета программ STATISTIKA 8.0. При расчете стандартизованных по возрасту показателей, за стандарт принималась структура мирового населения в возрасте 25–64 лет.

В соответствии с рекомендациями программы CINDI по питанию, в качестве критерия оценки факторов риска было принято потребление фруктов и овощей менее 400 грамм в день.

Результаты: мужчины Якутска употребляли в среднем 137 г, а женщины 199 г фруктов и овощей в день, что значительно ниже, чем в других российских регионах CINDI. В среднем, наиболее часто в свой рацион включают овощи и фрукты лица молодого возраста 25–34 лет.

94% мужчин и 87% женщин не употребляют рекомендуемое ВОЗ количество фруктов и овощей. При приготовлении пищи 96% жителей г. Якутска употребляет растительное масло; 50% населения использует для приготовления бутербродов сливочное масло; 14% опрошенных не употребляют молоко и кефир, а половина респондентов употребляет молочные продукты жирностью более 3,2%.

Рекомендации от медицинских работников по здоровому питанию получили 16,4 и 21,5% опрошенных мужчин и женщин. Почти половина респондентов пытались в течение последнего года изменить свои привычки питания путем употребления большего количества овощей и уменьшения в своем рационе жира.

Выводы: для всей обследованной популяции характерно крайне низкое потребление овощей и фруктов, население не обращает особого внимания на жирность молочных продуктов или не употребляет их, недостаточно ведется пропаганда принципов здорового питания. Безусловно, нерациональное питание связано также с экономическим положением населения и особенностями региона проживания, но в целях сохранения здоровья необходимо улучшать привычки питания населения.

0065 ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

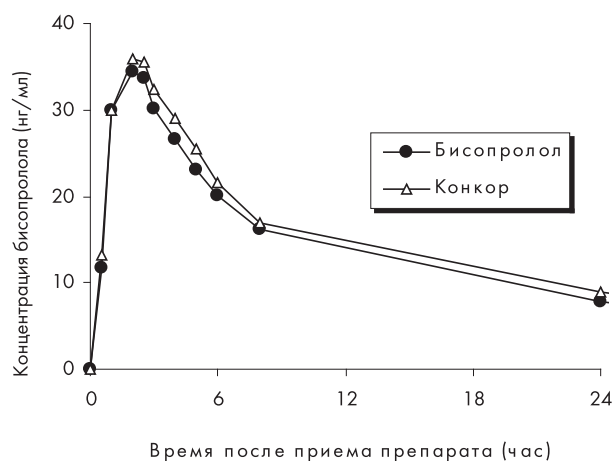
Бамбышева Е. И., Жабина Е. А., Белолипецкая В. Г., Колтунов И. Е., Писарев В. В., Смирнова Л. Б.

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

Целью исследований было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов бисопролола — таблеток, покрытых оболочкой, Бисопролол (ЗАО «Северная Звезда», Россия) в сравнении таблетками, покрытыми оболочкой, Конкор («Мерк», Германия) и препаратов карведилола — таблеток Карведилол (ЗАО «Вертекс», Россия) в сравнении таблетками Дилатренд («Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд», Швейцария).

В исследование было включено по 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.

Средние фармакокинетические профили бисопролола и карведилола после однократного перорального приема тестируемых и референсных препаратов были очень близки. Достоверных различий концентраций не было выявлено ни в одной временной точке. Значения фармакокинетических параметров хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между Бисопрололом — Конкором и Карведилолом — Дилатрендом. Степень относительной биологической доступности f бисопролола при приеме таблеток Бисопролол по отношению к таблеткам Конкор составила в среднем $97,0 \pm 27,4\%$ (С.И.: 82,8–100,5%), степень относительной биологической доступности f карведилола при приеме таблеток Карведилол по отношению к таблеткам Дилатренд составила в среднем $95,4 \pm 25,0\%$ (С.И.: 83,5–102,5%).



0066 ХАРАКТЕР СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА

Барбараш О.Л., Зыков М.В., Капиталов В.В., Усольцева Е.Н., Васильева О.А., Якубик Г.Г., Барбараш Л.С.
УРАМН НИИ КПССЗ СО РАМН, ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, Кемерово, Россия

Доказано, что при инфаркте миокарда (ИМ) активируются клетки, продуцирующие интерлейкины (IL), чем интенсивнее и обширнее воспалительная реакция, тем больший титр IL можно зарегистрировать. Однако в доступных нам источниках не обсуждается характер иммунного ответа (гуморальный, клеточный) в зависимости от периода ИМ и его клинико-прогностическая значимость.

Цель исследования: явилась оценка характера изменений, клинической и прогностической значимости медиаторов иммунного воспаления у пациентов в подостром периоде Q-инфаркта миокарда.

Материалы и методы исследования: в течение 2008 года в Кемеровском кардиологическом диспансере функционировал электронный регистр ОКС с подъёмом сегмента ST. Наблюдение за больными включало госпитальный период и визиты в клинику на шестом и двенадцатом месяцах наблюдения. Для определения плазменной концентрации цитокинов (IL-1 α , IL-6, IL-8, IL10, IL12, TNF- α) и СРБ производили забор крови у пациентов на 10-14 день от момента развития ИМ.

Результаты и их обсуждение: провели сравнительный анализ взаимосвязи между титрами перечисленных выше цитокинов, СРБ и баллом по шкале TIMI, которая является общепринятой для оценки тяжести клинического течения ИМ. Не показали достоверной клинической ценности все изучаемые IL. Однако выявлена статистически значимая зависимость между повышением титра IL-12 и TNF α и неблагоприятными событиями через полгода от индекса события (ИМ). Разделив больных в зависимости от нозологической составляющей комбинированного неблагоприятного прогноза, было выявлено, что у пациентов с высокими функциональными классами (III-IV) сердечной недостаточности и стенокардии через 6 месяцев наблюдения исходно выявлялись достоверно более высокие значения СРБ, IL-12, TNF α , по сравнению с пациентами с благоприятным полугодичным исходом. Учитывая сроки забора крови у обследуемых, следует предположить о важной роли на данном этапе течения ИМ клеточно-опосредованной реакции иммунного ответа. IL-12 стимулирует дифференцировку Т-хелперов 1 типа (ТН1), направленных на элиминацию внутриклеточных повреждающих агентов, включая окисленные липопротеиды низкой плотности, которые являются морфологическим субстратом атеротромботической бляшки. Известно также, что TNF α стимулирует продукцию металлопротеиназ, ответственных за стабилизацию атеросклеротической бляшки. Данная гипотеза подтверждается и тем фактом, что только через 4 дня секреция данного цитокина зависит от характера воспалительной реакции: поддерживается или усиливается в случае преобладания ответа ТН1 и снижается в случае преобладания ответа ТН2.

Заключение: предварительные результаты позволяют предполагать важную роль некоторых факторов системного воспаления в прогнозе ИМ, что, вероятно, должно учитываться при оптимизации рекомендаций по вторичной профилактике ИМ. Максимальная конкретизация представлений о роли и сроках активации каждого из цитокинов позволит шире использовать их в практической деятельности.

0067 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ПРОАРИТМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА

Барбараш О.Л.¹, Помешкина С.А.²

¹ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава, Кемерово, Россия; ²МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Кемерово, Россия

Цель: оценка эффективности ранней физической реабилитации в снижении риска внезапной смерти у больных с постинфарктной систолической дисфункцией миокарда, используя маркеры аритмогенности.

Методы исследования: на каждом этапе оценивали клиническое состояние пациента, проводили СМ-ЭКГ, оценку ВРС, СУ-ЭКГ, ВЭМ, Эхо-КГ, определение продолжительности интервала QT и дисперсии интервала QT(QTd) на ЭКГ, тест шестиминутной ходьбы (ТШХ), качество жизни (КЖ) (MLHFQ).

В основную группу занимающихся ВТ вошли 54, в контрольную группу не занимающихся ВТ — 40 пациентов.

Реабилитацию пациентов после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ) в условиях санатория проводили в течение 24 дней, она включала традиционную медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, дозированную ходьбу, соблюдение диеты и физические тренировки (ФТ) на велотренажере.

В основной группе пациентов после санаторного этапа реабилитации (на 40-е сутки) регистрировалось достоверно меньшее среднесуточное количество ЖЭ по сравнению с пациентами без ВТ (44,90 $\pm$ 3,21 и 90,01 $\pm$ 9,34, соотв., $p < 0,001$), более высокие показатели, оцененные ТШХ (520,00 $\pm$ 13,64 и 474,03 $\pm$ 10,80 м, соотв., $p < 0,01$), достоверное увеличение показателя ТФН (с 63,85 $\pm$ 5,23 до 79,63 $\pm$ 6,11 Вт, соотв., $p < 0,05$). Суточная продолжительность ЭКГ-признаков ишемии миокарда была значимо больше у пациентов без ВТ (1,69 $\pm$ 0,09 мин. и 0,61 $\pm$ 0,07 мин., соотв., $p < 0,001$). Средний ФК СН у пациентов с ВТ к 40-м суткам ИМ достоверно уменьшился на 26,5%. Отмечаются более оптимальные показатели вегетативной регуляции ритма сердца (PNN50 — (21,1 $\pm$ 1,9% и 13,6 $\pm$ 1,5% соотв., $p < 0,001$), показатели СУ-ЭКГ (QRSdur и RMS40) и более низкие показатели КЖ к 40-ым суткам в основной группе (16,05 $\pm$ 2,8 бал. и 25,9 $\pm$ 3,1бал. соотв., $p < 0,05$). Однако к году наблюдения различия между группами нивелировались.

Далее был проведен анализ различий основных характеристик у пациентов, соблюдавших рекомендации по физической активности в течении года и пациентов контрольной группы. В подгруппе пациентов, соблюдавших рекомендации по ФТ, демонстрировались через год после развития ИМ более высокие показатели ФВ (48,83 $\pm$ 2,81 и 41,44 $\pm$ 2,28 %, соотв., $p < 0,05$), большая ТФН, определенная с помощью ТШХ (548,12 $\pm$ 16,94 и 480,37 $\pm$ 14,13 м, соотв., $p < 0,05$), более оптимальные показатели вегетативной регуляции ритма сердца (PNN50 — 16,43 $\pm$ 1,76 % и 9,01 $\pm$ 1,3 %, соотв., $p < 0,001$), более низкие показатели КЖ (10,93 $\pm$ 1,56 и 16,1 $\pm$ 2,1 бал., соотв., $p < 0,05$), меньшее среднесуточное количество ЖНР (589,07 $\pm$ 33,34 и 681,14 $\pm$ 32,83, соотв., $p < 0,05$).

Выводы: в целом, результаты исследования свидетельствуют о кратковременном эффекте непродолжительных ВТ как на основные клинико-функциональные характеристики пациентов с постинфарктной СН, так и на показатели КЖ. Поэтому для сохранения и увеличения эффекта ВТ курс занятий должен быть более длительным.

0068 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ

Барм Б.Я., Ларина В.Н.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: оценить клинические показатели и структурно-геометрические характеристики ЛЖ у амбулаторных больных ХСН в возрасте старше 60 лет в зависимости от наличия или отсутствия митральной регургитации (МР), выявляемой при ЭхоКГ исследовании.

Материал и методы: в исследование было включено 94 больных ХСН II-IV ФК (20/55/19) по NYHA в возрасте от 60 до 85 лет, причиной которой была ИБС. Всем больным проводились ЭКГ, ЭхоКГ в покое, клиническое состояние оценивали с помощью ШОКС, качество жизни определяли с помощью опросника «Жизнь больных с ХСН» Миннесотского Университета. Наряду с этим определяли толерантность больных к физической нагрузке с помощью теста с 6-ти минутной ходьбой. Больные находились на стандартном лечении ХСН, включающем ИАПФ, БАБ, диуретики, антагонисты альдостерона (при тяжёлом течении ХСН).

Результаты: при проведении ЭхоКГ исследования у 34 больных (группа 1) была выявлена митральная регургитация 3 степени и выше и у 60 (группа 2) — митральная регургитация 2 степени и менее. Больные обеих групп были сопоставимы по полу ($p=0,483$), возрасту ($p=0,593$), уровню систолического ($p=0,140$) и диастолического ($p=0,714$) АД, качеству жизни ($p=0,964$), по результатам теста с 6-ти мин ходьбой ($p=0,056$). При сравнении с больными группы 2, у больных группы 1 по результатам ШОКС тяжесть течения сердечной недостаточности была более выражена ($p=0,005$), ЧСС — выше ($p=0,005$), а пульсовое давление — ниже ($p=0,022$). У больных с более выраженной митральной регургитацией при аускультации сердца чаще выслушивался III тон ($p=0,005$), были выше такие параметры ЭхоКГ как объемы ЛЖ в диастолу ($p=0,038$) и систолу ($p=0,035$), КДР ЛЖ ($p=0,002$), индекс сферичности ($p=0,055$), а ФВЛЖ ($p<0,001$) ниже, по сравнению с больными группы 2.

Выводы: митральная регургитация, выявляемая с помощью ЭхоКГ исследования, у пожилых больных ХСН свидетельствует о более тяжелом течении заболевания и может рассматриваться в качестве одного из чувствительных предикторов изменений геометрии ЛЖ. Выявление митральной регургитации и оценка её степени тяжести должны определять тактику ведения пожилых больных ХСН с целью отдаления сроков неблагоприятного прогноза.

0069 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ II ТИПА

Батрак Г.А., Мясоедова С.Е., Полтырев В.С.
ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: оценить результаты длительной терапии аторвастатином при СД 2 типа с умеренной АГ и вторичной дислипидемией.

Методы: наблюдали за 42 женщинами и 9 мужчинами с СД 2 типа в возрасте 48-60 лет (средний возраст $51 \pm 4,5$ лет), которых разделили на 2 группы. 1 группа (основная) — 29 женщин и 4 мужчины 49-62 лет (средний возраст $50 \pm 5,1$ лет) в течение 5 лет получала терапию аторвастатином 10-20 мг в сутки (средняя суточная доза 12,3 мг). 2 группа (группа сравнения) — 13 женщин и 5 мужчин 50-58 лет (средний возраст $51 \pm 6,1$ лет) соблюдала только гиполипидемическую диету. У всех пациентов — умеренная АГ и дислипидемия IIБ типа. Клинические методы: оценка клинического состояния, осмотры окулиста, невролога, кардиолога, сосудистого хирурга. Глюкозу крови исследовали глюкозооксидазным методом, уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) — ферментативным методом, тип дислипидемии определяли по классификации Фредриксона. Инструментальные методы: ЭКГ, Эхо-КГ, УЗИ внутренних органов, дуплексное сканирование сонных артерий и артерий нижних конечностей. Всем пациентам проводилась необходимая антигипертензивная терапия и сахароснижающая терапия, СД компенсирован. Все больные сопоставимы по полу, возрасту, степени тяжести СД и сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Результаты: через 5 лет ОХС в основной группе снизился с $7,3 \pm 1,52$ до $4,75 \pm 0,9$ ммоль/л ($p<0,0001$), холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) — с $5,4 \pm 1,48$ до $2,98 \pm 0,89$ ммоль/л ($p<0,0001$), ИА — с $5,4 \pm 1,8$ до $3,6 \pm 1,2$ ($p<0,0001$), ТГ — с $2,51 \pm 1,1$ до $1,98 \pm 0,77$ ммоль/л ($p<0,001$), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) повысился с $1,18 \pm 0,37$ до $1,3 \pm 0,36$ ммоль/л ($p<0,01$). Целевой уровень ОХС менее 4,5 ммоль/л и ХС ЛПНП менее 2,6 ммоль/л достигнут у 20 больных (61%) на фоне приема 20 мг аторвастатина в сутки. Побочные эффекты терапии не выявлены. На фоне антигипертензивной терапии в основной группе стабилизировалась АГ (АД 130/80-140/90 мм рт.ст.), случаев острых ССЗ не зарегистрировано. В группе сравнения отмечались подъемы АД до 175/90 мм рт.ст., уровень липидов не изменился: ОХС — $7,2 \pm 1,0$ ммоль/л, ТГ — $2,3 \pm 0,8$ ммоль/л, ХС ЛПНП — $5,5 \pm 1,0$ ммоль/л, ХС ЛПВП — $1,0 \pm 0,27$ ммоль/л, ИА — $5,1 \pm 1,2$, у 7

пациентов (39%) зарегистрированы острые ССЗ: ишемический инсульт (4 случая), острый инфаркт миокарда (3 случая, один — с фатальным исходом).

Выводы: у больных СД 2 типа с умеренной АГ и вторичной дислипидемией IIБ типа на фоне антигипертензивной терапии аторвастатин в дозе 10-20 мг в сутки в течение 5 лет эффективен в профилактике острых ССЗ, безопасен в применении и хорошо переносится.

0070 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Бахорина И.Н., Кочубеева О.В., Мультиановский Б.Л.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель работы. Высокий риск сердечно-сосудистых осложнений обуславливает необходимость дальнейшего изучения метаболического синдрома (МС). В связи с этим целью нашей работы являлось изучение и оценка особенностей вариабельности артериального давления (АД) и сердечного ритма у больных с МС без нарушения углеводного обмена и с таковыми.

Материал и методы: Обследована группа больных (средний возраст $58,2 \pm 0,7$ года) с МС, диагностированным на основании общепринятых критериев (ВНОК, 2008). У всех обследованных была выявлена АГ и нарушения липидного обмена, в зависимости от наличия нарушений углеводного обмена группа была разделена на 2 подгруппы: подгруппа 1 — без нарушений углеводного обмена, подгруппа 2 — с нарушениями углеводного обмена. Всем больным проведено суточное мониторирование АД (СМАД) и исследование вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты. При анализе данных ВРС выявлено снижение вариабельности как по временным, так и по частотным параметрам, причем в большей степени оно было выражено в подгруппе больных с нарушениями углеводного обмена (в частности, показатель SDNN в подгруппе 1 составлял $174 \pm 5,65$ м/с, в подгруппе 2 — $111 \pm 11,6$ м/с, $p<0,01$). Результаты ортостатической пробы также выявили снижение адаптационных возможностей в обеих подгруппах, что выражалось в снижении уровня активности регуляторных систем, а также в падении индексов активности парасимпатического звена вегетативной регуляции и степени преобладания парасимпатического звена над симпатическим; следует отметить, что эти изменения так же были более выражены у пациентов подгруппы 2 по сравнению с подгруппой 1. По результатам СМАД мы не выявили межгрупповых различий среднесуточных показателей систолического и диастолического АД (соответственно САД и ДАД), однако в целом по всей группе обследованных наблюдалась положительная корреляция значений среднесуточного САД с индексом массы тела, тогда как для ДАД подобной достоверной зависимости выявлено не было. При анализе вариабельности АД не было выявлено достоверных различий между ее среднегрупповыми значениями как в дневной, так и в ночной период, в то же время у пациентов с МС без нарушений углеводного обмена наблюдалась обратная корреляция между показателями вариабельности САД в дневное время и параметрами, отражающими активность парасимпатического звена регуляции ВРС (SDNN, HF).

Выводы. У пациентов с МС наблюдаются изменения ВРС, свидетельствующие о нарушениях автономной (прежде всего — парасимпатической) регуляции и снижении адаптационных возможностей, которые более выражены у пациентов с МС с нарушениями углеводного обмена. Показатели суточной динамики АД у больных МС с нарушениями углеводного обмена и без такового достоверно не отличаются, однако у последних выявляется обратная зависимость между степенью снижения автономной регуляции и вариабельности АД днем. Дальнейшее изучение ВРС и динамики АД в течение суток у больных МС позволит уточнить ряд закономерностей, присущих этому состоянию, что позволит оптимизировать его терапию.

0071 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Баюрова Н.В., Каниболоцкий А.А., Сметнева Н.С., Гордина Г.С.
ГКБ №70 департамента здравоохранения, МГМСУ (кафедра факультетской терапии и профболезней), Москва, Россия

Целью исследования явилась оценка особенностей клинического течения, электрокардиографических изменений, результатов Эхо-КГ и данных аутопсии у больных с атипичными формами инфаркта миокарда.

Материалы и методы: С октября 2004 по декабрь 2007 года через отделение неотложной кардиологии прошло 1250 больных инфарктом миокарда из которых у 112 (8,9%) этот диагноз своевременно поставлен не был. Мужчин было 62, женщин 50 в возрасте от 28 до 85 лет. 77% больных этой группы поступили в блок кардиореанимации: из них у 67% был направительный диагноз нестабильной стенокардии, у 10% — гипертонический криз, сердечная астма, нарушения ритма. У 23% больных имела место астматическая, гастралгическая, безболевого формы начала инфаркта миокарда и направительными диагнозами были пневмония, бронхиальная астма, острый холецистопанкреатит, прободная язва, декомпенсация сахарного диабета.

При поступлении по первой ЭКГ инфаркт миокарда был диагностирован у 52% пациентов, у 31,6% (36 пациентов) — на серии последовательных ЭКГ (из них у 12 на фоне рубцовых изменений, у 7 — выраженной гипертрофии левого желудочка, у 11 — на фоне блокад ножек пучка Гиса и у 6 больных имела замедленная динамика инфаркта миокарда). У 16,8% (18 пациентов) инфаркт миокарда по ЭКГ диагностирован не был. Эхокардиографическое исследование было проведено 48 пациентам из 54. Во всех случаях обнаружены нарушения локальной сократимости либо циркулярного верхушечного характера, у 1/3 с наличием верхушечной аневризмы с пристеночным тромбом и дисфункция папиллярных мышц, либо поражение задне-базальных сегментов с вовлечением в процесс задне-папиллярной мышцы.

Всего в стационаре инфаркт миокарда диагностирован в 86% случаев, в 5% случаев посмертно и в 9% процентах диагностирован не был. Из 112 пациентов умерло 35 (31%). При патоморфологическом исследовании полное совпадение диагнозов было отмечено в 61%, частичное совпадение — в 30% (в 6 случаях были выявлены рубцовые постинфарктные изменения при отсутствии инфаркта в анамнезе и в 4 случаях имелось расхождение по локализации). В 9% (3 случая) диагноз инфаркта миокарда при жизни поставлен не был. Во всех 3 случаях имел место повторный инфаркт миокарда с симметричным поражением стенок.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о достаточно высоком проценте атипичных форм инфаркта миокарда. Электрокардиографический метод оказался информативным при поступлении в 52% случаев, в 31,6% диагностирован в динамике, в 16,4% случаев острого инфаркта миокарда по ЭКГ зарегистрировано не было. Во всех диагностически сложных случаях необходимо проведение эхокардиографического исследования, особенно при указании на инфаркт миокарда в анамнезе и/или наличии блокад левых ветвей пучка Гиса, ЭКГ признаков субэндокардиальной ишемии.

0072 ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Беднякова А.В., Воронина Л.П., Нуржанова И.В., Маклакова Н.В., Полунина Е.А.
ГОУ ВПО АГМА Росздрава, Астрахань, Россия

Цель: оптимизация диагностики нарушений вазорегулирующей функции микрососудового эндотелия у больных бронхиальной астмой на основе анализа данных ЛДФ-тестирования с оценкой их взаимосвязи с оксидативным стрессом.

Методы: в общей сложности было обследовано 164 человека, из них 114 больных бронхиальной астмой и 50 соматически здоровых лиц Астраханского региона в качестве контрольной группы.

Исследование функционального состояния сосудистого эндотелия и кожной микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Определяли степень прироста показателя микроциркуляции — резерв капиллярного кровотока ($РКК_{AX}$ — при ионофорезе 1% ацетилхолина, $РКК_{HH}$ — при ионофорезе 5% натрия нитропруссид, $РКК_{OKL}$ — при проведении манжеточной пробы, ПЭФ — показатель вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия: отношение $РКК_{AX}/РКК_{HH}$ (степени прироста показателя микроциркуляции при ионофорезе ацетилхолина к степени увеличения ПМ при ионофорезе нитропруссид натрия).

Исследовались: показатели перекисного окисления белков (ПОБ) — с определением уровня карбонильных производных в плазме крови; перекисного окисления липидов (ПОЛ) — уровень ТБК-активных продуктов и показатель антиоксидантной защиты — активность супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты: было выявлено нарушение функционального состояния сосудистого эндотелия у больных БА, отражавшееся в статистически значимом ($p<0,05$) снижении эндотелийзависимой вазодилатации ($РКК_{AX}$, $РКК_{OKL}$), зависящее от степени тяжести и длительности заболевания. Показатель вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия ПЭФ у больных БА был статистически значимо ($p<0,05$) ниже, чем в группе соматически здоровых лиц и зависел от длительности заболевания. Кроме того, у больных БА уровень ТБК-активных продуктов и карбонильных производных был статистически значимо ($p<0,05$) выше, чем в группе соматически здоровых лиц составляя $5,59\pm0,38$ мкмоль/л и $6,52\pm0,09$ ед.опт.пл./мл соответственно против $2,46\pm0,32$ мкмоль/л и $5,99\pm0,06$ ед.опт.пл./мл в группе соматически здоровых лиц. Уровень СОД у больных с обострением БА был статистически значимо ($p<0,05$) ниже $-10,91\pm0,68$ у.е./мл, чем в группе контроля — $21,23\pm0,82$ у.е. мл. Была выявлена обратная корреляционная зависимость между уровнем ТБК-активных продуктов и $РКК_{AX}$ $r=-0,658$ ($p=0,032$), $РКК_{OKL}$ $r=-0,423$ ($p=0,042$), между ПЭФ и уровнем карбонильных производных $r=0,421$ ($p=0,024$), а так же обратная зависимость между СОД и $РКК_{AX}$ $r=-0,552$ ($p=0,001$).

Вывод: нарушение функционального состояния сосудистого эндотелия, наблюдаемое у больных БА связано с интенсификацией перекисного метаболизма белков и липидов, а так же с ослаблением антиоксидантной защиты организма.

Вывод: таким образом, у больных с обострением БА смешанного генеза отмечается угнетение вазодилатирующей способности сосудистого эндотелия зависящее от степени тяжести и длительности заболевания и сочетающееся со снижением активности ферментативного звена антиоксидантной системы организма, с накоплением продуктов свободнорадикального окисления белков и липидов.

0073 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Бейшенкулов М.Т., Баитова Г.М., Чазымова З.М.

Отделение urgentной кардиологии ИЦКиТ имени академика М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

С целью изучения частоты выявления и клинико-функциональных особенностей острой диастолической сердечной недостаточности (СН) нами обследованы 46 больных первичным передне-перегородочным инфарктом миокарда (ИМ) с СН Killip II на 3 сутки заболевания. Больные получали следующее лечение: стрептокиназа 1,5 млн (догоспитально), аспирин 250мг (догоспитально), затем 125 мг в стационаре, гепарин 15 тыс Ед в сутки, эналаприл 20мг, фуросемид 20мг, карведилол 6,25 мг, аторвастатин 10 мг. Больным проводились ЭКГ, эхокардиография (ЛП, КДО ЛЖ, КСО ЛЖ, ФВ ЛЖ), доплерэхокардиография (Е,см/с; А,см/с; Е/А); оценивались ремоделирование ЛЖ (индекс сферичности систолический (ИСс, ед), индекс сферичности диастолический (ИСд, ед); миокардиальный стресс диастолический (МСд, ед).

Больные разделены на 2 группы: 1 группа — больные ИМ с систоло-диастолической СН ($n=30$); 2 группа — больные ИМ с острой диастолической СН ($n=16$). Острая диастолическая СН

выявлена в 34,7% случаев среди больных ИМ с СН КШП II. У больных ИМ с острой систоло-диастолической СН на 3 сутки заболевания в сравнении с больными с острой диастолической СН увеличены объемные показатели ЛЖ (КДО ЛЖ $169,4 \pm 7,8 \text{ мл}^3$ в 1 группе, $143,4 \pm 8,2 \text{ мл}^3$ во 2 группе, $p < 0,05$, КСО ЛЖ $92,2 \pm 6,4 \text{ мл}^3$ и $84,6 \pm 5,9 \text{ мл}^3$, $p < 0,05$, соответственно), достоверно ниже ФВ ЛЖ ($38,4 \pm 2,7\%$ против $45,3 \pm 2,1\%$, $p < 0,001$); при этом в обеих группах имелись признаки нарушения релаксации: уменьшение А ($43,2 \pm 2,69 \text{ мс}$, $41,1 \pm 2,58 \text{ мс}$, $p > 0,05$), увеличен % вклада предсердий в наполнение ЛЖ ($39,7 \pm 2,81\%$ и $36,6 \pm 3,23\%$, $p > 0,05$), уменьшен Е/А ($0,70 \pm 0,06$ и $0,66 \pm 0,04$, $p > 0,05$, соответственно). У больных 1 группы форма ЛЖ была более шарообразной — ИСд $0,69 \pm 0,01$ против $0,61 \pm 0,01$ ($p < 0,05$) во 2 группе и ИСс $0,64 \pm 0,02$ против $0,51 \pm 0,01$ ($p < 0,05$), соответственно. МСд также был выше и составил $265,4 \pm 5,8$ ед против $212,4 \pm 4,8$ ед ($p < 0,05$).

Таким образом, у больных передне-перегородочным инфарктом миокарда, осложненным острой левожелудочковой недостаточностью, диастолическая сердечная недостаточность регистрируется в 34,7% случаев. Патологическое ремоделирование и даже диастолическая дисфункция левого желудочка у этих больных выражены в меньшей степени, чем при систоло-диастолической сердечной недостаточности.

0074 МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ НЕКОТОРЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Белан Н.В.

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», Хабаровск, Россия

Целью исследования явилось изучение состояния микроциркуляции (МЦ) при ИБС с оценкой влияния на МЦ русло препаратов из группы нитратов.

Материалы и методы: обследовано 122 пациента с ИБС в возрасте от 47 до 75 лет: 72 — со стенокардией напряжения (СТН) I-III ФК, 18 — со СТН и сахарным диабетом (СД) 2 типа и 32 — перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Группу контроля составили 58 практически здоровых лиц в возрасте от 41 до 59 лет. МЦ исследовали методом видеобиомикроскопии сосудов конъюнктивы на созданном диагностическом комплексе с использованием щелевой лампы ШЛ-2Б, видеокамеры PANASONIC NV-GS500 (Япония) и Системы Анализа Видеоизображений ВидеоТест-Динамика 4.0 (ООО «ВидеоТест», Санкт-Петербург). У 68 больных со СТН исследовано влияние на МЦ русло короткодействующего и пролонгированного нитратов — нитроглицерина-аэрозоля (Нитроминта, «ЭГИС») и изосорбида 5-мононитрата (Моно Мак, «Пфайзер»).

Результаты исследования: различий по параметрам ангиоархитектоники, типам гемодинамики, структуры и барьерной функции микрососудов при ИБС со СТН I ФК в сравнении с контролем выявлено не было. При СТН II ФК в сравнении с СТН I ФК средний калибр собирательных венул был выше ($63,8 \pm 3,49$ против $52,5 \pm 1,7$ мкм; $p < 0,05$) с тенденцией к спазму артериол ($14,8 \pm 0,29$ против $15,2 \pm 0,68$ мкм; $p < 0,05$) и снижением удельного количества функционирующих капилляров ($0,23 \pm 0,047$ против $0,32 \pm 0,02$; $p < 0,01$). При СТН III ФК в сравнении со СТН II ФК средний калибр артериол и венул составили соответственно $12,6 \pm 0,2$ против $14,8 \pm 0,29$ мкм ($p < 0,05$) и $72,5 \pm 1,7$ мкм против $63,8 \pm 3,49$ ($p < 0,05$) и становились необратимыми после приема нитроглицерина (прирост венодилатации составил 9,5%). Редукция капилляров становилась критической ($0,14 \pm 0,03$ против $0,23 \pm 0,047$; $p < 0,05$) при распространенной внутрисосудистой агрегации эритроцитов, крайнем замедлении кровотока и повышении сосудистой проницаемости. Изменения МЦ русла и снижение резервов венодилатации на нитроглицерин были особенно выражены при СТН III ФК в сочетании с СД 2 типа и у перенесших ИМ. У 40% пациентов со СТН и СД 2 типа нитроглицерин вызывал спазм артериол при отсутствии динамики калибра венул и снижение плотности капилляров.

Монотерапия изосорбидом 5-мононитратом СТН II-III ФК через 4 недели приводила к венодилатации с $50,7 \pm 3,1$ до $73,8 \pm 3,49$ мкм ($p < 0,01$), усилению кровенаполнения МЦ русла, увеличе-

нию количества функционирующих капилляров ($0,37 \pm 0,07$ до $0,52 \pm 0,12$ на 1 мм²; $p < 0,05$) и сопровождалась положительным антиишемическим эффектом (длительность эпизодов ишемии по ЭКГ уменьшилась с 345 ± 15 до 185 ± 15 мин/сут; $p < 0,01$). У больных со СТН и СД 2 типа венодилатирующий и антиангинальный эффекты препарата были менее выраженными.

Выводы: 1. Выявленные маркеры поражения МЦ русла могут служить при ИБС дополнительными диагностическими критериями СТН и перенесенного ИМ. 2. Нитропрепараты у больных со СТН высокого ФК, при СД 2 типа и у перенесших ИМ оказывают достоверно меньший венодилатирующий эффект в сравнении с пациентами со СТН невысоких ФК, без сопутствующего СД 2 типа и ИМ.

0075 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Беленкова С.В., Стаценко М.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель — сравнить клиническую эффективность карведилола и бисопролола в составе базисной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2-го типа в раннем постинфарктном периоде.

Материалы и методы: обследовано 60 пациентов в возрасте 45-65 лет с ХСН (II-III функциональный класс (ФК)) и СД типа 2 в раннем постинфарктном. Все пациенты рандомизированы на 2 группы по 30 человек. В составе стандартной базисной терапии I-й группы в качестве бета-адреноблокатора применяли карведилол, 2-й группы — бисопролол. Период наблюдения составил 16 недель. Исходно и в конце лечения проводилось клиническое обследование, определялись дистанция 6-минутной ходьбы (ТШХ) и ФК ХСН, выполнялась эхокардиография, оценивали функциональное состояние почек, ряд метаболических показателей, отражающих состояние углеводного и липидного обменов.

Результаты: в обеих группах отмечено статистически значимое улучшение клинического состояния пациентов. ФК ХСН уменьшился на 18% и 14%, $p < 0,05$, ТШХ достоверно увеличился на 22% и 18%, $p < 0,05$ соответственно в 1-й и 2-й группах. Фракция выброса в 1-й группе возросла на 12% ($p < 0,05$), во 2-й — на 7% ($p < 0,05$). Клиренс креатинина в 1-й группе достоверно вырос на 21,4%, $p < 0,05$, в группе бисопролола этот показатель практически не изменился (+2%, $p < 0,05$). В обеих группах отмечалось снижение средних значений микроальбуминурии на 30% vs 10% $p < 0,05$ в 1-й и 2-й группах соответственно. Значимых изменений уровня глюкозы крови натощак, постпрандиальной гликемии, а также уровня HbA1c не отмечено. Выявлено достоверное уменьшение уровня триглицеридов крови у пациентов основной группы на 22% ($p < 0,05$).

Выводы: применение карведилола и бисопролола при лечении ХСН у больных СД 2-го типа благоприятно влияет на клинико-гемодинамические показатели, не сопровождается ухудшением углеводного обмена, карведилол в сравнении с бисопрололом улучшает показатели липидного обмена и обладает нефропротективным эффектом.

0076 НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ВАЗОСПАСТИЧЕСКОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Белокопытова И.С., Палеев Ф.Н.

Московский областной научно-исследовательский институт им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Цель: целью работы являлось сравнительное изучение концентрации неспецифических маркеров воспалительного процесса — неоптерина, ICAM, VCAM — у женщин со стенокардией напряжения и вазоспастической стенокардией.

Методы исследования: всего было обследовано 70 женщин в возрасте от 45 до 70 лет. Диагноз был установлен по данным клинических и инструментальных методов исследования (в том числе электрокардиографического и эхокардиографического, суточного мониторирования электрокардиограммы по Холтеру, нагрузочных тестов). Всем больным проводилось коронароангиографическое исследование, определялась концентрация неоптерина, ICAM, VCAM в сыворотке крови.

Результаты: У 40 женщин при проведении коронароангиографического исследования было выявлено атеросклеротическое поражение коронарных артерий различной степени выраженности. Исходя из жалоб, с учетом данных объективных методов исследования, этим больным был установлен диагноз: Ишемическая болезнь сердца: Стенокардия напряжения III функционального класса (первая группа). У 30 женщин при проведении коронароангиографии стенозов коронарных артерий выявлено не было. С учетом данных обследования, в том числе и коронароангиографического, им был установлен диагноз: вазоспастическая стенокардия (вторая группа). По уровню неоптерина были получены следующие результаты: $9,42 \pm 5,72$ нг/л в первой группе и $10,71 \pm 7,43$ нг/л во второй группе. Уровень ICAM составил в первой группе $363,12 \pm 167,12$ нг/мл и $360,01 \pm 153,21$ нг/мл во второй группе. Концентрация VCAM у пациенток со стенокардией напряжения составила $644,87 \pm 182,12$ и $621,53 \pm 153,14$ у женщин с вазоспастической стенокардией. Достоверных отличий получено не было.

Обсуждение: Обращает на себя внимание небольшое повышение концентрации неоптерина в группе женщин с вазоспастической стенокардией (норма концентрации неоптерина в сыворотке крови не более 10 нг/л).

Уровни ICAM, VCAM в обеих группах не превышали нормальные показатели (норма для ICAM не выше 400 нг/мл, для VCAM от 675 до 1693 нг/мл).

0077 ИЗУЧЕНИЕ БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ АТОРВАСТАТИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Белоліпецкая В.Г., Бамбышева М.И., Белоліпецкий Н.А., Колтунов И.Е., Писарев В.В., Смирнова Л.Б.

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

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов аторвастатина — таблеток, покрытых оболочкой, Аторвастатин (ЗАО «Канонфарма продакшн», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России оригинальным препаратом — таблетками, покрытыми кишечнорастворимой оболочкой, Липримар («Pfizer», США).

В исследование было включено 6 здоровых мужчин и 12 женщин. Исследование проводили открытым рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.

На представленном рисунке хорошо видно, что средние фармакокинетические профили аторвастатина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема тестируемого препарата и компаратора в дозе 40 мг практически совпадают во всех временных точках.

Значения фармакокинетических параметров аторвастатина, полученные при сравнительном изучении Аторвастатина и Липримара хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация аторвастатина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Аторвастатина в среднем через $1,33 \pm 0,49$ ч, а Липримара — через $1,36 \pm 0,51$ ч и составила $20,72 \pm 3,54$ нг/мл и $21,48 \pm 3,52$ нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого препарата и компаратора также имели близкие значения: $114,5 \pm 25,6$ нг*ч/мл и $120,2 \pm 29,6$ нг*ч/мл соответственно. Степень

относительной биологической доступности f аторвастатина при приеме таблеток Аторвастатин по отношению к таблеткам Липримар составила в среднем $96,9 \pm 16,2$ % (С.И.: $93,0-98,3$ %).

0078 НОВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ: ИЗУЧЕНИЕ БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Белоліпецкая В.Г., Благодатских С.В., Белоліпецкий Н.А., Бамбышева Е.И., Меркулова Е.В., Колтунов И.Е.

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

Лечение сахарного диабета на сегодняшний день очень часто требует сочетанного применения сахароснижающих препаратов различных групп (производных сульфонилмочевины, бигуанидов, глинидов, тиазолидиндионов и прочих), способных не только эффективно контролировать гликемию, но и снижать инсулинорезистентность, что позволяет потенцировать эффект и добиваться максимального результата. Одной из наиболее эффективных является комбинация метформина с пиоглитазоном и/или глимепамиридом.

Целью исследований было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов метформина, пиоглитазона и глимепамирида — таблеток **Форметин**, **Астрозон** и **Глимепаирид** производства ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия в сравнении с оригинальными препаратами — таблетками **Глюкофаж** производства «Лифа Сантэ для Никомед», Франция, **Актос** производства «Eli Lilly and Company», Италия и **Амарил** производства «Hoechst Marion Roussel», Германия.

В исследование было включено по 18 здоровых мужчин и женщин. Исследования проводили открытым рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с УФ-детектированием.

Средние фармакокинетические профили изучаемых препаратов и компараторов практически совпадали во всех временных точках. Значения фармакокинетических параметров метформина, пиоглитазона и глимепамирида, полученные при изучении Форметина, Астрозона и Глимепаирида в сравнении с Глюкофажем, Актосом и Амарилом хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Степень относительной биологической доступности f Форметина по отношению к Глюкофажу составила в среднем $101,4 \pm 7,0$ % (С.И.: $99,9-102,3$), Астрозона по отношению к Актосу составила в среднем $98,5 \pm 10,6$ %, (С.И.: $96,2-99,8$), а Глимепаирида по отношению к Амарилу — $99,3 \pm 14,4$ % (С.И.: $95,8-100,8$ %). Типогликемических состояний ни в одном исследовании не наблюдалось.

Вывод: Форметин, Астрозон и Глимепаирид соответствуют критериям биоэквивалентности.

0079 КОМПЛЕКСНОЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ И ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Белоліпецкий Н.А., Кибальчич Д.А., Бамбышева Е.И., Колтунов И.Е., Белоліпецкая В.Г., Писарев В.В., Смирнова Л.Б.

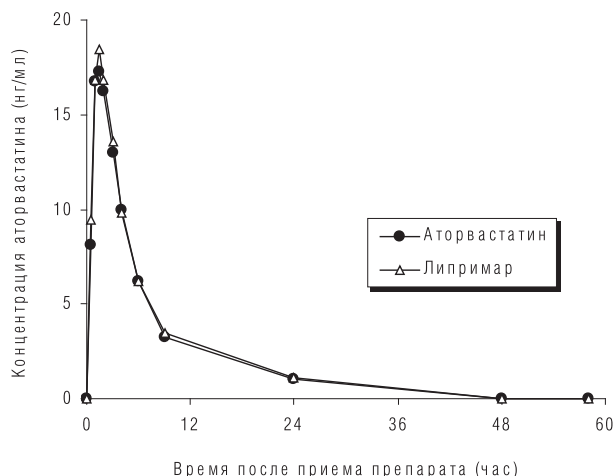
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий», НПЦ «Пробиотек», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов амлодипина — таблеток Амлодипин (ОАО «Щелковский витаминный завод», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России оригинальным препаратом — таблетками Норваск («Pfizer», Бельгия).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили амлодипина практически совпадают во всех временных точках.

Значения фармакокинетических параметров амлодипина, полученные при изучении Амлодипина и Норваска хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Амлодипина в среднем через $6,67 \pm 2,38$ ч, а Норваска — через $7,00 \pm 2,40$ ч и составила $6,74 \pm 2,15$ нг/мл и $7,15 \pm 2,56$ нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: $268,0 \pm 111,3$ нг·ч/мл и $276,7 \pm 120,5$ нг·ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f амлодипина при приеме таблеток Амлодипин по отношению к таблеткам Норваск составила в среднем $96,3 \pm 14,8\%$ (С.И.: 89,0–103,7%). Оба препарата вызывали снижение САД у здоровых добровольцев, более длительное и выраженное в случае Амлодипина (ОАО «Щелковский витаминный завод», Россия). Влияние обоих препаратов на ДАД и ЧСС у здоровых добровольцев было незначительным и недостоверным.



0080 ОЦЕНКА РОЛИ ОБУЧЕНИЯ И САМОКОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ В УЛУЧШЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Белоусова М.С.

ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить роль обучения и самоконтроля гликемии в улучшении показателей вариабельности гликемии (ВГ) у больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2), страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Объект исследования и методы: обследовано 50 больных СД 2 в возрасте от 48 до 74 лет. Стаж СД 2 от впервые выявленного до 25 лет. 23 больных (46%) имели II ФК ХСН, 24 больных (48%) — III ФК, 3 (6%) — IV ФК. 16 больных (32%) получали для лечения СД 2 препараты сульфонилмочевины, 7 (14%) — препараты метформина, 13 (26%) — их комбинацию; 3 больных (6%) — моноинсулинотерапию, 9 (18%) — комбинацию продленного инсулина и пероральных сахароснижающих препаратов, 2 (4%) — диетотерапию.

В стационаре проводилось обучение пациентов методам самоконтроля. Всем больным выданы портативные глюкометры «Акку-чек Актив» и «Акку-чек Гоу» с необходимым количеством тест-полосок для адекватного контроля гликемии в течение 6 месяцев. Контроль гликемии осуществлялся с помощью иссле-

дования гликемического профиля в стандартных 8 точках (тошачевая, постприандальная и ночная гликемии) и гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}) исходно и через 6 месяцев. Оценивалась частота и тяжесть эпизодов гипогликемии.

Расчет ВГ производился по определению стандартного отклонения значений гликемии по данным показаний глюкометров на основании записей дневников самоконтроля. Целевой показатель стандартного отклонения определялся при помощи формулы: $2SD < Median$, то есть значение двух стандартных отклонений не должно было быть больше среднего значения гликемии.

Результаты: выявлено улучшение всех основных показателей углеводного обмена: медиана и интерквартильный интервал HbA_{1c} исходно и через 6 мес составили соответственно 9,4 (8,9–10,6) и 8,9 (8,2–10,0), $p=0,02$. Достоверно улучшилась постприандальная гликемия: 10,7 (9,1–12,8) исходно и 9,5 (7,2–11,4) через 6 мес ($p=0,01$); а также утренняя тошачевая гликемия: 8,2 (6,7–10,6) и 7,2 (6,2–8,4), $p=0,02$. Наблюдалась тенденция к нормализации ночной гликемии: 7,7 (6,4–9,5) исходно и 6,5 (5,6–8,5) через 6 мес, $p=0,1$.

В группе больных, получающих пероральные сахароснижающие препараты (ПСП) и их комбинации, выявлено достоверное снижение ВГ: медиана и интерквартильный интервал составили соответственно 3,3 (3,0–3,4) и 2,2 (1,7–2,4), $p=0,0004$. В группе больных, получающих инсулины и их комбинации с ПСП, достоверного снижения ВГ не выявлено: 4,4 (3,6–5,4) и 3,8 (3,1–4,1), $p=0,2$. Исходно 19 (38%) больных отмечали случаи ночных гипогликемий, через 6 мес 7 (14%) имели ночные гипогликемии ($p=0,04$), из них 5 отметили уменьшение их числа, 2 — увеличение.

Выводы: обучение больных и регулярное использование ими средств самоконтроля являются эффективными методами в улучшении показателей ВГ у больных СД 2, страдающих ХСН. ВГ наибольшим образом поддается коррекции у больных, получающих в качестве лечения СД 2 ПСП и их комбинации.

0081 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОССИИ (ПИФАГОР III)

Белоусов Ю.Б., Леонова М.В., Штейнберг Л.Л., Галицкий А.А., Белоусов Д.Ю.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра клинической фармакологии, Москва, Россия

Целью данного исследования было изучение врачебной практики лечения больных артериальной гипертензией (АГ) в России и ее соответствия современным рекомендациям по фармакотерапии АГ. Дизайн был основан на опросе врачей, работающих в различных ЛПУ, имеющих постоянную практику лечения больных с АГ. Опрос проводился с помощью специально разработанных анкет, включавших 8 вопросов об особенностях использования антигипертензивных препаратов. Анкеты поступали из 38 городов России. Общее количество валидных анкет — 961. Характеристика врачей: 63% терапевтов, 25% кардиологов, 12% врачей других специальностей; 42% врачи стационаров, 55% врачи амбулаторного звена. Основу врачебных назначений больным с АГ составили 4 класса препаратов: ингибиторы АПФ (доля 25%), β -адреноблокаторы (23%), диуретики (22%) и антагонисты кальция (18%). Доля антагонистов рецепторов АТ II — 8%, препаратов с центральным механизмом действия — 3%, α -адреноблокаторов — 1%. При сравнении с данными Пифагор I (2002 г.) отмечается уменьшение доли ингибиторов АПФ и β -блокаторов, увеличение доли антагонистов кальция и 5-кратное увеличение доли антагонистов рецепторов АТ II. Основу класса ингибиторов АПФ составили 5 препаратов: эналаприл (21%), лизиноприл (19%), периндоприл (17%), фозиноприл (15%) и рамиприл (10%). Отмечено значительное сокращение доли каптоприла. Основу класса β -блокаторов составили метопролол (33%) и бисопролол (26%), чуть меньшие доли небиволола (17%) и бетаксолола (11%). Отмечено значительное уменьшение доли пропранолола (3%) и атенолола (9%). Класс диуретиков представлен индапамидом (доля 63%) и гидрохлортиазидом (31%). В классе антагонистов кальция наибольшая доля амлодипина (31%); суммарная доля «старых» препаратов короткого действия

(нифедипин, дилтиазем, верапамил) уменьшилась до 27%; доля препаратов пролонгированного действия возросла до 73%. Среди препаратов с центральным механизмом действия наибольшая доля принадлежит моксонидину (56%) и рилменидину (17%). При выборе гипотензивного препарата опрошенные врачи учитывают такие факторы, как сопутствующие заболевания (91%), степень повышения АД (89%), наличие поражения органов-мишеней (83%), возраст (77%). 70% опрошенных врачей используют целевое АД 140/90 мм.рт.ст. и ниже. Однако, 18% врачей по-прежнему предпочитают снижать АД до «рабочего уровня». 70% врачей используют комбинированную антигипертензивную терапию и 28% врачей остаются приверженными к монотерапии. Свободные комбинации препаратов назначают 69% врачей, фиксированные комбинации — 43%, низкодозовые комбинации — 29%. 90% врачей назначают комбинации на основе диуретиков, 50% — комбинации не содержащие диуретики.

Анализ врачебной практики проведения антигипертензивной терапии показал соответствие современным национальным рекомендациям по лечению АГ. Врачи стали адекватно оценивать преимущества и недостатки разных классов препаратов при эмпирическом выборе, основанные на современных данных доказательной медицины.

Исследование выполнено при поддержке РГНФ (грант 09-06-00192а).

0082 ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИИ И СОДЕРЖАНИИ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ У КРЫС

Бердникова В.А., Анищенко Т.Г., Семячкина-Глушкова О.В., Синдякова Т.А.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского», Саратов, Россия

Целью работы явилось изучение показателей артериального давления (АД), устойчивости к развитию почечной гипертензии и уровней оксида азота (NO) в крови у инфантильных, половозрелых и старых самок и самцов крыс.

Эксперименты выполнены на 40 инфантильных, 36 половозрелых, 32 старых крысах разного пола. У половины животных вызывали почечную гипертензию методом Голдблота (1 клипса, 2 почки). Вторая половина животных, подвергнутых лапаротомии, служила контролем. Динамику изменений среднего артериального давления (АД ср.) исследовали, используя многоканальный измерительно-вычислительный комплекс (PowerLab/400 ML401, Австралия). Содержание NO определяли по наличию нитритов в крови с применением реактива Грисса. Статистическую обработку проводили с помощью программ «Statistica 5.0».

Результаты опытов показали, что у инфантильных и еще в большей степени у старых крыс уровни АД ср. были достоверно выше, чем у половозрелых животных. При этом значения АД ср. не зависели от пола животных и изменялись одинаково в онтогенезе у самок и самцов.

У инфантильных животных выраженность почечной гипертензии была наибольшей по сравнению с половозрелыми и старыми крысами. У половозрелых крыс понижались базальные уровни АД ср. и повышалась устойчивость к развитию гипертензии по сравнению с инфантильными крысами. При этом взрослые, как и инфантильные, самки имели менее выраженную гипертензию, чем самцы. Для старых животных характерны повышение базальных уровней АД ср. и инверсия половых различий в устойчивости к развитию ренальной гипертензии. Так, у старых самок гипертензия была более тяжелой, чем у самцов.

У инфантильных крыс отмечалась тенденция к увеличению уровня NO в крови по сравнению с половозрелыми крысами. У старых животных снижение продукции NO сочеталось с повышением базальных показателей АД по сравнению с половозрелыми крысами. У инфантильных и взрослых самок уровень NO в крови выше, а почечная гипертензия менее выражена, чем у самцов. У старых самок возрастное снижение продукции NO было более значительным, чем у самцов, что сопровождалось исчезновением половых различий в содержании NO и развитием более тяжелой у самок гипертензии.

Таким образом, результаты наших исследований показали, что NO играет важную роль в половых различиях в устойчивости к гипертензии у инфантильных, взрослых и старых крыс, а снижение уровня NO при старении ведет к увеличению АД у обоих полов.

Работа выполнена при поддержке CRDF (грант No. BP4M06) и Министерства образования и науки РФ в рамках АВЦП «Развитие научного потенциала высшей школы (2009-2010 годы)» на 2009г. (грант № 2.2.2.2/229).

0083 АССОЦИАЦИЯ ГЕННЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ENOS И INOS С РАЗВИТИЕМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Березикова Е.Н., Шилов С.Н., Попова А.А., Тепляков А.Т., Маянская С.Д., Яковлева Н.Ф., Лукша Н.Б., Торим Ю.Ю.*, Кистенева И.В. *, Кузнецова А.В.**

НГМУ, Новосибирск, Россия; *НИИ кардиологии Томского научного центра Сибирского отделения РАН, Томск, Россия

Важная роль в развитии ХСН отводится нарушениям функции эндотелия. В связи с этим интерес исследователей привлекает структурная организация гена NO—синтазы. Мутация в гене NO—синтазы теоретически может быть одной из детерминант ХСН и ее осложнений.

Цель исследования. Изучить влияние полиморфизма гена индуцибельной NO—синтазы (iNOS) (CCTTT)n, а также полиморфных маркеров Glu298Asp гена эндотелиальной NO—синтазы (eNOS) на состояние функции эндотелия и риск развития ХСН.

Материал и методы. Обследовано 226 пациентов с ХСН (55,9±5,8 лет). Оценивалась сосудодвигательная функция эндотелия ультразвуковым методом в пробе с реактивной гиперемией. Идентификацию генотипов проводили с помощью ПДРФ-анализа ПЦР-продуктов. Группу контроля составили 114 человек (54 мужчины и 60 женщин, средний возраст 53,2±4,9).

Результаты. Увеличение количества повторов полиморфного локуса (CCTTT)n гена iNOS до 14, а также аллель Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS в гомозиготном состоянии ассоциирован с клиническими проявлениями и неблагоприятным течением ХСН. У лиц, гомозиготных по аллелю Glu полиморфного локуса Glu298Asp гена eNOS, диагностировались более выраженные нарушения эндотелийзависимой вазодилатации по сравнению с носителями аллеля 298Asp.

Выводы. Установлены ассоциативные взаимосвязи полиморфизма генов iNOS (CCTTT)n и eNOS (Glu298Asp) с развитием и тяжестью течения ХСН; полиморфизм гена eNOS (Glu298Asp) ассоциировался с нарушением эндотелийзависимой вазодилатации.

0084 ОЦЕНКА ИНТЕГРАЛЬНОГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 35-55 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ)

Березина В.Г., Алмазов Л.И., Шалаев С.В.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель: выявить и сформировать группы сердечно-сосудистого риска, определить суммарный риск в неорганизованной популяции мужчин 35-55 лет по данным профилактических осмотров.

Методы. В рамках регионального сегмента национального проекта «Здоровье» проводили дополнительную диспансеризацию мужчин 35-55 лет. Из числа мужчин трудоспособного возраста прошедших диспансеризацию в амбулаторно-поликлиническом учреждении ММЛУ № 10 за 2007 год, методом случайной выборки проанализировано 1350 амбулаторных карт. На доврачебном приеме определили рост, вес, проводили анкетирование по стандартному кардиологическому опроснику. На врачебном приеме измерили артериальное

давление (АД), рассчитали индекс массы тела по формуле ($\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} : \text{рост}^2 (\text{м}^2)$), зарегистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определили уровень глюкозы и общий холестерин плазмы крови (критерным уровнем считался показатель $>5 \text{ ммоль/л.}$).

Выявляли и оценивали следующие факторы риска: курение, возраст, АД, уровень в крови липидов и глюкозы, избыточная масса тела ($\text{ИМТ} > 25$), ожирение ($\text{ИМТ} > 30$), наследственность (случаи внезапной смерти или ИМ у ближайших родственников до 55 лет по мужской линии и до 65 лет по женской линии). На основании этих данных по шкале SCORE были сформированы группы риска.

Результаты: В обследуемой группе 1350 мужчин средний возраст составил 46.2 ± 5.8 лет. По уровню настоящего риска ССЗ в данной популяции сформировано три группы. Первая группа — здоровые мужчины с риском развития ССЗ 0% 192 (14,2%) мужчины, не нуждаются в наблюдении. Вторая группа мужчин, риск которых составил менее 5% — 1037 (76,8%), нуждаются в профилактике и коррекции ФР. Третья группа обследованных с высоким уровнем риска 5% и более — 121 (9%) мужчин, которой требуются мероприятия направленные на усиление профилактических мер и предотвращения прогрессирования болезни. Из 1350 мужчин 1041 находился в возрасте 40 лет и более, для них был рассчитан суммарный риск. Группа с низким риском составила 958 (92%) мужчин, группа высокого риска — 77 (7,4%) и группа очень высокого риска составила 6 (0,6%) мужчин.

0085 ЧАСТОТА И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ОБ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 35-55 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ)

Березина В.Г., Алманова Л.И., Шалаев С.В.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель: изучить частоту и осведомленность о факторах риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин 35-55 лет в неорганизованной популяции.

Методы. В рамках регионального сегмента национального проекта «Здоровье» проводили дополнительную диспансеризацию мужчин 35-55 лет. Из числа мужчин трудоспособного возраста прошедших диспансеризацию в амбулаторно-поликлиническом учреждении ММЛПУ № 10 за 2007 год, методом случайной выборки проанализировано 1350 амбулаторных карт. На доврачебном приеме определили рост, вес, проводили анкетирование по стандартному кардиологическому опроснику. На врачебном приеме измерили артериальное давление (АД), рассчитали индекс массы тела по формуле ($\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} : \text{рост}^2 (\text{м}^2)$), зарегистрировали ЭКГ в 12 стандартных отведениях, определили уровень глюкозы и общий холестерин плазмы крови (критерным уровнем считался показатель $>5 \text{ ммоль/л.}$).

Выявляли и оценивали следующие факторы риска: курение, возраст, АД, уровень в крови липидов и глюкозы, избыточная масса тела ($\text{ИМТ} > 25$), ожирение ($\text{ИМТ} > 30$), наследственность (случаи внезапной смерти или ИМ у ближайших родственников до 55 лет по мужской линии и до 65 лет по женской линии).

Результаты: В обследуемой группе 1350 мужчин средний возраст составил 46.2 ± 5.8 лет. По результатам анкетирования выявлено что, уровень своего АД знали 699 (51,8%) мужчин. Самостоятельно регистрировали АД выше 140/90 мм.рт.ст. 455 (33,7%) мужчин. Постоянно принимали лекарственные препараты для снижения АД 276 (20,4%) мужчин. Уровень своего холестерина знали 199 (14,7%), уровень сахара крови — 211 (15,6%) мужчин. Курили 721 (53,4%), отягощенная наследственность по ИБС отмечали 134 (9,9%) мужчин. При обследовании установлено что, АД в анамнезе была у 371 (27,5%) мужчин, СД был у 18 (1,3%), ССЗ в анамнезе у 151 мужчины (11,2%) из них ИБС — 107 (70,8%) мужчин. Избыточная масса тела была у 818 (60,6%) из них ожирение у 122 (9%) человек,

гиперхолестеринемия у 480 (35,6%) мужчин. Впервые выявлена АГ у 121 (9%) мужчин, СД у 17 (1,3%).

В результате диспансеризации установлено АГ страдает 495 мужчин (36,6%), СД — 35 мужчин (2,6%). До проведения обследования кардиологически здоровыми себя считали 764 (56,6%) человек, из них по итогам обследования 651 (48,2%) в кардиологическом статусе были признаны здоровыми. В дообследовании нуждались 66 мужчин (4,9%) .

0086 ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Березин М.В., Михайловская Т.В., Мазанко О.Е., Мишина И.Е., Довгалюк Ю.В., Березина А.М., Корнилов Л.Я., Колосов Б.В.

Ивановская государственная медицинская академия, МУЗ ГКБ №3, Иваново, Россия

Цель. Изучить особенности структуры, клинического течения и консервативной терапии острого коронарного синдрома (ОКС) у больных пожилого и старческого возраста.

Методы исследования. Проанализированы истории болезни 1401 пациентов, проходивших лечение в специализированном городском кардиологическом отделении МУЗ ГКБ №3 г. Иванова по поводу ОКС в 2007 году. Все пациенты были разделены на 3 возрастные группы: до 60 лет — 319 человек (1 группа), 60-74 лет — 649 человек (2 группа), 75 и более лет — 433 человек (3 группа).

Результаты. При анализе структуры ОКС оказалось, что среди пациентов пожилого и старческого возраста преобладали больные с нестабильной стенокардией и повторным инфарктом миокарда (ИМ) ($p < 0,001$). С возрастом происходило повышение удельного веса женщин (от 25,6% — среди пациентов 1 группы, до 72,3% — среди пациентов 3 группы, $p < 0,001$). У пациентов 2 и 3 групп ОКС достоверно чаще сочетался с гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, дисциркуляторной энцефалопатией, хронической почечной недостаточностью, анемией. При анализе распределения больных по степени клинических проявлений хронической сердечной недостаточности (ХСН) до 60 лет преобладали пациенты с I ФК и I стадией ХСН ($p < 0,001$), среди пациентов старческого возраста — с III ФК и II стадией ХСН ($p < 0,001$). У пациентов 3 группы течение ОКС осложнялось развитием кардиогенного шока в 14,1% случаев, в то время как у пациентов 1 и 2 групп достоверно реже — в 5,95% и 8,47% случаев соответственно. Симптомы коронарной недостаточности в процессе выполнения пробы с физической нагрузкой перед выпиской чаще выявлялись у пациентов старших возрастных групп по сравнению с пациентами среднего возраста (70,5% и 55,7% соответственно; $p < 0,05$). Порог толерантности к физической нагрузке уменьшался с возрастом ($p < 0,01$): у пациентов среднего возраста он составлял в среднем 117,5 Вт; у пожилых — 76,5 Вт. Летальность от острого ИМ увеличивалась с 3,77% у больных до 60 лет, до 12,94% и 13,91% — у пациентов 2 и 3 групп. У пациентов старше 75 лет по сравнению с пациентами до 60 лет в стационаре чаще назначались диуретики, сердечные гликозиды, нитропрепараты, антиаритмики, реже — бета-адреноблокаторы и статины. Среди пациентов старше 75 лет после выписки из стационара на амбулаторный этап реабилитации рекомендации по приему нитратов получили 96,8% больных, диуретиков — 93,5%, сердечных гликозидов — 7,5%, бета-блокаторы рекомендовались в 88,0% случаев, статины — 63,8%. У пациентов до 60 лет частота назначения указанных групп препаратов составляла 79,6%, 42,5%, 3,2%, 93,6% и 88,9% соответственно. Частота назначения иАПФ и аспирина в зависимости от возраста не различалась и составляла в среднем 92,3% и 85,6%.

Выводы. У больных пожилого и старческого возраста ОКС протекает на фоне сочетанной сопутствующей патологии, сопровождается более тяжелыми проявлениями сердечной и коронарной недостаточности, что определяет особенности консервативной терапии этой категории пациентов и более высокую летальность.

0087 КРИТЕРИИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

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

Учреждение РАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний Сибирского отделения РАМН, Кемерово, Россия

Цель исследования: изучить влияние факторов воспаления и гиперкоагуляции у больных острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом сегмента ST и исходным высоким риском по шкале CADILLAC на развитие неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в течение 12 месяцев.

Методы исследования: изучено 36 больных ОКС с подъемом сегмента ST, подвергшихся первичному чрескожному коронарному вмешательству (ЧКВ) со стентированием в первые сутки от развития клинических проявлений ОКС. Пациенты были разделены на две группы: в I группе (n=18) 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 (n=18) были включены пациенты без развития вышеперечисленных неблагоприятных событий. Всем пациентам при поступлении выполнялась селективная коронарография (КАГ) с оценкой ангиографических параметров симптомсвязанной артерии, после чего проводилось ЧКВ со стентированием. Исходная степень риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых исходов оценивалась по шкале CADILLAC, с учетом фракции выброса левого желудочка, скорости клубочковой фильтрации, класса по Killip, возраста, наличия анемии, а также ангиографических показателей (трехсосудистое поражение и степень кровотока после ЧКВ артерии). У всех пациентов определялись уровни интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β), интерлейкина-6 (ИЛ-6), интерлейкина-8 (ИЛ-8), интерлейкина-10 (ИЛ-10) и sP-селектина.

Результаты: в обеих исследуемых группах все пациенты имели исходный высокий риск развития неблагоприятных исходов (балл по шкале CADILLAC >5). При анализе средних значений лабораторных показателей, с учетом стандартной ошибки, уровни ИЛ-1 β (0,33 $\pm$ 0,21 против 0,13 $\pm$ 0,08 нг/мл; p=0,01) и sP-селектина (166,5 $\pm$ 36,8 против 27,9 $\pm$ 16,3 нг/мл; p=0,005) оказались статистически значимо выше в I группе пациентов, в сравнении со II группой. В отношении остальных лабораторных показателей статистически значимых различий в двух группах получено не было. При оценке ангиографических показателей, наличие протяженного поражения (44,4 против 22,2%), тромботической окклюзии (77,7 против 33,3%) и поражения проксимального сегмента передней нисходящей артерии (ПНА) (77,7 против 11,1%) отмечались чаще в I группе пациентов по сравнению с больными II группы.

Заключение: в комплекс оценки исходной степени риска развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий в отдаленном периоде у больных ОКС с элевацией сегмента ST, наряду с известными предикторами, целесообразно включить такие показатели, как уровень ИЛ-1 β , sP-селектина, а также наличие протяженного поражения, окклюзии симптомсвязанной артерии и поражения проксимального сегмента ПНА.

0088 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СНИЖЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ

Берштейн Л.Л., Новиков В.И., Вишневский А.Ю., Гришкин Ю.Н. ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования» Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Фракцию выброса левого желудочка (ФВ) широко используют для оценки сердечного риска в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ), однако в постинфарктном периоде ФВ может значительно изменяться, поэтому такая оценка недостаточно

надежна. Возможность прогнозирования постинфарктной динамики ФВ позволит оценивать сердечный риск пациента в остром периоде ИМ с большей точностью.

Цель. Изучить характер изменений ФВ в постинфарктном периоде и выявить факторы, определяющие ее величину через 12 мес. после острого ИМ.

Методы. Проведено 12-месячное наблюдение 115 больных, перенесших острый ИМ с подъемом сегмента ST и системный тромболитический, а затем получавших стандартную медикаментозную терапию. Проводились оценка факторов сердечного риска и клинических параметров при поступлении; электрокардиография — перед началом и через 3 ч после тромболитизиса (ЭКГ-1 и ЭКГ-2); анализ уровня креатинкиназы и МВ-фракции креатинкиназы до тромболитизиса и затем еще 4 раза с 6-часовыми интервалами с нахождением максимальных концентраций обоих ферментов (ККmax и МВmax); эхокардиография с оценкой динамики ФВ — до тромболитизиса и через 12 мес. после ИМ. Достоверным считалось изменение величины ФВ на $\pm$ 5%. ФВ $\leq$ 40% расценивалась как прогностически неблагоприятная.

Результаты. Динамика ФВ в течение года после ИМ значительно варьировала: у 49 пациентов наблюдалось ее увеличение, у 38 — уменьшение, у 12 ФВ осталась в пределах $\pm$ 5% от исходной. Из 18 пациентов, имевших ФВ $\leq$ 40% при исходной эхокардиографии, ее значение в этом диапазоне через 12 мес. регистрировалась только у 4, p<0,05. Напротив, из 81 пациента с исходным значением ФВ >40%, по окончании наблюдения у 15 она была $\leq$ 40%, p<0,05. Пациенты с ФВ через 12 мес. $\leq$ 40% составили группу R1, n=23, с ФВ>40% — группу R0, n=92. Среди клинических параметров наибольшее значение для прогноза ФВ через 12 мес. имел анамнез ранее перенесенного инфаркта (22% больных в группе R1, 6% — в группе R0, p<0,05). Важнейшим электрокардиографическим предиктором была величина суммарной элевации сегмента ST на ЭКГ-2, ее значение >13,5 мм обладало чувствительностью 35% и специфичностью 96% в прогнозировании неблагоприятной динамики ФВ. Попадание в группу R1 предсказывали значения ККmax >3875 Ед/л и МВmax >632 Ед/л (чувствительность и специфичность первого показателя — 79% и 68%, второго — 65 и 71%, соответственно). Низкую ФВ предсказывали показатели исходной эхокардиографии: индекс локальной сократимости >1,72 (чувствительность — 87%, специфичность — 59%) и митрально-септальная сепарация >14,5 мм (соответственно, 48% и 98%).

Выводы. В постинфарктном периоде наблюдаются разнонаправленные изменения ФВ. Наибольшее значение для прогноза величины ФВ в поздние сроки имеют анамнез ранее перенесенного инфаркта, суммарная элевация сегмента ST на электрокардиограмме, зарегистрированной после тромболитизиса и исходные эхокардиографические параметры — индекс локальной сократимости и митрально-септальная сепарация.

0089 ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Берштейн Л.Л., Новиков В.И., Вишневский А.Ю., Гришкин Ю.Н. ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования» Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Прогресс в лечении острого инфаркта миокарда (ИМ) привел к существенному снижению 1-месячной смертности и частоты развития сердечной недостаточности (СН) в период первичной госпитализации по поводу ИМ. В то же время, СН остается важнейшей причиной поздней летальности и госпитализаций больных, перенесших ИМ, а факторы, предопределяющие развитие СН в отдаленные сроки, изучены значительно меньше.

Цель. Изучить частоту клинической манифестации СН в течение первого года после ИМ и выявить ее ранние предикторы.

Методы. Проведено 12-месячное наблюдение 123 пациентов, средний возраст 59 $\pm$ 1 лет, перенесших ИМ с подъемом сегмента ST и системный тромболитический, у которых не было явлений СН по окончании первичной госпитализации по поводу ИМ и находившихся в течение года на стандартной медикаментозной терапии. При поступлении оценивались клинические данные и анамнез.

Электрокардиографический анализ включал измерение числа отведений с элевацией сегмента ST, значений максимальной и суммарной элевации ST (maxST и sumST) перед тромболизисом (ЭКГ-1) и через 3 часа после него (ЭКГ-2) в мм. Эхокардиографические показатели оценивали перед тромболизисом (ЭхоКГ-1), при выписке (ЭхоКГ-2), и по окончании периода наблюдения, когда оценивался класс СН по NYHA и пациенты были разделены на группы СН– (NYHA I) и СН+ (NYHA II–IV).

Результаты. В группу СН+ вошло 54 (44%) пациента, у большинства из которых (43, 80%) был диагностирован II класс NYHA. У 69 больных в конце наблюдения не было проявлений СН (группа СН–). Пациенты группы СН+ были старше, чем в группе СН– (62 ± 1 и 56 ± 1 лет, $p=0,001$), у них достоверно чаще наблюдалась передняя локализация ИМ (83% и 44%, $p<0,001$), было больше отведений с элевацией сегмента ST на ЭКГ-1 ($5,6 \pm 0,2$ и $4,4 \pm 0,2$, $p<0,001$); была больше величина элевации ST на ЭКГ-1 (maxST $5,3 \pm 0,3$ мм против $4,0 \pm 0,3$ мм, sumST $18,0 \pm 1,4$ мм против $12,9 \pm 1,1$ мм) и ЭКГ-2 (соответственно, $2,5 \pm 0,2$ мм против $1,7 \pm 0,2$ мм и $8,2 \pm 0,9$ против $5,3 \pm 0,6$ мм), везде $p<0,05$. В группе СН+ также были выше индекс локальной сократимости левого желудочка при ЭхоКГ-1 ($1,81 \pm 0,05$ против $1,57 \pm 0,05$, $p<0,001$) и ЭхоКГ-2 ($1,78 \pm 0,03$ против $1,49 \pm 0,04$, $p<0,001$), а также величина митрально-сепальной сепарации ($9,7 \pm 0,5$ мм против $8,1 \pm 0,5$ мм, $p=0,03$) и конечно-систолического индекса левого желудочка (32 ± 2 мл/м² против 25 ± 1 мл/м², $p=0,005$) при ЭхоКГ-2. Характер медикаментозной терапии в группах достоверно не различался. По результатам логистической регрессии, возраст был важнейшим независимым предиктором СН, отношение шансов 1,06 (95% доверительный интервал 1,01–1,12). Пороговым значением возраста, позволявшим наилучшим образом разделить пациентов по прогнозу СН, была его величина 64 года: СН имела место у 27 из 42 (64%) пациентов старше 64 лет, и лишь у 29 из 81 (36%) младше этого возраста, $p<0,05$.

Выводы. Развитие СН в течение 1 года после ИМ можно прогнозировать на основании ряда доступных в клинической практике электрокардиографических и эхокардиографических показателей. Пожилой возраст представляет собой наиболее значимый фактор риска клинической манифестации СН.

0090 К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДАХ

Бессараб А.В., Лавров Л.М., Кудряшов Е.А.

Российский Федеральный Ядерный Центр (РФЯЦ-ВНИИЭФ), Саров, Россия

Проведен обзор существующих моделей пульсовой гемодинамики и механизмов, объясняющих процесс формирования пульсовой волны (ПВ) в периферических сосудах. Рассмотрены методы анализа регистрируемых сигналов при использовании различных способов регистрации формы ПВ. Как показывают результаты такого обзора, на сегодня используются несколько, значительно различающихся по физическим принципам, методик для регистрации ПВ в периферических сосудах, на основании которых производится расчет показателей кровообращения и осуществляется диагностика заболевания.

Наиболее значительны вариации в подходах к описанию формы ПВ, регистрируемой в периферических сосудах, с использованием импедансной реографии. В настоящее время сложилась парадоксальная ситуация, когда в медицинской практике применяется несколько моделей пульсовой гемодинамики, служащих основой для заключения и постановки диагноза по результатам измерений параметров ПВ. В первую очередь это касается оценки величины периферического сопротивления и состояния венозного оттока на основании количественного анализа реографической кривой. В основном используются три модели пульсовой гемодинамики: однокомпонентная, двухкомпонентная, и модель, учитывающая диастолическую функцию сердца. Каждая из моделей по-своему трактует механизм формирования ПВ и причины появления различных пиков и провалов на реовасограммах.

В последнее время взгляды на генезис ПВ существенно изменились, и появление диастолической волны на катакроте в большинстве публикаций объясняется наличием отраженных волн.

Использование фактора отражения волн от бифуркации аорты и периферических сосудов позволило объяснить рост пульсового давления с увеличением жесткости сосудов и выявить причины появления второго систолического пика на реограммах. В то же время в ряде работ наблюдается односторонний подход объяснению процессов гемодинамики. Так, механизм формирования ПВ в периферических сосудах, используемый для описания фотоплетизмограмм, целиком базируется на суперпозиции отраженных волн от различных сосудистых неоднородностей. При этом вклад венозной компоненты в формирование ПВ вообще не учитывается. Не рассматривается в этих моделях гемодинамики также дисперсия волны при прохождении ее по резистивным сосудам.

Результаты последних исследований по двигательной функции артериальной стенки и роли эндотелия в функционировании сосудистой системы указывают на целый ряд факторов, существенно влияющих на характер гемодинамики и, соответственно, на процесс формирования ПВ.

Таким образом, назрела объективная необходимость обобщения накопленной информации о механизмах формирования ПВ в периферических сосудах и построения единой модели пульсовой гемодинамики, позволяющая объяснить существующие экспериментальные данные и осуществлять более достоверную диагностику состояния кровообращения.

0091 ПРИМЕНЕНИЕ РЕОГРАФИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВЫХ ВОЛН ПРИ СКРИНИНГ-ИЗМЕРЕНИЯХ

Бессараб А.В., Лавров Л.М., Кудряшов Е.А.

Российский Федеральный Ядерный Центр (РФЯЦ-ВНИИЭФ), Саров, Россия

Скорость распространения пульсовых волн (СРПВ) в настоящее время рассматривается как один из независимых факторов риска сердечно-сосудистых осложнений и может являться объективным показателем жесткости артерий.

Классическим способом определения СРПВ является синхронная регистрация сфигмограмм сонной, бедренной и лучевой артерий. Однако данный метод регистрации пульсовой волны (ПВ) требует высокой квалификации персонала, поскольку он весьма чувствителен к выбору точки измерения, а амплитуда сигнала зависит от степени нажатия датчика на кожу. Кроме того, такие измерения необходимо выполнять в положении лежа, что плохо согласуется с условиями скрининга. Скорость пульсовой волны можно оценить также с помощью доплеровского метода при одновременной регистрации кровотока в двух сосудистых зонах. Данный метод требует применения дорогостоящей аппаратуры и может проводиться только узкопрофильным специалистом.

К числу методов, раскрывающих свои потенциальные возможности с помощью современных компьютерных технологий, относится импедансная реография. Этот метод измерений выгодно отличается своими эксплуатационными свойствами: высокая чувствительность, хорошая воспроизводимость результатов, отсутствие искажающего влияния на исследуемые физиологические процессы, низкая стоимость аппаратуры.

Нами разработан двухканальный вариант прибора для измерения биоимпеданса, который позволяет проводить регистрацию ПВ практически в любом доступном месте на теле человека. Одновременная регистрация пульсовых волн на двух участках тела дает возможность определять СРПВ в исследуемом сосудистом бассейне. Для снижения влияния формы ПВ и дыхательной компоненты на точность измерений используются первые производные сигналов записи пульсовых волн. Длительность записи определяется количеством требуемых кардиоциклов и может устанавливаться в пределах от 40 до 180 сек. Определение времени задержки между регистрируемыми сигналами ведется автоматически с помощью компьютерной программы. Результатами обработки полученного массива данных являются гистограммы и ритмограммы, характеризующие статистические и временные параметры процесса. На основании полученной величины задержки ПВ с использованием стандартной методики расчета определяется СРПВ по конкретному артериальному руслу.

Проведенные исследования показывают, что для реализации скрининг-измерений СРПВ по аорте наиболее подходящими местами для установки электродов являются пальцы руки или ноги и уши.

0092 ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА РЕОГРАФИЧЕСКИХ СИГНАЛОВ ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА

Бессараб А.В., Лавров Л.М., Кудряшов Е.А.

Российский Федеральный Ядерный Центр (РФЯЦ-ВНИИЭФ), Саров, Россия

Исследована возможность применения спектрального анализа реографических сигналов, регистрируемых одновременно в различных сосудистых зонах, применительно к экспресс-диагностике функционального состояния организма (ФСО) и для исследования колебательных процессов, связанных с жизнедеятельностью организма.

Для одновременной регистрации реограмм в различных участках организма использовался разработанный нами двухканальный вариант прибора для измерения биоимпеданса. Основу устройства для измерения биоимпеданса составляет преобразователь импеданса в частоту. Прибор позволяет регистрировать постоянную или медленно изменяющуюся составляющую импеданса, зависящую от состава ткани, и быстро изменяющуюся компоненту, связанную с пульсовыми колебаниями кровотока. Благодаря своей высокой чувствительности и низкому уровню шума прибор позволяет регистрировать небольшие колебания изменения проводимости ткани (0,01 Ом) при полосе пропускания 500Гц.

Преобразование сигнала в цифровую форму осуществляется с помощью 16-битного АЦП с частотой дискретизации 3 кГц. Время записи сигнала можно устанавливать равным 127 сек или 257 сек. Спектральный анализ записанных сигналов в области частот от 0 до 1500 Гц осуществляется по специальной программе с использованием быстрого Фурье-преобразования. При этом на экране компьютера одновременно воспроизводятся в одинаковом масштабе два спектра, соответствующие регистрируемым процессам. Для более наглядного восприятия информации спектральные картины отличаются по цвету.

Спектры получаемых сигналов отражают характерные для организма процессы гемодинамики. В основном доминируют частоты, связанные с кардиоритмом, дыхательным ритмом, ритмом вазомоторных колебаний и деятельностью барорецепторов. Однако в спектрах сигналов устойчиво регистрируются частоты, не связанные с известными биоритмами и механизм их возникновения требует дальнейшего выяснения.

Как показывают результаты многочисленных измерений, спектры сигналов, регистрируемых в разное время у одного и того же человека, одновременно в различных областях организма, могут существенно различаться. Это заключается не только в различном соотношении амплитуд отдельных спектральных компонент, но и в появлении индивидуальных спектральных составляющих, обусловленных наличием региональных процессов, характерных для отдельных сосудистых зон. Замечено, что появление этих составляющих связано с функциональным состоянием организма, что, возможно, может быть использовано для оценки ФСО.

0093 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТА

Бессонова Н.А.

Военно-медицинская академия, ГУЗ «Городская больница № 28», Санкт-Петербург, Россия

Введение. Известно, что острые сердечно-сосудистые катастрофы в настоящее время сохраняют свою главенствующую роль в

структуре заболеваемости и смертности во всем мире, включая и всю территорию России. Известно так же, что современные медицинские технологии в лечении подобных заболеваний хотя и развиваются огромными темпами, но все же не всегда приемлемы. Поэтому вопрос изучения течения острого инфаркта миокарда остается актуальным.

Цель исследования. Целью исследования является изучение некоторых морфофункциональных особенностей и клинического течения заболевания в отдаленные сроки у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда с низкой глобальной сократимостью в остром периоде.

Материалы и методы. В обследование было включено 100 больных острым инфарктом миокарда с низкой глобальной сократимостью в остром периоде, определенной в первые 24–48 часов методом двухмерной эхокардиографии по фракции выброса. Все пациенты имеют фв менее 35%, попытка выделить достоверные группы по данному показателю по полу, возрасту, локализации и т.д. не удалась, средний показатель был $29 \pm 1,5\%$. Всем больным были назначены ИАПФ (каптоприл в дозе 25–75 мг в сутки) в первые 24–48 часов, продолжительность приема составляла от 3 до 5 лет. Никто из больных не получил в остром периоде инвазивного лечения. Структурно пациенты разделились следующим образом — 71% составили осложненные инфаркты, средний возраст в этой группе составил 57,8 лет, средняя фв 31%, неосложненные соответственно 29%, 58,8 лет, 33%. Наблюдение за больными осуществлялось в течение 3 — 5 лет 2 — 3 раза в год. Проводилось мониторирование новых жалоб, ухудшений имеющихся кардиальных симптомов, количество и тяжесть негативных событий, осуществлялся физикальный осмотр, снимались электрокардиограммы, проводилось эхокардиография.

Полученные результаты. Внутригоспитальная летальность была 1,4%. К 5 годам наблюдения общая летальность составила 16%, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний 13%. К 5 годам наблюдения общая сердечно-сосудистая летальность достигла 27,8%, при этом достоверно определились группы, а именно в группе больных перенесших инфаркт миокарда до 60 лет (средний возраст 54,4 года) пятилетняя выживаемость составила 92,9%, а в группе старше 60 она составила уже 62,3%. Аналогичная картина наблюдалась и по числу повторных острых коронарных синдромов. Развитию недостаточности кровообращения и т.д.

Выводы. Длительное динамическое наблюдение и комплексное лечение с длительным использованием ИАПФ больных, перенесших острый инфаркт миокарда с крайне низкой сократительной способностью миокарда в остром периоде показало, что практически единственным относительным предиктором летального исхода в послегоспитальном периоде может служить пожилой и старческий возраст, другие клинические и морфологические данные в плане прогноза показали себя сомнительными и требуют дальнейшего изучения, так выявление предикторов и направленная борьба с ними может уменьшить риск сердечно-сосудистых катастроф.

0094 НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С НИЗКОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

Бессонова Н.А., Яковлев В.В.

Военно-медицинская академия, ГУЗ городская больница № 28, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Уровень заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в мире, в России и в Северо-западном регионе стабильно высок. Подавляющей причиной в структуре смертности от сердечно-сосудистых заболеваний занимает недостаточность кровообращения, причиной которой в свою очередь являются инфаркты миокарда, кардиосклероз, артериальная гипертензия. Это объясняет актуальность всестороннего изучения течения данных состояний для возможности прогнозирования и правильного выбора технологий ведения и лечения.

Цель исследования. Целью исследования является изучение морфофункциональных и клинических особенностей показателей у больных, перенесших острый инфаркт миокарда с низкой глобальной сократимостью в остром периоде, выявленных в ходе длительного наблюдения.

Материалы и методы. В обследование было включено 100 больных острым инфарктом миокарда с низкой глобальной сократимостью в остром периоде, определенной в первые 24-48 часов методом двухмерной эхокардиографии по фракции выброса. Все пациенты имеют фв менее 35%. Всем больным были назначены ИАПФ (каптоприл в дозе 25-75 мг в сутки) в первые 24-48 часов, продолжительность приема составляла от 3 до 5 лет. При этом пациенты получали стандартную терапию, в том числе в-блокаторами и дезагрегантами. Инвазивные методы не применялись. Структурно пациенты разделились следующим образом — 71% составили осложненные инфаркты, средняя фв 31%, неосложненные соответственно 29%, 33%. Наблюдение за больными осуществлялось в течение 3 — 5 лет 2 — 3 раза в год. Проводился опрос по вновь возникшим или нарастающим жалобам, мониторировались повторные сердечно-сосудистые катастрофы, проводилась оценка «качества жизни» по модифицированному опроснику EQ 52, осуществлялся физикальный осмотр, снимались электрокардиограммы, проводилось эхокардиография.

Полученные результаты. Внутригоспитальная летальность была 1,4%. К 5 годам наблюдения общая летальность составила 27%, смертность от сердечно-сосудистых заболеваний 26%. К 5 летнему наблюдению наблюдается некоторое снижение положительных тенденций, наблюдавшихся в течение 1-3 лет, ухудшение «состояния общего здоровья», увеличение числа появившихся симптомов нк — слабости, усталости, отдышки возникают практически у 78,6% оставшихся пациентов. Однако параллельно выявлено снижение регулярности наблюдения, приверженности пациентов к лечению вообще и ИАПФ в частности, их смене или отмене по причинам как медицинского, так и парамедицинского характера, наблюдается общая тенденция к минимализации лекарственной терапии аналогичного свойства. По данным ЭхоКГ выявлена тенденция к сохранению признаков диастолической дисфункции и к снижению систолической функции, увеличения массы миокарда, дилатации левых полостей.

Выводы. Длительное динамическое наблюдение и регулярное комплексное лечение с длительным использованием ИАПФ больных, перенесших острый инфаркт миокарда с крайне низкой сократительной способностью миокарда в остром периоде приводит к стабильному улучшению качества жизни, состоянию физического и психического здоровья, к улучшению морфофункциональных показателей, однако к пятилетнему сроку показатели явно ухудшаются, что говорит о необходимости более тщательного регулярного наблюдения таких больных и своевременного решения вопроса о возможности применения новых медицинских технологий.

0095 КУРЕНИЕ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Бехбудова Д.А., Бахшалиев А.Б., Ахмедова Т.А., Абиева Э.М., Касумов З.И.

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

Учитывая периодически появляющиеся в средствах массовой информации сведения о вреде табакокурения, интерес представляло изучение распространенности курения — одного из наиболее значимых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) — среди мужчин, занимающихся различными видами трудовой деятельности, в организованных популяциях г. Баку.

Всего обследовано 210 мужчин трудоспособного возраста: 115 мужчин, занимающихся преимущественно умственным трудом (УТ), и 95 мужчин, занимающихся преимущественно физическим трудом (ФТ).

Исследование проводили с помощью специально подготовленного опросника по выявлению основных ФР ССЗ, один из разделов которого посвящен изучению вопросов, связанных с табакокурением. В соответствие с рекомендациями ВОЗ курившими считали лиц, выкуривавших хотя бы одну сигарету в день.

По результатам проведенного исследования в группе мужчин УТ курящие лица составили 39,4%. Практически половина из них (19,1%) выкуривали от 10 до 30 сигарет в сутки. Несколько меньше оказалось мужчин, выкуривавших менее 10 сигарет в сутки (14,8%). В группе работников УТ отмечены также единичные случаи выкуривания более 30 сигарет в сутки (5,2%). Среди работников ФТ курящих лиц оказалось даже несколько больше по сравнению с работниками УТ (41,1%). Лица, выкуривавшие от 10 до 30 сигарет в сутки, составили 20%, что оказалось примерно равным значению этого показателя среди работников УТ. Мужчин, выкуривавших менее 10 сигарет в сутки, в группе лиц ФТ оказалось несколько меньше по сравнению с группой лиц УТ (10,5%). В то же время среди работников ФТ практически каждый десятый курящий (10,5%) выкуривал за сутки более 30 сигарет.

В процессе настоящего исследования проводилась также оценка степени информированности опрашиваемых по вопросам, связанным с профилактикой ССЗ. В результате степень информированности работников ФТ была оценена как недостаточная, а среди работников УТ признана удовлетворительной. Следует признать, что в обеих группах обследованных оказалось достаточно мужчин некурящих и отказавшихся от курения (62,6% и 58,9%). В то же время, несмотря на различия в уровне информированности, в обеих группах выявлена достаточно высокая распространенность интенсивного курения с превалированием величины этого показателя в группе лиц ФТ. В этой связи следует отметить, что среди работников ФТ чаще по сравнению с работниками УТ выявлялись артериальная гипертензия, стенокардия напряжения по опроснику Роуза и перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе.

Таким образом, полученные в настоящем исследовании результаты свидетельствуют о необходимости разработки и последовательного внедрения мероприятий по пропаганде некурения и отказа от курения на уровне организованных популяций, что в свою очередь будет способствовать повышению эффективности профилактики табакокурения среди населения в целом.

0096 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ г.БАКУ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УМСТВЕННОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ТРУДА

Бехбудова Д.А., Бахшалиев А.Б., Ахмедова Т.А., Абиева Э.М., Касумов З.И.

НИИ кардиологии, Баку, Азербайджан

В задачи настоящего исследования входило сравнительное изучение распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и их факторов риска (ФР) среди мужчин, занимающихся различными видами трудовой деятельности, в организованных популяциях г. Баку.

Объектом исследования явились 2 группы организованного населения мужского пола трудоспособного возраста: 1-ю гр. составили 115 сотрудников 2-х НИИ АН Азербайджанской Республики, занимающихся преимущественно умственным трудом (УТ); 2-ю гр. составили 95 работников машиностроительного завода г. Баку, занимающихся преимущественно физическим трудом (ФТ).

В комплексное обследование пациентов были включены следующие методы: опрос по опроснику Rose, стандартный опрос по основным ФР ССЗ, опрос по анкете Дженкинса, антропометрия, измерение артериального давления (АД) по методу Короткова.

В настоящем исследовании установлен высокий уровень распространенности основных ФР ССЗ среди мужчин как УТ, так и ФТ. Только 6,4% лиц 1-й группы и 3,2% 2-й группы не имели ни одного ФР. Наиболее часто встречающимся ФР ССЗ

в обеих группах оказалась избыточная масса тела (ИМТ) (61,5% и 71,6%). Среди работников ФТ лица с индексом Кетле выше 29 кг/м^2 встречались почти в 2 раза чаще по сравнению с работниками УТ (44,2% и 27,5%, соответственно). У 42,1% рабочих отмечено наличие абдоминального типа ожирения. Среди работников ФТ на втором месте по частоте встречаемости оказалась артериальная гипертензия (АГ), отмеченная более чем у половины обследованных (54,7%). У 17,9% из них АГ была выявлена впервые. Среди работников УТ АГ занимала третье место в ряду основных ФР (33,3%). Обращает на себя внимание частая встречаемость курения в обеих группах (39,4% и 41,1%, соответственно). Среди работников УТ несколько чаще встречались лица с поведением типа «А» (23,9% и 19%), больные сахарным диабетом (9,2% и 3,2%). Среди работников ФТ несколько чаще выявлялась стенокардия напряжения по опроснику Rose (7,4% и 4,6%, соответственно). Степень информированности работников УТ по вопросам профилактики и лечения ССЗ оказалась значительно выше по сравнению с работниками ФТ. Несмотря на это, среди работников УТ чаще встречались лица, имевшие по 4, 5 и 6 ФР, а среди работников ФТ чаще встречались лица с 1, 2 и 3 ФР ССЗ. Среди обеих категорий мужчин наиболее часто отмечались сочетания АГ с ИМТ и АГ с курением.

Таким образом, в настоящем исследовании в организованных популяциях г. Баку среди работников как умственного, так и физического труда установлена высокая частота встречаемости таких модифицируемых ФР ССЗ как ИМТ, курение, АГ и их сочетаний. Полученные результаты свидетельствуют о том, что успешной профилактики ССЗ и их осложнений будет способствовать адаптированный для внедрения на уровне организованных популяций комплекс мероприятий по повышению приверженности населения принципам «здорового образа жизни».

0097 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Бицуев В.Г., Шарданов Н.А., Макляков Ю.С., Хоронько В.В.

Кардиоцентр МЗ КБР, Нальчик, Россия; РостГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: экономической анализ антиаритмической терапии кардиоселективными бета – адреноблокаторами (БАБ) для оптимизации лечения пациентов с постоянной формой фибрилляции предсердий (ПФФП).

Методы. Проведено открытое, проспективное, рандомизированное исследование эффективности и безопасности антиаритмической терапии с целью контроля ЧЖС у пациентов с ПФФП с последующим анализом стоимости-эффективности при применении метопролола сукцината (МС), бисопролола (Б) и небиволола (Н). В исследование включены 90 пациентов с ПФФП, сопоставимых по полу, возрасту, длительности и тяжести заболевания (по 30 пациентов для изучения каждого из препаратов). Для оценки эффективности проводимой терапии использовали суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ), эхокардиографические (ЭхоКГ) исследования, изучение показателей качества жизни (КЖ) проводили при помощи анкет для пациентов с нарушениями ритма сердца.

Полученные результаты. По результатам СМ ЭКГ суточное снижение средней ЧЖС составило в группе, получавших МС -12,2%, Б-22,2%, Н-14,5%. Максимальная ЧЖС в дневное время снижалась на фоне применения МС на 11,4, Б на 18,2, а Н на 14,1%, а в ночные часы на 10,3%, 16,2% и 13,2% соответственно. Оптимальный контроль за ЧЖС в группах получавших МС был достигнут у 37% пациентов, Б-57% и Н-32%. При изучении влияния препаратов на показатели КЖ пациентов с ПФФП наилучший результат был получен при назначении Н (улучшение на 42%), Б и МС улучшали показатели КЖ на 31,3% и 24,5% соответственно. Назначение БАБ пациентам с ПФФП в течение 6 месяцев сопровождалось улучшением гемодинамических параметров, регистрируемых при помощи ЭхоКГ. Анализ стоимости – эффективности затрат антиаритмической терапии БАБ с целью контроля ЧЖС у пациентов с ПФФП показал, что наилучший показатель С/Е отмечался у Б.

Выводы: Кардиоселективные БАБ (МС,Н,Б) являются эффективными и безопасными средствами контроля ЧЖС у пациентов с ПФФП. В ряду пролонгированных кардиоселективных БАБ, оптимальным вариантом для длительной терапии пациентов с ПФФП с позиций фармакоэкономического анализа можно считать выбор Б.

0098 ГЕНЫ-КАНДИДАТЫ, ПРОДУКТЫ КОТОРЫХ РЕГУЛИРУЮТ ТРАНСПОРТ ХОЛЕСТЕРИНА, И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Благодатских К.А.¹, Бровкин А.Н.¹, Минушкина Л.О.², Никитин А.Г.¹, Затеищikov Д.А.², Носиков В.В.¹

¹Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия; ²Федеральное Государственное Учреждение «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель работы: Одним из основных факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) является уровень холестерина в крови пациентов. Именно поэтому нами изучена ассоциация с ИБС ряда генов-кандидатов, продукты которых участвуют в транспорте холестерина и его производных: АТФ-зависимый кассетный переносчик А1 (ABCA1), переносчик эфиров холестерина (СЕТР).

Пациенты и методы: В исследование были включены 313 больных ИБС по результатам клинических исследований и данным коронароангиографии. Контрольная группа состояла из 132 человек без клинических признаков ИБС, имеющих аналогичный профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Идентификацию аллелей и генотипов полиморфных маркеров проводили с помощью полимеразной цепной реакции, расщепления фрагментов ДНК рестриктазами и электрофоретического разделения фрагментов ДНК в 8%-ном полиакриламидном геле. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета программ SPSS 13.0.

Результаты: Для полиморфного маркера С(-724)Т гена СЕТР ассоциации с ИБС обнаружить не удалось. Однако нам удалось обнаружить статистически достоверную ассоциацию полиморфного маркера Ile405Val гена СЕТР (фактором риска являлся генотип Ile/Val) и С(-565)Т гена ABCA1 (аллель Т является фактором риска).

Выводы: Таким образом, нами показано, что гены-кандидаты, продукты которых вовлечены в транспорт холестерина и его эфиров (ABCA1 и СЕТР) играют важную роль в формировании генетической предрасположенности к ИБС.

0099 ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Благодатских С.В., Белолипецкая В.Г., Меркулова Е.В., Белолипецкий Н.А., Жезлова А.В., Колтунов И.Е., Марцевич С.Ю.

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

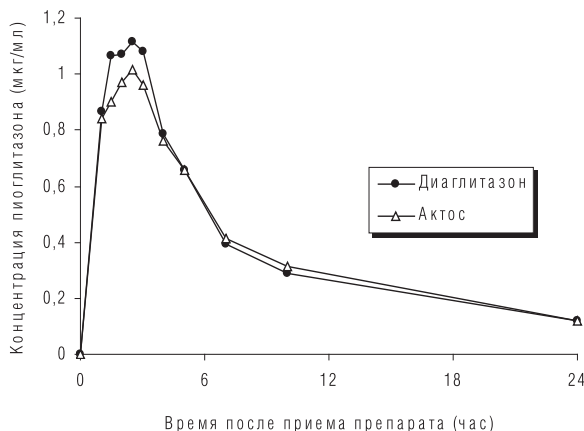
В настоящее время доказано, что сахарный диабет (СД) — один из ведущих факторов риска развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, что позволяет рассматривать всех больных СД в качестве группы высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Препаратами первого ряда для снижения гипергликемии являются пиоглитазон и глимеирид.

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биозэквивалентности препаратов пиоглитазона и глимеирида — таблеток **Диаглитазон** и **Диамерид** производства ОАО «Акрихин», Россия в сравнении с оригинальными препаратами — таблетками **Актос** производства «Eli Lilly and Company», Италия и **Амарил** производства «Hoechst Marion Roussel», Германия.

В исследование было включено по 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили открытым рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с УФ-детектированием.

На рисунках хорошо видно, что средние фармакокинетические профили изучаемых препаратов и компараторов очень близки во всех временных точках. Значения фармакокинетических параметров пиоглиитазона и глимепирида, полученные при изучении Диаглитазона и Диамерид в сравнении с Актосом Амарилом хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Степень относительной биологической доступности f Диаглитазона по отношению Актосу составила в среднем $100,4 \pm 8,0\%$, (С.И.: $98,8-101,5\%$), а Диамерид по отношению к Амарилу — $98,3 \pm 12,3\%$ (С.И.: $95,5-99,6\%$).

Вывод: Диаглитазон и Диамерид соответствуют критериям биоэквивалентности.



0100 УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Бобровская Е.Е., Бузова Н.Н., Кон В.Е.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» МЗ и СР РФ, Санкт-Петербург, Россия

Одним из наиболее частых осложнений Q-инфаркта миокарда (QИМ) является ранняя постинфарктная стенокардия (РПИСт). РПИСт значительно увеличивает опасность рецидива инфаркта миокарда, фатальных нарушений ритма, острой левожелудочковой недостаточности и внезапной смерти.

Цель работы: оценить уровень С-реактивного белка (СРБ) и его динамику у больных QИМ, осложненным развитием РПИСт.

Материалы и методы: Обследовано 128 больных с QИМ. В зависимости от наличия РПИСт больные разделены на две группы: I группа — 61 пациент с РПИСт (42 муж, 19 жен., средний возраст $62,09 \pm 10,07$ лет), II группа (контрольная) 67 пациентов с QИМ без РПИСт (56 муж, 11 жен., средний возраст $57,52 \pm 11,91$ лет). Диагноз РПИСт устанавливался на основании рецидивирования типичного ангинозного приступа в первые 14 дней от момента развития QИМ. Уровень СРБ оценивался количественным методом в первые, вторые и 14 сутки от момента развития QИМ.

Результаты: Повышение уровня СРБ в первые сутки QИМ регистрировалось у большей части больных обеих исследуемых групп (у 71 % больных I группы и у 51 % — группы контроля, $p=0,03$). Уровень СРБ в I группе больных составил $27,34 \pm 28,54$ мг/л и был достоверно выше, чем у больных II группы $18,22 \pm 21,84$ мг/л ($p=0,04$). На вторые сутки повышение уровня СРБ выявлялось у меньшего числа больных (у 57% больных I группы и у 48 % пациентов группы контроля, $p=0,03$). При этом уровень СРБ в исследуемых группах достоверно не различался и составил $15,02 \pm 17,44$ мг/л и $14,48 \pm 17,81$ мг/л в I и II группах соответственно, $p=0,89$. Анализ уровня СРБ на 14 сутки позволил установить наличие повышенного СРБ у 59% больных I группы и у 40% пациентов группы контроля, $p=0,05$. В I группе исследуемых уровень СРБ был достоверно выше по сравнению с аналогичным показателем во II группе (соответственно $19,15 \pm 18,64$ и $7,21 \pm 5,05$, $p<0,01$).

Заключение: Для больных с РПИСт характерно значительное повышение уровня С-реактивного белка с первых суток развития QИМ, имеющее устойчивый характер.

0101 СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОЛЬРЕАКТИВНЫХ ФОРМАХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Бобрышев К. А., Коломиец В. В., Василенко В. В., Тюрина С. Н., Моргунов Е. И.

Донецкий национальный медицинский университет, Донецк, Украина; Городская клиническая больница № 2, Донецк, Украина

При эссенциальной гипертензии (ЭГ) солевая чувствительность артериального давления (АД) вдвое увеличивает риск сердечно-сосудистых «событий». Однако клинические особенности этого сольреактивного типа ЭГ изучены недостаточно. В частности до сих пор не известно, влияет ли солевая чувствительность АД на структуру артерий эластического типа.

Цель: Изучить геометрию и упруго-эластические свойства артерий крупного калибра у больных ЭГ с различной солевой реактивностью АД.

Методы исследования: Обследовано 50 пациентов с ЭГ II стадии — 28 мужчин и 22 женщины. Возраст больных в среднем составил $41,9 \pm 5,0$ лет. Группой контроля служил 21 здоровый доброволец (средний возраст $43,1 \pm 4,9$ лет). Солевую реактивность АД определяли в остром тесте Saline-Lasix. Структурные свойства артерий крупного калибра изучали на аппарате «Sonoline SI-450»: линейным датчиком 7,5-13,0 МГц проводили ультразвуковое дуплексное сканирование общей сонной артерии (ОСА) и аорты. Оценивали толщину комплекса «интима-медия» (ТКИМ) ОСА. По общепринятым формулам рассчитывали дифференциальный модуль Юнга ОСА (Е), растяжимость аорты (D), скорость распространения пульсовой волны вдоль аорты (V). Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты: ТКИМ ОСА в группе контроля составляет $0,52 \pm 0,11$ мм, у сольрезистентных больных ($n=26$) — $0,65 \pm 0,15$ мм, у сольчувствительных ($n=24$) — $0,93 \pm 0,16$ мм. Таким образом, при сольчувствительной ЭГ ТКИМ ОСА превышает аналогичные показатели как у здоровых лиц, так и у сольрезистентных больных ЭГ ($p<0,05$ в обоих сопоставлениях). Последние две группы обследованных также достоверно ($p<0,05$) отличаются по ТКИМ ОСА. Е ОСА в контрольной группе равна $4,95 \pm 1,13 \cdot 10^5$ Н/м², у сольрезистентных пациентов — $5,83 \pm 1,55 \cdot 10^5$ Н/м², у сольчувствительных — $6,77 \pm 1,92 \cdot 10^5$ Н/м². Следовательно, отличия по Е ОСА между здоровыми и сольрезистентными, с одной стороны, и сольчувствительными и сольрезистентными, с другой, отсутствуют ($p>0,05$ в обоих сопоставлениях). В то же время Е ОСА у сольчувствительных больных достоверно выше аналогичной величины у здоровых ($p<0,05$). Показатели D и V соответственно составляют $3,06 \pm 1,57 \cdot 10^5$ Н/м² и $3,78 \pm 0,95$ м/с у здоровых, $2,96 \pm 1,69 \cdot 10^5$ Н/м² и $3,84 \pm 0,86$ м/с у сольрезистентных, $1,44 \pm 1,76 \cdot 10^5$ Н/м² и $4,63 \pm 0,85$ м/с у сольчувствительных обследованных. При этом для обоих показателей отличия зарегистрированы между сольчувствительными и здоровыми, а также сольчувствительными и сольрезистентными ($p<0,05$ во всех сопоставлениях).

Выводы: У больных сольчувствительной ЭГ формируется ремоделирование артерий эластического типа, а также ухудшаются их упруго-эластические свойства. У сольрезистентных пациентов ремоделирование данных артерий выражено в меньшей мере, а их упруго-эластические свойства остаются сохранными.

0102 ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ НЕОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Богданов Д.В., Шапошник И.И.

ГОУ ВПО Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель: Выделение клинических вариантов течения гипертрофической необструктивной кардиомиопатии (ГНКМП) по результатам проспективного 20-летнего наблюдения диспансерной группы больных.

Материалы и методы: Обследованы 152 больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП), мужчин — 97, женщин — 55; средний возраст — $44,9 \pm 1,74$ года. Средний срок наблюдения —

20,2±7,10 года. Средний возраст начала заболевания — 36,4±1,60 лет. До 5 лет наблюдали 34 (22,4%) пациента, до 10 лет — 42 (27,6%), свыше 10 лет — 76 (50,0%). I-II функциональный класс сердечной недостаточности установлен у 69,7%, III — у 30,3%. Обследование включало в себя физикальное исследование по общепринятой схеме, ЭКГ в 12 отведениях, ЭхоКГ в одно- и двухмерном режимах и доплерэхокардиографию по общепринятой схеме. Критерием ГНКМП служило наличие градиента обструкции в покое ниже 30 мм рт.ст.

Результаты: К группе ГНКМП отнесены 85 (55,9%) больных. В этой группе достоверно реже отмечены все клинические проявления, а бессимптомное течение — чаще (в 41% случаев против 25% при обструктивной форме). Достоверно ниже при ГНКМП была относительная толщина стенок (0,66±0,03 против 0,80±0,02 при обструктивной форме), а подвижность межжелудочковой перегородки — выше (фракция укорочения 23,8±1,84% против 18,5±2,99%, $p < 0,05$). При ГНКМП выделили 2 формы течения заболевания: стабильную — у 70 (82,4%) больных и прогрессирующую — у 15 (17,6%). Предикторами прогрессирования оказались наличие увеличения полости и гипертрофии передней стенки правого желудочка (ПЖ), выраженная диастолическая дисфункция задней стенки левого желудочка (ЛЖ), сниженный ударный объем. У пациентов с прогрессированием исходно выше оказалась выражена сердечная недостаточность (средний функциональный класс 2,11±0,10 против 1,54±0,09 при стабильном течении, $p < 0,05$) и выше частота всех жалоб. В динамике у пациентов с прогрессированием заболевания не выявлено увеличения толщины стенок ЛЖ, но обнаружено дальнейшее снижение глобальной систолической функции. В 8 случаях обнаружено расширение полости ЛЖ более 6 см со снижением фракции выброса ниже 45%. Таким образом, у 8 (9%) больных произошла трансформация ГНКМП в дилатационную кардиомиопатию. Из описываемой группы умерли 3 больных.

Выводы: 1. ГНКМП имела место у 56% всех больных диспансерной группы.

2. При ГНКМП имели место две формы течения заболевания — стабильная (82,4% больных) и прогрессирующая (17,6%).

3. Предикторы прогрессирования ГНКМП — наличие поражения ПЖ, нарушение диастолической функции задней стенки левого желудочка.

4. Прогрессирование ГНКМП проявлялось нарастанием диастолической и систолической дисфункции ЛЖ. В 8 случаях (у 9% больных) произошла трансформация ГНКМП в дилатационную кардиомиопатию.

0103 ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА

Богмат Л.Ф., Рак Л.И., Ахазарянц Э.Л., Толмачева С.Р., Молева В.И. ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», Харьков, Украина

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) у детей формируется на фоне воспалительных заболеваний сердца, врожденных пороков или множественных структурных аномалий сердца, первичных и вторичных кардиомиопатий. Учитывая нейрогуморальную активацию в основе патогенеза и неуклонно прогрессирующее течение ХСН, основным принципом ее профилактики является ранняя диагностика начальных признаков ХСН и патогенетическая терапия.

Цель исследования: изучить патогенетические механизмы формирования и прогрессирования ХСН у детей с патологией миокарда и определить тактику их лечения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 256 детей 10–18 лет, 56 из них перенесли миокардит в анамнезе, 101 имел признаки соединительнотканной дисплазии сердца, 113 — хронические нарушения ритма (аритмогенная кардиомиопатия, пароксизмальная и непароксизмальная тахикардии, экстрасистолии). Изучались морфофункциональные характеристики сердца (Эхо-КГ на аппарате SA-8000 Live «Medison»); суточная экскреция катехоламинов с мочой (по Матлиной Э.Ш. с соавт.); активность ренина плазмы, содержание

ангиотензина-II и альдостерона радиоиммунологическим методом (наборы «IMMUNOTECH», Чехия); интерлейкинов-1β, -6, ФНО-α методом иммуноферментного анализа (тест-системы «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты. Установлено, что у 31,0±2,9% детей снижена систолическая функция миокарда, у 44,0±3,1% наблюдаются процессы дезадаптивного ремоделирования сердца, наиболее выраженные у пациентов, перенесших миокардит. При этом высокие уровни экскреции катехоламинов отмечены лишь у 10,7±2,8% больных, а активация ренин-ангиотензиновой системы наблюдалась у 44,7±3,6% детей. Через год обследованы 89 детей с патологией миокарда. Положительная динамика, характеризующаяся исчезновением жалоб и улучшением насосной и сократительной функции левого желудочка, отмечена у 23,0±4,5% детей, ухудшение — у 33,3±5,1%.

Всем детям со снижением ФВ ниже 55,0% назначались препараты патогенетической направленности: иАПФ (чаще эналаприл) и β-адреноблокаторы (карведилол или метопролол). У 61,9±9,2% детей, находящихся на патогенетической терапии, наблюдалось улучшение всех параметров сердца. У пациентов, получавших только препараты кардиометаболической протекции прерывистыми курсами, улучшение отмечено лишь в 15,0±5,6% случаев. У больных с негативной динамикой уровень ангиотензина-II существенно превышал показатели больных с положительной динамикой (29,0±3,4 пмоль/л против 19,1±3,8 пмоль/л; $p < 0,01$). При этом также наблюдалась тенденция к повышению уровня альдостерона крови (55,7±9,4 пг/мл против 42,2±5,7 пг/мл; $p < 0,08$) и интерлейкина-6 (6,1±1,2 пг/мл против 3,8±0,8 пг/мл, $p < 0,07$).

Таким образом, позитивная динамика функционального состояния сердца у детей с патологией миокарда определяется степенью снижения нейрогуморальной активации и методами патогенетического терапевтического воздействия.

0104 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Богомолова О.В., Мамонтов О.В., Конради А.О., Меркулова Н.К. ФГУ «Федеральный центр сердца крови и эндокринологии им В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия

Целью данного исследования было изучение профиля автономной нервной системы и параметров системной гемодинамики у спортсменов, имеющих повышенный уровень артериального давления

Материалы и методы: в исследование был включен 31 спортсмен, испытывающий динамические физические нагрузки. Все обследованные являлись кандидатами в мастера или мастерами спорта и находились в подготовительном периоде тренировочного цикла. Спортсмены были разделены на две группы: с нормальным уровнем артериального давления (АД) (группа 1, $n=13$) и спортсмены с артериальной гипертензией (АГ) (группа 2, $n=18$). Группы были сопоставимы по возрасту, видам спорта, квалификации и стажу спортивной деятельности. Профиль автономной регуляции системы кровообращения включал оценку вазомоторного компонента кардиопульмонального барорефлекса (ВК КПБР), холодовой вазоконстрикции кожно-мышечных сосудов предплечья методом окклюзионной плетизмографии, индекса Вальсальвы (ИВ), спонтанного артериального барорефлекса (АБР) — кросскорреляционным методом, анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) в покое и в ходе пассивного ортостаза. Оценка параметров системной гемодинамики осуществлялось с помощью монитора непрерывной неинвазивной регистрации пальцевого АД «Finometer» (FMS, Амстердам), с последующей реконструкцией гемодинамики методом Modelflow. Суточная экскреция метанефринов с мочой определялась методом катионообменной хроматографии с фотометрической детекцией.

Результаты: Значения АБР в группах достоверно не различались, но вместе с тем, имелась тенденция к его повышению в группе с АГ (17,4±6,6 и 13,4±3,3 мс/мм рт.ст., соответственно, $p=0,1$). При этом выявлено, что в группе с АГ отмечалось увеличение низкочастотного (симпатического) компонента ВСР (5256±1807 в сравнение с 2328±942 мс² $p < 0,05$), при этом, высокочастотный компонент в этой

группе снижен не был. Кроме того, суточная экскреция метанефринов у спортсменов с АГ была выше ($0,819 \pm 0,09$ мг/24 часа и $0,412 \pm 0,08$ мг/24 часа $p < 0,02$). Различий по ВК КПБР и ИВ получено не было, тогда как холодовая вазоконстрикция у пациентов с АГ была несколько снижена ($0,38 \pm 0,20$ и $0,54 \pm 0,1$ у.е. $p = 0,083$). Ударный индекс (ударный объем, приведенный к массе тела), был выше в группе АГ ($2,89 \pm 0,50$ и $2,42 \pm 0,06$ л/мин*м $p < 0,05$), тогда как общее периферическое сопротивление в покое было идентичным в обеих группах.

Выводы: у спортсменов с артериальной гипертензией повышение уровня АД обусловлено увеличением сердечного выброса на фоне нарушения неспецифической вазоконстрикции при сохранности кардиоинотропной регуляции сердца.

0105 СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Богомолова О.С., Малинова Л.И.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Артериальная гипертензия рассматривается в настоящее время как важный фактор риска расстройств памяти и других когнитивных функций, которые в свою очередь представляют одно из наиболее распространенных нарушений психического статуса у людей пожилого и старческого возраста. При этом выявление причинно-следственных отношений в порочном круге «снижение когнитивно-мнестических функций — неудовлетворительная степень приверженности пациента лечению», особенно у лиц старших возрастных групп, остается недостаточно изученной проблемой практической кардиологии, что и обусловило цель настоящего исследования.

Цель исследования: изучить индивидуальную степень приверженности к проводимому лечению и состояние когнитивно-мнестических функций у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих артериальной гипертензией.

Методы: Обследованы пациенты пожилого и старческого возраста, страдающие артериальной гипертензией, средний возраст которых составил $70,8 \pm 7,8$ лет ($n = 25$). Из исследования исключались пациенты с перенесенными нарушениями мозгового кровообращения, симптоматическими гипертензиями, сахарным диабетом, гемодинамически значимыми нарушениями сердечного ритма, онко- и гемопатологией, любым сопутствующим заболеванием в стадии обострения. Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование. Степень индивидуальной приверженности пациента терапии оценивалась по расчетному показателю комплаенса. Оценка когнитивно-мнестических функций проводилась с использованием краткой шкалы оценки психического статуса, теста «5-ти слов», теста рисования часов и опросника самооценки памяти.

Результаты и обсуждения: Средний «стаж» артериальной гипертензии составлял $19,6 \pm 12,1$ лет. В ходе исследования выявлена неудовлетворительная степень комплаенса — $52,3 \pm 46,5\%$. По данному критерию все больные были разделены на 2 группы: с высокой ($> 50\%$) и низкой ($< 50\%$) степенью приверженности к лечению. Пациенты обеих групп были сопоставимы по уровням систолического и диастолического артериального давления, основным биохимическим параметрам, назначенной гипотензивной терапии. У пациентов с низкой степенью приверженности лечению был выявлен статистически достоверный умеренный когнитивно-мнестический дефицит (критерий Манна-Уитни $p = 0,031$).

Выводы. У пациентов пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией была выявлена неудовлетворительно низкая степень приверженности к лечению, ассоциированная с умеренным снижением когнитивно-мнестических функций, которое в свою очередь было максимальным у больных, не получавших адекватную гипотензивную терапию. Таким образом, полученные данные подчеркивают значимость учитывания индивидуального психического статуса пациента пожилого или старческого возраста для проведения эффективной гипотензивной терапии.

0106 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН И ДИНАМИКА НАРУШЕНИЙ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Богоявленская О.В., Ослопов В.Н., Щербаков В.А., Насырtdинова А.М., Фазулова А.Ф.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань, Россия

Цель исследования: изучение возможности профилактики развития нарушений в системе микроциркуляции (МЦ) у женщин с артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. При проведении эпидемиологического исследования организованной популяции женщин жителей Казани ($n = 517$, средний возраст $48,1 \pm 0,6$), у 226 (43,7%) женщин ($48,0 \pm 0,3$ лет) изучено функциональное состояние клеточных мембран по скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -противотранспорта в мембране эритроцита ($\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ) по методу М. Canessa (1980). Изучение состояния системы микроциркуляции проводилось методом биомикроскопии сосудов переходной складки конъюнктивы наружного угла глаза с использованием шелевой лампы с цифровой видеоприставкой. 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.). Установлено достоверное ($p < 0,001$) превышение среднего значения скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ у женщин с АГ (309 ± 11 мкМ Li) по сравнению с женщинами с нормальным АД (240 ± 9 мкМ Li). Определены границы 4-х квартилей (KB) популяционного распределения величин скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ: I KB 78-193 мкМ Li, II KB 194-265 мкМ Li, III KB 266-342 мкМ Li, IV KB 343-730 мкМ Li. Выявлено, что женщины с АГ наиболее часто имеют высокие и очень высокие скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ (то есть располагаются в III и IV квартилях скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ). Наибольшие сдвиги в системе МЦ (нарушение архитектоники, интравазальный статус) у женщин с АГ отмечены также у носительниц высоких скоростей $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ (III и IV KB).

Через три года повторно осмотрены 42 женщины (средний возраст $45,5 \pm 0,5$ лет), имевшие при первичном исследовании нормальные цифры АД и следующие величины скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ: 15 женщин — низкие (I KB), 12 — средние (II KB), 9 — умеренно высокие (III KB) и 6 — высокие (IV KB). У 69% (29) из них выявлены новые случаи (инциденты) АГ, при этом среди женщин с низкой скоростью $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ инциденты АГ развились у 9 (60%) женщин, при высокой скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ (IV KB) у всех обследованных (100%) констатировано повышение АД. Исследование состояния системы МЦ также обнаружило значительные изменения в архитектонике сосудистой сети и в интравазальном статусе у женщин с АГ, причем в наибольшей степени — у имеющих высокие скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ.

Функциональное состояние клеточных мембран является генетически детерминированной величиной. Поэтому выявление взаимосвязи скорости $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ с нарушением состояния системы МЦ позволяет прогнозировать развитие наибольших сдвигов в системе МЦ у женщин с АГ, находящихся в III — IV KB. Это обуславливает необходимость проведения соответствующей адресной профилактики нарушений в системе МЦ именно больным носительницам высоких скоростей $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТ.

0107 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СЕРДЦА ИШЕМИЧЕСКОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Боева А.Н., Сараев И.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Целью исследования стала разработка подхода к оценке функционального состояния больных ИБС и токсической кардиомиопатией с учетом случайно-подобных свойств организации синусового ритма сердца.

Методы: исследование проводили в группах — контрольной и 2-х основных, по 25 человек в каждой. Средний возраст больных — $42,5 \pm 3,6$, $44,4 \pm 4,2$ и $46,7 \pm 3,8$, соответственно. В 1-й основной

выборке все пациенты, злоупотреблявшие алкоголем, страдали токсической кардиомиопатией. Во 2-ю группу включили лиц с ИБС: стабильной стенокардией II-III ф.кл. Контрольная группа состояла из практически здоровых добровольцев. Во всех случаях проводился 24-часовой мониторинг кардиоритма, дополненный расчетом относительной энтропии кардиоритма с последующим анализом детерминированно-хаотических свойств ее динамики.

Результаты: данные мониторинга кардиоритма были использованы для получения индивидуальных аттракторов динамики энтропии кардиоритма. Проекция этих объектов из n -мерного пространства существования в 3-х мерное, реализовывалась в виде образа на дисплее компьютера. Для оценки топологии изучаемых объектов получали их упрощенные математические модели в виде наименьших из возможных гиперкубов, куда вписывалась каждая из полученных индивидуальных фазовых траекторий динамики энтропии кардиоритма. Количественные параметры модели во всех случаях при известном приближении отражали основные топологические характеристики вписанных в них аттракторов. Анализ индивидуальных моделей всех обследованных лиц позволил установить наличие феномена деформации гиперкубов, а также оценить степень выраженности этого эффекта, которые согласно предлагаемой интерпретации коррелировали со сдвигами конфигурации интегрального гомеостатиза при различной патологии миокарда. Установлено, что у всех больных страдавших токсической кардиомиопатией, также как и в случаях ИБС, по сравнению с контролем аттракторы информационной энтропии кардиоритма были деформированы достоверно в большей степени. Модели были сплюснуты в базовой проекции и имели эффект приращения по одной из осей проекционного пространства при повороте отображения на 180 градусов. Кроме того, установлено выраженное смещение центра моделей относительно нулевой координаты проекционного пространства и общая консолидация объектов в случае патологии сердца, поскольку отображения вписывались в гиперкубы меньшего, чем в контроле объема. При сравнении распределения величин значений эффектов деформации за 24-часовой период наблюдения в основных группах выявилось наличие достоверно отличающихся профилей их динамики при ИБС и токсической кардиомиопатией.

Выводы: методы характеристики детерминированно-хаотических феноменов и информационный анализ организации синусового кардиоритма у больных с кардиальной патологией токсического и ишемического генеза позволяет выявить новые объективные количественные характеристики функционального состояния пациентов, временная организация которых дифференцирована.

0108 ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Болышева О.Е., Зуйкова А.А., Ханина Е.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, кафедра общей врачебной практики (семейной медицины), Воронеж, Россия

Способность к адаптации — одно из фундаментальных свойств живого организма, обеспечивающее адекватную перестройку его внутренней среды на всех уровнях организации в постоянно меняющихся условиях жизни.

Целью исследования было изучение адаптационных реакций у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Объектом исследования было 30 больных с первичной АГ (II стадии; степень 1, 2; риск 2, 3), поступивших на стационарное лечение в кардиологическое отделение МУЗ ГKB №20. Среди наблюдаемых больных было 10 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 69 лет и 20 пациентов женского пола — от 46 до 75 лет.

Системное комплексное компьютерное исследование функционального состояния организма пациентов проводилось на основании анализа вариабельности ритма сердца при помощи программно-аппаратного комплекса «Омега-М».

В качестве стрессового фактора использовалось волевое управление дыханием. Продолжительность сеанса составляла 5 минут (от 6 до 8 дыхательных циклов в минуту), 8 дней. Режим дыхания (амплитуда, глубина, частота) для каждого пациента рассчитывался индивидуально по показателям вариабельности ритма сердца.

Изменения функционального состояния организма как результата адаптивного поведения биосистемы отражает динамика средних значений исследуемых показателей (ЧСС, индекс вегетативного равновесия, вегетативный показатель ритма, показатель адекватности процессов регуляции, индекс напряжения) с 1-го по 8-ой день, которые выступают в качестве количественных характеристик стрессовой реакции.

Была выявлена общая закономерность течения адаптационного синдрома — повышение напряжения регуляторных систем на 2-ой и 5-ый день и увеличение адаптационных резервов организма к восьмому сеансу, что позволяет предположить, что у больных еще имеются адаптационные, регуляторные резервы на приспособительные реакции к меняющимся условиям функционирования организма.

Максимальное снижение симпатической и возрастание парасимпатической активности происходило на 3-ем и 8-ом сеансе, а ухудшение функционального состояния организма и пик симпатикотонии чаще приходился на 2-ой и 5-ый день. Такое волнообразное течение процесса адаптации отражает волнообразную реакцию регуляторных систем на выраженность стрессового компонента воздействия. Причем, чем больше наблюдались колебания значений показателей в указанные дни, тем значительнее была степень структурно-функциональной перестройки биосистемы и изменений адаптационных возможностей.

Т.о., состояние организма пациентов с АГ дезадаптировано, адаптационные механизмы — истощены, а индивидуальный способ реагирования больных на данный фактор воздействия отражает различный исходный уровень функционального состояния, резервов регуляции и компенсации каждого больного.

0109 СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Борисов И.А.¹, Блеткин А.Н.¹, Постнов С.С.², Симоненко В.Б.¹, Гайдукова Е.В.¹

¹Кардиохирургический Центр, Москва, Россия; ²ЦВКГ им. П.В. Мандрыка, Москва, Россия; ОАО «Туполев», Москва, Россия

Цель: изменение стереометрических характеристик левого желудочка (ЛЖ) в процессе ремоделирования ведет к развитию новых условий внутрисердечной гемодинамики. В работе представлены особенности сравнительного спектрального анализа изменения внутривентрикулярного давления у больных с постинфарктным ремоделированием.

Методы: обследовано 36 пациентов, проходивших лечение в клинике по поводу ИБС: 26 больных (группа 1) с постинфарктной аневризмой левого желудочка (ПАЛЖ) и 10 больных (группа 2) с многососудистым поражением венечного русла и выраженным кардиосклерозом. Оценку нарушений контрактильности и геометрии левого желудочка осуществляли на основе эхокардиографии, вентрикулографии, МРТ. При вентрикулографии выполнялась синхронизированная с ЭКГ (вариации ЧСС в процессе измерения составляли не более 20%) регистрация динамического изменения давления в полости левого желудочка (в 5 точках). Анализ данных вентрикулографии проведен с помощью быстрого преобразования Фурье в системе McLab 6.2 на базе ОАО «Туполев».

Результаты: в результате анализа данных было выявлено, что спектры давления, зарегистрированные в различных точках ЛЖ, отличались по составу: спектры больных группы 1 содержали больше дискретных компонент, особенно в высокочастотной (выше 10 Гц) области (эффект обогащения спектра давления). Эти изменения коррелировали с анатомическим расположением, видом и площадью аневризмы, выраженностью дилатации ЛЖ. Кроме того, у всех пациентов спектры давления имели и выраженный низкочастотный характер с содержанием дискретных компонент высокого уровня в инфразвуковом диапазоне (ниже 10 Гц). У больных в группе 1 дискретные спектральные компоненты в области инфразвука имели большую интенсивность, чем в группе 2. Приведенные отличия были выявлены у всех обследованных пациентов с ПАЛЖ.

Выводы:

1. На основе данных сравнительного анализа показано, что спектры кинетического давления, измеренного в различных точках ЛЖ, отличаются у больных с различной степенью ремодели-

рования полости. Эти изменения выражаются в обогащении спектров, частотных сдвигов, появлении добавочных спектральных компонент и коррелируют с размерами и локализацией рубцового поражения.

2. Нарушение процесса сокращения и кинетики стенок ЛЖ, обусловленное наличием участка постинфарктного рубца (с отличиями от нормальных тканей механических свойств), ведёт к изменениям в спектрах давления во всех областях ЛЖ и коррелирует с «нелокальными» характеристиками.

3. Сравнительный анализ поведения корреляционных функций показал наличие дополнительных спектральных компонент (как высокой, так и низкой частоты) у всех больных с гемодинамически значимыми ПАЛЖ.

0110 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Борисов И.А., Блеткин А.Н., Симоненко В.Б., Диева Т.В., Уйманова М.Ю., Савичев Д.Д.

Кардиохирургический Центр, Москва, Россия; 2 ЦВКГ им. П.В. Мандрыка, Москва, Россия

Цель: радикальным методом лечения больных с гемодинамически значимой постинфарктной аневризмой левого желудочка (ПАЛЖ) остается хирургический. На сегодняшний день не существует общепринятого подхода к определению хирургической тактики при данной патологии. Поэтому эти операции остаются одними из самых технически сложных и требуют творческого подхода. Представлен анализ результатов хирургического лечения больных с гемодинамически значимой ПАЛЖ.

Методы: в период с 1992 по 2009 гг. было оперировано 424 больных по поводу постинфарктной аневризмы ЛЖ. Возраст больных от 28-72 лет (средний 49,5 лет). 329 (77,6%) пациентов относились к III-IV функциональному классу (NYHA), стенокардия 3-4 ф.к. отмечалась у 287 (67,8%). По локализации аневризмы передней стенки выявлены в 27,6% случаев, с вовлечением верхушечно-перегородочного сегмента — 71%, аневризмы задней стенки в 1,4 % случаев. У одного пациента имелась аневризма левого и правого желудочков. Тромб в полости ЛЖ был обнаружен у 175 (41,3%) пациентов. У 12 (2,8%) больных был выявлен тромбэндокардит.

Из всех существующих методов эндовентрикулопластики ЛЖ остановились на модифицированной операции по V.Dor (1989) (219 (51,7%) больных) с использованием аутоэндокардиальной заплатки. Этот метод позволяет исключить из патологического процесса пораженные участки межжелудочковой перегородки (МЖП) и исключает использование различных «чужеродных» (в первую очередь синтетических) заплат, что считаем несомненным достоинством. Последние 4 года, при обширных рубцовых полях на передней стенке ЛЖ, применяем комбинированную эндовентрикулопластику по А. Calafiore (2004) в сочетании с пластикой по V.Dor (1989) (18 (4,2%) больных). Таким образом, максимально исключаются из механики ЛЖ истонченные отделы МЖП и передней стенки, что способствует восстановлению геометрических соотношений и конусности ЛЖ. По методу А. Jatene (1985) оперировано 40 (9,4%) больных, по методу D. Cooley (1989) — 3 (0,7%), по методу V.Dor (1985) — 7 (1,7%). Линейная пластика или пликация выполнялась у 137 (32,3%) больных. Пластика или протезирование митрального клапана выполнялась у 76 (17,9%) больных. Во всех случаях резекция аневризмы была дополнена прямой реваскуляризацией миокарда в максимально необходимом объеме (среднее количество шунтов 2,15).

Результаты: Общая госпитальная летальность составила 6,8%. Выживаемость после операции через 12 месяцев и 5 лет составили 90,6% и 79,1% соответственно. Средний функциональный класс (NYHA) составил 2,1, а уровень повторных госпитализаций за 5 лет по поводу недостаточности кровообращения — 23,5%.

Выводы: выбор вида реконструкции левого желудочка должен быть основан на максимальном воссоздании функциональной стереометрии полости, исключении зон асинергии из рабо-

ты левого желудочка, с целью восстановления его сократительной функции в наиболее полном объеме.

0111 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ВЫБОР ТАКТИКИ

Борлаков А.А.

ГУЗ «СККЦСВМП», Ставрополь, Россия

Цель: сочетанная патология ветвей дуги аорты и ее брюшного отдела, коронарных и магистральных артерий нижних конечностей, требующая хирургической коррекции, составляет не менее 50% среди всех больных с атеросклерозом. Однако среди сосудистых хирургов нет единого мнения в решении проблемы хирургического лечения мультифокального атеросклероза.

Методы исследования. «Случай-контроль», применялся ретроспективный анализ и проспективное наблюдение. Период наблюдения — 2003 — 2008гг. Основная группа — 30 больных мультифокальным атеросклерозом, которым были выполнены симультанные хирургические вмешательства (например, каротидная эндартерэктомия + аорто-бедренное шунтирование, аорто-коронарное шунтирование + каротидная эндартерэктомия). Контрольная группа — 50 пациентов с аналогичным диагнозом, перенесшие этапное оперативное лечение (например — вначале коррекция кровотока в сонных артериях, через месяц — бедренно-подколенное шунтирование). Отбор пациентов по группам осуществлялся с учетом половозрастных критериев, стадии основного заболевания, показателей соматического статуса. Полученные данные обрабатывались с использованием непараметрических критериев (Манна-Уитни, Уилкоксона).

Полученные результаты в основной группе значимо реже, чем в контрольной, встречались осложнения как ближайшего и отдаленного послеоперационного периода (смерть, инфаркт миокарда, инсульт, тромботические и тромбозомболические осложнения). После одномоментной хирургической коррекции кровотока в нескольких артериальных бассейнах у пациентов заметно реже, чем у перенесших этапно два и более вмешательства больных, встречались нежелательные последствия эндотрахеального наркоза (энцефалопатия, дыхательная и/или сердечно-сосудистая недостаточность). Все указанные различия показателей в группах статистически значимы.

Выводы: в условиях физиологически полноценного функционирования систем организма, ответственных за адаптацию к хирургическому вмешательству, симультанные операции являются наиболее рациональным методом лечения больных мультифокальным атеросклерозом. Одномоментная коррекция артериального кровотока в нескольких анатомо-функциональных бассейнах позволяет реально повышать интенсивность работы отделения сосудистой хирургии, рационально использовать коечный фонд, снижать экономические затраты.

На стадии разработки находятся клинические рекомендации по тактике обследования и лечения больных мультифокальным атеросклерозом.

0112 РЕНИН И АЛЬДОСТЕРОН ПЛАЗМЫ КРОВИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК

Боровков Н.Н., Боровкова Н.Ю., Сиднев Б.Н., Нистратова М.П., Серопян М.Ю.

НижГМА, НОКБ им. Н.А. Семашко, НКДЦ, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: определить значение показателей ренина и альдостерона плазмы крови при артериальной гипертензии (АГ) у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН) с сохранной функцией почек.

Методы исследования. В исследовании участвовал 171 больной ХГН с сохранной функцией почек. Из них 136 имели синдром АГ и 35 были нормотензивны. Средний возраст их составил 43,5±12,8 лет. Скорость клубочковой фильтрации у всех исследуемых была не ниже 60 мл/мин, креатинин сыворотки крови не

превышал 0,13 ммоль/л. Степень АГ оценивалась по классификации ВНОК (2008). Среди гипертензивных больных ХГН АГ 1 степени (ст.) имели 24 человека, 2 ст. — 81 и 3 ст. — 31. Определяли уровень активного ренина плазмы (АРП) и концентрацию альдостерона плазмы крови (КАП) с помощью радиоиммунологического конкурентного анализа с использованием наборов IMMUNOTESCH (Чехия). Согласно методике нами были установлены референсные значения соответственно для АРП = 0,5–1,9 нг/мл/час и для КАП = 8–172 пг/мл. До исследования больные не принимали антигипертензивной терапии 4–5 дней.

Полученные результаты. Анализ данных всей группы гипертензивных больных ХГН в целом в сравнении с нормотензивными пациентами выявил тенденцию к росту АРП ($1,59 \pm 1,29$ у лиц без АГ в сравнении с гипертензивными до $3,00 \pm 2,01$ нг/мл/час), однако разница была не достоверной ($p > 0,05$). КАП в обеих группах не имела достоверных различий ($170,74 \pm 90,64$ и $128,15 \pm 77,5$ пг/мл). Однако разница выявлена при сравнении показателей гипертензивных больных ХГН с нормотензивными с учетом тяжести АГ. Так если у больных ХГН с 1 ст. АГ уровень АРП составил $1,37 \pm 1,07$ нг/мл/час, не отличаясь от нормотензивных, то при 2 ст. он увеличился до $3,48 \pm 2,08$ нг/мл/час ($p < 0,05$), а при 3 ст. составлял уже до $5,52 \pm 3,31$ нг/мл/час ($p < 0,0001$). Уровень АРП среди больных ХГН с 3 ст. АГ был достоверно выше, чем при 1 ст. АГ ($p < 0,01$). Одновременно достоверно увеличивалась КАП у больных ХГН с 3 ст. АГ ($p < 0,01$) в сравнении с больными АГ 1 и 2 ст.

Выводы. У гипертензивных больных ХГН с сохранной функцией почек начиная со 2 ст. АГ увеличивается уровень АРП. КАП повышается только при 3 ст. АГ наряду с высоким уровнем АРП.

0113 ВЗГЛЯД НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Боровков Н.Н., Боровкова Н.Ю., Маслова Т.И.

НижГМА, НОКБ им. Н.А. Семашко, НКДЦ, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить состояние эндотелиальной функции в регуляции сосудистого тонуса при артериальной гипертензии (АГ) у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Материалы и методы: в исследование включено 36 больных ХГН с морфологически подтвержденным диагнозом. Средний возраст пациентов был $41,4 \pm 9,6$ лет, длительность ХГН составила $10,7 \pm 7,4$ года. Из числа обследованных 20 человек имели гипертонический вариант ХГН, остальные 16 — латентный гломерулонефрит (ГН) с изолированным мочевым синдромом. Функция почек была сохранена у всех больных: скорость клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанная по формуле Кокрофта-Голта составляла ≥ 90 мл/мин, креатинин крови не превышал 0,08 ммоль/л. Больные были сопоставимы по возрасту, полу, длительности заболевания.

Функциональное состояние эндотелия оценивалось с помощью пробы с реактивной гиперемией плечевой артерии при ее дуплексном сканировании с использованием ультразвукового линейного датчика 7,5 МГц по методике D. Celigmaier с соавт. (1992). Рассчитывали поток-зависимую дилатацию (процент прироста диаметра просвета плечевой артерии как характеристики эндотелийзависимого ответа). За показатели нормы принимали прирост диаметра в 16–20%.

Результаты: при пробе с реактивной гиперемией у всей группы больных ХГН в целом процент прироста диаметра плечевой артерии составил $13,4 \pm 2,3$ %. Среди них в группе нормотензивных пациентов с латентным ГН его величина равнялась $14,9 \pm 1,8$ %. При гипертоническом варианте ГН показатель прироста просвета плечевой артерии не превысил $11,9 \pm 4,3$ %. Обращала внимание обратная корреляционная зависимость снижения поток-зависимой вазодилатации с тяжестью АГ у больных гипертоническим ГН ($r = -0,9$; $p < 0,05$). Диапазон колебаний величины процента прироста просвета плечевой артерии был высок в зависимости от тяжести АГ (от 0% при тяжелой АГ до 19,3% в случае ее легкой степени).

Выводы: у больных ХГН выявлены признаки эндотелиальной дисфункции, связанные с наличием и тяжестью АГ.

0114 КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Бородин М.А.

ФГОУ ИПК ФМБА России, Москва, Россия

Актуальность. Полиморбидность является одной из особенностей современной клиники внутренних болезней у лиц старше 60 лет, а ишемическая болезнь сердца (ИБС), артериальная гипертензия (АГ) и ХОБЛ остаются наиболее распространенными заболеваниями взрослого населения.

Цель исследования: Выявить особенности поражения сердечно-сосудистой системы при ХОБЛ у лиц пожилого возраста.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 144 пациента с ХОБЛ старше 60 лет. Респираторные нарушения оценивали с помощью бодиплетизмографии на аппарате «Master Screen Body», УЗИ сердца — на аппарате Hewlett Packard 800. Оценивались стандартная ЭКГ и Холтеровское мониторирование.

Полученные результаты. Выявлено прогрессирование бронхиальной обструкции в соответствии со степенью выраженности дыхательной недостаточности (ДН), так ОФВ1 при ДН2ст. составил $61,3 \pm 6,2$ %, а при ДН3ст. — $21 \pm 7,6$ %, $p < 0,001$; индекс Тиффно при ДН2 ст. — $61,3 \pm 4,5$ %, ДН3ст. — $39 \pm 3,7$ %, $p < 0,001$. Растет синдром гиперинфляции: остаточный объем легких (ООЛ) при ДН2ст. составил 144%, при ДН3ст. — 167%. Системное артериальное давление (АД) растет по мере усиления тяжести ХОБЛ. При ХОБЛ 1ст. систолическое артериальное давление (САД) ≥ 140 мм рт.ст. зарегистрировано в 41,7%, при ХОБЛ2ст. — в 57,4%, при ХОБЛ3ст. — в 47,6% случаев. Максимальные цифры диастолического АД достигали при ХОБЛ1ст. — 105 мм рт.ст., при ХОБЛ 2,3ст. — 130 мм рт.ст. Течение АГ осложнилось острым нарушением мозгового кровообращения у 5 (3,5 %) человек, переходящим в нарушение мозгового кровообращения — у 10 (6,9%).

Для ИБС при ХОБЛ в сочетании с сахарным диабетом (СД) типична безболевая ишемия миокарда. Чаще регистрируется аритмический вариант ИБС, проявляющийся на ЭКГ частой полиморфной предсердной и желудочковой экстрасистолой у 6 (4,2%), блокадой передней верхней ветви левой ножки пучка Гиса — у 2 (1,4%), постоянной формой фибрилляции предсердий — у 1 пациента. ИБС, стабильная стенокардия напряжения диагностирована в 56 (38,9%) случаях, функциональный класс тяжести (ФКТ) II был в 51 (35,4%), ФКТ III — в 5 (3,5%), перенесенный инфаркт миокарда, постинфарктный крупноочаговый кардиосклероз по данным ЭКГ — в 12 (8,3%) случаях.

В 16 (11,1%) случаях диагностирован СД 2 типа, из них в 3 случаях СД был выявлен впервые. У 3 пациентов выявлено нарушение толерантности к глюкозе при метаболическом синдроме. СД в 100% случаев сочетался с сердечно-сосудистой патологией. Преобладал СД средней степени тяжести у 13 (81%) из 16 пациентов, при этом в 75% случаев обострение ХОБЛ сопровождалось декомпенсацией СД. Характерные проявления декомпенсации СД при обострении ХОБЛ были смазаны, в диагностике состояния декомпенсации СД решающую роль играли лабораторные показатели.

Вывод. Проблему взаимосвязи ХОБЛ и кардиоваскулярной патологии можно рассматривать как с позиции простого сочетания различных нозологических форм, так и с точки зрения создания при ХОБЛ условий, способствующих формированию АГ, атеросклероза и ИБС.

0115 НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НЕПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Бочкарева Е.В., Бутина Е.К., Кокурина Е.В., Воронина В.П., Позднякова Н.А.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии», Москва, Россия

Цель: Изучить связь между степенью снижения АД при применении непролонгированных лекарственных форм антиангинальных препаратов, имеющих гемодинамический механизм

действия, и риском возникновения безболевого ишемии миокарда у больных стенокардией.

Методы: Офисное изменение АД, 24-часовое мониторирование ЭКГ (ЭКГ-М), парные тесты с физической нагрузкой (ТФН) на велоэргометре для оценки эффекта разовых доз препаратов: нифедипин 20-30 мг, верапамил 80-120 мг, пропранолол 40-80 мг, тринитролонг 2-4 мг, сустак 6,4-12,8 мг и плацебо. Показатель Δ АД (Δ САД, Δ ДАД), характеризующий степень снижения АД при приеме разовой дозы препарата, рассчитывали, как Δ АД=АД 2 ч – АД исх, где исх – АД в покое до приема, АД 2 ч – через 2 часа после приема.

Результаты: У 101 больного стабильной стенокардией II-III ф.кл. мужчин 40-59 лет, по результатам парных ТФН был избран наиболее эффективный препарат для последующего регулярного приема. Эффективность регулярного применения избранного препарата оценивалась через 1 месяц по изменению количества эпизодов ишемии миокарда при ЭКГ-М и сопоставлялась с величиной гипотензивного эффекта до данным офисного измерения АД. Показатели Δ САД и Δ ДАД, составившие нижние квантили распределения значений среди обследованной группы больных (снижение САД более, чем на 20 мм рт.ст. и/или снижение ДАД на 15 мм рт.ст. и более) были отнесены к избыточному гипотензивному эффекту (ИГЭ) разовых доз изучавшихся препаратов.

В случаях возникновения ИГЭ эффективность приема препаратов была ниже, чем при отсутствии избыточной гипотензии. Общее количество эпизодов ишемии миокарда у больных без ИГЭ уменьшилось через 1 мес. лечения на $3,2 \pm 3,0$ в сутки, а при наличии ИГЭ только на $1,8 \pm 1,2$ эпизода ($p < 0,02$). Выраженный гипотензивный эффект препаратов сопровождался увеличением количества бессимптомных эпизодов ишемии миокарда более, чем в 2 раза по сравнению с приемом плацебо, с $1,6 \pm 2,8$ до $3,5 \pm 1,8$ эпизодов в сутки ($p < 0,01$).

Выводы: Ухудшение восприятия болевых ощущений, связанных с ишемией миокарда, по-видимому, было обусловлено гемодинамической нестабильностью при применении непродолжительных лекарственных форм антиангинальных препаратов первого поколения. Появление избыточной гипотензии на начальном этапе лечения антиангинальными препаратами короткого действия являлось предиктором учащения эпизодов безболевого ишемии миокарда и более низкой эффективности регулярного применения этих лекарственных средств.

0116 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ РАМИПРИЛА И АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Бочкарева Ю.В., Белинский В.Н., Чапаева А.Г., Гринчук Е.В.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия; Городская клиническая больница №4, Пенза, Россия; Областной госпиталь ветеранов войн, Пенза, Россия

Цель исследования: изучение влияния комбинированной терапии, включающей рамиприл и амлодипин на уровень артериального давления (АД) и показатели тревоги и депрессии.

Материалы и методы: Обследовано 25 пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с сахарным диабетом, с отсутствием нарушений ритма, средний возраст $53,1 \pm 4,1$ года. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование АД, определение уровня гликированного гемоглобина крови (HbA1c) до начала приема рамиприла в дозе 5-10 мг/сутки и амлодипина в дозе 2,5-10 мг, а также через 6 месяцев лечения. Комплекс исследования психологического статуса пациентов включал опросник депрессии Цунга, ММРІ, шкалу депрессии Гамильтона (HDRS), опросник Спилберга-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности.

Результаты: До начала приема антигипертензивной терапии ср. САД в данной группе пациентов составило 159 мм рт.ст., ср. ДАД 96 мм рт.ст., уровень HbA1c составил 9,8%. В динамике через 6 месяцев отмечалось достоверное снижение ср. САД на 18%, ДАД на 13%. Кроме того, отмечалось значимое улучшение показателей HbA1c. У 81,2% больных выявлены депрессивные расстройства, при этом

легкая депрессия отмечалась у 45,7% пациентов, депрессия средней тяжести у 32,5%; а у 3,2% больных депрессивное расстройство было квалифицировано как тяжелое. В структуре депрессивных состояний преобладали соматовегетативные нарушения (слабость, сердцебиение, головные боли, головокружение, повышенная потливость). Выявлены стойкие нарушения сна: трудность засыпания, раннее пробуждение, а также большая распространенность синдрома нарушенного дыхания во сне. Кроме того, у больных отмечены повышенные уровни личностной ($52,3 \pm 3,4$) и в большей степени реактивной тревожности ($57,2 \pm 3,9$). По исходным результатам теста ММРІ пациенты разделены на 2 группы: с гипостеническим регистром (превалируют показатели невротических шкал Hs, D, Pt, со средним баллом депрессии $2,0 \pm 0,67$) и стеническим регистром (показатели шкалы Rpd превышают оценки D и Pt, и расстройствами личности). Под влиянием антигипертензивной терапии у пациентов 1-ой группы происходит снижение показателей всех шкал невротической триады и уменьшение среднего балла депрессии до $1,38 \pm 0,5$ ($p < 0,01$). В профиле личности больных 2-ой группы снижение происходит по шкалам: Hs, Hy, Pd и Pt до нормативных значений, уменьшается разброс оценок между отдельными шкалами, расстройства личности стали регистрироваться меньше на 47,1%.

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о наличии тревожно-депрессивных расстройств у больных с гипертонической болезнью и сахарным диабетом, что необходимо учитывать при антигипертензивной терапии.

0117 КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ: ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Боженко А.А., Врублевский А.В., Карпов Р.С.

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: определить скоростные параметры коронарного кровотока (КК) и оценить влияние центральной, сердечной гемодинамики и данных морфометрии на КК у здоровых добровольцев.

Материалы и методы: Исследование выполнено на ультразвуковой диагностической системе Vivid 7 (GE Healthcare) у 27 здоровых лиц, не имеющих факторов риска ИБС (возраст 39 ± 11 лет, 23 мужчин, 4 женщины). Определяли систолическую и диастолическую пиковую (V_p , V_d , см/сек), среднюю скорости КК, интеграл скорости в систолу и диастолу (VTI_s , VTI_d , см) и время ускорения потока в стволе левой коронарной артерии (ЛКА), проксимальном (пр/3), среднем (ср/3) и дистальном (д/3) сегментах передней нисходящей (ПНА), огибающей (ОА) и правой (ПКА) коронарных артерий. Оценивали систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) АД, ЧСС, массу миокарда (ММ) левого желудочка (ЛЖ), фракцию выброса ЛЖ (ФВ), ударный объем (УО), минутный объем кровотока (МОК) ЛЖ, Е/А, ФИР. Определяли рост, вес, площадь поверхности тела, индексы массы тела (ИМТ) и массы миокарда ЛЖ (ИММ ЛЖ). Анализ результатов проводили с помощью методов непараметрической статистики; данные представлены как $M \pm SD$.

Результаты: Скоростные параметры КК были сопоставимы в соответствующих сегментах ПНА, ПКА и ОА (все – $p = NS$), однако регистрация спектра КК во всех трех сегментах артерии достоверно чаще была возможна при исследовании ПНА, чем ПКА ($p < 0,05$) и ОА ($p < 0,001$). Основные показатели КК составили (на примере ПНА): в пр/3 – V_p 19 ± 7 см/с, VTI_s $4,4 \pm 2,0$ см, V_d 34 ± 17 см/с, VTI_d $13,3 \pm 6,9$ см; в ср/3 – V_p 15 ± 4 см/с, VTI_s $3,4 \pm 1,2$ см, V_d 28 ± 7 см/с, VTI_d $12,2 \pm 4,0$ см; в д/3 – V_p 14 ± 4 см/с, VTI_s $3,0 \pm 0,9$ см, V_d 24 ± 5 см/с, VTI_d $10,4 \pm 2,7$ см. Выявлено достоверное снижение скоростных параметров КК от проксимальных сегментов артерий к средним ($p < 0,05$) и, далее, от средних к дистальным ($p < 0,05$). Установлена обратная взаимосвязь VTI_d во всех артериях и ЧСС ($r = -0,51$ до $-0,56$, все – $p < 0,05-0,01$), что позволяло больным с низкой ЧСС поддерживать адекватный минутный КК (r_s VTI_d – МОК с $p > 0,05$ для всех артерий). Взаимосвязи между параметрами КК и САД, ДАД, ИММ ЛЖ, ФВ, УО, Е/А, ФИР у однородной группы здоровых лиц не выявлено.

Выводы: Скоростные параметры КК у здоровых добровольцев без факторов риска ИБС сопоставимы во всех трех магистральных коронарных артериях и не зависят от пола, возраста,

морфометрических показателей, параметров центральной и сердечной гемодинамики, кроме ЧСС. ПНА, как наиболее хорошо визуализируемый сосуд, может служить моделью для проведения исследований КК у лиц без коронарных стенозов.

0118 ВЛИЯНИЕ ВЕРАПАМИЛА НА ТЕЧЕНИЕ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИЕЙ

Брек В.В.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить особенности антиаритмических эффектов антагониста кальция верапамила у больных климактерической кардиопатией и суправентрикулярной экстрасистол (СЭ).

Методы исследования. Обследовано 22 больных с дисгормональной кардиопатией и СЭ в возрасте 49-50 лет. У 13 больных (59,1%) наблюдался климактерический синдром; у 12 (54,8%) — признаки ишемической болезни сердца (ИБС). У 14 пациенток на ЭКГ определялся отрицательный или 2-х фазный зубец Т. Верапамил назначали по 80 мг 3 раза в день. Продолжительность лечения составила 4 недели. В динамике лечения больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ. Состояние сократительной функции миокарда и показатели центральной гемодинамики определяли и оценивали с помощью импульсной ЭхоКГ в состоянии покоя и при велоэргометрии.

Результаты. Под влиянием лечения верапамилем существенно снизилась частота СЭ с 982 ± 11 за сутки до 226 ± 12 за сутки. Выраженность кардиалгического синдрома уменьшилась у 16 больных (72,7%); частота приступов стенокардии у больных ИБС снизилась с $3,38 \pm 0,29$ в сутки до лечения до $1,73 \pm 0,26$ после ($p < 0,05$). Лечение препаратом сопровождалось умеренным увеличением размеров полости левого желудочка, как в систолу, так и в диастолу. Верапамил не вызывал значимого уменьшения фракции выброса. ЧСС, АД достоверно снижались. ОПСС снизилось с $1428,3 \pm 129,7$ до лечения до $950,4 \pm 83,7$ дин $\times$ с $\times$ см $^{-5}$ после ($p < 0,05$). По данным велоэргометрии отмечалось увеличение пороговой нагрузки и общего объема выполненной работы.

Выводы. Антагонист кальция верапамил у больных с дисгормональной кардиопатией способствует значимому урежению частоты СЭ, снижению выраженности кардиалгий, частоты ангинозных приступов. Препарат вызывает урежение ЧСС, снижение АД, ОПСС, повышает толерантность к физическим нагрузкам.

0119 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Брин В.Б., Митицев А.К.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Масштабное использование свинца в промышленном производстве способствовало чрезмерному накоплению его в окружающей среде. Наличие выраженного политропного действия, позволяет свинцу в токсических дозировках поражать практически все органы и системы организма. Нарушение функционального состояния сердечно-сосудистой системы в условиях хронической свинцовой интоксикации характеризуется развитием артериальной гипертензии, миокардиодистрофии, ишемической болезни сердца. В связи с этим поиск эффективных профилактических средств способных блокировать или же ослаблять кардиотоксическое действие свинца является одной из актуальных задач медицины. В качестве профилактического средства при отравлении свинцом нами использовался комплексный цинкорганический препарат — ацизол, обладающий антиишемическим, антиоксидантным и мембранопротекторным действием.

Целью настоящей работы было экспериментальное изучение влияния ацизола на гемодинамические эффекты хронической свинцовой интоксикации.

Методы исследования. Объектом исследования были половозрелые крысы-самцы линии «Wistar» массой 200-300 грамм. Эксперименты проводились в 3 группах животных: 1-я группа — интактные животные; 2-я группа — животные с внутрижелудочным введением ацетата свинца в дозе 40 мг/кг (в пересчете на металл) в течение 16 дней; 3-я группа — животные с внутрижелудочным введением ацетата свинца в дозировке 40 мг/кг (в пересчете на металл) и подкожным введением ацизола в дозе 30 мг/кг в течение 16 дней.

Исследования гемодинамических показателей проводилось на наркотизированных животных, инвазивно измерялось среднее артериальное давление (САД). Сердечный выброс регистрировали методом терморазведения. По формулам проводился расчет сердечного индекса (СИ), ударного индекса (УИ) и удельного периферического сосудистого сопротивления (УПСС). Результаты всех серий опытов обработаны статистически с применением критерия «t» Стьюдента на ПЭВМ Pentium-3.

Результаты исследования показали, что в группе животных внутрижелудочно получавших ацетат свинца, САД было выше значений интактной группы животных ($p \leq 0,001$), что было обусловлено более высоким уровнем УПСС ($p \leq 0,001$), несмотря на снижение СИ и УИ ($p \leq 0,05$). Системная гемодинамика в условиях введения ацетата свинца была гипокинетического типа. В группе животных профилактически получавших ацизол в условиях введения ацетата свинца уровень САД был значительно ниже ($p \leq 0,001$) полученных значений группы животных, изолированно получавших ацетат свинца, и достоверно не отличался от значений интактной группы.

Таким образом, профилактическое введение ацизола в условиях хронической свинцовой интоксикации полностью нивелировало изменения САД, что свидетельствует о наличии у ацизола профилактического эффекта при свинцовой интоксикации.

0120 НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Бритых Т.Н., Гоголашвили Н.Г., Поликарпов Л.С., Литвиненко М.В., Винокурова Э.П., Катман Е.С., Новгородцева Н.Я.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью исследования является изучение частоты наджелудочковых нарушений ритма у больных в течение года после острого инфаркта миокарда.

Материал и методы: объектом исследования являются больные в течение года после острого инфаркта миокарда (ОИМ). Все больные при обследовании получали следующую терапию: 81% больных принимали бета-блокаторы, 74% получали ингибиторы АПФ, 87,9% больных — антиагреганты, 55,1% больных — статины, 32,2% обследованных принимали диуретики, 12,6% больных — блокаторы Са-каналов, 8,6% больных — антиаритмики.

Обследовано 174 человека в возрасте от 30 лет и старше (125 мужчин, 49 женщин). Средний возраст обследованных мужчин составил $56 \pm 0,75$ лет, средний возраст обследованных женщин составил $65 \pm 1,2$ лет. У обследованных в 55,7% случаев имел место Q-инфаркт миокарда, у 44,2% больных — non Q-инфаркт. В течение первых трех месяцев после ОИМ обследовано 65 человек (37,3%), в период от четырех до шести месяцев — 34 человека (19,5%), от семи до девяти месяцев — 24 человека (13,7%), от десяти до двенадцати месяцев — 44 человека (25,2%). Всем обследованным проводилось анкетирование, клинический осмотр с измерением АД, ЧСС, запись стандартной ЭКГ, 24х часовое холтеровское мониторирование (ХМ) с использованием кардиорегистраторов SHILLER MT-100 и MT-101.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто отмечалась артериальная гипертензия (АГ) у 98,2% больных. Стенокардия I функционального класса (ф. кл.) зарегистрирована у 8% больных, II ф. кл. — у 66,6% обследованных, III ф. кл. — у 25,3% больных. Кроме того, отмечались такие заболевания как сахарный диабет (СД), зарегистрирован у 2,9% обследованных, бронхиальная астма (БА) у 1,7% больных, острое нарушение мозгового кровообращения в анамнезе (ОНМК) у 2,9% больных, язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) отмечалась в 10,9% случаев.

По данным однократной регистрации ЭКГ наджелудочковые нарушения ритма (ННР) наблюдались у 8,6% больных, при этом наиболее часто у 4,6% больных отмечалась наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ). На момент обследования по данным однократной регистрации ЭКГ у 2 больных (1,1%) зарегистрирована фибрилляция предсердий (ФП). Кроме того, ФП по данным медицинской документации наблюдалась у 2,8% больных. НЖЭ по данным ХМ наблюдалась у 88,5% больных. Наиболее часто, у 82,2% обследованных отмечалась редкая НЖЭ (менее 30 в час). Частая НЖЭ (более 30 в час) выявлена у 6,3% больных. Парные НЖЭ зарегистрированы у 27%, групповые НЖЭ у 16% обследованных. Кратковременные пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НЖТ) зарегистрированы в 18,3% случаев. ФП по данным ХМ зарегистрирована у 1,1% больных. В целом по данным анамнеза, однократной регистрации ЭКГ, ХМ данное нарушение зарегистрировано у 3,9% обследованных.

Таким образом, как по данным однократной регистрации ЭКГ, так и по данным ХМ наиболее часто регистрировалась НЖЭ. Значительно реже регистрировались ФП и кратковременные пароксизмы НЖТ.

0121 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: АССОЦИАЦИЯ ГЕНОВ, ПРОДУКТЫ КОТОРЫХ РЕГУЛИРУЮТ СИНТЕЗ ХОЛЕСТЕРИНА И ЕГО МЕТАБОЛИЗМ

Бровкин А.Н.¹, Благодатских К.А.¹, Минушкина Л.О.², Агапкина Ю.В.¹, Никитин А.Г.¹, Затеищikov Д.А.², Носиков В.В.¹
¹Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия; ²Федеральное Государственное Учреждение «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель работы: Дислипидемия (повышенное содержание в крови холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) и атерогенных липопротеинов и/или снижение содержания антиатерогенных липопротеинов высокой плотности (ЛПВП)) является одним из основных факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС). Именно поэтому нами изучена ассоциация с ИБС ряда генов-кандидатов, продукты которых определяют уровень синтеза холестерина на ранних стадиях: редуктаза HMG-CoA (HMGCR) и синтетаза сквалена (FDFT1), и липаза липопротеинов (LPL).

Пациенты и методы: В исследование были включены 313 больных ИБС по результатам клинических исследований и данным коронароангиографии. Контрольная группа состояла из 132 человек без клинических признаков ИБС, имеющих аналогичный профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Идентификацию аллелей и генотипов полиморфных маркеров проводили с помощью полимеразной цепной реакции, расщепления фрагментов ДНК рестриктазами и электрофоретического разделения фрагментов ДНК в 8%-ном полиакриламидном геле. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета программ SPSS 13.0.

Результаты: Для полиморфных маркеров T93G и A291G гена LPL, и G(-198)A гена FDFT1 ассоциации с ИБС обнаружить не удалось. Однако нам удалось обнаружить статистически достоверную ассоциацию полиморфных маркеров Ser447Ter гена LPL (аллель Ser и генотип Ser/Ser являются фактором риска), и C(-1947)A гена HMGCR (аллель A и генотип AC является факторами риска).

Выводы: Таким образом, нами показано, что гены-кандидаты, продукты которых вовлечены в синтез (HMGCR) холестерина, а также в его трансформацию (LPL) играют важную роль в формировании генетической предрасположенности к ИБС.

0122 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 18-30 ЛЕТ

Бубнова В.С.

Государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель: Изучить особенности диагностики гипертонической болезни (ГБ) у молодых мужчин и оценить эффективность применения периндоприла для ее лечения.

Методы: Обследовано 224 чел. Основная группа — 100 мужчин, в возрасте 18-30 лет, средний возраст — 23,6 [22,8-24,3] лет. ГБ I стадии установлена у 61,0% чел., II стадии — у 39,0%. Артериальная гипертензия (АГ) I степени — у 88,0% чел., II степени — у 12,0%, риск 1 — у 1,00% чел., риск 2 — у 38,0% чел., риск 3 — у 61,0%. Превышение только офисного уровня АД выявлено у 14,0% пациентов, превышение только среднесуточного АД по данным суточного мониторирования АД (СМАД) — у 38,0% чел., превышение обоих показателей — у 48,0%. Контрольная группа — 30 мужчин, средний возраст — 22,0 [20,6-23,4] лет. Группа сравнения — мужчины, возраст — 31-65 лет, средний возраст — 49,0 [46,7-51,4] лет. Контрольная группа — 30 мужчин, средний возраст — 46,0 [43,1-50,8] лет. Проведены инструментальные методы исследования: регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях, эхокардиография в одно — и двухмерном режимах, доплерэхокардиография, СМАД, велоэргометрия (ВЭМ), исследование вариабельности сердечного ритма, исследование психологического статуса.

Результаты: При ВЭМ гипертоническая и нормотоническая реакции выявлены у 42,0% пациентов ГБ молодого возраста. По данным СМАД у молодых людей с ГБ ночное снижение систолического АД (САД) представлено типом «dipper» у 49,0%, «non-dipper» — у 33,0% чел., «over-dipper» — у 16,0% чел. У пациентов преобладали нейро-гуморальное и симпатическое влияния на регуляцию сердечного ритма. Психологический профиль мужчин молодого возраста с ГБ характеризовался более выраженной степенью тревожности и потребностью в помощи, чем в группе сравнения. В целом показатели шкал невротической триады были выше, чем в группе пациентов ГБ старшего возраста. Всем пациентам молодого возраста был назначен периндоприл в дозе 4 мг в сутки. Лечение проводилось в течение 0,5 года. Для оценки эффективности периндоприла исследовали динамику основных клинических проявлений, показателей СМАД и ВЭМ. Количество жалоб уменьшилось — 10 (29,4%) чел. против 34 (100%) исходно, $p < 0,01$. Целевой уровень АД достигнут у 31 (91,2%) чел. САД снизилось в среднем на 19 мм рт.ст. (до лечения — 142 [138—145] мм рт.ст., после — 123 [120-125] мм рт.ст., $p < 0,01$). Уровень ДАД снизился в среднем на 9,3 мм рт.ст. (до — 88,2 [85,7-90,7] мм рт.ст., после — 79,1 [76,7- 81,5] мм рт.ст., $p < 0,01$). Достоверно увеличилась частота нормотонической реакции на физическую нагрузку — 24 (70,5%) чел. против 14 (41,2%) исходно, $p < 0,01$.

Выводы: 1. СМАД для выявления ГБ в молодом возрасте следует использовать как обязательный метод диагностики, так как по данным СМАД в 1/3 случаев регистрировалась АГ при нормальных офисных уровнях АД. ВЭМ надлежит использовать как метод для ранней скрининговой диагностики ГБ.

2. Периндоприл может быть препаратом выбора для лечения ГБ у молодых мужчин. Использование периндоприла в 2/3 случаях приводило к регрессу клинической симптоматики. При применении данного препарата в течение 0,5 года целевой уровень АД достигнут в 91,2% случаев.

0123 ОЦЕНКА ОРГАНОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ КОРДАФЛЕКСА РД У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Буданова В.А., Фадеева С.С., Гусаковская Л.И., Олейников В.Э.
 Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучение органопротекторного действия антагониста кальция кордафлекса РД у лиц старше 60 лет с систолидиастолической и изолированной АГ I-II степени.

Методы исследования: в исследование было включено 48 пациентов с АГ I-II степени в возрасте старше 60 лет ($60,15 \pm 4,81$ лет). Все участники исследования были разделены на группы: I группа — 26 пациентов (4 мужчин и 22 женщины) в возрасте ($67,19 \pm 4,14$) лет с СААГ. Длительность АГ колебалась от 1 до 30 лет ($10,23 \pm 5,14$ лет). АГ I степени страдали 38,46%, II степени — 61,54%. II группа — 20 пациентов (3 мужчин и 17 женщин) в возрасте ($67,7 \pm 3,67$) лет с ИСАГ. Длительность АГ колебалась от 1 до 25 лет ($10,7 \pm 6,72$ лет). Все пациенты принимали антигипертензивные препараты нерегулярно. Пациентам после «отмывочно-го» периода назначали кордафлекс РД (EGIS, Венгрия) в виде

монотерапии (40 мг/сутки). Органопротекторное действие оценивали по динамике показателей эхокардиографии (Эхо-КГ) на аппарате MyLab 90 («Esaote», Италия). Рассчитывали массу миокарда ЛЖ по формуле R. Devereux, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), показатели диастолической функции ЛЖ — время изоволюметрической релаксации левого желудочка (ВИР), максимальные скорости кровотока раннего диастолического наполнения (V_E) и кровотока в систолу предсердия (V_A), отношение V_E/V_A . МАУ определяли с помощью тест-полосок «Mikral-test». За норму принимали концентрацию альбумина в моче менее 20 мг/л в ночной порции мочи.

Полученные результаты: анализ исходных показателей Эхо-КГ выявил у 34 (71%) человек наличие концентрической гипертрофии ЛЖ, у 4 (8,7%) — эксцентрическое ремоделирование миокарда, последние принадлежали к группе лиц с СДАГ. На фоне терапии кордафлексом РД у пациентов с концентрической гипертрофией ЛЖ наблюдалась достоверная динамика ИММЛЖ с $151,4 (133,23; 168,19)$ до $147,45 \pm 26,65$ ($p=0,00004$), толщина ЗСЛЖ с $1,3 (1,2; 1,4)$ до $1,22 \pm 0,11$ ($p=0,0002$) и МЖП с $1,3 (1,3; 1,4)$ до $1,29 \pm 0,11$ ($p=0,001$). У пациентов с эксцентрической гипертрофией уменьшился КДО на 20%. В обеих группах наблюдалось выраженное снижение ОПСС, увеличение ФВ. Нарушение диастолической функции по гипертрофическому типу было выявлено у 36 (78,3%) пациентов, по псевдонормальному типу — у 4-х (8,7%). На фоне лечения у лиц с I-м типом диастолической дисфункции отмечали достоверное улучшение показателей транзитрального кровотока, соотношение Е/А увеличилось на 14,5%. По исходным данным МАУ определялась у 9 человек в группе СДАГ и 20 пациентов с ИСАГ. На фоне лечения количество пациентов с МАУ сократилось до 9 человек в I группе и 8-ми человек во II группе.

Выводы: У больных с ИСАГ структурно-функциональные изменения сердца и почек были более выражены, чем с СДАГ. По данным Эхо-КГ, результатам МАУ длительный прием кордафлекса РД сопровождается кардиопротекторным действием, улучшается систолическая, диастолическая функция сердца, наблюдается регресс гипертрофии ММЛЖ. Терапия кордафлексом РД у пожилых пациентов с АГ сопровождается улучшением функционального состояния почек.

0124 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И ОФИСНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Буданова В.А., Гусаковская Л.И., Томашевская Ю.А.
Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: оценить взаимосвязи между эффективностью антигипертензивной терапии по данным суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и достижением целевых значений при офисном измерении артериального давления.

Методы исследования: В исследование было включено 33 пациента (10 мужчин и 23 женщины) в возрасте от 32 до 61 лет с длительностью заболевания АГ в среднем $8,7 \pm 7,6$ лет. АГ I степени диагностирована у 15 человек (45%) и АГ II степени у 18 (55%). Измерения проводились после двухнедельного «отмывочного» периода. Всем пациентам до лечения и через 16 недель выполняли суточное мониторирование артериального давления (СМАД) прибором BPLab («Пётр Телегин», Россия), эхокардиографическое исследование сердца и сосудов прибором MyLab 90 (Esaote, Италия) с определением ИММЛЖ и толщины интима-медиа (ТИМ). Офисные измерения артериального давления (АД) проводили методом Короткова. Для оценки величины АД на каждой руке выполняли не менее двух измерений с интервалом не менее минуты; при разнице > 5 мм рт.ст. производили одно дополнительное измерение; за конечное (регистрируемое) значение принимали среднее из двух последних измерений. Антигипертензивную терапию проводили с учетом индивидуального подбора класса и дозы препаратов. При неэффективности монотерапии назначали комбинированное лечение. Для контроля клинической эффективности фармакотерапии пациентам рекомендовали

использование дневников самоконтроля АД (СКАД). Коррекцию антигипертензивной терапии проводили с учетом домашних и офисных измерений давления. За целевые значения АД принимали 139 и 89 мм рт. ст. и ниже по данным офисных измерений АД и 135 и 85 и ниже по данным среднесуточных показателей АД (СМАД).

Полученные результаты: на фоне лечения у 7 пациентов (21%) достигались целевые значения АД по данным офисных измерений и не наблюдался контроль гипертонии по СМАД. Среднесуточные значения САД и ДАД при этом составляли $142,6 \pm 5,4$ и $88,9 \pm 2,7$ мм рт.ст., клиническое АД соответственно $127,4 \pm 4,8$ и $85,4 \pm 1,1$ мм рт.ст. У этих пациентов чаще отмечалось ожирение 1-3 степени (ИМТ $35,8 \pm 4,7$ кг/м²), была выше длительность заболевания ($13,1 \pm 7,1$ лет), чаще встречалась отягощенная наследственность по развитию кардиоваскулярных заболеваний, предшествующая нерегулярная и/или неадекватная фармакотерапия. Среди больных с высоким амбулаторным АД ($n=7$) и остальных пациентов ($n=26$) наблюдалось достоверное отличие показателей ИММЛЖ ($129,5 \pm 24,5$ и $109,3 (91,8; 121,8)$) и ТИМ ($0,94 \pm 0,09$ см и $0,88 \pm 0,14$ см).

Выводы: выявленное в ходе исследования несоответствие между офисными значениями АД и показателями СМАД в сочетании с наличием факторов риска и поражения органов-мишеней требуют более тщательного контроля АД как по данным офисных измерений и самоконтроля, так и с применением амбулаторного мониторингирования.

0125 ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Булашова О.В., Слепуха Е.Г., Долгова К.А.

КГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Казань, Россия

Качество жизни, являясь интегральным показателем, включает такие аспекты существования индивидуума как физическое состояние, эмоциональный, психологический и социальный статус. КЖ включает такие компоненты как возраст, пол, социально-экономическое положение, вид трудовой деятельности, религиозное убеждение, культурный уровень. Таким образом, метод оценки КЖ является доступным для использования в повседневной амбулаторной практике при проведении диспансерного наблюдения за пациентами, страдающими хронической сердечной недостаточностью (ХСН), так как позволяет повысить результативность лечебных и профилактических мероприятий.

Целью настоящего исследования было изучение КЖ больных с различной степенью функциональных нарушений при ХСН в зависимости от этиологического варианта развития сердечной недостаточности: ишемической болезни сердца (ИБС), артериальной гипертензии (АГ) и их сочетания.

Материалы и методы. Обследовано 73 пациента с ХСН (25 мужчин и 48 женщин), средний возраст которых составил $54,77 \pm 4$ лет. В качестве контроля использовались аналогичные характеристики взрослых человек, не имеющих сердечно-сосудистой патологии. У больных был установлен I-III функциональный класс (ФК) сердечной недостаточности (NYHA, 1964). Качество жизни изучали по Миннесотскому опроснику качества жизни больных с хронической сердечной недостаточностью (Living with Failure Questionnaire, T.Rector, I. Cohn, 1987).

В результате тестирования пациентов с ХСН до лечения показатель КЖ составил $45,412,5$ балла, в контрольной группе $9,10,5$ (р

0126 ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКТИВНОСТИ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Булашева О.В., Матвеева Т.В., Костромова Н.А., Кирилова Ю.А.

КГМУ, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Городская клиническая больница №2, Казань, Россия

Одним из наиболее серьезных осложнений заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССЗ) является нарушение мозгового

кровообращения, которое может быть представлено как острой формой — инсультом, так и хронической ишемией головного мозга (ХИМ) с развитием деменции. Начальными проявлениями нарушений церебральной гемодинамики являются изменения реактивности сосудов головного мозга со снижением цереброваскулярного резерва.

Целью работы было исследование реактивности сосудов у больных с ХИМ и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и выявление особенности при различной этиологии ХСН.

В группу исследования вошли 124 пациента обоего пола, средний возраст $58,1 \pm 9,9$ года с клиническими признаками цереброваскулярной болезни, сочетающейся с ХСН. В качестве группы сравнения обследовано 37 здоровых лиц аналогичного возраста. Из исследования исключались больные с гемодинамически значимыми стенозами и аномалиями артерий, с очаговой патологией головного мозга. Состояние мозгового кровотока изучалось методом транскраниальной доплерографии (ТКДГ) с проведением функциональных тестов на реактивность средних мозговых артерий: состояние ауторегуляции (АР) мозгового кровотока исследовали посредством компрессионного теста с вычислением коэффициента овершута (КО) и скорости ауторегуляции (САР), цереброваскулярную реактивность (ЦВР) оценивали с помощью гиперкапнического и гипокapнического тестов с подсчетом коэффициентов реактивности KP^+ и KP^- соответственно.

Клиническое и инструментальное исследования обследованных пациентов позволило выделить следующие варианты ХИМ: начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК) 27%, дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) I—34%, ДЭП II—39%. Тяжесть клинических проявлений ХСН соответствовала 5,2 баллов по шкале Ю.Н. Беленкова и В.Ю. Мареева. У 37% причиной формирования ХСН была артериальная гипертензия (АГ), у 22% — ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 38% сочетание ИБС и АГ и у 3% — другие ССЗ.

У больных АГ слева были достоверно снижены индекс вазомоторной реактивности (ИВМР), KP^+ и САР. У пациентов ИБС отмечалось снижение KP^+ с обеих сторон, но достоверное различие с контролем была получена слева, снижение ИВМР справа и слева ($p < 0,02$, $p < 0,02$). У больных с ХСН на фоне сочетания АГ и ИБС KP^+ и ИВМР церебральных артерий был снижен с обеих сторон, достоверное различие выявлялась только слева, САР была снижена с обеих сторон по сравнению с контролем ($p < 0,001$), а справа и по сравнению с САР у лиц имеющих только АГ ($p < 0,04$).

Таким образом мы видим более выраженное снижение реактивности церебральных сосудов у больных с ХИМ и ХСН на фоне сочетанной этиологии ИБС и АГ.

0127 МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИМ СЕПТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ

Бушманова Г.М.*, Непомнящих Л.М.*, Зорина И.Г.**

*ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия; **ГУ НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.М. Мешалкина, Новосибирск, Россия

Инфекционный эндокардит (ИЭ) и дисплазия соединительной ткани (ДСТ) начинают занимать все более значимое место в этиологической структуре приобретенных пороков сердца (ППС), претерпевших за последние 30 лет заметную эволюцию.

Цель исследования — определить частоту малых аномалий (МА) развития сердца у больных исходно ранними стадиями первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ) — нового клинического феномена XX-XXI веков, вошедшего в программу долгосрочного проспективного наблюдения.

Материалы и методы исследования. В ходе долгосрочного проспективного мониторинга, проводившегося с 1982-1999гг по 2004-2008гг было обследовано 95 пациентов (71 женщина и 24 мужчины) в возрасте от 9 до 55 лет. Средний возраст обследованных составил 29,6 лет. Исходно ранние стадии болезни были представлены 4 группами больных: I группа — изолированный парietальный эндокардит (34 человека), II, III, IV группы —

вальвулит одного (11 человек), 2-х (44 человека), 3-х (6 человек) клапанов, соответственно, без гемодинамически значимой их дисфункции. Группам I, II, III, IV соответствовали следующие периоды постановки диагнозов: 1982-1996, 1989-1998, 1990-2004, 1999-2002 гг. Для каждой группы больных строилась гистограмма, отражавшая количество пациентов в соответствии с годом выявления болезни.

Максимальное количество больных в группах выявлено в 1986 (группа I), 1992 (группа II), 2000 (группа III), 2000гг (группа IV), т.е. с течением времени отмечалось последовательное усложнение патологии.

Диагноз П-ХСЭ устанавливали с использованием клинических экстракардиальных патогномоничных признаков болезни — её клинических маркеров, выделенных ранее Бушмановой Г.М. Точность его была подтверждена на разных этапах развития болезни с помощью ЧП ЭхоКГ. Для выявления МА применяли трансторакальную ЭхоКГ.

Результаты. В I группе больных частоты пролапса митрального клапана (ПМК) и ложной хорды левого желудочка (ЛЖЛЖ) составляли 22,3% и 25,7%, соответственно. Во II-IV группах диапазон их колебаний по порядку следования МА находился в пределах 83,3-90,9% (в среднем 86,7%) и 46,5-66,7% (в среднем 55,8%). Это превысило их частоту в I группе для ПМК 3,8 раза, для ЛЖЛЖ в 2,2 раза. С 1989 года появились другие МА. Их частота колебалась от 2,3 до 16,7%.

Заключение. Выявлен высокий процент сочетания П-ХСЭ и МА развития сердца, обусловленный недифференцированной ДСТ, достигнутый на фоне предшествующего высокого темпа роста частоты МА. Это ставит под сомнение корректность существующих воззрений на характер взаимоотношения болезней.

0128 О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА И ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.

Бушманова Г.М.*, Непомнящих Л.М.*, Зорина И.Г.**

*ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия; **ГУ НИИ патологии кровообращения им. акад. Е.Н. Мешалкина, Новосибирск, Россия

Вопрос соотношений инфекционного эндокардита (ИЭ) и дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в настоящее время рассматривается с позиций осложнения ДСТ инфекционным эндокардитом.

Однако, как было показано нами ранее, в ходе долгосрочного проспективного мониторинга больных ранними стадиями первично-хронического септического эндокардита (П-ХСЭ) выявлена динамика значительного прогрессирования частоты малых аномалий сердца (МА) за период 1989-2004гг по сравнению с периодом 1982-1996гг. Так, частота выявления пролапса митрального клапана и ложной хорды левого желудочка при проведении ЭхоКГ возросла в 3,8 раза и в 2,2 раза соответственно, составляя в среднем 86,7% и 55,8%.

Полученные данные не исключают существования более тесных взаимоотношений между П-ХСЭ и ДСТ на уровне генеза. В пользу этого предположения свидетельствует прогрессирующая эпидемически высокая частота П-ХСЭ и ДСТ, выявление П-ХСЭ у детей раннего возраста и их матерей, а также частое отсутствие своевременной диагностики и лечения этой формы эндокардита при высоком проценте инфицированности больных вирусами герпеса и внутриклеточными паразитами.

При инфицированности больных П-ХСЭ вирусами герпеса возможна вертикальная передача последних трансплацентарным путем с последующим внутриутробным инфицированием плода. Воздействие вируса на клеточные структуры может сопровождаться увеличением синтеза протеолитических энзимов с последующим миксомотозным перерождением клапанов и других «заинтересованных» структур. С другой стороны, вирусы герпеса, включаясь в комплекс мультифакториальных воздействий на плод в период его внутриутробного развития, как известно, способны вызвать дефекты генетического аппарата.

Таким образом, не исключено, что появляющийся на свет новорожденный может быть уже инфицирован вирусами и внутриклеточными паразитами, имея дефекты генетического аппарата.

рата, клинически реализованные в различного рода проявления ДСТ, включая МА, а также различные варианты врожденных пороков сердца. Последние, по-видимому, могут явиться также результатом первично-хронического внутриутробного сепсиса в виде П-ХСЭ, т.е. носить в этом случае приобретенный характер. Проведение в перспективе дальнейших исследований в этом направлении может расширить возможности вторичной профилактики, способствуя улучшению прогноза болезни.

0129 БАРТОНЕЛЛЁЗ В КАРДИОЛОГИИ КАК НОВАЯ ТРЕВОЖНАЯ ПРОБЛЕМА

Бушманова Г.М.*, Непомнящих Л.М.*, Терлецкий А.В.**,
Ахмерова Л.Г.**

*ГУ НИИ региональной патологии и патоморфологии СО РАМН, Новосибирск, Россия; **ИХБФМ СО РАН, Новосибирск, Россия

Бартонеллы, как возбудители так называемых “emerging and re-emerging” заболеваний, т.е. болезней, ранее неизвестных либо возвращающихся или считавшихся искорененными, начинают вызывать обоснованное беспокойство в условиях нарастающей экспансии на человека представителей микромира. Ubiquитарность возбудителя в сочетании с особенностями эпидемиологии вызываемых им заболеваний на фоне прогрессирующей иммуносупрессии населения не исключают возможность возникновения эпидемически высокого распространения бартонеллёзов у человека. Среди заболеваний, ассоциированных с бартонеллёзом, особое место занимает инфекционный эндокардит, возникающий как на измененных, так и исходно интактных клапанах.

Бартонеллы, как известно, паразитируют в эритроцитах, ретикулоэндотелиальной системе, других органах и тканях и протекают одновременно с другими кровепаразитарными инфекциями. Переносчиками возбудителя являются клещи, вши, комары, москиты, кровососки, мухи-жигалки и другие кровососущие.

Цель исследования. Выявление возбудителя бартонеллёза в крови больных первично-хроническим септическим эндокардитом (П-ХСЭ).

Материалы и методы. Обследовано 55 пациента с П-ХСЭ (37 женщин и 18 мужчин) в возрасте от 6 до 75 лет на наличие в крови бартонеллёзной инфекции. Для выявления бартонелл мы использовали метод окраски крови по Романовскому-Гимзе, используя способ диагностики кровепаразитарных инфекций А.В. Терлецкого и Л.Г. Ахмеровой.

Полученные результаты. Бартонеллы были выявлены у 86,5 % больных П-ХСЭ. Заболевание сопровождалось внутриэритроцитарной бактериемией. Бартонеллы окрашивались в вишнево-фиолетовый цвет. Морфологически выявляли данные протеобактерии округлой, палочковидной, v-образной формы, в виде цепочек и скоплений, размером от 0,5 до 2,5 мкм.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о высоком проценте бартонеллёзной инфекции в группе больных П-ХСЭ. В силу определенных диагностических трудностей, а также отсутствия осведомленности и настороженности врачей в отношении взаимосвязи кровепаразитарных инфекций и кардиологических заболеваний, возбудитель в большинстве случаев остается невыявленным.

Результаты исследований указывают на необходимость дальнейшего изучения роли внутриклеточных протозойно-бактериальных кровяных инфекций в развитии патологий сердечно-сосудистой системы и служат основанием для внесения рациональных дополнений в реабилитационные программы больных.

0130 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Быковская Т.В., Хаишева Л.А., Шлык С.В., Самохина Л.Ю.,
Линник А.С.

ФГУ «РостГМУ», «МЗ РО», Ростов-на-Дону, Россия

Цель: провести фармакоэкономический анализ лечения артериальной гипертензии (АГ) I-II стадии в Ростовской области.

Методы исследования: обследовано 78 больных (средний возраст — 42,3±5,7 года), которые в зависимости от стадии АГ были разделены на группы: 1 группа, 38 больных с АГ I ст. (17 мужчин и 21 женщина), 2 группа — 40 человек (16 мужчин и 24 женщины), имевших II стадию АГ. В качестве антигипертензивного препарата первой линии, после 2-х недельного отмывочного периода, все пациенты получали иАПФ (лизиноприл 5 мг), через 2 недели при не достижении целевого АД добавлялся диуретик (гипотиазид), с целью повышения комплайенса пациентов назначалась фиксированная низкодозовая комбинация лизиноприла 5 мг и гипотиазида 12,5 мг (Листрил Плюс) еще через 2 недели при не достижении целевого АД добавлялся антагонист кальция (аСа) (амлодипин 5 мг — Стамло М). Фармакоэкономический анализ проводился методом «затраты-эффективность» в течении 3-х мес терапии — $CER = DC + IC / Ef$, где CER — соотношение «затраты-эффективность», DC — прямые затраты, IC — не прямые затраты, Ef — эффективность применения медицинской технологии.

Полученные результаты: Из анамнеза обследованных: не принимали гипотензивные препараты 16,7% больных, хотя терапия не была назначена ранее 23,1%; 61,5% получали монотерапию, 21,8% — комбинированную терапию, хотя ранее комбинированная терапия была назначена 44,9%, т.е. более 50% пациентов нуждающихся в комбинированной терапии самостоятельно начали принимать один препарат. Наиболее часто назначаемым классом препаратов были иАПФ (более 80% пациентов), реже назначались β-блокаторы (36,4%) и диуретики (41,4%). Через 12 недель терапии 21,1% пациентов с АГ I ст достигли целевых значений АД на монотерапии, для них $CER = (иАПФ (120,0 руб/мес \times 3 мес) 360,0 руб + посещение кардиолога 4 раза - 176,0 руб \times 4 = 704,0 руб) / 0,21 (эффективность) = 5066 руб\%$; 68,7% пациентов с АГ I ст достигли целевого АД при применении Листрила Плюс — $CER = (Листрил Плюс 225,0 руб/мес \times 3 мес = 675,0 руб + Посещение кардиолога 4 раза - 176,0 руб \times 4 = 704,0 руб) / 0,687 = 2007 руб\%$. Для пациента с АГ II стадии анализ «затраты — эффективность» — составил для 32,9%, которые достигли целевого АД при применении фиксированной низкодозовой комбинации $CER = (Листрил Плюс 225,0 руб/мес \times 3 мес = 675,0 руб + Посещение кардиолога 4 раза - 176,0 руб \times 4 = 704,0 руб) / 0,329 = 4191,5 руб\%$. Для 58,5% пациентов, которым для достижения целевого АД понадобилось к Листрил Плюс добавить амлодипин $CER = ((Листрил Плюс 225,0 руб/мес + Стамло М 240,0) \times 3 мес = 1395,0 руб + посещение кардиолога 4 раза - 176,0 руб \times 4 = 704,0 руб) / 0,585 = 3588 руб\%$

Выводы: $CER = АГ I ст: монотерапия иАПФ = 5066 руб\%$, применение фиксированной низкодозовой комбинации Листрил Плюс = 2007 руб% $CER = АГ II ст Листрил Плюс = 4191,5 руб\%$, а при применении Листрил Плюс + Стамло М = 3588 руб%. Таким образом для пациента с АГ I стадии экономически более эффективно применение фиксированной низкодозовой комбинации, а для пациента с АГ II стадии фиксированная низкодозовая комбинация может быть рассмотрена, как основа для трехкомпонентной терапии.

0131 АНТИАТЕРОГЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ СИМВАГЛИЗИН ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ

Вавилин В.А.¹, Салахутдинов Н.Ф.², Рашинов Ю.И.¹, Стахнева Е.М.¹,
Сафронова О.Г.², Макарова С.И.², Иванова М.В.¹

¹ГУ Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; ²ГУ Научно-исследовательский институт молекулярной биологии и биофизики СО РАМН, Новосибирск, Россия; ³Новосибирский институт органической химии им. Н.Н. Ворожцова СО РАН, Новосибирск, Россия

Гиперхолестеринемия (ГХС) играет важную роль при атеросклерозе и ИБС, приоритетным в терапии которых является назначение холестерин снижающих лекарственных препаратов. Наиболее эффективны в отношении снижения уровня холестерина крови (ХС) и смертности от атеросклероза и ИБС ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы (статины). Одним из перспективных

направлений по повышению эффективности и безопасности фармакологических соединений является связывание активного вещества в молекулярный комплекс, защищающий от быстрого метаболизма в организме, улучшающий транспорт через биологические мембраны и пролонгирующий действие вещества. Новое комплексное соединение симваглизин (СВГ) было создано путем комплексирования симвастатина (СВ) с глицирризиновой кислотой (ГК) на базе Новосибирского института органической химии им. Н.Н. Ворожцова СО РАН (Патент РФ № 2308947, 2007). Целью исследования было изучение антиатерогенных (холестерин снижающий, антиоксидантный, нормализующий функцию эндотелия) эффектов СВГ при экспериментальной ГХС у кроликов *in vivo*.

Эксперименты были выполнены на самцах кроликов Серый гигант. ГХС у кроликов создавалась 30 дней кормлением *per os* диетой, содержащей ХС 3% и животного жира 5% от объема пищи. Затем следовал 30-дневный период вмешательства: 1) контрольная группа, 2) группа приема СВ средние терапевтической дозы, 3, 4 и 5) — группы приема СВГ с дозами СВ в СВГ, сниженными в 2, 3 и 5 раз, соответственно. Расчеты доз препаратов велись с учетом молярной массы соединений (доля СВ в СВГ — 1/10). Заборы крови у кроликов по 3 мл из ушной вены проводились каждые 10 дней эксперимента, поэтому была определена динамика изменений параметров липидного профиля крови (общий ХС, ЛВП-ХС, ТГ), показателей уровня продуктов перекисного окисления липидов, активности параоксоназы/мин, уровня метаболитов NO, фактора Виллебранда, эндотелина-1, а также критерии безопасности (уровни КФК, АСТ, АЛТ) методами фотометрии, флуориметрии и ИФА.

Показано, что сила гипохолестеринемического эффекта СВГ, в дозах по СВ, сниженных в 2-5 раз, равна той, что наблюдается для средние терапевтической дозы СВ. Оба соединения СВ и СВГ (с дозами СВ, сниженными в 2, 3 и 5 раз) на начальном периоде приема препаратов оказывали сходный эффект торможения активности окислительных процессов в сравнении с контрольной группой. Кроме того, наименьшая доза СВГ была наиболее безопасной и положительно влияющей на дисфункцию эндотелия. Таким образом, показана возможность снижения суточной дозы СВ в комплексном соединении СВГ при сохранении его в целом антиатерогенной эффективности.

Работа поддержана Междисциплинарным Интеграционным проектом СО РАН и СО РАМН № 11-09.

0132 НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Вайханская Т.Г., Комиссарова С.М., Коптюх Т.М., Гуль Л.М.

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

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) связана с риском внезапной смерти вследствие желудочковых нарушений ритма сердца.

Цель. Оценить общепринятые электрокардиографические предикторы жизнеугрожающих желудочковых аритмий (ЖЖА), параметры вариабельности (ВСР) и турбулентности ритма сердца (TRP) при холтеровском мониторингировании (ХМ) ЭКГ у больных с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных с обструктивной формой ГКМП (51,7% мужчины и 49,3% женщины), проживающих на территории Республики Беларусь. Средний возраст пациентов составил $43,3 \pm 8,91$ лет. Всем больным проводилось суточное мониторингирование ЭКГ на системах «OXFORD Medilog Optima» на фоне базисной медикаментозной терапии бета-блокаторами. Наряду с общепринятыми электрокардиографическими риск-предикторами ЖЖА (сниженная ВСР, депрессия сегмента ST-T, дисперсия и удлинение интервала QT) анализировались параметры турбулентности ритма сердца (TRP).

Анализ «турбулентности» проводился по критериям, предложенным G. Schmidt et al. (1999г.), с вычислением параметров «начала» турбулентности ритма (HRT0) и «наклона» турбулентности (HRTS).

Результаты. У 15 (38,5%) пациентов с обструктивной формой ГКМП на фоне терапии бета-блокаторами при ХМ-ЭКГ были выявлены желудочковые нарушения сердечного ритма: пароксизмы неустойчивой желудочковой тахикардии (у 8-и больных); пароксизмы устойчивой желудочковой тахикардии (у 1-го), частая желудочковая полиморфная экстрасистолия (у 6-и пациентов). У 24 (61,5%) больных суправентрикулярная и желудочковая эктопия регистрировалась в непатологическом количестве. При анализе данных ХМ-ЭКГ 15-и пациентов с ЖЖА патологические значения ВСР ($SDNN 51,7 \pm 11,3$) выявлены у 5 обследуемых, удлинение скорректированного интервала QT и дисперсии QT ($QTc 38,9 \pm 13,1\%$, $QTd 63,9 \pm 7,13$ мс) у 4-х больных, эпизоды депрессии сегмента ST ($-2,51 \pm 0,23$ мм) у 9-и пациентов; патологические значения турбулентности ритма сердца: начало турбулентности (HRT0 $2,38 \pm 1,55\%$) выявлены у 12-и из 15-и обследованных, наклон турбулентности (HRTS $1,13 \pm 0,65$ ms/R-R) — у 4-х больных. Патологический показатель TRP (HRT0) регистрировался у 12 (80%) больных ГКМП с ЖЖА, тогда как у больных с одиночной непатологической желудочковой эктопией — в 16,6% случаев ($p < 0,05$). Снижение ВСР отмечалось, соответственно, у 30% и 28,3% больных. Показатели дисперсии и удлинения интервала QT, депрессии сегмента ST также достоверно не отличались в этих подгруппах больных.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты оценки функции автономной системы сердца у пациентов с ГКМП с помощью новых информативных критериев турбулентности сердечного ритма подтвердили возможность прогноза риска ЖЖА при ХМ-ЭКГ даже на фоне лечения бета-блокаторами, являющимися препаратами первой линии терапии ГКМП.

0133 ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЧЕТВЕРТИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ НОВОКАИНА И НОВОКАИНАМИДА

Ванькова Л.В., Скоробогатова Л.Н., Горшенина Е.И., Лещанкина Н.Ю., Сурина Т.А.

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

Цель работы: изучить влияние четвертичных производных новокаина и новокаинамида на некоторые показатели системной и центральной гемодинамики интактных животных.

Методы исследования. Экспериментальные исследования гемодинамики проводили на 24 половозрелых кошках обоего пола весом 1800-2400г. методом электромагнитной флуометрии с помощью отечественного расходомера крови РКЭ-2. Подопытных животных, наркотизированных тиопентал-натрием (50 мг/кг внутривенно), переводили на искусственное дыхание, проводили торакотомию в 4-ом межреберье справа и накладывали электромагнитный датчик на восходящую часть дуги аорты. Запись кривой ударного выброса производили на ЭЛКАР-6 до введения препаратов (исходные показатели контроля) и на протяжении последующих 50 минут после введения четвертичного производного новокаина N-аллил-N-(2-этиламино-4-амино-фенил)-диэтиламина бромидом (лабораторный шифр ЛХТ-N104), который вводили в/в в дозе 3,2 мг/кг в растворе, и четвертичного производного новокаинамида N-аллил-N-(2-оксиэтилкарбоксы-4-аминофенил)-диэтиламина бромид (лабораторный шифр ЛХТ-N204), вводимого в/в в дозе 2,9 мг/кг. Препарат сравнения — лидокаин. Артериальное давление определяли прямым способом при помощи манометра Людвиг в сонной артерии. Другие параметры системной гемодинамики: ударный объем, минутный объем кровообращения, общее периферическое сопротивление сосудов, сердечный индекс, работу левого желудочка определяли с помощью известных расчетных фор-

мул. Статистическую обработку полученных результатов фармакологических исследований проводили методами вариационной статистики, достоверность результатов оценивали с помощью метода « χ^2 -квадрат» и t-критерия Стьюдента при 5% уровне значимости.

Полученные результаты. Болюс субстанции ЛХТ-Н204 не оказывал отрицательного хронотропного и инотропного действия, а также не угнетал интегральные показатели работы сердца, не проявлял гипотензивного эффекта и не оказывал влияние на тонус периферических сосудов. Такой профиль гемодинамических эффектов вещества наблюдался как в первые минуты опыта, так и к концу эксперимента. Близкими гемодинамическими эффектами обладает и четвертичное производное новокаинамида ЛХТ-Н104. Единственным статистически значимым эффектом субстанции ЛХТ-Н104 является его способность кратковременно (в течение минуты после введения) снижать уровень среднечастотного артериального давления.

Выводы. Четвертичные производные новокаина и новокаинамида при внутривенном введении в эффективных противоритмических дозах не угнетают параметры центральной и системной гемодинамики у интактных кошек.

0134 СЕГМЕНТАРНЫЙ АНАЛИЗ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ)

Варгина Т.С., Королева Т.В., Матвеев В.В., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: провести сегментарный анализ локальной сократительной функции миокарда левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: в исследование было включено 144 пациента. Были сформированы две группы: I группа — 70 больных ИБС и СД 2 типа, II группа — 74 больных ИБС без нарушений углеводного обмена. Средний возраст больных I группы составил $62,7 \pm 8,6$ лет, II группы — 58 ± 10 лет. В I группе было 21 (30%) мужчин и 49 (70%) женщин, а во II группе — 41 (55,4%) мужчин и 33 (44,6%) женщин. По степени тяжести ИБС, длительности ИБС, стадии и функциональному классу ХСН, наличию инфаркта миокарда в анамнезе, артериальной гипертензии эти группы достоверно не отличались. Изучение локальной сократимости миокарда проводилось методом РРВГ на основе унифицированной 16 сегментарной модели левого и правого желудочков. Анатомо-топографическое расположение 8 сегментов в миокарде левого желудочка (ЛЖ): 1 сегмент — верхняя часть межжелудочковой перегородки (МЖП) вблизи выносящего тракта, 2 сегмент — МЖП, 3 сегмент — передняя стенка ЛЖ, 4 сегмент — апикальная область ЛЖ, 5 сегмент — апикальная область ЛЖ, 6 сегмент — задняя стенка ЛЖ, 7 сегмент — боковая стенка ЛЖ, 8 сегмент — боковая стенка ЛЖ.

Результаты: при сегментарном анализе локальной сократимости ЛЖ во II группе по сравнению с больными I группы в миокарде левого желудочка отмечались более высокие показатели локальной сократимости, кроме 4 и 7 сегментов. Статистически достоверные различия показателей локальной сократимости наблюдались в 1 сегменте (I группа — $32,1 \pm 10,3\%$, II группа — $35,8 \pm 9,5\%$, $p < 0,05$), во 2 сегменте (I группа — $28,4 \pm 8,1\%$, II группа — $31,3 \pm 6,5\%$, $p < 0,01$) и в 5 сегменте (I группа — $89,9 \pm 16,7\%$, II группа — $94,9 \pm 11,5\%$, $p < 0,05$) миокарда ЛЖ.

Выводы: у больных ИБС и СД 2 типа по сравнению с больными ИБС без нарушений углеводного обмена в миокарде левого желудочка были выявлены достоверно более низкие показатели локальной сократимости в верхней части МЖП вблизи выносящего тракта, в области МЖП и в апикальной области левого желудочка.

0135 СЕГМЕНТАРНЫЙ АНАЛИЗ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ)

Варгина Т.С., Королева Т.В., Матвеев В.В., Подзолков В.И.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: провести сегментарный анализ локальной сократительной функции миокарда правого желудочка у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы: в исследование было включено 144 пациента. Были сформированы две группы: I группа — 70 больных ИБС и СД 2 типа, II группа — 74 больных ИБС без нарушений углеводного обмена. Средний возраст больных I группы составил $62,7 \pm 8,6$ лет, II группы — 58 ± 10 лет. В I группе было 21 (30%) мужчин и 49 (70%) женщин, а во II группе — 41 (55,4%) мужчин и 33 (44,6%) женщин. По степени тяжести ИБС, длительности ИБС, стадии и функциональному классу ХСН, наличию инфаркта миокарда в анамнезе, артериальной гипертензии эти группы достоверно не отличались. Изучение локальной сократимости миокарда проводилось методом РРВГ на основе унифицированной 16 сегментарной модели левого и правого желудочков. Изучалась сократительная функция правого желудочка (ПЖ). Анатомо-топографическое расположение 8 сегментов в миокарде ПЖ: 1 сегмент — верхняя часть межжелудочковой перегородки (МЖП) вблизи выносящего тракта, 2 и 3 сегменты — МЖП, 4 сегмент — передняя стенка ПЖ, 5 сегмент — апикальная область ПЖ, 6 сегмент — задняя стенка ПЖ, 7 и 8 сегменты — свободная стенка ПЖ.

Результаты: при сегментарном анализе локальной сократимости ПЖ в группе больных II группы по сравнению с больными I группы в миокарде левого желудочка отмечались более высокие показатели локальной сократимости, кроме 2 и 3 сегментов. Статистически достоверные различия показателей локальной сократимости наблюдались в 1 сегменте (I группа — $36,1 \pm 12,1\%$, II группа — $42,9 \pm 13,6\%$, $p < 0,05$), в 7 сегменте (I группа — $26,7 \pm 16,5\%$, II группа — $29,1 \pm 16,1\%$, $p < 0,05$) и в 8 сегменте (I группа — $21,5 \pm 8,1\%$, II группа — $27,5 \pm 9,8\%$, $p < 0,01$) миокарда ПЖ.

Выводы: у больных ИБС и СД 2 типа по сравнению с больными ИБС без нарушений углеводного обмена в миокарде правого желудочка были выявлены достоверно более низкие показатели локальной сократимости в верхней части МЖП вблизи выносящего тракта и в области свободной стенки правого желудочка.

0136 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН

Вардугина Н.Г., Азаренкова Т.А.
ГОУДПО «Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования», городской центр «Здоровье женщины пограничного возраста», МУЗ ГКБ №5, Челябинск, Россия

Вопрос о профилактическом влиянии заместительной гормональной терапии (ЗГТ) на сердечно-сосудистые заболевания у женщин в климактерии в настоящее время остается дискуссионным. Изучение факторов сердечно-сосудистого риска и их модификацию с помощью ЗГТ у женщин с ранним эстрогендефицитом, когда влияние возраста еще незначимо, представляется перспективным направлением превентивной кардиологии.

Цель: изучить динамику антропометрических данных, уровней артериального давления и биохимических показателей крови за 5 лет у женщин с ранним эстрогендефицитом на фоне ЗГТ и без ЗГТ.

Материалы и методы. В исследование включены 37 женщин в возрасте до 45 лет (средний возраст составил $41,7 \pm 5,4$ лет) с климактерическим синдромом различной степени тяжести, получающие системную ЗГТ. В качестве контрольной группы наблюдались 24 женщины с ранним эстрогендефицитом, получающие негормо-

нальную терапию. Средний возраст данной группы составил $43,4 \pm 1,9$ лет, что сопоставимо с основной группой ($p=0,151$). Изучались следующие параметры: объем талии (ОТ), объем бедер (ОБ), величины артериального давления (САД и ДАД), субъективные жалобы на одышку и боли в сердце. Из лабораторных показателей оценивались липидограмма (ОХ, ТГ, ЛПНП, ЛНВП), уровни глюкозы крови, протромбина крови (ПТИ).

Результаты. Исходные параметры у женщин двух групп достоверно не отличались. По истечении пяти лет выявлено, что у лиц с ЗГТ АД было значимо ниже по сравнению с контрольной группой: САД составило $16,9 \pm 16,0$ мм рт.ст. и $126,7 \pm 15,8$ мм рт.ст. ($p=0,023$), а ДАД — $75,3 \pm 10,4$ мм рт.ст. и $82,1 \pm 12,1$ мм рт.ст. ($p=0,023$) соответственно. У лиц с ЗГТ зарегистрированы более низкие размеры ОТ: $78,3 \pm 10,0$ см и $84,5 \pm 9,6$ см ($p=0,02$). Из лабораторных показателей у лиц с ЗГТ значимым было только повышение ЛПВП по сравнению с лицами без ЗГТ — $1,8 \pm 0,3$ ммоль/л и $1,5 \pm 0,3$ ммоль/л ($p=0,01$). Жалобы на одышку и боли в сердце у лиц с ЗГТ встречались значительно реже — ($p=0,031$) и ($p=0,001$) соответственно. При отдельном изучении динамики показателей в каждой группе за пять лет получены следующие данные. Среди лиц с ЗГТ увеличился размер ОТ с $75,7 \pm 9,3$ см до $78,3 \pm 10,0$ см ($p=0,002$), а среди лиц без ЗГТ этот показатель увеличился с $80,2 \pm 9,6$ см до $84,5 \pm 9,6$ см ($p=0,0001$). Среди женщин с ЗГТ ПТИ увеличился с $84,8 \pm 9,9$ до $91,3 \pm 12,6$ ($p=0,006$), а в группе лиц без ЗГТ — с $89,1 \pm 8,4$ до $92,8 \pm 8,4$ ($p=0,021$). Уровень ТГ среди лиц с ЗГТ увеличился с $1,1 \pm 0,6$ ммоль/л до $1,3 \pm 0,6$ ммоль/л ($p=0,05$), также как и у лиц без ЗГТ — с $1,1 \pm 0,5$ ммоль/л до $1,3 \pm 0,7$ ммоль/л ($p=0,22$). В отличие от лиц с ЗГТ, у женщин без ЗГТ через пять лет увеличились такие показатели, как глюкоза крови — до $4,7 \pm 0,8$ ммоль/л ($p=0,005$) и уровень холестерина с $5,4 \pm 1,2$ ммоль/л до $5,8 \pm 1,1$ ммоль/л ($p=0,042$).

Выводы. За пятилетний период наблюдения динамика антропометрических данных, уровень артериального давления и метаболический профиль у женщин с ранним эстрогендефицитом на фоне приема ЗГТ были достоверно лучше, чем у женщин с ранним эстрогендефицитом, не получающих ЗГТ.

0137 ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ЕГО СРЕДНЕГО ВНУТРИПРЕДСЕРДНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Вартанян Е.А., Дергунова Е.Н., Барт Б.Я.

ГОУ ВПО РГМУ МЗРФ, Диагностический клинический центр № 1, Москва, Россия

Цель исследования: Изучить влияние величины среднего давления в правом предсердии на его структурно-функциональные параметры у больных ХСН

Материалы и методы: Обследованы 57 больных, в том числе, первая группа- 35 больных ИБС с ФВ ЛЖ выше 40%, с умеренными клиническими проявлениями ХСН (II ФК по классификации NYHA), средний возраст $62,3 \pm 2,4$ года, с уровнем давления в правом предсердии (ПП) от 5,0 до 10,0 мм.рт.ст. Вторая группа- 32 больных ИБС с ФВ ЛЖ ниже 40%, с тяжелыми клиническими проявлениями (ХСН III и IV ФК по классификации NYHA), средний возраст $68,4 \pm 2,5$ года, имеющие давление в ПП выше 10,0 мм.рт.ст. Все больные имели синусовый ритм. Определялись максимальные размеры ПП по короткой и длинной оси из апикального доступа, максимальные и минимальные его объёмы, индексированные к площади поверхности тела, по методу Simpson при визуализации его в 2-х взаимно-перпендикулярных плоскостях из апикального доступа. Анализировались средние значения из 2-х позиций. Вычисляли общую фракцию опорожнения ПП (ОФФ ПП), индекс сферичности ПП в диастолу.

Результаты: В первой группе больных выявлено достоверное увеличение максимального размера ПП по короткой оси в конце систолы до $3,44 \pm 0,09$ см ($p<0,001$) и максимального размера ПП по длинной оси до $5,01 \pm 0,04$ см ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой- $2,71 \pm 0,05$ см и $4,25 \pm 0,03$ см. Со значительной

структурной перестройкой и развитием дилатации размеров ПП во 2-й группе до $4,02 \pm 0,02$ см и $5,37 \pm 0,04$ см ($p<0,001$). Изменение коэффициента ремоделирования ПП до $0,75 \pm 0,01$ ($p<0,001$) во 2-й группе и до $0,69 \pm 0,02$ ($p<0,01$) в 1-й группе по сравнению с контрольной, свидетельствует об изменении индекса его сферичности в сторону большей дилатации при нарастании его внутрисердечного давления. Основным вклад в перегрузку предсердий вносят такие факторы, как постепенное нарушение диастолического расслабления желудочков и появление относительной клапанной недостаточности вследствие растяжения структур фиброзного кольца, что способствует дальнейшему расширению предсердий с перегрузкой их объёмом. Так в 1-й группе выявлено достоверное увеличение индекса максимального объёма ПП до $35,2 \pm 2,4$ мл/м ($p<0,01$) со снижением общей фракции его укорочения до $34\% \pm 2,7$ ($p<0,01$) по сравнению с контрольной- $49\% \pm 2,4$. Структурное ремоделирование ПП с незначительным снижением его сократительной функции наблюдалось у больных ХСН с умеренными клиническими проявлениями заболевания даже при невысоком значении его внутрисердечного давления. У больных с тяжёлой дисфункцией миокарда ЛЖ наблюдались более выраженные процессы дилатации правых отделов сердца с признаками перегрузки их объёмом и давлением с формированием значительной относительной трикуспидальной недостаточности с прогрессирующей систоло-диастолической дисфункцией предсердий, так во 2-й группе больных индекс максимального объёма ПП увеличился до $45,7 \pm 3,7$ мл/м² ($p<0,001$) со снижением его общей фракции укорочения до $18,3\% \pm 6,7$ ($p<0,01$), что свидетельствует не только о значительной дилатации, но и о резком снижении сократительной способности ПП.

Выводы: Умеренное структурное ремоделирование полости правого предсердия с его дисфункцией наблюдается у больных ХСН уже на ранних стадиях заболевания без признаков достоверного роста внутрисердечного давления.

У больных ХСН с нарастанием выраженности заболевания и по мере ухудшения состояния миокарда желудочков, ещё в большей степени прогрессируют процессы гемодинамической и объёмной дилатации предсердий с параметрами повышенного внутрисердечного давления, что свидетельствует о процессе дезадаптации и неблагоприятном прогнозе заболевания.

0138 ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И ТКАНЕВУЮ ГЕМОПЕРФУЗИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н.

Филиал НИИ Кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Эндотелиальная дисфункция является важным звеном патогенеза стабилизации артериальной гипертензии и развития атеросклероза, поскольку эндотелий непосредственно участвует в чрезвычайно разнообразных функциях: регуляции сосудистого тонуса, гемостаза, иммунном ответе, миграции клеток крови в сосудистую стенку, синтезе факторов воспаления и их ингибиторов и т.д. В то же время в настоящее время отмечается выраженный дефицит в пищевом рационе населения экономически развитых стран незаменимых полиненасыщенных жирных кислот (ПНЖК) семейства омега-3. Биологическое значение ПНЖК данного класса заключается в том, что они участвуют в синтезе эйкозаноидов, регулирующих важные функции организма, в том числе и функции эндотелия.

Цель исследования: оценить характер изменения некоторых показателей функции эндотелия, периферического кровообращения и противовоспалительных свойств омега-3 ПНЖК у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Исследовано 2 идентичные по базовой антигипертензивной терапии группы больных. Пациенты I группы ($n=20$) получали в течение 1 месяца $1,5$ г/сутки омега-3 ПНЖК; 10 пациентов составили контрольную группу. Всем больным на исходном этапе и через 1 месяц наблюдения исследовали периферический кровоток методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ), определяли уровень С-реактивного белка в крови (СРБ).

Результаты. Месячный курс приема ПНЖК омега-3 сопровождался снижением уровня СРБ в крови на 60% ($p < 0,01$), отражающим выраженный противовоспалительный эффект данных соединений. Анализ амплитудно-частотного спектра ЛДФ-граммы позволил установить достоверное увеличение эндотелиальной составляющей регуляции микрососудистого тонуса на 33,3% и на 30,5% рост нейрогенной активности. Полученные данные свидетельствуют о положительных сдвигах в регуляции микроциркуляторных процессов в результате оптимизации активных её механизмов, и находит отражение в увеличении интегрального показателя тканевой гемоперфузии на 8,25% ($p < 0,05$). Об улучшении эндотелиальной функции под влиянием омега-3 ПНЖК свидетельствует также результаты окклюзионной пробы, в ходе которой резерв капиллярного кровотока возрос на 13,7% ($p < 0,05$).

В контрольной группе пациентов достоверных сдвигов в исследуемых показателях не произошло.

С позитивными сдвигами на уровне микроциркуляции, по-видимому, связан более выраженный гипотензивный эффект в основной группе пациентов по сравнению с контрольной (снижение среднего АД на 7,5% против 3,9% в контрольной группе) при идентичной гипотензивной терапии.

0139 РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ

Васнецова О.А., Саидова М.Н.

ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: Разработать методику маркетинговых исследований для анализа влияния макро (внешней) среды на лекарственное обеспечение в Таджикистане и России

Материалы и методы: Статистические данные из Российского статистического ежегодника и Статистического ежегодника Республики Таджикистан;

Количественный метод СТЕП-анализа, разработанный на кафедре маркетинга и товароведения в здравоохранении ММА им. И.М.Сеченова.

Результаты: Анализ макросреды включает в себя изучение влияния таких компонентов среды, как социальная и культурная составляющие общество; научно-техническое и технологическое развития общества; состояние экономики; правовое регулирование и управление; политические процессы; природная среда и ресурсы; инфраструктура и т.п. Для исследования внешней среды предлагается много подходов. Как правило, при анализе внешней среды используют так называемый качественный метод СТЕП-анализа. В данной работе было изучено влияние социальной, технологической, экономической и политической составляющих на лекарственное обеспечение в Таджикистане и России. При изучении влияния выбранных факторов по каждой составляющей было проведено их ранжирование по 5 бальной шкале и оценка по 5, 10 и 100 бальной системам, учитывая положительное или отрицательное влияние фактора на объект исследования. Показано, что для сопоставления двух стран с различным экономическим потенциалом целесообразно использовать оценку по 100 бальной шкале. В результате было убедительно показано, что для республики Таджикистан в настоящее время социальная и экономическая составляющие имеют наименьшие значения: сводные параметрические индексы $P_n = -95,8$ и $+39,3$ соответственно. Если сравнивать эти показатели с Российской федерацией, то мы имеем для социальной составляющей $P_n = +106,0$ и экономической 143,9.

Выводы: 1. Предложена модификация методики количественного СТЕП-анализа для анализа влияния факторов макросреды на лекарственное обеспечение стран с различными экономическими потенциалами.

2. Проведен правительственный анализ влияния макросреды на лекарственное обеспечение стран с разной экономической ситуацией на примере Таджикистана и России.

3. Установлено, что в стране с отсталой экономикой социальная и экономическая составляющая должны быть отнесены к угрозам.

0140 ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ г.ДУШАНБЕ

Васнецова О.А., Саидова М.Н.

ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: Провести анализ влияния макро (внешней) среды на лекарственное обеспечение кардиологических больных в Таджикистане, а также методом минимизации затрат выделить наиболее экономически эффективные группы лекарственных препаратов.

Материалы и методы: Статистические данные из Российского статистического ежегодника и Статистического ежегодника Республики Таджикистан;

Количественный метод СТЕП-анализа, разработанный на кафедре маркетинга и товароведения в здравоохранении ММА им. И.М.Сеченова.

Метод минимизации затрат.

Результаты: В условиях переходного периода республики Таджикистан увеличилась заболеваемость сердечно-сосудистой системы. Создававшаяся ситуация требует разработки адекватных мер для обеспечения лечебных учреждений и больных необходимыми лекарственными препаратами, при этом минимизируя затраты государства на их обеспечение.

Анализ макросреды и в частности влияния социальной, технологической, экономической и политической составляющих на лекарственное обеспечение в Таджикистане, показал, что в настоящее время угрозу составляют социальная и экономическая составляющие, поскольку имеют наименьшие значения сводных параметрических индексов $P_n = -95,8$ и $+39,3$ соответственно. Если сравнивать эти показатели с Российской федерацией, то мы имеем для социальной составляющей $P_n = +106,0$ и экономической 143,9.

При анализе лекарственного обеспечения кардиологических больных методом минимизации затрат оказалось, наименьшей стоимостью обладают препараты группы бета-адреноблокаторов, за ними следуют антагонисты кальция и ингибиторы АПФ. Наиболее дорогостоящими препаратами являются альфа-адреноблокаторы и блокаторы рецепторов АТ II.

Была предложена система создания формуляра для кардиологического центра г. Душанбе и проведен отбор конкретных препаратов для формулярного списка. Включение ЛС в формуляр проводили на основании ABC, VEN-анализа и частотного анализа с учетом результатов, полученных при фармакоэкономических исследованиях методом минимизации затрат.

Выводы: 1. Проведен анализ влияния макросреды на лекарственное обеспечение кардиологических больных республики Таджикистан.

2. Установлено, что в стране с отсталой экономикой социальная и экономическая составляющая должны быть отнесены к угрозам.

3. Предложена модификация методики количественного СТЕП-анализа для анализа влияния факторов макросреды на лекарственное обеспечение стран с низким экономическим потенциалом.

4. Установлено, что метод минимизации затрат позволяет ранжировать препараты для лечения кардиологических больных по стоимости лечения в следующей последовательности бета-адреноблокаторы > антагонисты кальция > ингибиторы АПФ > альфа-адреноблокаторы > блокаторы рецепторов АТ II.

5. Разработан проект формулярного списка для кардиологического центра г.Душанбе.

0141 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Ватутин Н.Т., Калинкина Н.В., Шевелёв А.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель исследования — изучить электрофизиологическое состояние миокарда предсердий у пациентов с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. Обследованы 44 пациента (26 мужчин и 18 женщин, средний возраст $54,2 \pm 13,5$ лет) с ишемической болезнью сердца (стабильной стенокардией II-III функционального класса), артериальной гипертензией и компенсированной (не выше II функционального класса (NYHA)) хронической сердечной недостаточностью. Первую группу составили 24 больных, имевших пароксизмы ФП в анамнезе, вторую — 20 больных с синусовым ритмом. Существенных различий по полу, возрасту, размерам левого предсердия, фракции выброса левого желудочка и его диастолической функции, а также препаратам сопутствующей терапии между группами не было. С целью изучения электрофизиологического состояния миокарда предсердий всем пациентам выполняли электрокардиографию высокого разрешения (ЭКГ ВР) с регистрацией поздних потенциалов предсердий (ППП). При этом оценивали продолжительность фильтрованной Р-волны (FiP) и среднеквадратичную амплитуду её последних 20 мс (RMS-20). Критериями патологической ЭКГ ВР считали FiP > 120 мс и RMS-20 < 3,5 мВ. Присутствие обоих критериев свидетельствовало о наличии ППП.

Результаты исследования. У больных 1-й группы по сравнению с пациентами 2-й группы отмечено достоверное ($p < 0,05$) увеличение FiP ($129,3 \pm 9,7$ и $112 \pm 4,6$ мс соответственно) и уменьшение RMS-20 ($2,8 \pm 0,4$ и $4,5 \pm 0,7$ мВ соответственно), что свидетельствует о наличии у них электрической негетогенности миокарда предсердий. ППП были обнаружены у 16 (67%) пациентов 1-й группы и лишь у 4 (20%) пациентов 2-й группы ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с пароксизмальной формой ФП ППП регистрируются значительно чаще по сравнению с больными с синусовым ритмом, что свидетельствует о более выраженной электрической негетогенности миокарда у лиц с этой аритмией.

0142 СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК МАРКЕР КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА, РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Вдовенко С.В., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Зырянов И.П., Семухин М.В., Доний Е.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования. Оценить возможность ранней неинвазивной диагностики коронарного атеросклероза при помощи ультразвукового метода. Изменение морфо-функциональных свойств аортальной стенки вследствие пропитывания форменными элементами крови, пролиферации мышечных клеток, фиброза и кальцификации ведет к ее утолщению и снижению эластичности, и как следствие — изменение скорости прохождения пульсовой волны. Мы попытались оценить степень этих изменений и их связь с коронарным атеросклерозом. Скорость пульсовой волны (СПВ) определяли по формуле Моенса-Кортевега, которая применяется для расчета данного показателя в крупных кровеносных сосудах.

Методы исследования. С помощью трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ), включая доплер-эхокардиографическое исследование (ДЭхоКГ) и эхографии аорты, нами было обследовано 90 мужчин (средний возраст $52,0 \pm 0,78$ года), с расчетом СПВ. Всем пациентам проводилась коронароангиография (КАГ), оценивались данные клинического обследования. У 12 из них оценивалось состояние комплекса интима-медиа сонных артерий.

Результаты исследования. Была выявлена прямая корреляционная зависимость значения СПВ с возрастом ($r = 0,35$, $p < 0,001$), функциональным классом стенокардии ($r = 0,29$, $p = 0,023$), показателем степени риска артериальной гипертензии ($r = 0,25$, $p = 0,031$), толщиной комплекса интима-медиа ($r = 0,62$, $p = 0,030$) и количеством пораженных коронарных артерий по данным КАГ ($r = 0,29$, $p = 0,006$). Показатель СПВ был достоверно ниже у пациентов, употребляющих алкоголь ($5,39$ м/с $\pm 0,29$ и $6,34$ м/с $\pm 0,17$, $p = 0,030$). Ультразвуковые признаки атеросклероза аорты соответствовали более высокому значению СПВ по сравнению с пациентами, не имеющими этих признаков ($6,43$ м/с $\pm 0,19$ и $5,51$ м/с $\pm 0,22$, $p = 0,013$). Более высокая СПВ была

выявлена у больных с гемодинамически значимым ($> 75\%$ просвета) атеросклерозом одной или более крупных коронарных артерий ($6,62$ м/с $\pm 0,20$ и $5,58$ м/с $\pm 0,30$, $p = 0,012$).

Выводы. Таким образом, скорость пульсовой волны связана с выраженностью коронарного атеросклероза. Оценка этих показателей может использоваться для вспомогательной неинвазивной диагностики атеросклеротических изменений коронарного русла.

0143 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОЗЕРИНА

Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Губская П.М.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель исследования: изучить динамику изменений внеклеточного матрикса миокарда правого желудочка крыс линии Вистар под влиянием прозерина.

Материал и методы: крысам-самцам линии Вистар однократно интраперитонеально вводился прозерин из расчета 20 мкг/кг. Через 2, 6, 24 часа и через 1 месяц после однократного введения препарата под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала на исследование. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в правом желудочке, производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства (ВКП).

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных результатов показал, что через 2 часа после однократного введения прозерина в миокарде правого желудочка отмечено значительное увеличение плотности коллагена с $7,48 \pm 0,67$ об.% в контроле до $16,87 \pm 0,97$ об.% ($p < 0,001$). В дальнейшем через 6 часов, 24 часа и 1 месяц плотность коллагена значительно не менялась по сравнению с 2-х часовым исследованием.

Объем внеклеточного пространства в миокарде правого желудочка также был значительно увеличен уже через 2 часа после однократного введения прозерина. Выраженный отек внеклеточного пространства сохранялся и через 6, 24 часа и 1 месяц после однократного введения препарата.

Если в первые 24 часа увеличение плотности коллагена и увеличение объема внеклеточного пространства можно объяснить острым отеком внеклеточного матрикса миокарда, то через 1 месяц после однократного введения препарата увеличенное содержание коллагена можно объяснить развитием фиброза миокарда, а значительно больший по сравнению с контролем объем внеклеточного пространства, вероятно, связан с выраженными нарушениями микроциркуляции и оттока тканевой жидкости, которые, судя по всему, будут носить хронический характер.

0144 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Велижанина Е.С., Гапон Л.И., Велижанина И.А.

Филиал НИИ Кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение особенностей течения артериальной гипертензии (АГ) в сопоставлении с данными суточного мониторирования АД у женщин в период менопаузы.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 женщин АГ 1–2 степени, со средним и высоким риском сосудистых осложнений. Возраст пациенток от 49 до 62 лет. В качестве сопутствующих заболеваний, у трех женщин был сахарный диабет типа 2, три пациентки страдали ишемической болезнью сердца. Проводилось клиническое обследование, оценка степени выраженности климактерического синдрома по шкале модифицированного менопаузального индекса Купермана в модификации

Уваровой, суточное мониторирование артериального давления (СМАД) по стандартной методике, с использованием аппарата MEDITECH, АВРМ-4 (Венгрия). В период проведения СМАД гипотензивные препараты пациентки не принимали. Анализ полученных данных проводили с использованием пакета статистических программ SPSS for Windows (версия 10.0).

Результаты исследования. Пациентки были разделены на две группы. 1 группа — артериальная гипертензия возникла после менопаузы. 2 группа — артериальная гипертензия предшествовала менопаузе. Возраст, средний возраст наступления менопаузы, офисное САД, офисное ДАД в данных группах были сопоставимы. У 35% пациенток АГ манифестировала после наступления менопаузы, у 10% первые проявления АГ хронологически совпадали с началом менопаузы, у 55% артериальная гипертензия была выявлена раньше наступления менопаузы. Был проведен анализ медикаментозной терапии использовавшейся до исследования: 55% пациенток получали гипотензивную терапию, 45% женщин ранее не лечились. По группам гипотензивных препаратов распределение произошло следующим образом, большинство пациенток ранее принимали ИАПФ, и агонисты имидазолиновых рецепторов, также имело место применение бета-адреноблокаторов и препаратов раувольфии (адельфан). В группе где АГ была выявлена ранее (2 группа), с наступлением менопаузы практически все пациентки отметили ухудшение течения заболевания, появление вегетативных проявлений. По степени выраженности в данной группе климактерические проявления легкой степени были отмечены у 80% женщин, умеренной выраженности у 20% женщин. Во 2 группе климактерические проявления были выражены слабо. В первой группе было отмечено преобладающее повышение систолического давления, по отношению к уровню диастолического давления. Достоверно увеличилась скорость утреннего подъема и уменьшилось время утреннего подъема как для систолического, так и для диастолического АД.

Выводы. Степень выраженности климактерического синдрома проявляется более ярко у женщин с артериальной гипертензией предшествующей климаксу. Показатели утреннего подъема АД у женщин с артериальной гипертензией, развившейся до менопаузы, являясь прогностическими неблагоприятными и могут отражать повышенный риск сосудистых осложнений. Особенности суточного профиля АД целесообразно учитывать при назначении терапии.

0145 ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Велижанина И.А., Бондаренко Т.С., Велижанова Е.С.

Филиал НИИ Кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Применение препаратов из группы бета-адреноблокаторов у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями бывает ограничено в связи с представлениями о возможности их негативного влияния на показатели углеводного и липидного обмена.

Цель работы: сравнительная характеристика эффективности действия карведилола (ведикардола) и метопролола у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1 — 2 степени с избыточной массой тела или ожирением.

Методы исследования: под наблюдением находилось 20 пациентов с АГ (ср.возраст $51,9 \pm 1,7$), имеющих индекс массы тела (ИМТ) $> 26 \text{ кг/м}^2$, не превышающий 40 кг/м^2 , которым в течение 24 недель было проведено лечение карведилолом ($25\text{--}50 \text{ мг/сутки}$) или метопрололом ($50\text{--}100 \text{ мг/сутки}$). Выбор препарата определялся путем рандомизации. При достижении целевого уровня АД ($140/90 \text{ мм рт.ст.}$), больные продолжали прием препарата в виде монотерапии. При недостаточном эффекте спустя 4 недели от начала терапии больным назначали амлорус (амлодипин $5\text{--}10 \text{ мг/сутки}$). При неэффективности возможно было назначение гидрохлортиазид. Работа являлось фрагментом многоцентрового исследования КАМЕЛИЯ. Проводился контроль офисного давления, клинический осмотр, целенаправленный опрос для выявления нежелательных явлений.

Осуществлялся контроль липидного спектра, гликемии, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, калия на первом и последнем визите.

Результаты: из 20 пациентов, 18 завершили исследование в полном соответствии с протоколом. Два пациента, получающих метопролол выбыли из исследования в связи с недостаточным клиническим эффектом. В группе карведилола целевой уровень АД достигнут на фоне монотерапии в 80% случаев. В группе метопролола у 50% пациентов целевой уровень артериального давления был достигнут на фоне монотерапии, дополнительное назначение амлодипина потребовалось 5 пациентам. Трехкомпонентную комбинированную терапию включающую кроме бета — адреноблокатора и антагониста кальция препарат гидрохлортиазид в группе метопролола получали 2 пациента для достижения целевого уровня АД. За время наблюдения в группе 1 систолическое артериальное давление (САД) снизилось от $148,1 \pm 2,24 \text{ мм рт.ст.}$ исходно до $115,7 \pm 2,12 \text{ мм рт.ст.}$ после лечения ($p < 0,01$), что составило 21,8% от исходного значения. ДАД снизилось от $95,5 \pm 1,74 \text{ мм рт.ст.}$ до $79,4 \pm 1,75 \text{ мм рт.ст.}$ ($p < 0,01$), что составило 16,8% от исходного. Во 2 группе САД снизилось со $148,38 \pm 3,46 \text{ мм рт.ст.}$ до $120,25 \pm 3,0$ на 18,9% ($p < 0,05$), ДАД на с $97,0 \pm 2$ до $80,5 \pm 3,85 \text{ мм рт.ст.}$ на 17% от исходного ($p < 0,05$). Значимых изменения ИМТ отмечено не было. Достоверного изменения биохимических параметров отмечено не было, что свидетельствует о метаболической нейтральности препаратов. Побочных явлений в группах отмечено не было.

Выводы: Карведилол был более эффективным у пациентов с артериальной гипертензией и метаболическими нарушениями. Применение как карведилола, как и метопролола не вызывало ухудшения показателей углеводного и липидного обмена.

0146 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОЗДНИМИ ПОТЕНЦИАЛАМИ ЖЕЛУДОЧКОВ

Венева Ю.Л., Гомова Т.А., Мельников А.Х., Гомова И.С., Переломова И.В., Антоненко С.В.

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

Клиническая и прогностическая значимость поздних потенциалов желудочков (ППЖ) хорошо изучена у пациентов со структурными изменениями сердца и представляется менее ясной у практически здоровых лиц, для чего проанализировали данные профилактического обследования 32 молодых мужчин в возрасте 22-34 лет ($29,3 \pm 0,7$ года), не предъявлявших жалоб, однако отмечавших периодические подъемы САД до $143,2 \pm 2,8$ и ДАД до $91,8 \pm 2,5 \text{ мм рт.ст.}$

В комплекс обследования входили: ЭКГ, ЭхоКГ, математический анализ сердечного ритма (ВСР, по 5 мин. лежа и в ортостазе), психогеомерический тест и определение ППЖ ($n=24$). Все исследования выполнены в один день.

Артериальная гипертензия (АГ) 1 ст. диагностирована у 26 человек, 2 ст. — у 4 и 3 ст. — у 1 пациента. Ни у одного из пациентов не было патологии почек. ППЖ были обнаружены у 8 пациентов из 24 (33,3%), в том числе у 2 — непостоянные. Средние данные роста и массы тела у лиц с ППЖ были достоверно меньше ($174,3 \pm 1,3 \text{ см}$ и $79,6 \pm 3,8 \text{ кг}$), чем в группе без ППЖ ($178,6 \pm 1,4 \text{ см}$ и $94,3 \pm 4,2 \text{ кг}$, $P < 0,02$ и $P < 0,008$ соответственно), как и ИМТ ($26,2 \pm 1,3$ и $29,4 \pm 1,2 \text{ кг/м}^2$, $P < 0,04$). Среди сопутствующей патологии у 1 пациента с ППЖ был хронический бронхит в анамнезе, у 1 — неспецифический брыжеечный лимфаденит, во 2 группе — гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь у 2, хронический гастродуоденит с дуоденогастральным рефлюксом у 1 и нейродермит у 2 пациентов.

На ЭКГ у 2 мужчин с ППЖ (25%) и 1 — без ППЖ (6,3%) выявлен СРПЖ, нарушение внутрижелудочковой проводимости соответственно у 37,5 и 18,8% пациентов.

По данным ЭхоКГ, ПМК с незначительной регургитацией был у 50% пациентов с ППЖ и у 25% — без ППЖ, при этом утолщение ЗСЛЖ и/или МЖП свыше 12 мм наблюдалось одинаково часто — в 25% случаев. Не было найдено различий в размерах ЛЖ и предсер-

дий, однако размер правого желудочка свыше 26 мм несколько чаще наблюдался у лиц с ППЖ (50%), чем без них (31,3%).

Больше всего различий выявлено по данным ВСП. Так, в группе ППЖ был выше RSMMD ($36,5 \pm 6,8$ и $22,8 \pm 3,8$ мс, $P < 0,05$), ниже отношение LF/HF (тенденция к достоверности), ниже индекс напряжения ($124,5 \pm 24,4$ и $248,5 \pm 58,5$, $P < 0,05$) в покое и ниже относительная мощность волн HF в ортостазе ($11,1 \pm 1,6$ и $17,0 \pm 2,8\%$, $P < 0,05$), что свидетельствует о повышенной реактивности. Следует отметить, что АМо в покое у лиц обеих групп указывала на симпатикотонию ($46,1 \pm 4,1$ и $49,1 \pm 3,6\%$). Мужчины с ППЖ в качестве предпочитаемой геометрической фигуры в 50% выбрали квадрат (лица без ППЖ — в 2,5 раза реже), в то время как круг, наоборот, реже (37,5%) по сравнению со 2 группой (50%).

Таким образом, ППЖ у молодых людей с пограничной АГ, избыточной массой тела, ПМК и гиперреактивностью на ортостаз являются частой находкой. Необходимы дальнейшие исследования их клинической значимости у лиц с АГ без медикаментозной нагрузки, включая ХМ ЭКГ и АД.

0147 НЕФРОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Вершинина А.М., Гапон Л.И., Бусарова Е.С., Молютилова С.А., Попова С.Н.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования: Оценить клиническую эффективность и нефропротекторное влияние цитопротектора милдроната в комплексной терапии больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне метаболического синдрома (МС).

Материал и методы. Проведено обследование 180 больных с мягкой и умеренной АГ в возрасте 30–59 лет (мужчины и женщины, средний возраст $49,72 \pm 1,21$ лет, с признаками МС. Больные АГ получали фозиноприл в дозе 10–20 мг/с. Исследование проведено в условиях чистого фона и через 12 недель терапии. В выборочной группе пациентов АГ с выявленными нарушениями функционального состояния почек ($n=29$) проведено проспективное наблюдение (6 месяцев) с дополнительным назначением через 12 недель терапии фозиноприлом препарата милдронат в дозе 500 мг 2 раза в сутки в течение 12 недель. Клиническая эффективность оценивалась по данным офисного АД, суточного мониторингирования АД по стандартной методике (АВРМ 02-04 MEDITECH) в условиях свободного двигательного режима. При исследовании учитывались степень ожирения и характер суточного ритма АД. Функциональное состояние почек оценивалось по уровню креатинина плазмы крови, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), микроальбуминурии (МАУ). Оценка уровня МАУ проводилась иммунотурбидиметрическим методом на аппарате «Турбокс», Финляндия. СКФ рассчитывалась по формуле Кокрофта — Гаулта.

Результаты исследования. На фоне терапии фозиноприлом отмечено достоверное снижение офисного САД и офисного ДАД ($p < 0,001$). Уменьшились показатели среднесуточного САД со $146,24 \pm 1,58$ до $130,79 \pm 1,49$ и ДАД с $85,26 \pm 1,09$ до $71,02 \pm 1,04$ мм.рт.ст. ($p < 0,001$); достоверно уменьшилось среднесуточное пульсовое давление ($p < 0,05$); увеличилось количество пациентов типа dipper для САД ($p < 0,001$). Отмечено улучшение показателей функционального состояния почек: тенденция к повышению СКФ ($p > 0,05$), снижение уровня МАУ ($p < 0,05$). Назначение комплексной терапии (фозиноприл + милдронат) спустя 12 недель первого этапа монотерапии не оказало существенного влияния на указанную динамику АД, но отмечены выраженные улучшения показателей функционального состояния почек. В группе пациентов АГ со сниженной СКФ наблюдалось достоверное ее повышение ($p < 0,05$); отмечено значительное улучшение показателей МАУ (снижение уровня МАУ с высокой степенью достоверности, $p < 0,001$).

Заключение. Применение в комплексной терапии артериальной гипертонии цитопротектора милдроната повышает клиническую эффективность, способствует более выраженному улучшению функционального состояния почек, что определяет целе-

сообразность его применения в терапии АГ на фоне метаболического синдрома с исходно нарушенной функцией почек.

0148 ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ РАДИОИЗОТОПНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Вершинина Е.О., Завадовский К.В., Попов С.В., Репин А.Н., Тюкалова Л.И.

НИИ Кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: оценить влияние установки постоянного ЭКС на легочную перфузию с помощью сцинтиграфии лёгких с ^{99m}Tc -Макротехом.

Методы: наблюдались 73 больных после имплантации постоянного ЭКС, 49,3% из них были мужчины, 50,7% — женщины, средний возраст $67,51 \pm 12,69$ года, 87,7% из них страдали АГ. У 59 чел (80,8%) основным заболеванием была ИБС, у 7 чел (9,6%) — ГБ, у 2 — постмиокардитический кардиосклероз, 2 страдали ревматизмом, 1 — вторичной тромбофилией, 1 — врождённым нарушением ритма (СССУ), 1 — СССУ вследствие лучевой терапии опухоли средостения. Показанием для установки постоянного ЭКС у 20 человек была АВ блокада II — III ст., у 13 — СССУ I типа, у 13 — СССУ II типа, у 3 — бинодальная болезнь, у 6 — эпизоды брадисистолии при хронической форме ФП. У 15 человек ЭКС был установлен перед РЧА АВ соединения по поводу пароксизмальной формы ФП. У 38 пациентов (52,1%) проводилась стимуляция ПЖ в режиме VVI (R), у 5 (6,9%) — в режиме AAI (R), у 30 (41,1%) — в режиме DDD(R). Для оценки лёгочной перфузии 56 пациентам исходно и 53 пациентам через 6 месяцев была проведена сцинтиграфия лёгких с ^{99m}Tc -Макротехом.

Результаты: в подгруппе с ФП исходно перфузия лёгких была хуже, чем в подгруппе без неё (14 сегментов с гипо-аперфузией суммарно против 5,5, $p=0,026$). В подгруппах с различными режимами ЭКС исходно количество сегментов с нарушениями перфузии статистически не различалось (14 сег в подгруппе с VVI и 9 сег в подгруппе с AAI и DDD ЭКС, $p=0,193$). Через 6 мес. в подгруппе с однокамерной желудочковой стимуляцией дефектов с гипоаперфузией стало достоверно больше, чем в подгруппе с физиологической стимуляцией (31 сег в подгруппе с VVI и 5 сег в подгруппе с AAI и DDD ЭКС, $p=0,005$). При сравнении динамики перфузии лёгких в группе с VVI стимуляцией выявлена тенденция к ухудшению перфузии через 6 месяцев после установки ЭКС (14 сег. исходно и 31 сег. через 6 мес, $p=0,059$). В подгруппе же с физиологической стимуляцией (режимы AAI и DDD) количество сегментов с нарушениями перфузии достоверно не изменились (9 сег. исходно и 5 сег. через 6 месяцев, $p=0,263$).

Вывод: через 6 мес после установки постоянного ЭКС достоверно больше сегментов с гипо-аперфузией выявлено в подгруппе с однокамерной желудочковой стимуляцией по сравнению с подгруппой физиологической стимуляции. Исходно эти нарушения были связаны с наличием у больных фибрилляции предсердий. Через полгода стимуляция в режиме VVI привела к появлению тенденции к ухудшению легочной перфузии по данным сцинтиграфии лёгких.

0149 ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ОКОЛОСУТОЧНЫХ РИТМОВ АД НА ХРОНОТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ

Ветошкин А.С., Шуркевич Н.П., Гапон Л.И., Губин Д.Г., Пермяков В.Б. Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», поселок Ямбург, Россия

Цель: изучить изменения хронобиологических параметров циркадианных ритмов АД на 14 день хронотерапии лизиноприлом в зависимости от хронотипа артериальной гипертензии у больных с АГ 2 стадии, 2 степени (АГ2) в условиях заполярной вахты

Методы исследования. Обследовано 228 лиц мужского пола в возрасте 30–59 лет, работников заполярной вахты. Из них здоровых лиц — 66 чел. и пациентов с АГ 2 стадии — 162 чел. Группы не различались по возрасту и стажу работы вахтовым методом. Диагноз верифицирован на основании рекомендаций ВНОК 2008г. Во время первого приема всем обследованным СМАД выполнено на «чистом» фоне или на 3–4 день отмены гипотензивных препаратов и 41 пациенту с АГ 2 ст. на 14 сутки монотерапии лизиноприлом в дозе 5–10 мг/сутки. У 25 пациентов терапия была скорректирована с учетом хронобиологических параметров, 16 человек были пролечены в обычном режиме. Кроме стандартного был проведен индивидуальный косинор-анализ данных СМАД с определением хронотипа АД. На основании хронобиологических нормативных коридоров (хронодезмов) выделены 9 хронотипов нормо- и гипертензии: 1. нормотензия. 2. изонормотензия. 3. аллонормотензия. 4. МЕЗОР — гипертензия. 5. амплитудная гипертензия. 6. фазовая гипертензия. 7. аперидическая гипертензия. 8. фазовая МЕЗОР гипертензия. 9. амплитудно — фазовая гипертензия.

Результаты. Первичное исследование показало, что наиболее распространенными хронотипами АД у здоровых лиц были нормотензия (43,9%), аллонормотензия (39,4%) и изонормотензия (10,6%). У лиц с АГ 2 ст. — МЕЗОР АГ (39,5%) и Фазовая МЕЗОР АГ (40,1%). Данное распределение подтвердилось высоким процентом нарушенного суточного профиля АД (non dippers и night reakers) как среди больных АГ, так и в группе контроля. На 10 день монотерапии лизиноприлом (без значимого изменения суточной дозы приема) у лиц, лечившихся в режиме «хроно», на фоне лучшей клинической переносимости приема препарата отмечено более выраженное снижение суточных значений АД, особенно САД в ночные часы (на 11,9 мм рт.ст. против 6,0 мм рт.ст.) Значимое улучшение «хроно» характеристик: увеличение процентных вкладов и амплитуд ритмов АД на фоне смещения акрофаз на уровни физиологических часов (с ночи и раннего утра — на 12–16 часов) с уменьшением их «размытости». Уменьшение % вкладов экстрациркадиальных составляющих ритмов АД.

Выводы. В условиях заполярной вахты течение АГ характеризуется выраженным нарушением суточных ритмов АД. Хронокоррекция терапии лизиноприлом у больных АГ 2 ст. улучшает характеристики суточных ритмов АД, что способствует лучшей переносимости препарата и более существенному снижению АД.

0150 ФАКТОРЫ РИСКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ

Вивтаненко Т.В., Лебедькова С.Е., Кулагина Е.П.

ГУЗ «Детский санаторий №1», Государственная медицинская академия, кафедра педиатрии ФППС, ГУЗ «Областная детская клиническая больница», Оренбург, Россия

Абдоминальное ожирение, являясь одним из основных признаков метаболического синдрома, ассоциируется с многократным увеличением риска сердечно-сосудистой заболеваемости (S.Haffner, C.A. Бутрова, Т.Ю.Демидова).

Цель: изучение факторов риска у детей и подростков с абдоминальным типом ожирения (АО).

Методы исследования: проведено одномоментное эпидемиологическое обследование методом случайной 10% репрезентативной выборки 2900 детей и подростков 7–17 лет, Оренбурга, с выделением группы детей с АО (150 детей). Изучили взаимосвязь АО со следующими группами факторов риска: наследственная отягощенность, действующие в пре-, интра- и постнатальном периодах, характеризующие образ жизни, острые и хронические заболевания, перенесенные детьми в различные периоды жизни. Оценили показатели артериального давления, липидов крови, уровни базальной и постпрандиальной гликемии в ходе перорального глюкозотолерантного теста.

Результаты: у детей с АО установлена высокая распространенность в генетическом анамнезе наследственной отягощенности по ишемической болезни сердца (41,76%, $p < 0,001$), артериальной гипертензии (АГ) (47,8%, $p < 0,001$), сахарному диабету (26,37, $p < 0,001$) (в контрольной группе 15%, 12% и 8%, соответ-

ственно). Среди перинатальных факторов преобладали: гестозы первой и второй половины беременности (43,41% и 20%), угрозы прерывания беременности (28,05%) (в контроле 19%, 13%, 16% соответственно), ожирение матери (39%), гипертензия во время беременности (13,3%), низкий вес при рождении ребенка (22,9%), высокий вес — 30,5% (в контрольной группе 16% и 8%, $p < 0,05$). Из заболеваний, перенесенных в различные возрастные периоды, достоверно чаще регистрировались детские инфекции: ветряная оспа (44,6%), краснуха (10,38%); 30,6% детей наблюдались в группе часто болеющих (22,22%), 10,38% — с хроническим тонзиллитом. Среди факторов, характеризующих образ жизни — низкая физическая активность констатирована у 85% детей, пассивное курение у 75%, нарушение режима и баланса питания у 90%, самостоятельное курение у 25% детей. Среди факторов риска сердечно-сосудистой патологии установлена высокая распространенность АГ (45,9%), нарушений углеводного обмена (16,18%), дислипидемии (30,39%), (в контроле 5%, 11,2%, 0,85%, $p < 0,05$); сочетаний: АО и АГ — 20%, АО и дислипидемии (ДЛП) — 10%, АО в комбинации с нарушением толерантности к глюкозе (НТкГ) — 4%, АО, АГ и ДЛП — 17%, АО, АГ и НТкГ — 9%, АО, АГ, ДЛП и НТкГ — 3%.

Выводы: Таким образом, абдоминальное ожирение является мультифакторным заболеванием, факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, сочетаются с наследственной отягощенностью по сердечно-сосудистой патологии, перинатальными факторами и факторами, характеризующими образ жизни.

0151 ВЕРОЯТНОСТЬ СПОНТАННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.

Видергольд Я.В., Осипова И.В., Тимофеев А.В., Тавровская Т.В.*, Галкина Ю.Е.**

ГОУ ВПО АГМУ, Барнаул, Россия; *МУЗ «Городская больница №1», Барнаул, Россия

Цель: определить частоту и предикторы спонтанного восстановления синусового ритма (СВР) при фибрилляции предсердий (ФП) давностью менее 48 часов.

Материалы и методы: проведено ретроспективное исследование, в которое последовательно отобраны все пациенты, госпитализированные в кардиологическое отделение в 2005–2007 гг с ФП давностью менее 48 часов. Критерии исключения: использование антиаритмических препаратов I и III класса; случаи ФП, требующие проведения экстренной кардиоверсии; пациенты с синдромом WPW, дисфункцией синусового узла, острым коронарным синдромом, декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью (ХСН). У всех пациентов в первые 48 часов для контроля ЧСС использовались бета-блокаторы или верапамил, с антитромботической целью — аспирин, гепарин и/или варфарин. Для выявления предикторов СВР пациенты разделены на две группы: 1 гр. — СВР, 2 гр. — отсроченная кардиоверсия (при сохранении аритмии более 48 часов). Оценивались: пол; возраст; аритмический анамнез; наличие АГ, ИБС (стенокардия, инфаркт миокарда в анамнезе), сахарного диабета (СД), уровень ТТГ, ХСН, злоупотребление алкоголем накануне госпитализации (алкогольная ФП); размеры левого предсердия (ЛП), фракция выброса (ФВ) по Тейхольцу, клинические и биохимические анализы крови. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6. Количественные данные представлены в виде минимальных и максимальных значений (min-max), среднего и стандартного отклонения ($M \pm SD$). При сравнении непараметрических данных использовались критерий χ^2 , двусторонний критерий Фишера. Для сравнения количественных данных использовался непарный тест Стьюдента (t-тест).

Результаты: всего отобрано 280 пациентов (55,0 $\pm$ 0,6; 20–79 лет; мужчины–49%). В первые 48 часов от развития ФП СВР произошло у 217 человек (77,5%), при этом у 163 пациентов (58%) — в первые 12 часов наблюдения. Группы СВР и отсроченной кардиоверсии не различались по полу ($\chi^2=2,85$; $p=0,0911$); возрасту ($p=0,838$), количеству лиц с впервые воз-

никшей ФП ($\chi^2=0,58$; $p=0,4477$); по длительности аритмического анамнеза у пациентов с рецидивирующей ФП ($p=0,776$); длительности ФП к моменту госпитализации ($p=0,067$); наличию ИБС ($\chi^2=0,36$; $p=0,5480$), ХСН ИА $\chi^2=0,66$; $p=0,4159$), АГ ($\chi^2=0,12$; $p=0,7344$), СД ($\chi^2=0,00$; $p=0,9906$), ожирения ($\chi^2=0,25$; $p=0,6199$); количеству пациентов с алкогольной ФП ($\chi^2=0,66$; $p=0,4276$) и лиц со сниженным ТТГ ($p=0,1704$); а также — по ФВ ($p=0,542$). Диаметр ЛП > 40 мм чаще выявлялся у пациентов 2 гр. ($\chi^2=3,98$; $p=0,0461$). Из всех лабораторных анализов различия между группами выявлены только по уровню билирубина: $17,6 \pm 9,6$ в 2 гр. против $14,8 \pm 4,7$ мкмоль/л в 1 гр. ($p=0,004$), билирубин более 20 мкмоль/л чаще регистрировался во 2 гр. ($\chi^2=4,87$; $p=0,0273$).

Выводы: 1. Спонтанное восстановление ритма при ФП давностью менее 48 часов произошло у 77,5% пациентов, при этом у 58% — в первые 12 часов наблюдения.

2. Возможными предикторами спонтанной кардиоверсии являются: диаметр левого предсердия 40 мм и менее и нормальный уровень билирубина.

0152 ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Видишева О.Н., Токалова Л.И., Вершинина Е.О., Плеханов И.Г., Антонченко И.В., Попов С.В.

ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, кафедра поликлинической терапии, Томск, Россия; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Оценить частоту развития желудочковых нарушений ритма сердца в общей популяции пациентов на фоне постоянной электрокардиостимуляции (ЭКС).

Методы исследования: В исследование было включено 40 пациентов с двухкамерными ЭКС в режиме DDD(R), из них 22 (55%) мужчин, 18 (45%) — женщин. Средний возраст оперированных больных составил $57,23 \pm 11,9$ лет. Средний период наблюдения — $200,8 \pm 39,3$ дней. У 23 (57,5%) пациентов в качестве основного заболевания была ИБС: стенокардия напряжения с максимальным ФК II, средней ФВ 66%, у 10 (25%) — ГБ, у 4 (10%) — ИНРС, у 2 (5%) — ревматическая болезнь сердца, у 1 (2,5%) — врожденный порок сердца. Показанием для установки постоянного ЭКС у 15 (37,5%) человек был СССУ II типа, у 7 (17,5%) — СССУ I типа, у 7 (17,5%) — АВ блокада II — III ст., у 11 (27,5%) — персистирующая фибрилляция предсердий с созданием искусственной АВ блокады. Всем пациентам до имплантации ЭКС регистрировалась ЭКГ в 12 отведениях, проводилось Холтеровское мониторирование, Эхо-КГ.

При оценке частоты развития желудочковых нарушений ритма сердца особое внимание уделялось наличию у них подобных нарушений ритма до имплантации, у 9 (22,5%) пациентов в исходном суточном мониторировании ЭКГ имелись единичные желудочковые экстрасистолы. Эпизоды высокой частоты сокращения желудочков после имплантации определялись диагностическими параметрами ЭКС: минимальная частота сокращения желудочков 180 уд/мин, продолжительность 3 желудочковых цикла.

Результаты: В ходе исследования было установлено: в общей популяции пациентов с имплантированными ЭКС в режиме DDD(R) у 12 (30%) диагностирована неустойчивая желудочковая тахикардия (ЖТ) продолжительностью от 1 до 5 секунд, максимально зарегистрировано 19 желудочковых циклов. У 4 (33,3%) пациентов из них документирована длительность ЖТ более 6 циклов, у 6 (50%) — более 10 циклов, у 2 (16,7%) — групповая желудочковая экстрасистолия.

Выводы: Таким образом, у большого количества пациентов с ЭКС возникают неустойчивые ЖТ. Способность современных ЭКС к регистрации желудочковых событий позволяет распознать подгруппу пациентов страдающих ЖТ, оценить риск развития более тяжелых аритмий и необходимость в дальнейшем обследовании и лечении.

0153 СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И МАКРОЭРГИЧЕСКИХ ФОСФАТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Виноградова О.А., Кушнаренко Н.Н., Говорин А.В.

ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

Цель: Изучить показатели свободных жирных кислот (СЖК), глицерола и системы макроэргических фосфатов в сыворотке крови у больных подагрой с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ).

Методы исследования: обследовано три группы пациентов: 1-ю группу составили 24 больных подагрой с ДДЛЖ, 2-ю — 18 пациентов с подагрой без ДДЛЖ. Средний возраст мужчин составил $41 \pm 8,8$ лет. Диагноз удовлетворял Римским критериям. 3-я группа — контрольная, которая состояла из 28 здоровых мужчин соответствующего возраста. В плазме крови было изучено содержание СЖК (Меньшиков В.В., 1987), глицерола (Rifal N., 1991; Tletz N., 1999). В эритроцитах крови изучено содержание АТФ (Явербаум П.М. и соавт., 1984), АДФ, АМФ (Bergmeyer H.U., 1965). Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование по методике Американской ассоциации эхокардиографии на аппарате Logic 400.

Результаты: у 58% мужчин подагрой выявлена диастолическая дисфункция левого желудочка. У пациентов с подагрой регистрировался достоверно высокий уровень СЖК в крови по сравнению с контрольной группой на $49,6\%$ ($775,87 \pm 190,40$ и $560,59 \pm 96,75$, соответственно, $p < 0,05$). Установлено достоверное различие содержания СЖК у больных с ДДЛЖ ($840,54 \pm 157,46$) и пациентов без ДДЛЖ ($704,14 \pm 210,04$, $p < 0,05$). Отмечено снижение уровня глицерола в сыворотке крови у больных подагрой на $38,6\%$ по сравнению с контролем ($2,21 \pm 0,61$ и $3,37 \pm 0,45$, соответственно, $p < 0,05$). Различий содержания глицерола в сыворотке крови между 1-ой и 2-ой группами не отмечалось ($2,42 \pm 0,12$ и $2,01 \pm 0,14$, $p < 0,05$). Достоверно повышался коэффициент СЖК/глицерол у больных подагрой с ДДЛЖ по сравнению с пациентами с подагрой без ДДЛЖ ($418,18 \pm 11,24$ и $289,43 \pm 17,5$, соответственно, $p < 0,05$). Содержание АТФ у всех пациентов снижалось практически в два раза со здоровыми лицами ($1,06 \pm 0,50$ и $2,14 \pm 0,24$, $p < 0,05$). Между тем уровень АТФ у больных с ДДЛЖ был достоверно ниже по сравнению со второй группой ($0,99 \pm 0,11$ и $1,14 \pm 0,12$, $p < 0,05$). Уровень АДФ и АМФ эритроцитов крови у пациентов обеих групп был выше, чем в контрольной группе в 1,1 раза и в 2,5 раза соответственно ($p < 0,05$). Отмечена разница содержания как АДФ ($0,94 \pm 0,06$ и $0,68 \pm 0,06$), так и АМФ ($1,61 \pm 0,13$ и $1,25 \pm 0,14$) в среде 1-ой и 2-ой групп ($p < 0,05$).

Выводы: у больных подагрой с ДДЛЖ отмечено значительное увеличение содержания СЖК, коэффициента СЖК/глицерол, при этом существенные изменения в уровне и макроэргических фосфатов.

0154 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3 ПОЛИНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ

Винокурова Э.П., Гоголашвили Н.Г., Терещенко С.Ю., Бритых Т.Н., Катман Е.С., Литвиненко М.В., Новгородцева Н.Я.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью исследования является изучение эффективности применения препарата Омега-3ПНЖК — Омакора, у больных с хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС), имеющих желудочковые аритмии.

Материалы и методы: объектом исследования являются больные с ХИБС, имеющие желудочковые аритмии. Выделена группа больных (18 человек), с количеством желудочковых экстрасистол (ЖЭ) от 500 до 1000 в сутки, проведена оценка ЖЭ по В. Lown, M. Wolf (1971, 1983).

В составе данной группы 15 мужчин (83,3%) и 3 женщины (16,6%). Средний возраст обследованных мужчин $56 \pm 1,8$ года, женщин $66 \pm 4,6$ года.

Всем больным проводилось анкетирование, клинический осмотр с измерением АД и ЧСС, запись стандартной ЭКГ, 24х часовое холтеровское мониторирование (ХМ) с использованием кардиорегистраторов Shiller MT-100 и MT – 101. Холтеровское мониторирование проводилось на фоне приема лекарственных препаратов: 88,8% – принимали ингибиторы АПФ, 77,7% – бета-блокаторы, 27,7% – антиаритмики, 27,7% – нитраты, 66,6% – антиагреганты, 11,6% – блокаторы Са-каналов, 33,3% – статины, 16,6% – мочегонные. По результатам ХМ в данной группе среднее количество ЖЭ составило $699 \pm 82,5$. Все больные дополнительно к получаемой терапии, в течение трёх месяцев, принимали препарат Омега-3 ПНЖК (Омакор) в дозе 1 грамм в сутки. Через три месяца проведено контрольное ХМ. По результатам которого среднее количество ЖЭ уменьшилось до $265 \pm 179,9$ ($p=0,05$). Снижение количества ЖЭ менее 500 за сутки наблюдалось у 13 человек и составило 72,2%, снижение количества ЖЭ на 75% и более – у 6 человек (33,3%). Статистически значимо снизилась частота эпизодов высоких градаций ЖЭ с 72,2% до 33,3% ($p=0,021$), 4А градации ЖЭ с 72,2% до 38,8% ($p=0,046$), 4Б градации ЖЭ (с кратковременными пароксизмами желудочковой тахикардии (ЖТ)) с 44,4% до 5,5% ($p=0,0089$). Зарегистрировано снижение встречаемости 3 градации ЖЭ – с 11,1% до 5,5%, сочетание всех видов высоких градаций – с 11,1% до 5,6%, 4А+4Б – с 44,4% до 16,7%, однако, различия не были статистически значимы.

Таким образом, прием препарата Омакор у больных с ХИБС, после ОИМ, при умеренно частой ЖЭ, в течение 3х месяцев, приводит к значимому снижению общего количества ЖЭ, количества эпизодов высоких градаций ЖЭ, 4А градации ЖЭ, 4Б градации ЖЭ и к уменьшению эпизодов сочетания высоких градаций ЖЭ.

0155 РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ

Вискунова А.А., Каганов Б.С., Шарафетдинов Х.Х., Плотникова О.А., Погожева А.В.

НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Цель работы: оценить метаболические параметры у пациентов с метаболическим синдромом (МС) методом непрямой калориметрии.

Материалы и методы: обследовано 60 человек, страдающих МС в возрасте от 33 до 69 лет (средний возраст – $54,9 \pm 1,5$ года). В зависимости от основного заболевания все пациенты были рандомизированы на 2 группы: 1-я группа – 35 пациентов с верифицированным диагнозом сахарного диабета (СД) 2 типа и 2-я группа – 25 пациентов с артериальной гипертензией и дислипидемией, без нарушений углеводного обмена. У всех больных проводилась оценка метаболического статуса с определением уровня энерготрат покоя, удельной скорости метаболизма, скоростей окисления жиров, белков и углеводов.

Результаты: выявлены более значительные отклонения метаболических параметров от нормальных величин в группе пациентов с МС, без нарушений углеводного обмена. Так, повышение уровня энерготрат покоя в 1-й группе на 24% выше нормальной величины, а во 2-й группе – на 28%. Удельная скорость метаболизма у пациентов с МС, без нарушений углеводного обмена ниже по сравнению с пациентами с СД 2 типа (в среднем $0,63 \pm 0,02$ и $0,66 \pm 0,01$ ккал/ч кг соответственно). Отмечено достоверно более резкое снижение скоростей окисления жира (СОЖ) у 2-ой группы по сравнению с пациентами 1-й группы в среднем 544 ± 42 ккал/сут (норма 642 ± 16 ккал/сут), во 2-й группе – $504,8 \pm 63$ ккал/сут (норма 659 ± 30 ккал/сут), ($p<0,05$). Более резкое повышение скорости окисления углеводов (СОУ) также выявлено во 2-й группе пациентов с МС – 932 ± 66 ккал/сут (норма 477 ± 21 ккал/сут) и 827 ± 50 ккал/сут (норма 465 ± 12 ккал/сут) соответственно, ($p<0,05$). Однако скорость окисления белка (СОБ) у пациентов с СД 2 типа несколько выше –

306 ± 23 ккал/сут (норма 195 ± 5 ккал/сут) по сравнению с пациентами без нарушений углеводного обмена – 289 ± 27 ккал/сут (норма $200 \pm 8,9$ ккал/сут). Коэффициент утилизации жира, представляющий собой отношение СОЖ к жировой массе тела, по сравнению с нормой снижен на 62% и 68% соответственно. Коэффициент утилизации белка выше нормы на 12,5% и 8% соответственно. Квоты окисляемых жиров и углеводов смещены в сторону углеводов в обеих группах.

Выводы: Пациенты с МС, без нарушений углеводного обмена имеют более глубокие изменения метаболических параметров по сравнению с пациентами с СД 2 типа. Выявленные нарушения метаболического статуса у пациентов с МС указывают на необходимость поиска индивидуального подхода к оптимизации диетотерапии при данной патологии.

0156 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ

Власенко С.В., Зимовская А.И., Гулямов Д.Х., Никитин С.В.
Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: выбор оптимальной тактики оперативного лечения у пациентов, страдающих ИБС с изолированным поражением ПМЖА.

Материалы и методы: в работе проанализированы результаты клинического обследования и реваскуляризации миокарда 185 пациентов, страдающих стабильной стенокардией напряжения при изолированном поражении ПМЖА. В зависимости от вида её реваскуляризации пациенты разделены на две группы: 1 группа – 125 (67,6%) пациентов, которым выполнено стентирование ПМЖА, 2 группа – 60 (32,4%) пациентов, которым выполнено маммарокоронарное шунтирование (МКШ). В группе коронарного стентирования (КС) использовались стенты с лекарственным покрытием «Cypher» и «Endeavor».

Клиническое наблюдение за двумя группами проводилось в сроки до 48 месяцев с использованием дополнительных методов обследования (ЭКГ-проба с нагрузкой, стресс-эхокардиография (СЭхоКГ), доплерография кровотока по внутренней грудной артерии, коронарная ангиография с шунтографией).

Результаты: Через 1 год было обследовано в группе КС 113 человек (90,4%) и 43 (71,7%) в группе МКШ. Контрольная коронарография (КГ) выполнена 14 (11,2%) пациентам в группе 1: рестеноз стента у 1 (0,8%) пациента, атеросклеротическое поражение других коронарных артерий у 5 (4%). Шунтография выполнена 8 (13,4%) пациентам в группе 2: окклюзия шунта у 1 (1,7%) пациента, критический стеноз ПМЖА в области анастомоза у 1 (1,7%).

Через 4 года обследованы в группе КС 89 человек (71,2%) и в группе МКШ 38 (63,4%), из них в повторной КГ нуждались 31 (24,8%) и 18 (30%) соответственно. В группе 1 выявлено рестеноз стента у 7 (5,6%) пациентов, поражение ПМЖА, несвязанное с участком имплантации стента – 5 (4%), поражение других коронарных артерий – 19 (15,2%). В группе 2 выявлено поражение анастомоза у 2 (3,4%) пациентов, атеросклеротическое поражение ПМЖА дистальнее анастомоза – 2 (3,4%). Признаков атеросклеротического поражения не выявлено у 4 (6,7%) пациентов.

Заключение: при хирургическом лечении ИБС, обусловленной изолированным поражением передней межжелудочковой артерии, результаты реваскуляризации миокарда путем маммарокоронарного шунтирования и рентгенэндоваскулярного метода с использованием стентов с лекарственным покрытием, по частоте осложнений и величине летальности достоверных различий не имеют. Оптимальным видом реваскуляризации миокарда является стентирование с применением стентов с лекарственным покрытием. В случае невозможности выполнения эндоваскулярного вмешательства, показано маммарокоронарное шунтирование.

0157 ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Водолагин А.В., Головачева Т.В., Ушакова Т.М., Капланова Т.И., Глухова Н.А., Лукьянов В.Ф., Водолагина Е.С.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Артериальная гипертензия — одно из наиболее распространенных и социально значимых заболеваний. Лечение больных данной патологией представляет большую проблему как на стационарном, так и на амбулаторном этапах. Одним из путей оптимизации ведения пациентов с артериальной гипертензией на амбулаторном этапе является создание «школ артериальной гипертензии».

Цель работы. Определение эффективности проведения школ артериальной гипертензии по двум моделям: модель «беседы-лекции» и модель «тренинга». Вопросы осваиваемые в программах обучения в обеих моделях совпадали.

Методы исследования. В модели «беседы-лекции» обследовано 600 больных артериальной гипертензией, находившихся под наблюдением в районном кардиодиспансере и, наряду с традиционным лечением, посещавших «Школу по артериальной гипертензии». Пациенты посещали «Школу по артериальной гипертензии» и консультировались кардиологами РКД 1-2 раза в год. Программа обучения состояла из 5 занятий. В модели «тренинга» обучение прошли 65 больных с артериальной гипертензией проходивших лечение в терапевтическом отделении. Методика обучения предполагала активное включение больных в занятия. В процессе обучения больные осваивали методы релаксации связанные с освоением техники диафрагмального дыхания, самомассажа, на занятиях обсуждались факторы риска и способы их устранения в стереотипном поведении в «зоне комфорта». Отдельной темой было изменение стереотипов питания.

Результаты. В модели «беседы-лекции» при повторном опросе все больные (100%) отнесли курение, избыточный вес, пересаливание пищи и злоупотребление алкоголем к факторам повышения АД. Доля пациентов, посещающих врача для контроля качества лечения, увеличилась до 78%, количество больных, меняющих назначения врача, уменьшилось до 1%, лечиться самостоятельно предпочли только 2%. С необходимостью снижать повышенное АД после проведения семинаров согласно 100% (до семинаров — 7%). Число больных, забывающих принимать препараты, уменьшилось с 10% до 3%, регулярность приема препаратов после проведения семинаров увеличилась с 39% до 98%, информированность о заболевании — с 60% до 100%.

В модели «тренинга» по завершению обучения, мотивация и навыки к изменению образу жизни установлена у 9,3% больных посещавших тренинги. Эту группу составили женщины, имеющие высшее образование. Остальные больные досрочно прекратили обучение или пассивно присутствовали на занятиях.

Выводы. Подавляющее число больных артериальной гипертензией (90%), имеют низкую мотивацию к лечению. С целью её повышения необходимо проведение «школ артериальной гипертензии». Наиболее эффективная модель — модель «беседы-лекции». Проведение школ должно осуществляться специально обученными специалистами (как правило, из кабинетов или отделений медицинской профилактики), а не лечащими врачами во время приема больных в виде раздачи листовок или коротких бесед.

0158 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ВЫСОКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ВНУТРИСОСУДИСТЫМ СВЕРТЫВАНИЕМ КРОВИ

Водолагин А.В., Паршина С.С., Головачева Т.В., Киричук В.Ф., Водолагина Е.С., Афанасьева Т.Н., Петрова В.Д.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель исследования. Изучить особенности гемореологии у больных стабильной стенокардией высоких функциональных классов с хроническим диссеминированным внутрисосудистым свертыванием крови (ДВС-синдромом).

Материалы и методы исследования. Основную группу составили 142 пациента со стенокардией напряжения высоких функциональных классов (III–IV ф.к.) по классификации Канадской ассоциации кардиологов в возрасте от 40 до 68 лет ($M \pm m = 58,2 \pm 0,9$ лет). Из них 127 пациентов с III ф.к. и 15 пациентов с IV ф.к. стенокардии напряжения. Среди обследованных — 103 мужчины, 38 женщин. В качестве контрольной группы обследовано 50 здоровых лиц в возрасте от 30 до 70 лет ($M \pm m = 53,7 \pm 4,7$ лет). Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрасту и полу. Всем обследованным была проведена комплексная оценка состояния системы гемостаза (АПТВ, ПВ, АВР, содержание фибриногена в плазме, активность антитромбина III, концентрация растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) в плазме крови, активности ХIIа-зависимого фибринолиза). Оценка реологических свойств крови включала изучение вязкости крови, индексов агрегации и деформируемости эритроцитов (ИАЭ и ИДЭ), индекса доставки кислорода тканям (ИДКТ) в соответствии с Ярославским соглашением по исследованию показателей гемореологии (2003). Исследование кажущейся вязкости цельной крови (ВК, мПа·с) проводилось с использованием ротационного вискозиметра АКР-2 (НИИФХМ МЗ РФ, Москва, 1997) при скоростях сдвига (СС) 200 с^{-1} , 100 с^{-1} , 20 с^{-1} .

Результаты. В ходе комплексного углубленного анализа системы гемостаза обследованных пациентов было выявлено, что у 91,5% больных стабильной стенокардией высоких функциональных классов имеется I стадия латентного хронического ДВС-синдрома. Вязкость крови (ВК) больных стабильной стенокардией без хронического ДВС-синдрома при всех СС (20 с^{-1} , 100 с^{-1} , 200 с^{-1}) достоверно не отличается от таковой здоровых лиц ($p < 0,05$). При этом ИАЭ, ИДЭ и ИДКТ имеют нормальные значения. У больных стабильной стенокардией с хроническим ДВС-синдромом отмечается увеличение ВК при всех СС (20 с^{-1} , 100 с^{-1} , 200 с^{-1}) как в сравнении с контрольной группой, так и с пациентами без ДВС-синдрома ($p < 0,05$). ИАЭ и ИДЭ у пациентов данной категории достоверно выше, чем в контрольной группе и у больных стабильной стенокардией без ДВС-синдрома ($p < 0,05$). ИДКТ у пациентов с хроническим ДВС-синдромом достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы. Гемореологические нарушения (повышение вязкости крови, агрегационной активности эритроцитов, снижение степень доставки кислорода тканям) у больных стабильной стенокардией высоких функциональных классов возникают только при развитии у них хронического ДВС-синдрома. Основным компенсаторным механизмом, препятствующим развитию сладж-феномена и нарушению микроциркуляции у данной категории пациентов является повышение деформационных свойств эритроцитов.

0159 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ВЫСОКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ

Водолагин А.В., Паршина С.С., Головачева Т.В., Киричук В.Ф., Водолагина Е.С., Афанасьева Т.Н., Петрова В.Д.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель исследования. Изучить эффективность стандартной медикаментозной терапии у больных стабильной стенокардией высоких функциональных классов в зависимости от наличия хронического диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдрома).

Материалы и методы исследования. Обследованы 45 больных стенокардией напряжения высоких функциональных классов (III–IV ф.к.) по классификации Канадской ассоциации кардиологов в возрасте от 40 до 68 лет ($M \pm m = 58,2 \pm 0,9$ лет). Из них у 33 пациентов имелась I стадия латентного хронического ДВС-синдрома (основная группа). У 12 пациентов признаки ДВС-синдрома отсутствовали (контрольная группа). Основная и контрольная группы были сопоставимы по возрастному и половому составу. Пациенты обеих групп получали стандартную медикаментозную терапию, включавшую в себя нитраты, β -адреноблокаторы, аспирин, ингибиторы АПФ, при необходимости — диуретики, антагонисты медленных

кальциевых каналов. Антиангинальный эффект лечения оценивали в баллах по относительному изменению количества приступов стенокардии в сутки и суточной потребности в нитроглицерине: полное исчезновение приступов стенокардии — 7 баллов, уменьшение числа болевых приступов и суточной потребности в нитроглицерине более чем на 75% — 6 баллов, на 75% — 5 баллов, на 50% — 4 балла, на 25% — 3 балла, отсутствие антиангинального эффекта — 2 балла, ухудшение состояния — 1 балл. Положительным считался антиангинальный эффект, равный 3 и более баллам. Проводилась оценка частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления (сАД и дАД).

Результаты. У больных с хроническим ДВС-синдромом, несмотря на достоверное уменьшение количества стенокардитических приступов в течение суток на фоне лечения, частота последних при выписке была достоверно больше, чем у пациентов без хронического ДВС-синдрома ($1,6 \pm 0,3$ прист./сут. и $0,2 \pm 0,1$ прист./сут. соответственно), суточная потребность в нитроглицерине оставалась также достоверно большей ($1,3 \pm 0,3$ таб./сут. и $0,2 \pm 0,1$ таб./сут.) ($p < 0,05$). Антиангинальный эффект стандартной медикаментозной терапии у больных с ДВС-синдромом был ниже, чем у пациентов без него ($4,07 \pm 0,27$ балла и $6,1 \pm 0,27$ балла соответственно). Уровень сАД на фоне стандартной терапии у пациентов с хроническим ДВС-синдромом оставался более высоким, чем у пациентов без хронического ДВС-синдрома ($127,1 \pm 1,7$ мм рт.ст. и $120,0 \pm 1,7$ мм рт.ст.) ($p < 0,05$). Динамика дАД и ЧСС на фоне стандартной медикаментозной терапии не зависела от наличия или отсутствия ДВС-синдрома.

Выводы. Развитие хронического ДВС-синдрома у больных стабильной стенокардией ухудшает эффективность стандартной медикаментозной терапии. Это проявляется и в снижении антиангинального эффекта проводимого лечения (более высокая частота стенокардитических приступов в течение суток и большая потребность в нитроглицерине) и в меньшей эффективности гипотензивной терапии (более высокий уровень систолического артериального давления).

0160 ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ЛИПИДОВ КРОВИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ

Войченко Т.Ю., Горбунов В.В., Аксенова Т.А., Кохан С.Т.
Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить количественный и фракционный жирнокислотный состав неэстерифицированных жирных кислот мембран эритроцитов, а также временные и спектральные параметры вариабельности сердечного ритма у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследовано 71 человек, из 27 человек страдали ИБС в сочетании с ХОБЛ, 24 — имели изолированную ИБС, остальные контрольная группа (здоровые — 20 человек). Возраст пациентов колебался от 38 до 73 лет, в среднем возраст составил $45 \pm 9,8$ лет. Группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности заболевания и тяжести клинических проявлений. Всем больным, кроме общеклинических исследований, проводилось суточное холтеровское мониторирование ЭКГ при помощи мониторингового комплекса «Astrocard» (Москва) с одноименным программным обеспечением; вариабельность ритма определялась при суточной записи и по коротким участкам ЭКГ. Определение количественного и фракционного состава высших жирных кислот мембран эритроцитов проводили методом экстракции липидов по М.К. Синяк и соавт. на газовом хроматографе «Кристалл 2000 м» (Россия) с плазменно-ионизационным детектором. Обсчет, идентификация пиков проводилась с помощью программно-аппаратного комплекса «Analytica for Windows» с использованием IBM Pentium IV 1800.

Результаты. Установлено, что в группе больных ИБС в сочетании с ХОБЛ отмечается увеличение симпатических влияний. Указанные нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма данной группы больных проявлялись выраженным снижением показателей SDNN и SDANN. Изменения были выявлены и в показателях спектрального анализа: происходило значительное снижение общей спектральной мощности, $LF\ ms^2$ и $HF\ ms^2$ спектра.

У всех обследуемых больных ИБС в сочетании с ХОБЛ в жирнокислотном составе мембран эритроцитов в насыщенных и мононенасыщенных жирных кислот отмечалось статистически значимое изменение их уровня в сторону повышения, среди же полиненасыщенных жирных кислот снижалось содержание ω -3 жирных кислот и увеличивается содержание некоторых ω -6 жирных кислот (линолевая, γ -линоленовая кислоты и дигомо- γ -линоленовая кислот) по сравнению с пациентами с изолированной ИБС и с группой контроля ($p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, сочетание ИБС и ХОБЛ сопровождается значительными нарушениями вегетативной регуляции сердечного ритма со снижением абсолютных значений временных и спектральных параметров вариабельности ритма сердца, а также негативным изменениями жирнокислотного состава мембран эритроцитов в виде увеличения содержания насыщенных и мононенасыщенных жирных кислот и снижением уровня полиненасыщенных кислот.

0161 ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА И РЯДА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ (ИНТЕРЛЕЙКИНА — 6 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Волкова С.Ю., Рагозина В.В., Шалаев С.В.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Областной кардиологический диспансер, Тюмень, Россия

Цель: определение плазменных концентраций N-терминального фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP) и ряда провоспалительных цитокинов, таких как фактор некроза опухоли-альфа (ФНО- α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6) у больных ИБС, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сопоставление этих данных с оценкой структурного состояния сердца и функционального состояния пациентов.

Материалы и методы: в проводимое исследование были включены 157 пациентов с ИБС (84,1% мужчин, средний возраст $54,3 \pm 6,8$ лет), которые были разделены на 3 сопоставимые по полу и возрасту группы в зависимости от наличия ХСН и систолической дисфункции левого желудочка (СДЛЖ) (фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) $< 40\%$, по данным ЭхоКГ).

Результаты: у больных ХСН как с СДЛЖ (93 пациента), так и без нее (31 больной) содержание нейроморальных медиаторов в плазме крови достоверно превышало аналогичные показатели в группе сравнения (33 пациента с ИБС, без клинических признаков ХСН с ФВЛЖ $> 50\%$). Плазменный уровень NT-proBNP > 1000 фмоль/мл ассоциировался с повышением относительного риска нахождения СДЛЖ у больных ХСН более чем в 5,5 раз (ОР=5,6 (1,4-30,0), $p=0,0065$). Уровень ИЛ-6 $> 6,1$ пг/мл ассоциировался с девятикратным повышением относительного риска нахождения СДЛЖ (ОР=8,9 (2,3-35,4), $p=0,00001$). Плазменный уровень NT-proBNP и ИЛ-6 возрастал соответственно функциональному классу (ФК) ХСН. Плазменный уровень ФНО- α возрастал соответственно ФК стенокардии.

Выводы: Плазменный уровень NT-proBNP ассоциировался как с рядом ЭхоКГ параметров, характеризующих СДЛЖ, так и с рядом параметров, отражающих функциональное состояние пациентов с ХСН. Плазменный уровень ИЛ-6 у больных ХСН, ассоциировался с параметрами, отражающими функциональное состояние пациентов. Плазменный уровень ФНО- α отражал степень ишемии миокарда.

0162 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ МАНИФЕСТНЫМ И ОСЛОЖНЕННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Волкова Ю.А., Шлак Л.В., Еремеев А.Г.

ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Цель исследования. Установить значение расширенной характеристики вегетативной синдронологии для оценки тяжести тиреотоксикоза.

Материал и методы. У 124 больных манифестным (73) и осложненным (51) тиреотоксикозом проводилось иммуноферментное исследование тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ, мМЕ/л), свободного тироксина (Т4св, пмоль/л) и вегетативной регуляции по 5-минутной регистрации ЭКГ.

Результаты. У всех больных содержание в крови ТТГ был снижен ($0,1 \pm 0,04$ мМЕ/л), а Т4св — повышался от манифестного ($51,9 \pm 1,9$ пмоль/л) к осложненному ($59,6 \pm 2,6$ пмоль/л; $p < 0,02$) тиреотоксикозу. При манифестном тиреотоксикозе отмечалась тахикардия (ЧСС = $113,5 \pm 1,4$ в мин.), еще более выраженная (ЧСС = $122,2 \pm 2,6$ в мин.; $p < 0,01$) при осложненном. Далее у больных манифестным тиреотоксикозом в 39,7 ± 5,7% случаев была выраженная и в 41,0 ± 5,7% — умеренная симпатикотония и лишь в 19,3 ± 4,6% ($p < 0,001$) — вегетативное равновесие, а у больных осложненной формой — реже (23,5 ± 5,9%; $p < 0,05$) была умеренная симпатикотония, но чаще (31,3 ± 6,4%; $p < 0,001$) — умеренная и выраженная (45,2 ± 6,9%; $p < 0,001$) ваготония; выраженная симпатикотония и вегетативное равновесие не регистрировались. Ранжирование интенсивности вегетативного сдвига по математическим критериям в сопоставлении с временными и частотными характеристиками показало, что если при манифестном тиреотоксикозе происходит ослабление симпатикотонии от выраженной к умеренной форме и затем к вегетативному равновесию в виде многократного ($p < 0,001$) увеличения SDNN ($7,8 \pm 0,7$, $14,4 \pm 1,3$, $40,3 \pm 1,6$ мс), RMSSD ($5,2 \pm 0,5$, $16,0 \pm 4,1$, $22,3 \pm 5,0$ мс), TF ($165,0 \pm 10,4$, $823,5 \pm 11,1$, $1969,6 \pm 31,1$ мс²) и HF ($32,3 \pm 2,4$, $82,4 \pm 2,8$, $366,1 \pm 12,5$ мс²), то это является фактором риска развития осложненного тиреотоксикоза, для которого характерно дальнейшее нарастание ваготонии от умеренной до выраженной ее формы с еще большим нарастанием (SDNN — $96,7 \pm 3,1$, $158,4 \pm 5,1$; RMSSD — $97,8 \pm 6,0$, $212,9 \pm 10,2$; TF — $2987,1 \pm 57,6$, $3336,5 \pm 173,6$; HF — $1232,2 \pm 33,3$, $1718,1 \pm 55,2$). При этом было отмечено, что LF/HF тонко отражает не только характер доминирования, но и интенсивность вегетативного сдвига: при вегетативном равновесии отношение приближалось к единице ($1,0 \pm 0,04$), несколько отклоняясь от нее при умеренной симпатикотонии ($1,3 \pm 0,01$) или ваготонии ($0,7 \pm 0,03$) и увеличиваясь тем больше, чем выраженнее была симпатикотония ($4,6 \pm 0,02$) или уменьшаясь тем значительнее, чем сильнее была ваготония ($0,4 \pm 0,01$). Поэтому, даже не располагая абсолютными значениями LF и HF, только по одному отклонению их отношения от единицы можно адекватно судить о выраженности симпатикотонии или ваготонии.

Выводы. Нарастание тироксинемии и тахикардии при прогрессировании тиреотоксикоза характеризуется сменой симпатикотонии на ваготонию. Дополнение математических критериев вегетативных синдромов временными и частотными характеристиками позволяет оценить интенсивность и прогностическое значение вегетативного сдвига: чем слабее выражена симпатикотония и сильнее ваготония (в среднем увеличение в 17,3 раза SDNN, в 25,9 раз RMSSD, в 5,2 раза TF, в 8,8 раза HF и в 14 раз LF/HF), тем вероятнее осложненное течение тиреотоксикоза.

0163 КАРДИО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Волкова Ю.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Цель исследования. Установить возможность использования показателей кардио-гемодинамики для оценки тяжести тиреотоксической кардиомиопатии в динамике радикального лечения.

Материал и методы. У 124 больных манифестным (73) и осложненным (51) тиреотоксикозом до и после резекции щитовидной железы проводились иммуноферментное определение тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ, мМЕ/л), свободного тироксина (Т4св, пмоль/л), а также анализ ЭКГ с оценкой дисперсии QT (QTmax — QTmin, мс) и ТПРГ с определением коэффициента вазомиокардиальных соотношений центральной гемодинамики — КВМСЦГ = (УО+УИ+СИ) / ОПСС • 100.

Результаты. До операции оказалось у всех больных содержание в крови ТТГ было низким ($0,1 \pm 0,04$ мМЕ/л), а Т4св — повышался от манифестного ($51,9 \pm 1,9$ пмоль/л) к осложненному ($59,6 \pm 2,6$; $p < 0,02$) тиреотоксикозу. При манифестной форме тиреотоксикоза отмечались синусовая тахикардия ($94,5 \pm 1,4$ в мин.; ЧСС ≥ 100 у 13,6%), правильное направление ЭОС (угол $\alpha = 40,1 \pm 2,1^\circ$), высокий вольтаж зубца R ($9,3 \pm 0,5$ мм, R ≥ 10 у 27,3%), увеличение дисперсии QT ($81,4 \pm 3,7$ мс; QTd ≥ 80 у 23,2%), преобладание (41,1%) гиперкинетического типа гемодинамики при более редких — эу- (31,55) и гипокINETическом (27,4%) вариантах с соответствующим снижением КВМСЦГ ($15,6 \pm 1,6$; $9,2 \pm 1,0$; $4,4 \pm 0,5$; $p < 0,001$), что характеризовало начальные проявления кардиомиопатии (КМП). При осложненном тиреотоксикозе отмечались усиление тахикардии ($112,1 \pm 1,7$, ЧСС ≥ 120 у 41,1%), сдвиг ЭОС влево ($\alpha = -19,5 \pm 1,0^\circ$ у 21,5%), увеличение амплитуды R ($10,8 \pm 0,3$, Rcp ≥ 10 у 49,0%), появление инверсии зубца T ($-6,2 \pm 0,8$), нарастание дисперсии QT ($94,1 \pm 1,3$, QTd ≥ 80 у 78,4%) в сочетании с частым (52,9%) развитием фибрилляций предсердий (ФП) и желудочковой экстрасистолии (ЖЭ), установлением гипокINETического типа гемодинамики (82,4%), более редким эукинетического (17,6%) и резким снижением КВМСЦГ ($7,2 \pm 0,8$; $3,1 \pm 0,2$; $p < 0,001$), характеризующая выраженные проявления КМП.

После операции ранние признаки КМП регрессировали ($p < 0,001$): снижались до нормы ЧСС ($74,4 \pm 1,1$ в мин) и QTd ($57,8 \pm 3,1$ мс), уменьшался вольтаж R ($7,4 \pm 0,2$ мм) сохранялось правильное направление ЭОС ($50,5 \pm 3,0^\circ$), понижалась частота гипокINETического варианта (16,5%) и увеличивалась — эукинетического (83,5%) с повышением КВМСЦГ ($11,2 \pm 1,2$); при выраженной КМП при урежении ЧСС ($70,1 \pm 1,2$) исчезала ЖЭ, но сохранялись ФП, отклонение ЭОС влево ($-7,4 \pm 1,0^\circ$), инверсия зубца T ($-3,7 \pm 0,7$ мм) у 13,7%, удлинение QTd ≥ 80 мс у 21,5%, увеличение амплитуды Rcp ≥ 10 у 25,4% и гипокINETический вариант кровообращения (68,7%) с низким КВМСЦГ ($4,2 \pm 0,4$).

Выводы. Нарастающие признаки нарушения электрогенеза миокарда и его гипертрофия, серьезные нарушения ритма, гипокINETический вариант и снижение интегрального показателя выносливости кровообращения являются не только дополнительными критериями прогрессирующей тиреогенной КМП, но также показанием к радикальному лечению тиреотоксикоза, которое при осложненном тиреотоксикозе мало изменяет выраженность КМП в раннем послеоперационном периоде.

0164 РЕГУЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Волков В.С., Поселюгина О.Б., Нилова С.А., Роккина С.А.

Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Изучить особенности регуляции артериального давления (АД) у больных артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от потребления ими поваренной соли (ПС).

Материал и методы исследования. Обследовано 630 больных АГ. У всех больных в день поступления в стационар собиралась моча за сутки и по количеству выделенного натрия, определялось количество потребленной поваренной соли (ПС). Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на 3-4 день лечения с выявлением дипперов, недипперов, найтпикеров, овердипперов. Сравнивались 2 группы больных: потребившие за сутки 9 г ПС и менее (138 пациентов; 22%; 1-я группа) и потребившие 16 г ПС и более (328; 52%; 2-я группа).

Полученные результаты. У больных, 2-й группы по сравнению с 1-й чаще встречались жалобы на головные боли, боли в области сердца, плохой сон (все $p < 0,05-0,01$), на 6 лет раньше развивалась АГ ($p < 0,01$) и на 7 лет — инфаркт миокарда ($p < 0,01$). Гипертонические кризы, имелись в 1-й группе в 8% случаев, а во 2-й — в 37% ($p < 0,01$). При СМАД отмечено, что АД было выше у больных 2-й группы по сравнению с 1-й. Так, у больных, потребивших 16 г ПС и больше, АД днем было $160/95$ мм рт.ст., а 9 г и меньше — $138/86$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), а ночью соответственно $148/89$ и $123/69$ мм рт.ст. ($p < 0,01$). Во 2-й группе больных диппе-

ры встретились в 63% случаев, недипперы — в 30%, найт-пикеры — в 7%; в 1-й группе доминировали дипперы (80%), недипперы зарегистрированы в 17%, овердипперы — в 3%. Для нормализации АД в 1-й группе больных требовался обычно 1 препарат, тогда как во 2-й — 3-4 препарата.

Выводы. 52% больных АГ потребляют в сутки 16 г ПС и больше. У них по сравнению с больными, потребляющими в сутки 9 г ПС и меньше, выше АД, чаще выявляются гипертонические кризы, для нормализации АД требуется более интенсивная гипотензивная терапия, чаще выявляются такие варианты суточного ритма АД как недипперы и найтпикеры. Полученные данные требуют учета при проведении лечения и реабилитации больных АГ.

0165 ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ПОДАГРЫ

Волбуева И.Н., Масалова Е.А., Горяинов И.И., Феофанова Е.С.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы: изучение функционального состояния эндотелия и ремоделирования сосудистого русла у больных артериальной гипертензией (АГ), ассоциированной с подагрой.

Материалы и методы исследования. Обследовано 82 больных (мужчин) АГ, II ст., 2 ст., ассоциированной с подагрой в возрасте 46,3±4,2 года. Группу сравнения составили 30 больных ГБ II ст. 2 ст. без признаков подагры, группу контроля — 20 здоровых доноров. Все обследованные пациенты были сопоставимы по полу и возрасту. Подагра диагностирована по критериям Wallace S., 1977. Все обследованные больные подагрой были в межприступном периоде. Уровень эндотелина-1 (ЭТ-1), фактора Виллебранда (ФВ) в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Толщина комплекса интима медиа (КИМ) общих сонных артерий (ОСА) исследовалась доплерографическим методом. Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета статистических программ «Statistica».

Результаты и их обсуждение. У больных АГ определено повышение содержания в сыворотке крови ЭТ-1 (48,4±1,3 нг/л, $p<0,05$) и ФВ — 158,6±1,8%. Сопоставление полученных данных с аналогичными показателями в группе больных АГ, ассоциированной с подагрой, показало достоверно более высокие концентрации ЭТ-1 (76,8±1,6 нг/л) и ФВ (179,1±3,3%). Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем ЭТ-1 и ФВ при сочетанной патологии ($r=0,53$, $p<0,05$). Изучение КИМ ОСА у больных АГ, ассоциированной с подагрой, выявило достоверно большую ее толщину (1,0±0,05 мм) в сравнении с контролем (0,72±0,05 мм) и больными АГ без подагры (0,85±0,03 мм). Определена статистически значимая корреляционная зависимость между концентрацией в сыворотке крови ЭТ-1, ФВ и толщиной КИМ ОСА у больных АГ на фоне подагры ($r=0,53$; $r=0,49$ соответственно).

Таким образом, проведенное исследование показало, что наличие у больных АГ подагры, сопровождается развитием более выраженных функциональных расстройств эндотелия сосудов и степени ремоделирования артериального русла в сравнении с АГ без нарушений пуринового обмена.

0166 СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В АРТЕРИОЛАХ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вольф Ю.В., Баженов Н.Д.
Тверская Государственная медицинская академия, Тверь Россия

Цель. Изучить скорость кровотока в артериолах у беременных с артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Обследовано 96 женщин, находившихся во втором триместре беременности. В зависимости от наличия осложнений, женщины были разделены на 3 группы. В 1-ю группу вошли 29 женщины с неосложненной, физиологически протекающей беременностью, 2-ю составили 44 с артериальной гипертензией

(АД 140/90 мм рт.ст. и выше), в 3-ю были включены 23 пациентки, течение беременности у которых помимо АГ осложнилось развитием плацентарной недостаточности (ПН). Группы были сопоставимы по возрасту.

Скорость кровотока в артериолах III пальца кисти была исследована методом ультразвуковой доплерографии (прибор «Минимакс-Допплер-К»). При этом оценивалась максимальная скорость кровотока в систолу (Vs), максимальная скорость кровотока в диастолу (Vd). Рассчитывался индекс пульсации Гослинга (Р), отражающий упруго-эластические свойства артериол и индекс периферического сопротивления кровотоку дистальнее места измерения (R).

Полученные результаты. У здоровых беременных Vs составила 20,39±0,57 см/с, у беременных АГ этот показатель равен 15,18±0,33 см/с ($p<0,01$), в группе пациенток с ПН значения данного показателя были еще ниже и составили 11,85±1,70 см/с (все $p<0,01$). У пациенток контрольной группы Vd составила 4,82±0,61 см/с, снижение этого показателя отмечено во 2-й 3,70±0,15 ($p>0,05$) и достоверное увеличение в 3-й группе 7,88±1,20 см/с (все $p<0,01$). Индекс Р достоверно не различался у беременных с физиологическим течением беременности и у беременных с АГ (соответственно 1,75±0,11 и 1,59±0,05 $p>0,05$). Однако в 3-й группе обследуемых значение указанного показателя было достоверно ниже, чем в 1-й и 2-й группах и составило 0,47±0,12 (все $p<0,01$). Подобные изменения отмечены и в отношении индекса R, который также не различался в 1-й и 2-й группах (0,77±0,02 и 0,74±0,01) и снижался в группе с ПН 0,31±0,08 (все $p<0,01$).

Выводы. С присоединением к физиологически протекающей беременности АГ максимальная скорость кровотока, как в систолу так и в диастолу существенно снижается. Это позволяет предполагать, что повышение АД у беременных с артериальной гипертензией обусловлено гиперволемией, связанной с задержкой натрия в организме. Показатели Р и R свидетельствуют, что артериальная гипертензия у беременных не приводит к ухудшению кровоснабжения периферических тканей. Присоединение к артериальной гипертензии ПН существенно ухудшает кровоснабжение периферических тканей, что находит свое отражение в таких показателях как Vs, Р и R.

0167 МИКРОПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Воробьева А.В., Кулешова Э.В., Дорофейков В.В., Зверев Д.А., Есипович И.Д., Шапошников Д.А., Козулин В.Ю., Павлов А.Е., Машек О.Н., Иванов В.И.

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Целью исследования было установление частоты микроповреждений миокарда у больных со стабильной стенокардией, подвешенных ЧКВ, и выявление их связи с характером поражения сосудов и особенностями вмешательства.

Методы. Обследованы 30 больных (средний возраст 59,1±9,4 года), 25 мужчин (83,3%) и 5 женщин (16,7%) со стабильной стенокардией напряжения II-III функционального класса (83,3%) и безболевой ишемией миокарда (16,7%). Значимое поражение одной артерии было у 16 больных (53,4%), двух — у 7 (23,3%), трех — у 7 (23,3%). В двух случаях был выявлен рестеноз в ранее установленном стенте. Простые стенозы определялись у 6 пациентов (21,4%), средней сложности — у 15 (53,6%), сложные — у 7 (25%). Коронарная ангиопластика со стентированием одного сосуда выполнена 22 больным (73,3%), двухсосудистая — 8 (26,7%). Перед имплантацией стента преддилатация стеноза произведена у 19 больных (63,3%), постдилатация — у 7 (23,3%). Осложнение развилось у одного больного (окклюзирующая диссекция).

Микроповреждения миокарда оценивались на основании динамики кардиоспецифических маркеров. До и через 24 часа после ЧКВ в сыворотке крови определялась концентрация тропонина I (Tn I) и МВ-КФК (по массе) на иммуноферментном анализаторе AxSYM фирмы Abbott. Верхним референсным уровнем (ВРУ) считалось содержание Tn I — 0,4 нг/мл, для МВ КФК

— 3,8 нг/мл. Повышение сердечных биомаркеров, превышающее ВРУ, указывало на связанный с процедурой некроз миокарда. Повышение биомаркеров, более чем в 3 раза превышающее ВРУ (Тн 1,2 нг/мл и выше, МВ КФК 11,4 нг/мл и выше), определялось как инфаркт миокарда, связанный с ЧКВ.

Результаты. После вмешательства не отмечалось изменения концентрации Тн I у 15 больных (50%), повышение до 0,4 нг/мл имело место у 8 (26,6%), от 0,41 до 1,2 нг/мл у 4 (13,3%), более 1,2 нг/мл — у 3 (10%).

Концентрация МВ КФК после операции не повышалась у 15 больных (50%), у 7 (23,3%) наблюдалось повышение от 1,5 до 2,5 раз, у 8 больных (26,7%) — более чем в три раза по отношению к исходному. У 2 пациентов (6,7%) уровень МВ КФК был выше 11,4 нг/мл.

У больных с развившимся инфарктом имели место сложные стенозы — большой протяженности, с признаками тромбоза и кальцинозом, выполнялось множественное стентирование, производилась пре- и постдилатация.

Выводы. Признаки повреждения миокарда после ЧКВ выявлялись у половины больных, однако более чем у четверти не достигали верхнего референсного уровня. Признаки инфаркта миокарда, ассоциированного с интракоронарным вмешательством, по анализу кардиоспецифических маркеров обнаруживались у 10% больных, у которых имели место сложные стенозы, а процедура коронарного стентирования имела технические особенности.

0168 НАСКОЛЬКО АДЕКВАТНА 6-МЕСЯЧНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГочНОЙ АРТЕРИИ?

Воробьёва Н.М.¹, Панченко Е.П.¹, Добровольский А.Б.¹, Титаева Е.В.¹, Ермолина О.В.¹, Балахонова Т.В.¹, Кириченко А.И.²

¹ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия; ²РГМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия

Цель работы. Дать характеристику 6-месячной антикоагулянтной терапии (АКТ) и оценить её влияние на исходы тромбозов глубоких вен (ТГВ) и тромбозов лёгочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. Наблюдали 91 больного (69% мужчин) в возрасте 18–76 лет, перенесших эпизод ТГВ/ТЭЛА. Все больные получили нефракционированный или низкомолекулярный гепарин с последующим назначением варфарина (целевые значения международного нормализованного отношения (МНО) 2,0–3,0). Контроль МНО при подборе дозы варфарина проводили 1 раз в неделю, после подбора дозы — не реже 1 раза в мес. Больных наблюдали 6 мес. Исходно и через 6 мес. выполняли ультразвуковое ангиосканирование конечностей. Конечными точками были рецидивы ТГВ/ТЭЛА. «Адекватность» АКТ оценивали по следующим показателям: минимальное и максимальное МНО; медиана всех измерений МНО; размах МНО (разница между максимальным и минимальным МНО); σ МНО (показатель, отражающий разброс значений МНО от измерения к измерению); эпизоды повышения МНО $>4,0$; процент всех измерений МНО, находившихся в терапевтическом диапазоне (МНО 2,0–3,0), не достигавших целевых значений (МНО $<2,0$) или превышавших их (МНО $>3,0$). Клиническими признаками эффективности АКТ считали полное растворение тромбов в глубоких венах, неэффективности АКТ — наличие окклюзивного тромбоза хотя бы в одной вене через 6 мес. лечения. Результаты представлены как медиана (25% — 75%).

Результаты. Процент всех измерений МНО, находившихся в терапевтическом диапазоне, составил 50 (40–64)%. На основании этого показателя больных распределили на 2 группы. В группе «неадекватной» АКТ ($n=40$) процент всех измерений МНО, достигших целевых значений, был менее 50% (медиана 38%). В группе «адекватной» АКТ ($n=51$) он превышал 50% (медиана 64%). Группа «адекватной» АКТ отличалась более стабильным уровнем антикоагуляции. В группе «адекватной» АКТ были больше медиана МНО (2,3 (2,14–2,5) против 2,06 (1,77–2,26), $p<0,001$) и минимальное МНО (1,54 (1,25–1,81) против 1,23 (1,12–1,36), $p<0,001$), меньше размах МНО (1,69 (1,22–2,26) против 2,5 (1,6–3,51), $p=0,002$) и σ МНО (0,54 (0,41–0,7) против 0,74 (0,49–0,92), $p=0,002$). В группе «неадекватной» АКТ

половина всех измерений МНО была менее 2,0 — 50 (36–64)% против 25 (17–33)%, $p<0,001$. Всего в течение полугода АКТ возникли 7 (7,7%) рецидивов ТГВ. Повторных эпизодов ТЭЛА не было. Частота рецидивов ТГВ была одинаковой в обеих группах — 3 (7,5%) в группе «неадекватной» АКТ и 4 (7,8%) в группе «адекватной» АКТ ($p=1,0$). По числу больных с наличием венозных окклюзий через 6 мес. АКТ группы существенно не различались — 11 (28%) в группе «неадекватной» АКТ против 7 (14%) в группе «адекватной» АКТ, $p=0,184$. Количество больных с полным растворением тромбов через 6 мес. АКТ было значимо больше в группе «адекватной» АКТ — 12 (25%) против 1 (3%), $p=0,005$.

Выводы. Шестимесячная АКТ была расценена как «адекватная» только у 56% больных с эпизодом ТГВ/ТЭЛА. «Адекватная» АКТ ассоциировалась с полным растворением тромбов в глубоких венах через 6 мес. «Адекватность» АКТ не влияла на частоту возникновения рецидивов ТГВ в течение 6 мес. наблюдения.

0169 ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ 6-МЕСЯЧНОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЯМИ

Воробьёва Н.М.

ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель работы. Оценить эффект 6-месячной антикоагулянтной терапии (АКТ) и определить предикторы её эффективности у больных с эпизодом тромбоза глубоких вен (ТГВ) и/или тромбозом лёгочной артерии (ТЭЛА).

Материал и методы. Наблюдали 94 пациента (69% мужчин) в возрасте 18–76 лет, госпитализированных в связи с эпизодом ТГВ/ТЭЛА и не имевших противопоказаний для АКТ. Больные 1-й группы ($n=69$) получали стандартную терапию — нефракционированный гепарин (НФГ) 10–14 дней с последующим назначением варфарина под контролем международного нормализованного отношения (целевые значения 2,0–3,0). Во 2-й группе ($n=25$) вместо НФГ применяли эноксапарин в лечебной дозе (1 мг/кг каждые 12 ч) не менее 30 дней, затем назначали варфарин по стандартной схеме. Таким образом, начиная со второго месяца терапии, больные обеих групп принимали варфарин. Исходно, через 1 и 6 мес. от начала АКТ выполняли ультразвуковое ангиосканирование конечностей и измеряли Д-димер (норма $<0,5$ мкг/мл). Больных наблюдали 6 мес. Эффективность АКТ оценивали по наличию или отсутствию рецидивов ТГВ/ТЭЛА и признаков окклюзивного ТГВ через 6 мес. лечения.

Результаты. В течение полугода лечения антикоагулянтами возникли 7 (7,4%) рецидивов ТГВ, повторных эпизодов ТЭЛА не было. Через 6 мес. АКТ у 18 (20%) больных сохранился окклюзивный тромбоз хотя бы в одной глубокой вене. По данным однофакторного анализа были выбраны показатели с уровнем значимости $p<0,05$, которые ассоциировались с возникновением рецидива ТГВ и наличием венозных окклюзий через 6 мес. АКТ. С рецидивом ТГВ были ассоциированы повышенный уровень Д-димера через 1 мес. лечения ($p=0,002$) и любое повышение Д-димера, не связанное с рецидивом ТГВ, на протяжении 6 мес. АКТ ($p=0,019$). С наличием окклюзивного ТГВ через 6 мес. АКТ были ассоциированы повышенный Д-димер через 1 мес. лечения ($p=0,004$); любое повышение Д-димера, не связанное с рецидивом ТГВ, в течение 6 мес. АКТ ($p=0,038$); исходное общее количество ТГВ >5 ($p=0,006$); исходное количество венозных окклюзий >4 ($p<0,001$); общее количество ТГВ >5 через 1 мес. лечения ($p=0,001$); количество венозных окклюзий >3 через 1 мес. ($p<0,001$) и минимальное МНО $<1,21$ в течение 6 мес. лечения ($p=0,008$). С отсутствием окклюзивного ТГВ через 6 мес. ассоциировалось использование эноксапарина в первый месяц лечения ($p=0,036$). Дальнейший анализ методом логистической регрессии с использованием прямого пошагового алгоритма установил, что предиктором рецидивов ТГВ в течение 6 мес. наблюдения является повышенный уровень Д-димера через 1 мес. АКТ [$p=0,007$; относительный риск (ОР) 21,3; 95% доверительный интервал (ДИ) 2,3–194,7], а предикторами наличия окклюзивного ТГВ через 6 мес. АКТ — повышенный Д-димер [$p=0,001$; ОР 11,4; 95% ДИ 2,6–49,6] и количество венозных окклюзий >3 [$p<0,001$; ОР 14,4; 95% ДИ 3,2–64,0] через 1 мес. АКТ.

Выводы: Повышенный уровень Д-димера через 1 мес. от начала АКТ является предиктором возникновения рецидива ТГВ в течение 6 мес. наблюдения и одним из предикторов наличия венозных окклюзий в глубоких венах через 6 мес. АКТ. Наличие трёх и более тромботических окклюзий через 1 мес. АКТ также является предиктором окклюзивного ТГВ через 6 мес. АКТ.

0170 НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА

Воробьева Ю.А., Яхонтов Д.А.*, Дымова Д.М.

КГУЗ «Алтайский краевой кардиологический диспансер», Барнаул, Россия; *Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель. Выявить нарушения углеводного и липидного обмена у мужчин с систолической и диастолической ХСН при нормальной массе тела.

Материал и методы. Обследовано 75 мужчин в возрасте 46-74 лет с нормальной массой тела ($ИМТ=18,5-24,9$ кг/м²) и ХСН II-III ФК по NYHA. Первую группу составили 35 мужчин с систолической хронической сердечной недостаточностью (ФВ ЛЖ по Teichholz 45% и менее), средний возраст—56,6±1,3 лет. Вторую—42 пациента с диастолической ХСН (признаками нарушения диастолической функции считалось увеличение $IVRT>100$ мс и/или уменьшение соотношения $E/A<1,0$), средний возраст 56,8±1,0 лет. Всем больным проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с определением уровня инсулина (методом ИФА) натощак и через 2 часа после приема 75 мг глюкозы; определялся уровень гликированного гемоглобина. Инсулинорезистентность оценивали по индексу НОМА. Определяли уровень общего холестерина, ХС ЛПВП, триглицеридов, рассчитывали уровень ХС ЛПНВ по формуле Фридлянда. Исследование центральной гемодинамики проводилось на эхокардиографе ACUSON. Для определения ФК ХСН проводился тест с 6-минутной ходьбой.

Результаты. Пациенты 1-ой группы имели более длительный анамнез симптомной сердечной недостаточности (25,7±3,6 месяцев против 17,3±1,6 месяцев во 2-ой группе; $p<0,05$). Дистанция 6-минутной ходьбы была достоверно выше у мужчин 2-ой группы (369,9±4,2 против 321,4±11,4, $p<0,001$). ИМТ у пациентов обеих групп достоверных различий не имел. Достоверные различия между группами отмечены в отношении содержания в крови общего холестерина (5,1±0,1 ммоль/л в 1-ой группе и 5,7±0,2 ммоль/л во 2-ой, $p<0,05$) и ХС ЛПВП (1,0±0,01 ммоль/л в 1-ой группе и 1,2±0,01 ммоль/л во 2-ой, $p<0,01$). Уровни триглицеридов и ХС ЛПНП достоверно не отличались. Достоверные различия выявлены в уровне глюкозы крови натощак (4,8±0,1 ммоль/л в 1-ой группе и 5,2±0,1 ммоль/л во 2-ой, $p<0,01$), при этом уровень постпрандиальной глюкозы находился в пределах нормальных величин и достоверно не различался. Инсулинемия натощак (6,7±0,3 мIU/ml в 1-ой группе и 8,9±0,8 мIU/ml во 2-ой, $p<0,05$) и после приема глюкозы (14,0±1,2 мIU/ml и 23,2±3,0 мIU/ml, соответственно, $p<0,05$) оказались достоверно более высокими у пациентов диастолической ХСН; в этой же группе был достоверно выше индекс НОМА (1,8±0,2 против 1,4±0,1, $p<0,05$). Абсолютные значения постпрандиальной глюкозы и гликированного гемоглобина в обеих группах достоверно не отличались.

Выводы. Пациенты с диастолической хронической сердечной недостаточностью, имеющие нормальную массу тела, имеют более выраженные нарушения углеводного и липидного обмена по сравнению с пациентами с систолической сердечной недостаточностью.

0171 УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО ЭНДОТЕЛИНА-1 И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

Воронина Л.П., Уклстая Т.А., Уклстая Е.А., Перова Н.Ю., Полунина О.С.

ГОУ ВПО АГМА Росздрава, Астрахань, Россия

Цель: оценить состояние сосудистого эндотелия у больных бронхальной астмой в зависимости от степени тяжести обострения на

основе анализа данных ЛДФ-тестирования и определения уровня плазменного эндотелина -1

Методы: В целом было обследовано 180 человек — 57 соматически здоровых лиц и 163 больных бронхиальной астмой (БА). Среди обследованных пациентов с БА было выделено 3 группы. В группу 1 вошли больные с БА средней степени тяжести со среднетяжелым обострением — 62 человека (38%), в группу 2 — больные с БА средней степени тяжести с тяжелым обострением — 54 человека (33,2%), в группу 3 — больные БА тяжелого течения с тяжелым обострением — 47 человек (28,8%). Определение уровня ЭТ-1 в образцах плазмы осуществлялось методом иммуноферментного анализа. Исследование функционального состояния сосудистого эндотелия и кожной микроциркуляции проводилось методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) с использованием функциональных проб. Определяли степень прироста показателя микроциркуляции — резерв капиллярного кровотока ($РКК_{AX}$ — при ионофорезе 1% ацетилхолина, $РКК_{NN}$ — при ионофорезе 5% натрия нитропруссид, ПЭФ — показатель вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия: отношение $РКК_{AX}/РКК_{NN}$ (степени прироста показателя микроциркуляции при ионофорезе ацетилхолина к степени увеличения ПМ при ионофорезе нитропруссид натрия).

Результаты: У больных БА средней степени тяжести со среднетяжелым обострением уровень ЭТ-1 составил $2,9\pm0,46$ Pg/ml, что достоверно ($p>0,05$) не отличалось от показателей в группе контроля ($3,7\pm0,39$ Pg/ml). Показатель эндотелий-зависимой вазодилатации $РКК_{AX}$ у пациентов с БА был ниже чем в контрольной группе, однако различия были статистически незначимы ($p>0,05$). ПЭФ у пациентов группы 1 составил $1,1\pm0,01$, что статистически не отличалось от показателей в группе контроля ($p>0,05$). У пациентов с БА средней степени тяжести с тяжелым обострением и БА тяжелого течения с тяжелым обострением уровень ЭТ-1 был достоверно выше, чем в контрольной группе и в группе 1, достигая $6,46\pm0,87$ Pg/ml ($p<0,05$) и $8,6\pm0,54$ Pg/ml ($p<0,05$) соответственно. Данные изменения уровня ЭТ-1 сопровождались снижением эндотелий-зависимой вазодилатации — уровень $РКК_{AX}$ в группах 2 и 3 был статистически значимо ($p<0,05$) меньше, чем в группе 1 и в группе контроля. Показатель ПЭФ у пациентов этих групп был меньше $1 - 0,87\pm0,01$ и $0,75\pm0,01$ соответственно, что статистически значимо отличалось от показателей в группе контроля ($p<0,01$) и группе 1 ($p<0,05$).

Была выявлена отрицательная корреляционная зависимость между уровнем ЭТ-1 и $РКК_{AX}$ $r=-0,054$ ($p<0,05$), а так же показателем ПЭФ $r=0,043$ ($p<0,05$).

Вывод: У больных БА средней и тяжелой степени тяжести с тяжелым обострением было выявлено ухудшение функции сосудистого эндотелия, отражающее в увеличении уровня плазменного эндотелина-1, снижении эндотелийзависимой вазодилатации ($РКК_{AX}$) и показателя ПЭФ.

0172 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Воскресенская Т.В., Зубрицкая С.А., Виноградова Н.С., Ларина В.Б., Бурдина Е.Г.

ФГУ «Поликлиника №2» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить структуру нарушений сердечного ритма и проводимости, диагностируемую в амбулаторной практике.

Материалы и методы: в исследование включено 870 больных (мужчин 634, женщин 236, в соотношении 2,7:1, средний возраст 64,5±8,9 лет), у которых в 2008 году были зарегистрированы нарушения сердечного ритма и проводимости, что составило 4,92% от общего числа прикрепленного контингента. Помимо анализа клинико-анамнестических данных, всем больным проводилась ЭКГ в 12 отведениях, мониторингирование ЭКГ по Холтеру, ЭхоЭКГ исследование («Siemens», Германия), по показаниям нагрузочные пробы и суточное мониторирование АД, общеклиническое, биохимическое исследование крови с определением липидного профиля, активности ферментов (АЛТ, АСТ, КФК), протромбинового времени, выраженного в виде Международного нормализованного отношения (МНО) в плазме и капиллярной крови.

Результаты: из 870 больных, исходно включенных в исследование, нарушение атрио-вентрикулярной проводимости было диагностировано у 6,44% (n=56), внутрижелудочковой — 12,64% (n=110), синдром WPW — 0,92% (n=8), суправентрикулярная тахикардия — 2,53% (n=22), желудочковая — 0,92% (n=8), фибрилляция предсердий — 27,01% (n=235), экстрасистолия 48,97% (n=426), синдром слабости синусового узла — 0,57% (n=5). Из них в активном наблюдении кардиолога нуждались 19,54% (n=170) больных со сложными нарушениями сердечного ритма и проводимости (0,96% от общего числа прикрепленного контингента). Эта категория больных составила более половины (54,14 %) от всех пациентов, состоящих в группе динамического наблюдения у кардиолога. Из них суправентрикулярные нарушения ритма констатированы у 67,65% (n=115), преимущественно за счет пароксизмов мерцания, трепетания предсердий (на их долю приходится 96,52%, n=111). Желудочковые нарушения ритма сердца составили 5,88% (n=10). Наличие брадикардии (синдром слабости синусового узла, нарушения атрио-вентрикулярной проводимости высокой степени) выявлено у 23,5% (n=40), что потребовало консультации кардиохирурга для решения вопроса о постоянной эндокардиальной стимуляции (в ней нуждались 80,0% (n=32)). Синдром преждевременного возбуждения желудочков наблюдали у 2,94% (n=5) больных.

Выводы: полнота диагностики в амбулаторных условиях позволила установить нарушения сердечного ритма и проводимости у прикрепленного контингента в 4,92%. Из них в группе динамического наблюдения кардиологов находились 0,96% больных со сложными нарушениями. Остальные наблюдались терапевтами с привлечением кардиолога по показаниям. Больные со слабостью синусового узла нуждались в консультации кардиохирурга для решения вопроса о постановке искусственного водителя ритма.

0173 ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Востокова А.А., Королева Е.Б., Мазалов К.В.

Институт ФСБ России, Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучить клиническую эффективность и переносимость препарата теночек, его влияние на углеводный и липидный обмен у пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: В открытое исследование после получения согласия включено 32 пациента (11 мужчин и 21 женщина) эссенциальной АГ 1-3 степени в возрасте от 44 до 81 лет (средний возраст 58,8±1,7 лет). Длительность АГ от 2 до 30 лет (в среднем 11,71±1,34 года). АГ 1 степени отмечалась у 4-х пациентов (12,5%), 2 степени — у 15 (46,9%), 3 степени — у 13 (40,6%). Половина больных имели ассоциированные клинические состояния в виде ИБС. У 5 чел. выявлялся сахарный диабет (СД) типа 2. Дислипидемии выявлены у 65,5% больных. После обследования больных и включения их в исследование, назначался теночек (препарат компании Ирса, состоящий из 50 мг атенолола и 5 мг амлодипина) в дозе 0,5-1 таблетка в сутки в качестве моно- или комбинированной терапии. Через 15 дней от начала терапии, при необходимости, назначался дополнительный антигипертензивный препарат. Исследование продолжалось 60 дней. Исследовали углеводный обмен и липидный обмен: общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), триглицериды (ТГ), по формуле Фридвальда вычисляли холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программы BIOSTAT с использованием критерия Стьюдента. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Полученные результаты: Монотерапия назначена 13 больным, к концу исследования на монотерапии осталось 12 человек. 19 больных начали принимать теночек на фоне терапии ингиби-

торами АПФ и/или диуретиками. Целевое АД (140/90 мм рт.ст. и ниже) достигнуто у 21 пациента (65,6%) при назначении теночека в дозе 0,5-1 таблетка в сутки. При этом 6 человек из 21 находились на монотерапии теночком. Достоверное снижение АД зарегистрировано уже через 2 недели от начала терапии. Систолическое АД (САД) исходно: $168,69 \pm 2,74$ мм рт.ст. Через 15, 30 и 60 дней соответственно: $149,38 \pm 2,65$; $140,22 \pm 2,08$; $137,72 \pm 2,94$ мм рт.ст. ДАД исходно составляло $96,44 \pm 1,70$ мм рт.ст. Через 15, 30 и 60 дней ДАД составляло соответственно: $87,81 \pm 1,65$; $82,50 \pm 1,60$; $80,00 \pm 1,55$ мм рт.ст. ЧСС исходно составляла $79,72 \pm 1,95$ уд/мин, через 2 мес достоверно снизилась до $61,59 \pm 0,90$ уд/мин. Теночек в дозе 0,5-1 таблетка/сут в течение 2-х мес терапии не вызвал нарушения липидного и углеводного обмена, в том числе и у пациентов с СД. Переносимость препарата теночек была хорошей. Нежелательные явления отмечены у одного человека (3,1%) в виде отека голеней, что не потребовало отмены препарата.

Заключение: Таким образом, теночек — эффективная фиксированная комбинация бета-блокатора и дигидропиридинового блокатора медленных кальциевых каналов. Нежелательные явления встречаются редко. При терапии в течение 2-х месяцев отсутствуют нарушения липидного и углеводного обмена.

0174 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАВИКСА И ЗИЛТА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Вышков Е.В., Марков В.А.

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: сравнить антиагрегационную эффективность Плавикса и Зилта на здоровых добровольцах.

Материал и методы: В исследование было включено 10 здоровых добровольцев: 8 мужчин и 2 женщины, средний возраст $32,8 \pm 2,9$ г. Использовался рандомизированный «перекрестный» метод исследования. У всех добровольцев исходно проведено исследование агрегатограммы для исключения лиц с тромбоцитопатией. Затем они были рандомизированы на 2 группы по 5 человек для приема плавикса или зилта. Испытуемые принимали препарат по утрам по 1 таблетке (75 мг) в день в течение 7 дней. На следующее утро после приема последней дозы препарата исследовалась агрегатограмма. В течение последующих 4-х недель продолжался «отмывочный» период. После него добровольцы в течение 7 дней принимали другой препарат соответственно, после чего вновь исследовалась агрегатограмма. Исследование агрегации тромбоцитов проводили на агрегометре «Биола-230LA». В качестве индуктора агрегации использовали АДФ в конечной концентрации 1,5; 2,5 и 5,0 мкг/мл. Оценивали максимальные значения светопропускания плазмы по Worn (%) и размеры формирующихся тромбоцитарных агрегатов (у.е.). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы «Статистика 6.0» с использованием теста Манна-Уитни. Данные представлены в виде «среднее±ошибка среднего».

Результаты. Средние исходные показатели агрегации тромбоцитов у добровольцев были в пределах нормальных значений. После приема плавикса и зилта размеры формирующихся тромбоцитарных агрегатов и степень агрегации тромбоцитов по светопропусканию плазмы закономерно снижаются, но после приема плавикса снижение этих показателей несколько более выражено, чем после приема зилта. Различия между группами по светопропусканию плазмы при концентрации АДФ 1,25 мкг/мл достигли статистической значимости: $8,9 \pm 3,2$ против $14,9 \pm 2,9\%$ ($p=0,04$). При других концентрациях индуктора статистически значимого различия в показателях агрегации тромбоцитов не обнаружено.

Выводы. Плавикс несколько более эффективно, чем Зилт снижает АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов у здоровых добровольцев после 7 дней ежедневного приема 75 мг препарата.

2. Подтвержден высокий антиагрегационный эффект Зилта, что дает основания для его назначения, в частности, для длительного приема у пациентов, которые из-за материальных проблем не могут принимать плавикс.

0175 ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК КАК ПРЕДИКТОРА ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST

Вялкина Ю.А.

ГОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия», Тюмень, Россия

Цель исследования: В процессе полугодового проспективного наблюдения изучить прогностическое значение уровня клиренса эндогенного креатинина для долгосрочного прогноза у больных с ОКС без подъемов сегмента ST. Оценить уровень риска инфаркта миокарда у больных с ОКС используя критерии риск-стратификации GRACE.

Материалы и методы. В исследование включено 102 пациента с острым коронарным синдромом без подъемов сегмента ST в возрасте 33-80 лет (средний возраст — 60,69±10,04лет). В процессе проспективного наблюдения на протяжении 6 месяцев изучено прогностическое значение показателей почечной дисфункции: клиренса креатинина, протеинурии, микроальбуминурии как маркеров долгосрочного прогноза у больных с ОКС, дана сравнительная характеристика расчета долгосрочного прогноза согласно международным критериям GRACE и влияния почечной дисфункции на прогноз у пациентов с ОКС.

Расчет клиренса креатинина проводился по формуле Кокрофта — Гаулта:

$$СКФ = ((140 - \text{возраст}) * \text{Масса тела (кг)}) / (72 * \text{креатинин})$$

Для женщин величина концентрации креатинина должна быть умножена на 0,85. Определение количественного уровня микроальбуминурии методом иммунохимического анализа на анализаторе специфических белков типа (IMMAGE Immunochemistry system, BECKMAN COULTER, США) в суточной порции мочи, с использованием реактивов (Beckman Instruments Inc., США). Результаты измерения выражаются в мг/дл, порог чувствительности составляет — 0,00-0,90 мг/дл.

Результаты: При обследовании пациентов уровень креатинина плазмы составлял от 0,61 до 3,54мг/дл (среднее значение 1,2±0,34мг/дл), значение микроальбуминурии в суточной порции мочи — от 0,3мг/дл до 602 мг/дл (среднее значение 303,85±75,34мг/дл), при расчете — уровень клиренса эндогенного креатинина по формуле Кокрофта — Гаулта: от 19,77мл/мин до 159,01 мл/мин (среднее значение 47±24,11мл/мин), среди них 63 пациента со сниженными показателями скорости клубочковой фильтрации (клиренс креатинина составил от 19,77мл/мин до 75,36мл/мин), среднее значение 39±18,67мл/мин, и 32 пациента с повышенным уровнем креатинина плазмы (среднее значение 1,48±0,44мг/дл).

При оценке долгосрочного прогноза у больных с ОКС, используя критерии риск-стратификации GRACE, риск развития инфаркта миокарда в течение 6 месяцев с момента госпитализации составил 19%. В группе больных со сниженными показателями клиренса эндогенного креатинина, как важнейшего маркера почечной дисфункции — 21%. В процессе полугодового проспективного наблюдения инфаркт миокарда диагностирован в 19,6% случаев от общего числа наблюдаемых пациентов, и в 22,2% — от числа больных с наличием почечной дисфункции.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о высоком прогностическом значении маркеров почечной дисфункции (уровень клиренса креатинина, микроальбуминурии) как предикторов долгосрочного прогноза у больных с ОКС.

0176 ПОРАЖЕНИЕ КРОНАРНОГО РУСЛА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Габинский Я.Л., Фрейдлина М.С., Оранский И.Е., Гофман Е.А., Кузнецова Н.В.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Цель. Проанализировать тяжесть поражения коронарного русла по данным плановой коронароангиографии (КАГ). Определить реальную потребность в аорто-коронарном шунтировании (АКШ) у мужчин трудоспособного возраста.

Методы исследования. За 6 месяцев КАГ в плановом порядке проведена 217 мужчинам. Средний возраст — 53,3 года. Выделено 2 группы. Первую составили 75 мужчин (34,6%) со стабильной стенокардией (СС), вторую — 142 мужчины (65,4%) со СС и перенесенным ранее инфарктом миокарда (ИМ).

Результаты исследования. При проведении КАГ крупные коронарные артерии были неизменными у 32 мужчин двух групп, что составило 14,7%. У пациентов 1 группы по сравнению со 2 группой в 2 раза чаще встречались коронарные сосуды без атеросклеротических изменений — в 22,6% против 10,6% соответственно. Вероятнее всего, у мужчин 1 группы с неизменными коронарными сосудами причиной ангинозных болей были анатомические особенности артерий: в 8 случаях — тонкие коронарные сосуды, в 4 случаях — наличие мышечных мостиков, препятствующих кровотоку по артериям. У 3 мужчин было выявлено аневризматическое расширение ПНА. У мужчин 2 группы с неизменными коронарными сосудами причиной развития острого инфаркта миокарда послужил длительный спазм коронарной артерии, который был подтвержден при проведении КАГ.

Среди всех обследуемых однососудистое поражение передней нисходящей артерии (ПНА) было выявлено в 31(66%) случае, правой коронарной артерии (ПКА) — в 13 (28%), огибающей артерии (ОА) — у 3 (6%) мужчин. Двухсосудистое поражение диагностировано у 73 (33,6%) мужчин. Коронарный атеросклероз 3 и более сосудов выявлен у 64 человек (29,4%). Поражение ствола ЛКА со степенью стенозирования от 30 до 90% выявлено у 23 обследуемых (10,5%).

Мужчины 1 группы в большинстве случаев (31,4%) имели поражение 3 коронарных сосудов. У мужчин 2 группы выявлено преобладание атеросклеротического процесса в двух коронарных артериях — 36,6%, одна из которых была окклюзирована в 70% случаев. По нашим данным в проведении АКШ нуждаются 49,3% мужчин трудоспособного возраста с диагнозом ИБС.

Выводы.

1. Не выявлено патологии крупных коронарных артерий у 14,7% мужчин.
2. При однососудистом поражении, встречающемся у 22,1% мужчин, наиболее часто поражается ПНА — в 66% случаев.
3. Двухсосудистое поражение с окклюзированной одной артерией чаще наблюдалось у лиц с перенесенным ИМ — в 36,6% случаев.
4. Стеноз ствола ЛКА обнаружен у 10,5% госпитализированных.
5. В проведении АКШ нуждается каждый второй мужчина трудоспособного возраста с диагнозом ИБС.

0177 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИБС В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

Габинский Я.Л., Бабич Н.Н., Сафонова Т.Ю., Соколовская Г.И.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Из числа пациентов, направленных на консультацию в Институт кардиологии в 2008 году районными кардиологами и терапевтами г.Екатеринбурга, было выбрано 362 человека, у которых диагностировались атерогенные сдвиги спектра липопротеидов крови. Из них с диагнозом артериальная гипертензия — 168 человек, ИБС — 194 человека.

При наличии абсолютных показаний к лечению липидснижающими препаратами последние назначались пациентам с АГ лишь в 52,4% случаев, а пациентам с ИБС — в 64,1%. При этом целевой уровень показателей достигался в первой группе только в 18%, а во второй — в 20% случаев.

Анализируя перечень препаратов, которые применялись для лечения указанной категории больных, следует отметить, что наиболее часто назначался симваостатин. В группе с артериальной гипертензией препарат был назначен в 57,8% случаев, с ИБС в 76,7% соответственно. Аторвастатину в 1 группе пациентов было отдано предпочтение в 42,8%, в 2 — 16,7%. Назначения препаратов других классов статинов, а также комбинированная терапия представлена у единичных больных. Во всех случаях предпочтение отдавалось генерическим формам препаратов.

Проведённое исследование показало отсутствие дифференцированного подхода к выбору липидснижающего лекарственного средства, недостаточную стартовую дозу препаратов, без последующего её титрования.

Таким образом, недостаточно активный подход к вторичной профилактике атеросклероза требует пристального внимания к этой проблеме не только клиницистов, но и организаторов здравоохранения, а также профессорско-преподавательского состава высшей медицинской школы.

0178 СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА НАСТУПЛЕНИЯ МЕНОПАУЗЫ

Габинский Я.Л., Фрейдлин М.С., Рункова О.М.

Уральский Институт Кардиологии, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: оценить влияние различных вариантов наступления менопаузы на состояние коронарного русла.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 201 женщины с диагностированной ИБС в виде острого инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии, стабильной стенокардии 3-4 ф.кл, ПИКС. Всем пациентам было проведено коронароангиографическое исследование. Менструальный цикл был сохранен у 26 пациенток, которые составили 1 группу, у 107 женщин естественная менопауза наступила после 45 лет- 2 группа, у 26 женщин имела место ранняя естественная менопауза- 3 группа, у 42 женщин менопауза стала следствием хирургических вмешательств — экстирпации матки или овариэктомии в связи с опухолевыми процессами- 4 группа.

Результаты: В 1-ой группе многососудистое изменение выявлено у 2 пациенток (7,7%), во 2-ой группе у 33 (30,6%), в 3-ей группе у 7 (26,9%), в 4-ой группе у 20 (47,6%). В группе женщин с сохраненной менструальной функцией, наибольшая часть женщин имели нормальные коронарные артерии либо гемодинамически незначимые атеросклеротические изменения, что можно объяснить более молодым возрастом, а так же протективным действием женских половых гормонов. Наиболее неблагоприятное влияние на состояние коронарных артерий у женщин имеет хирургическая менопауза. В 4-ой группе женщин многососудистое поражение выявлено у наибольшего числа пациенток — в 47,6% случаев, что значительно превышает таковое у пациенток с нормальной или ранней естественной менопаузой. Средний возраст женщин, у которых было диагностировано многососудистое поражение коронарного русла на фоне хирургической менопаузы, составил 63,8 лет и был меньше, нежели средний возраст женщин с аналогичными изменениями, но после естественной менопаузы- 65,4 лет. Зависимости тяжести поражения коронарных артерий от длительности менопаузы мы не наблюдали.

Выводы: полученные нами данные подтверждают, что одномоментное выключение функции яичников при их удалении вызывает более неблагоприятное воздействие на коронарное русло, с развитием многососудистого поражения последнего, чем постепенное угасание активности женских половых желез в случае естественной менопаузы. Хирургическая менопауза является важным фактором риска возникновения и прогрессирования коронарного атеросклероза в женской популяции, поскольку сопровождается снижением благоприятного влияния женских половых гормонов на сердечно-сосудистую систему и приводит к усилению других факторов риска ИБС, таких как инсулинрезистентность, дислипидемия, артериальная гипертензия.

0179 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Габинский Я.Л., Котельникова В.А.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Цель исследования — изучить динамику изменений параметров variability сердечного ритма (ВСР) в зависимости от глубины и локализации инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы. В исследование включались мужчины трудоспособного возраста с подтвержденным первичным ИМ.

Первая группа пациенты (n=19) с ИМ с зубцом Q передней локализации, вторая группа- пациенты (n=23) с ИМ с Q по задней стенке левого желудочка, третья группа — пациенты (n=17) с Q негативным ИМ. Вариабельность сердечного ритма определялась по результатам суточного мониторирования ЭКГ на 3-4 неделе заболевания и повторно через 3 и 6 месяцев.

Результаты. Исходные среднесуточные показатели ВСР во всех трех группах достоверно не отличались между собой. В группе больных с крупноочаговым задним ИМ отмечается достоверное увеличение временных характеристик ВСР. SDNN нарастает через 3 месяца от начала заболевания и продолжает увеличиваться к 6 месяцу (исходно $115,2 \pm 31,9$ мс, через 3 месяца $132,6 \pm 29,2$ мс, через 6 месяцев $147,8 \pm 31,1$ мс, $p < 0,001$), pNN50% возрастает только к 6 месяцу (исходно 4 (1,0-6,75), через 6 месяцев 5 (2-10), $p < 0,05$). SDANN увеличивается к 3 месяцу и дальнейшего роста показателя не наблюдается (исходно $98,8 \pm 29,2$ мс, через 3 месяца $123,4 \pm 36,2$). Среди спектральных параметров ВСР при заднем ИМ наблюдалось значимое возрастание HF к 6 месяцу наблюдения (исходно 116 (52,3-195,5) мс² и через 6 месяцев 155 (74-206,5) мс², $p < 0,05$), и снижение индекса вагосимпатического взаимодействия HF/LF через полгода (исходно 4,88 (3,7-6,3), через 6 месяцев 4,24 (3,3-5,7), $p < 0,05$). Подобная динамика вегетативного профиля отражает общую тенденцию восстановления функции вегетативной нервной системы и увеличение активности парасимпатических модуляций на синусовый узел. Спектральные и временные характеристики ВСР при крупноочаговом переднем ИМ достоверно не изменялись на протяжении 6 месяцев наблюдения. При Q негативном ИМ отмечено значимое увеличение гMSSD к 6 месяцу от начала заболевания (исходно 19 (16-25) мс, через 6 месяцев 27 (19-31) мс, $p < 0,05$), что может свидетельствовать об усилении вагусных влияний на сердечнососудистую систему.

Выводы.

1) Временные характеристики (SDNN, SDANN) при заднем ИМ достоверно возрастают уже к 3 месяцу от начала заболевания, и продолжает расти вплоть до 6 месяца.

2) При задней локализации ИМ к 6 месяцу происходит усиление активности высокочастотного компонента (HF) и снижение LF/HF.

2) Параметры вегетативного профиля при крупноочаговом переднем ИМ существенно не меняются на протяжении 6 месяцев от начала заболевания.

3) При Q-негативном ИМ достоверно увеличивается RMSSD к 6 месяцу от начала заболевания.

0180 ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ У ПОДРОСТКОВ

Гаверин И.В.

ГОУ ВПО «Южно-Уральский государственный университет», МУЗ «Врачебно-физкультурный диспансер города Челябинска», Челябинск, Россия

Актуальность исследования обусловлена диагностической неоднозначностью дебюта синдрома ранней реполяризации миокарда желудочков (СРРМЖ) в подростковом возрасте. В большинстве случаев СРРМЖ у подростков имеет благоприятный характер транзиторных физиологических морфофункциональных изменений миокарда. Однако характерный для современной подростковой популяции мультиморбидный клинический статус может стать неблагоприятным фоном или фактором риска для развития сердечно-сосудистой патологии, лимитирующей качество жизни и физическую активность. В этой связи представляет интерес эпидемиология СРРМЖ у здоровых, занимающихся ФК и спортом, и больных бронхиальной астмой (БА) подростков.

Цель исследования: изучить эпидемиологию СРРМЖ в двух группах — у спортсменов юниоров и страдающих БА подростков.

Методы исследования. На протяжении 3 лет в рамках ежегодной диспансеризации в обследовано 2950 здоровых 12 — 18-летних юношей и девушек, занимающихся оздоровительной ФК и спортом. Контрольную группу составили 58 страдающих БА подростков. У всех изучен клинический статус, стандартная ЭКГ, дополнительно у 35 человек — компьютерная ритмография

с автокорреляционным и спектральным анализом волновой структуры сердечного ритма в покое и при функциональных пробах Вальсавы, активной ортостатической и нагрузочной PWC₁₂₀ пробах. Статистическая обработка результатов произведена с помощью программного пакета Statistica 6.0 (с оценкой достоверности $p < 0,05$).

Результаты. По результатам обследования у всех спортсменов юниоров подтверждена основная группа здоровья. В этой группе СРРМЖ обнаружен у 27 человек (0,9%), из которых 23 юношей (85,1%) и 4 девушки (14,9%), имеющих возраст $16,3 \pm 0,4$ лет. Анализ результатов антропометрии в этой группе показал, что средняя длина тела составила $178,5 \pm 2,6$ см, при этом у 20 (74%) подростков только мужского пола увеличение роста за последний год составило $8,54 \pm 1,04$ см, у остальных 7 человек — не более $5,9 \pm 0,74$ см в год. Анализ сердечного ритма в покое показал, что у спортсменов юниоров показатель SDNN равен $33,74 \pm 0,72$, TP — $1083,77 \pm 49,55$ мс²/Гц, индекс отношения LF/HF $1,28 \pm 0,61$.

В группе страдающих БА подростков СРРМЖ выявлен значительно чаще — в 12% случаев (7 человек, $p < 0,05$), из которых 5 юношей (71,5%) и 2 девушки (28,5%), имеющих средний возраст $15,4 \pm 0,7$ лет. Средняя длина тела у них оказалась достоверно меньше — $158,3 \pm 1,4$ см ($p < 0,05$), чем у спортсменов юниоров. Исходные показатели SDNN и TP существенно ниже — $0,053 \pm 0,02$ и $300 \pm 7,4$ мс²/Гц соответственно ($p < 0,05$), а индекс отношения LF/HF выше ($p < 0,05$), чем в группе здоровых спортсменов юниоров. В динамике выполнения функциональных проб в группе страдающих БА подростков регистрируется преобладание симпатической регуляции ритма сердца, эпизоды миграции водителя ритма при проведении нагрузочной PWC₁₂₀ пробы.

Выводы. Выявленное существенное нарастание частоты СРРМЖ у страдающих БА подростков, заставляет более критично осмыслить его значение в оценке функционального состояния спортсменов юниоров.

0181 НЕКОТОРЫЕ ПРАДИКТОРЫ РЕСТЕНОЗА АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гагаркина Л.С., Горбунов В.В., Царенок С.Ю.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Чрескожные коронарные вмешательства — безопасный, эффективный и быстроразвивающийся метод лечения тяжелых форм ишемической болезни сердца (ИБС). Успех процедуры достигается в 95% случаев, однако на первый план выступает проблема рестеноза артерий в зоне вмешательства. Рестенозы развиваются преимущественно в первые 6 месяцев после чрескожных коронарных вмешательств, их частота составляет 20–40%. По данным многих исследователей, повышенный уровень некоторых маркеров и медиаторов воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин 6 (ИЛ-6), фибриноген), гиперхолестеринемия ассоциируются с повышенным риском развития рестенозов и последующих сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству. Известно, что увеличение дисперсии интервала QT свидетельствует о высоком риске возникновения нарушений ритма сердца, в том числе у данной категории больных.

Цель нашей работы: уточнить распространенность гиперфибриногенемии, дислипидемии у пациентов с тяжелыми формами ИБС, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству, изучить дисперсию интервала QT у данной категории больных.

Материалы и методы: Проанализировано 53 истории болезни пациентов отделения сердечно-сосудистой хирургии краевой клинической больницы города Читы, поступивших для проведения планового чрескожного коронарного вмешательства. У пациентов оценивался уровень фибриногена сыворотки крови, липидный профиль, по ЭКГ определялся скорректированный интервал QT (по формуле Базета). Полученные данные статистически обработаны с помощью пакета Excel Microsoft 2003.

Полученные результаты: Среди пациентов, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству, преобладали мужчины (88%), из них 85% — лица трудоспособного возраста (до 60 лет).

У 11,5% лиц выявлена гиперфибриногенемия ($4,4 \pm 0,87$ г/л).

У большинства пациентов имелись те или иные нарушения в липидограмме (более чем у 70% пациентов общий холестерин $5,7 \pm 1,7$ ммоль/л, ЛПНП $3,87 \pm 2,23$ ммоль/л, ЛПВП $0,9 \pm 0,2$ ммоль/л).

При изучении ЭКГ у 8 пациентов (15%) выявлено увеличение дисперсии интервала QT, при этом у 5 из них (60%) при суточном мониторировании ЭКГ регистрировалась желудочковая экстрасистолия III–IV класса по Lowp.

Выводы: 1) Гиперфибриногенемия, как прогностически неблагоприятный фактор рестеноза, выявлена у 11,5% пациентов, подвергнутых чрескожному коронарному вмешательству, следовательно, данная категория больных нуждается в более тщательном контроле в дальнейшем;

2) Дислипидемия, как показатель агрессивного течения атеросклероза, выявлена у 70% пациентов данной группы; 3) Увеличение дисперсии интервала QT свидетельствует о высоком риске возникновения нарушений ритма сердца у пациентов с хронической коронарной недостаточностью.

0182 СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Гадиева В.А.

ГОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Владикавказ, Россия

Постменопаузальная артериальная гипертензия (АГ) встречается у 50% женщин старше 45 лет и характеризуется нарушением суточного ритма и вариабельности артериального давления (АД), ранним поражением висцеральных органов-мишеней.

Цель работы — повысить эффективность лечения артериальной гипертензии у женщин в постменопаузе, используя хронотерапевтическую технологию

Методы исследования: Исследование проведено у 60 женщин в возрасте 50 — 62 лет с АГ I — II степени (в соответствии с рекомендациями ВОЗ и Международного общества по гипертензии 1999 года), без сопутствующих заболеваний, способных оказать влияние на структурное и функциональное состояние миокарда. Группу контроля составили женщины в постменопаузе без сердечно-сосудистой патологии. Временную организацию физиологических систем здоровых и больных АГ женщин в постменопаузе оценивали методом ауторитмометрии биоритмов их интегральных показателей по Ф. Халбергу — 7 параметров физиологических функций

По окончании первичного обследования всем пациентам был назначен моэксиприл в стартовой дозе 7,5 мг.

Больные методом случайной выборки были разделены на 2 основные группы: 30 человек, получающих моэксиприл по общепринятой методике: препарат назначался утром, в начальной дозе 7,5 мг и 30 человек, лечение которых проводили с учетом положения акрофазы АД — превентивная хронотерапия. С целью индивидуализации хронотерапевтического антигипертензивного лечения больных во второй группе мы воспользовались рекомендациями Беляева С.Д. и по результатам хронодиагностики выделили три типовых варианта временной организации сердечно-сосудистой системы (ВОССС).

Результаты: Состояние ВОССС оценивали отдельно в основных группах больных. Согласно данным косинор — анализа, в конце курса лечения между группами больных выявлены различия. Количество достоверных ритмов во второй основной группе больных возросло на 20,7%, (доля циркадианных ритмов увеличилась на 18,9%), а в первой всего на 4,8%. Данные индивидуального хроноанализа во второй группе показали, что у 20 больных восстановилась циркадианность индивидуальных ритмов, у 11 — синфазность сопряженных показателей, исчезли ритмы с малой амплитудой, на 23% сократилось число лиц с десинхронизацией, заметно возросло число совпадений акрофаз изучаемых ритмов с хронотипичными исследуемых.

Выводы: установлена более высокая эффективность хронотерапии, проведенной с учетом биоритмологических подходов, что позволяет рекомендовать моэксиприл для предпочтительного лечения методом хронотерапии этой категории больных.

0183 ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гаджиева З.Г.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования — сравнение приверженности больных артериальной гипертензией (АГ) гипотензивной терапии в зависимости от ее стоимости.

Материалы и методы. В исследование были включены 60 пациентов (женщины, средний возраст 56,7 ± 4,8 лет) с АГ второй степени, не получавшие регулярной гипотензивной терапии в течение, как минимум, последнего месяца. Больные рандомизированы были распределены в четыре группы: 1-я группа получала эпросартан (“Теветен”) в дозе 600 мг в сутки, 2-я — валсартан (“Диован”) по 80 мг в сутки, 3-я — периндоприл (“Престариум”) по 4 мг в сутки и 4-я — лизиноприл (“Диротон”) по 10 мг в сутки. Дополнительно все пациенты принимали гипотиазид (12,5 мг в сутки). Стоимость лечения одного пациента в день (без учета гипотиазида — 1,5 рубля) в группе эпросартана составила 58 рублей, в группе валсартана — 40 рублей, в группе периндоприла — 11 рублей и в группе лизиноприла — 9 рублей (средняя цена в аптеках). Продолжительность наблюдения составила три месяца (после двух месяцев бесплатного обеспечения пациентов препаратами, им предлагалось следующий месяц лечения оплатить самостоятельно). Исследование было открытым. До и после терапии проводили суточное мониторирование артериального давления (АД).

Результаты. Исходные средние показатели суточного мониторирования АД достоверных различий между группами не имели. Среднее систолическое АД (САД) за сутки в 1-ой группе составило 167,7 ± 4,9 мм рт.ст., во 2-ой группе — 169,1 ± 6,2 мм рт.ст., в 3-ей группе — 168,9 ± 5,8 мм рт.ст., в 4-ой группе — 166,9 ± 5,3 мм рт.ст. Среднее диастолическое АД (ДАД) за сутки соответственно: 103,1 ± 5,1 мм рт.ст., 101,5 ± 5,8 мм рт.ст., 99,7 ± 4,7 мм рт.ст., 102,1 ± 6,1 мм рт.ст. В результате лечения произошло достоверное снижение, как САД, так и ДАД. Через два месяца терапии среднесуточный профиль САД и ДАД составил: в группе эпросартана 138,1 ± 3,5 мм рт.ст. и 85,3 ± 6,3 мм рт.ст., в группе валсартана 140,2 ± 5,7 мм рт.ст. и 87,1 ± 7,1 мм рт.ст., в группе периндоприла 145 ± 5,3 мм рт.ст. и 89,1 ± 4,5 мм рт.ст., в группе лизиноприла 142,1 ± 4,8 мм рт.ст. и 85,4 ± 7,3 мм рт.ст. соответственно.

Через один месяц после того, как пациентам было предложено самостоятельно приобретать лекарственные препараты в аптечной сети, оценивалась их приверженность предложенной гипотензивной терапии. В группах периндоприла и лизиноприла она была близка 100% (95% и 94% соответственно). А в группах эпросартана и валсартана — значительно меньше (41% и 48% соответственно).

Заключение. Проведенное исследование показало, что пациенты с АГ в республике Дагестан (г.Махачкала) отдают предпочтение более дешевым гипотензивным препаратам (в данном случае, ингибиторам ангиотензинпревращающего фермента), не смотря на несомненные фармакологические и клинические преимущества более современных, но и более дорогих их представителей (блокаторы рецепторов ангиотензина).

0184 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КУПИРОВАНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гаджиев Г.Г., Самедов Р.И., Самедов Р.Р.

НИИ кардиологии им. акад. Д.М. Абдуллаева МЗ, Баку, Азербайджан

С целью оценки эффективности комбинированной антиаритмической терапии больных выраженной хронической сердечной

недостаточностью (ХСН) и сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа со значительной массой тела (>90 кг) амиодароном и этагизинном на базе отделения сердечной недостаточности НИИ кардиологии им. акад. Д.М. Абдуллаева МЗ Азербайджанской Республики было отобрано 30 пациентов — 19 мужчин (63,3%) и 11 женщин (36,6%) в возрасте от 45 до 71 года (59,1 ± 8,8 лет), с клиническими признаками ХСН III-IV функционального класса (3,43 ± 0,50) по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA) (1964), явившейся следствием ишемической болезни сердца, с фракцией выброса левого желудочка менее 30% и экстрасистолической аритмией III класса по градационной шкале Lowen B. & Wolf M (1971). Вошедшие в исследование больные длительно (от 5 до 9, в среднем 7,13 ± 1,4 лет) страдали СД 2 типа. Давность ХСН составила от 1,5 до 3 лет (2,22 ± 0,53 года). Исследование состояло из периода наблюдения и стабилизации клинического состояния больных, рандомизации и подбора индивидуальной дозы препаратов, периода длительного наблюдения, которое с момента рандомизации до окончания исследования составило 6 месяцев. Больным было проведено электрокардиографическое (ЭКГ) исследование на фоне лечения на 3-5-7-10 сутки. В 1-й группе при ЭКГ исследовании общая эффективность комбинированной антиаритмической терапии составила: на 3-е сутки-20%; на 5-е сутки-66%; на 7-е сутки-7%; на 10-е сутки-7%. Во 2-й группе положительный эффект был выявлен только на 7-е сутки у 1-ого больного (7%).

В результате процедуры рандомизации были сформированы 2 группы наблюдения: 1-я группа — 15 (50%) больных принимали этагизин в суточной дозе 100 мг и амиодарон 200 мг в сутки; 2-я группа — 15 (50%) больных принимали этагизин в суточной дозе 100 мг и амиодарон 100 мг в сутки.

При анализе полученных результатов было выявлено, что в 1-й группе на фоне проводимой антиаритмической терапии у 14 (93,4%) больных был отмечен положительный эффект; у 1 (6,6%) эффект от лечения отсутствовал.

Следует отметить, что во 2-й группе пациентов отмеченных выше положительных тенденций от проводимого лечения не было обнаружено и эффект от терапии наблюдался всего лишь у 2 (13,2%) больных; 3 (19,8%) — наблюдалось усиление аритмогенных свойств препаратов; остальные 10 (66,6%) — завершили исследование без явного клинического эффекта.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую и раннюю эффективность комбинированной антиаритмической терапии (этагизин 100 мг/сут + амиодарон 200 мг/сут) в купировании желудочковой экстрасистолии у больных ХСН и сопутствующим СД 2 типа со значительной массой тела (>90 кг).

0185 ИСХОДНАЯ ОЦЕНКА РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ТРОМБОЛИЗИСА

Газарян Г.А., Захаров И.В., Климовский С.Д., Чепкий Д.А., Голиков А.П. НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель исследования: оценить значимость степени исходного риска смерти для выявления больных острым инфарктом миокарда с повышенным риском летального исхода для определения показаний к чрескожным коронарным вмешательствам после успешной тромболитической терапии.

Всего обследовано 159 больных острым инфарктом миокарда с элевацией сегмента ST, успешным тромболитизмом. У всех больных при поступлении проводили количественную оценку риска неблагоприятного исхода по шкале TIMI на основании которой определяли качественно риск (низкий, средний и высокий). В группу с повышенным риском вошли пациенты с высоким и средним риском. Всем больным проведена коронарография. В 92 (58%) случаях выполнено чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), в 67 (42%) случаях ЧКВ не выполнялось. ЧКВ при повышенном риске выполнено в сроки 12—24 часа после успешного тромболитизма в 26 (28%) случаях, при рецидивах ишемии — в 66 (72%).

При сопоставлении успеха ЧКВ ИСА у больных с повышенным риском и с рецидивами ишемии различия касались клинического успеха. Применение ЧКВ у больных с повышенным риском сочеталось с отсутствием окклюзий, предотвращением рецидивов ишемии, улучшением общей и локальной сократимости ЛЖ по сравнению с применением ЧКВ у больных с рецидивами ишемии. Летальность у больных с ЧКВ и повышенным риском отсутствовала, в группе с ЧКВ и рецидивами ишемии — 1,5%. Летальность без последующего применения ЧКВ составила 3%.

Выводы: Выборочные ЧКВ у больных с повышенным риском через 12–24 часа после успешного тромболитического предупреждают развитие рецидивов ишемии и расширение зоны инфаркта, уменьшают частоту формирования аневризм и развитие хронической сердечной недостаточности, предотвращают необходимость хирургического лечения, повышают выживаемость.

0186 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНЫХ И ОТСРОЧЕННЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Газарян Г.А., Захаров И.В., Алленова И.Б.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

С целью сравнительной оценки эффективности первичных ЧКВ и отсроченных вмешательств при повышенном риске летального исхода (ЛИ) 276 больным была проведена коронарография в первые 5 дней острого периода инфаркта миокарда (ИМ). Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) выполнены 122 больным. Остальным 154 больным ЧКВ не выполнялись. У всех больных при поступлении проводили количественную оценку риска неблагоприятного исхода по шкале ТИМ1, на основании которой определяли риск (низкий, средний и высокий). В группу с отсроченными ЧКВ при повышенном риске вошли 90 пациентов с высоким и средним риском. Среди больных с отсроченными ЧКВ чаще встречались проявления острой сердечной недостаточности, в том числе с нестабильной гемодинамикой.

Соотношение пациентов с высоким, средним и низким риском в группе с первичными ЧКВ составило 45%, 40% и 15%, соответственно.

У 3 (4%) из 72 больных передним ИМ отмечено развитие аневризмы ЛЖ: в 2 (10%) с первичными вмешательствами и в 1 (2%) случае у пациента с отсроченными ЧКВ. Частота развития аневризмы ЛЖ и развитие хронической сердечной недостаточности в группе без ЧКВ составили 19% и 53% соответственно.

Летальность при первичных и отсроченных ЧКВ у больных с повышенным риском составила 6,2% и 1,1% соответственно. Летальность в группе без ЧКВ составила 10,4%.

Выводы: Отсроченные первичные ЧКВ при остром ИМ с элевацией сегмента ST у больных с исходно повышенным риском смерти дают возможность увеличить количество больных с завершённой реперфузией, существенно сокращая летальность, предупреждая процессы ремоделирования левого желудочка, предотвращая формирование аневризм и развитие хронической сердечной недостаточности.

0187 ВЛИЯНИЕ СТАТИНА-ГЕНЕРИКА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ

Газданова Л. Р., Колтунов И. Е., Перова Н.В., Метельская В. А. ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель. Изучить особенности влияния генерика симvastатина (Вазилип, КРКА, Словения) на показатели липидного спектра курящих и некурящих больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с гиперлипидемией (ГЛП).

Материал и методы. Пациенты со стабильной ИБС и исходной ГЛП Ia или Ib типа по классификации Фредриксона в течение 12 недель наряду с базисной терапией получали Вазилип в дозе 40 мг/сут. Группу I (n=21) составили некурящие, группу II

(n=19) — активные курильщики. Исходно, через 6 и 12 недель терапии Вазилипом определяли уровень общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицеридов (ТГ).

Результаты. В первые 6 недель терапии Вазилипом в дозе 40 мг/сут. Уровень ОХС у курящих пациентов снижался на 23,3%, ХС ЛНП на 31,2% ($p < 0,0001$ в обоих случаях). Достоверного изменения уровней ТГ и ХС ЛВП не наблюдалось. По истечении 12 недель приема препарата в той же дозе в группе курящих выявлено более выраженное гиполипидемическое действие препарата: снижение уровня ОХС достигло 28,6% и ХС ЛНП — 37,8% ($p < 0,0001$) по сравнению с исходными значениями. Средний уровень ТГ за 12 недель снизился на 28,1%; эти изменения к концу наблюдения достигли достоверности ($p < 0,05$). При этом уровень ХС ЛВП у курящих пациентов в течение всего исследования имел лишь тенденцию к увеличению. В группе некурящих больных наблюдалась аналогичная картина, однако изменения носили более выраженный характер. Так, уровни ОХС и ХС ЛНП в первые 6 недель снизились на 29,1% и 37,3% ($p < 0,0001$ в обоих случаях), а через 12 недель приема Вазилипа — на 31,1% и 40,4%, соответственно ($p < 0,0001$ в обоих случаях). Также наблюдалось достоверное снижение уровня ТГ через 6 недель (на 28,8%) и через 12 недель (на 32,6%); $p < 0,05$ в обоих случаях. Уровень ХС ЛВП, как и у курящих, не менялся.

Важно отметить, что в обеих группах наиболее значимые изменения уровней ОХС, ХС ЛНП и ТГ наблюдались в течение первых 6 недель терапии Вазилипом; в последующие 6 недель динамика была менее выражена. Обращает на себя внимание, что в первые 6 недель приема Вазилипа в группе некурящих пациентов отмечалось более выраженное снижение уровней общего ХС, ХС ЛНП и ТГ по сравнению с курящей группой (ХС 29,1% и 23,3%, ХС ЛНП 37,3% и 31,2% и ТГ 28,8% и 17,1%, соответственно). Однако, в последующие 6 недель изменения становятся более заметными у курильщиков (ХС снижается на 7% и 2,7%, ХС ЛНП — на 9,6% и 4,9% и ТГ на 13,2% и 5,4%, соответственно).

Заключение. Вне зависимости от статуса курения влияние Вазилипа на липидный спектр сыворотки крови более динамично развивается в первые 6 недель приема препарата. Однако, курение вызывает замедление развития гиполипидемического эффекта статина-генерика и по результатам 6- и 12- недельного приема препарата отмечено более выраженное его положительное действие на липидный профиль некурящих пациентов.

0188 ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА АНТИАГРЕГАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Гайковская Л.Б., Богданова В.Г., Вавилова Т.В., Боганькова Н.А., Гурбелло А.Т.

ГОУВПО СПбГМА им. И.И.Мечникова Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Состояние сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у больных, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ), имеет решающее значение в течении болезни. Действие дополнительной терапии омега-3 ПНЖК на функцию тромбоцитов у больных ИМ изучено недостаточно отражено в современной литературе, не отработаны лабораторные методы контроля.

Целью настоящего исследования являлась лабораторная оценка действия омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (ω -3 ПНЖК) у больных, перенесших ИМ.

Методы исследования. Функциональное состояние тромбоцитов оценивали методом оптической агрегатометрии с индукцией АДФ в дозе 10,0 5,0 и 2,5 мкМ. Обследовано 20 пациентов с ИМ, отобранные в соответствии с критериями включения в исследование в динамике в 2-х точках: на 11-17 сутки после ИМ до начала приема препарата Омакор и через 2 месяца приема препарата (суточная доза 1 г). Возраст больных составил $57,4 \pm 2,2$ года. Больные получали базисную терапию, включавшую б-блокаторы, ингибиторы АПФ, аспирин с момента ИМ, нитраты.

Результаты. При анализе агрегатограмм и статистической обработке результатов исследования выявлено снижение степени агрегации тромбоцитов у пациентов на фоне приема препарата Омакор с $61,5 \pm 8,4\%$ до $47,5 \pm 6,1\%$ на дозе индуктора АДФ 10 мкМ/мл и с $50,1 \pm 7,7\%$ до $39,9 \pm 9,5\%$ на дозе АДФ 5,0 мкМ/мл. Дальнейшее снижение дозы индуктора (2,5 мкМ/мл) не выявляло различий между подгруппами ($36,5 \pm 10,6\%$ и $34,9 \pm 9,5\%$ соответственно), то есть ответ на слабые стимулы на фоне приема Оматора оставался неизменным.

Различия в скорости агрегации на 30" исследования также были существенны. Отмечено снижение скорости агрегации тромбоцитов при дозе индукторов 10 мкМ/мл с $45,1 \pm 6,2\%$ до $34,3 \pm 4,5\%$ и 5 мкМ/мл — с $40,2 \pm 6,1\%$ до $30,2 \pm 8,9\%$ соответственно. При дозе индуктора 2,5 мкМ/мл скорость агрегации тромбоцитов у пациентов с ИБС до и после приема Оматора достоверно не изменялась.

Выводы. Таким образом, стандартная оптическая агрегатометрия, использованная в нашем исследовании у больных, перенесших ИМ, выявила снижение агрегационной способности и скорости агрегации тромбоцитов в ответ на средние дозы индукции АДФ после курса приема Оматора. Ответ на малые стимулы, который является прогностически более значимым для данной группы больных, сохранялся неизменным, что заставляет искать дополнительные лабораторные методы оценки функционального состояния тромбоцитов у таких пациентов.

0189 АСИММЕТРИЧНЫЙ ДИМЕТИЛАРГИНИН — ФАКТОР РИСКА ПОВТОРНОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Гайнутдинов Э.Р., Галавич А.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: изучение различий между концентрациями асимметричного диметиларгинина (АДМА) и продуктов метаболизма оксида азота у больных острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST и пациентов со стенокардией напряжения, изменения этих показателей после лечения и их влияние на прогноз.

Методы: объект исследования — 20 пациентов (18 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 46 до 73 лет с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST и 15 больных (13 мужчин и 2 женщины) в возрасте от 47 до 68 лет стенокардией напряжения II–III функционального класса. У всех участников были определены концентрации АДМА (методом иммуноферментного анализа с использованием набора фирмы DLD Diagnostica) и продуктов метаболизма оксида азота (флуоресцирующим методом с использованием набора фирмы BioVision).

Результаты: у пациентов с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST по сравнению с больными стенокардией напряжения до лечения статистически достоверно увеличено содержание АДМА ($0,6$ мкмоль/л и $0,52$ мкмоль/л соответственно, $p < 0,05$) и снижена концентрация продуктов метаболизма оксида азота ($20,59$ мкмоль/л и $33,62$ мкмоль/л соответственно, $p < 0,05$). При повторном обследовании больных через 12 месяцев установлено, что в группе с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST произошло 5 случаев повторного инфаркта миокарда, причем 2 из них имели летальный характер. Не выявлено достоверной разницы между концентрацией АДМА и продуктов метаболизма оксида азота как до, так и после лечения у пациентов, перенесших повторный инфаркт миокарда, и данными показателями в целом в группе больных с подъемом сегмента ST. Однако у пациентов с острым коронарным синдромом, у которых позднее развился летальный повторный инфаркт миокарда, содержание АДМА до лечения было достоверно выше аналогичного показателя в группе с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST ($0,6 \pm 0,06$ мкмоль/л и $0,68 \pm 0,03$ мкмоль/л соответственно, $p < 0,05$).

Выводы: у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST по сравнению с больными стенокардией напряжения повышено содержание АДМА и снижена концентрация продуктов метаболизма оксида азота. Содержание АДМА является фактором риска развития повторного фатального инфаркта миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом.

0190 КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ КОНТИНУУМ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гайсин И.Р., Максимов Н.И., Валеева Р.М.

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

Целью исследования явилась оценка структурно-функциональных изменений сердечно-сосудистой системы и почек у беременных женщин с различными клиническими вариантами артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ факторов риска (ФР), начальных стадий и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и хронической болезни почек (ХБП) у 32 практически здоровых беременных, 38 беременных с гипертонической болезнью (ГБ) I стадии, 35 — ГБ II стадии, 42 женщин с гестационной АГ (ГАГ), 32 больных гестозом и 32 — гестозом, сочетанным с ГБ. Отдельно проанализированы параметры кардиоренального континуума у женщин с различными вариантами диагностики ГАГ: у 13 — с изолированной клинической АГ (ИКАГ), 11 — с изолированной амбулаторной АГ (ИААГ) и 18 — с АГ, установленной всеми тремя методами (клиническое, амбулаторное и домашнее измерение АД).

Результаты исследования. По мере увеличения числа использованных методов измерения АД, фиксирующих его повышение у беременных с ГАГ (клиническое АД при ИКАГ — СМАД и СКАД при ИААГ — АД_{кл.}, СМАД и СКАД при «обычной» АГ) росло количество ФР (возраст, семейный анамнез ССЗ и гестоза, курение, гиподинамия и гормональная контрацепция в анамнезе, абдоминальное ожирение, дислипидемия, тревожно-депрессивный синдром, нарушение гликемии натощак, метаболический синдром), а также частота субклинического поражения органов (определяемого по наличию ГЛЖ, утолщению интимы-медии, уровню сывороточного креатинина, мочевой кислоты, эндотелиальной дисфункции, альбуминурии, скорости клубочковой фильтрации). Частота и выраженность ФР и признаков поражения органов-мишеней, а также общий риск сердечно-сосудистых осложнений у здоровых беременных и в подгруппах женщин с ГАГ выстраиваются в возрастающую последовательность «здоровые — ИКАГ — ИААГ — АГ», то есть в континуум, где каждое звено мало чем отличается от соседнего, но различия между крайними звеньями становятся высокодостоверными.

Оценка кардиоренального состояния у всей когорты беременных также позволяет сформировать континуум «здоровые женщины — ГАГ — ГБ I стадии — ГБ II стадии — гестоз — сочетанный с ГБ гестоз», по мере удаления от начального звена которого возрастает риск возникновения ХБП и ССЗ с потенциальной опасностью развития хронической почечной недостаточности и сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. Возникновение, развитие и прогрессирование АГ у беременных женщин связано со сложным взаимопотенцирующим действием генетических, метаболических, гормональных, гемодинамических, ренальных и социально-психологических факторов. В связи с этим необходим активный поиск и интегральная оценка универсальных и сопряженных друг с другом ФР и субклинических проявлений ССЗ и ХБП.

0191 ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СНА, НЕКОТОРЫХ ДИСРЕГУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ТЮМЕНИ

Гакова Е.И., Акимов Е.В., Каюмова М.М., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы. Оценка эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии (АГ) и ее факторов риска, 15-летние тренды в Тюменской популяции школьников для разработки основных направлений профилактического вмешательства.

Методы исследования. Проведено два одномоментных эпидемиологических исследования школьников 7–15 лет г. Тюмени с 15-летней периодичностью: 2-ой скрининг (в 2004–2005 гг.) — обследовано 2640 учеников 7–17 лет: из них школьники 12–15 лет составили 1255 человек (628 мальчиков и 627 девочек) (отклик на обследование 87,7%), 1-ый скрининг (в 1986–1989 гг.) — 3702 школьника (отклик 93%) — школьники 12–15 лет составили 988 человек. Всем школьникам проводилось анкетирование, которое включало опрос на наличие вредных привычек, жалоб, продолжительность сна, измерение стандартизованным методом артериального давления (АД), антропометрия, запись ЭКГ, определялась физическая активность, порог вкусовой чувствительности к поваренной соли. Возраст детей определялся по числу полных лет на момент обследования.

Результаты. При сравнительном анализе результатов исследования двух скринингов была установлена более высокая распространенность нарушения сна среди современной популяции школьников 12–15 лет по сравнению с 1-м скринингом. Недостаточный сон имели 47,4% подростков (48,1% мальчиков и 46,7% девочек) 2-го скрининга и 43,4% учеников (46,6% мальчиков и 40,6% девочек) 1-го скрининга, ($p < 0,05$). В данной популяции школьников достоверно меньший процент современных подростков не имел жалоб по сравнению с подростками 1-го скрининга (15% и 46,7% соответственно, $p < 0,05$). Распространенность жалоб на плохой сон (снохождение, снохождение) головную боль, головокружение, боль в сердце, утомляемость, раздражительность в 1,5 раза чаще встречалась среди девочек, чем среди мальчиков ($p < 0,05$). В группе подростков с дефицитом сна распространенность повышенного уровня артериального давления была достоверно выше, чем среди подростков с нормальной продолжительностью сна (22,6% и 18,8% соответственно, $p < 0,05$).

В динамике более высокая распространенность повышенного уровня артериального давления была отмечена у подростков с дефицитом сна 1-го скрининга — 25,5% чем у таких же подростков 2-го скрининга — 19,8%, ($p < 0,05$). В группе школьников с дефицитом сна распространенность повышенного АД была значимо выше среди мальчиков, по сравнению с девочками в 1-м (31,6% и 19,5%, $p < 0,05$) и во 2-м (21,8% и 17,4%, $p < 0,05$) скринингах.

Вывод. Таким образом, в результате эпидемиологического исследования тюменской популяции подростков 12–15 лет установлена более высокая распространенность фактора нарушения сна среди современных школьников, являющегося одним из основных факторов дисрегуляторных нарушений вегетативной нервной системы, фактором риска артериальной гипертензии.

0192 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ ОСЦИЛЛОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ

Галошина Е.С., Шпак Л.В.

ГОУ ВПО «Тверская медицинская академия» Росздрава, Тверь, Россия

Цель: определение нормативных показателей методом компьютерной осциллометрии гемодинамики (КОГ).

Материалы и методы: обследовано 50 здоровых лиц (женщин — 30, мужчин — 20; средний возраст $26,7 \pm 0,9$ лет) с оптимальным и нормальным уровнем артериального давления ($114,8 \pm 1,6/70,8 \pm 1,4$ мм.рт.ст.) с помощью неинвазивного аппаратно-программного комплекса КОГ, разработанного в 2000г. ООО «Глобус». КОГ позволяет одномоментно исследовать значительно большее, чем механокардиограф Н.Н.Савицкого и тетраполярная грудная реография, число кардиальных и гемодинамических показателей с их автоматизированным анализом. Метод заключается в одновременной регистрации осциллометрической кривой с руки (ноги) обследуемого под воздействием нарастающего давления в манжете и расчете показателей на основе пульсовых явлений. Зарегистрированные в памяти комплекса сигналы по своим амплитудно-частотным характеристикам практически не отличаются от истинных объемных изменений, происходящих в исследуемом магистральном артериальном сосуде при взаимодействии пульсирующего тока крови в этом сосуде и нарастающего давления в компрессионной манжете.

Результаты: в соответствии с комплексной программой выделено 3 группы показателей, которые у здоровых людей характеризуются следующим. Артериальное давление (АД), мм рт.ст.: систолическое — $113,6 \pm 1,6$; диастолическое — $69,6 \pm 1,5$; боковое — $87,2 \pm 1,5$; среднее — $80,8 \pm 1,7$; пульсовое — $44,0 \pm 1,9$; ударное — $35,4 \pm 2,2$. Тонические и эластические свойства артериальных сосудов: линейная скорость кровотока — $37,2 \pm 0,7$ см/с; скорость пульсовой волны — $900,4 \pm 24,7$ см/с; податливость сосудистой системы — $1,9 \pm 0,1$ мл/мм рт.ст.; общее периферическое сосудистое сопротивление — $1180,2 \pm 23,2$ дин·см⁻⁵·с; удельное периферическое сосудистое сопротивление — $24,5 \pm 0,7$ усл. ед. Показатели механической функции сердца: минутный объем — $5,5 \pm 0,1$ л/мин; сердечный индекс — $3,3 \pm 0,1$ л/(мин·м²); ударный объем — $71,0 \pm 1,9$ мл; ударный индекс — $44,4 \pm 1,5$ мл/м²; объемная скорость выброса — $223,8 \pm 5,6$ мл/с; мощность сокращения левого желудочка — $2,4 \pm 0,1$ Вт; расход энергии на передвижение 1 л крови — $10,8 \pm 0,2$ Вт·с/л. Интегральные показатели позволили определить типы кровообращения: гиперкинетический (50%), эукинетический (23,3%), гипокINETический (10%), смешанный (16,7%).

Выводы: у здоровых людей нормальному уровню АД соответствуют сохранение эласто-тонических свойств артериальных сосудов, оптимальная проходимость прекапиллярного русла, адекватные кинетические параметры миокарда, что характеризует эффективность и адаптационные возможности системы кровообращения.

0193 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К ГЛИКОПРОТЕИНУ 26/3a ПРИ КОРОНАРНОМ СТЕНТИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Галавич А.С., Махиянова Э.Р., Миннетдинов Р.Ш., Якупов И.Ф.

Казанский государственный медицинский университет, Межрегиональный клинико-диагностический центр, Казань, Россия

Цель. Изучить эффективность и переносимость отечественного моноклонального блокатора рецепторов к гликопротеину 26/3a у больных инфарктом миокарда подъемом сегмента ST.

Методы. В исследование было включено 56 человек с инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в возрасте от 33 до 80 лет (мужчин — 42, женщин — 14). ИМ диагностировался на основании клиники, изменений ЭКГ, увеличения уровня тропонинов I. Всем больным проводилась коронароангиография и стентирование инфаркт-зависимой артерии с применением монофрама. Монофрам (производство РКНПК и ЗАО «Фрамон», г. Москва) вводился по весу тела. Всем больным проводилась дальнейшая антиагрегантная терапия с применением ацетилсалициловой кислоты и клопидогреля. Развитие осложнений стентирования в виде тромбоза стентов оценивалось в течение периода госпитализации данного больного.

Результаты. Из 56 стентированных с применением монофрама больных в последующие дни тромбоз стента развился у 3 человек (5,3%) — на 4-ые сутки (мужчина 47 лет), на 5-ые сутки (мужчина 53 года) и на 6-ые сутки (женщина 80 лет). Повторное стентирование этих же больных с применением монофрама не привело к дальнейшему к ретромбозу стентов. У всех больных переносимость препарата была хорошей. Влияния препарата на показатели крови выявлено не было.

Выводы. При применении Монофрама у больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST количество тромбозов стентов составляет 5,3%.

0194 ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ И АЛКОГОЛЬ (ИССЛЕДОВАНИЕ POSTMORTEM)

Галавич А.С., Шайдулина А.И., Нигматуллин Н.Ш., Хромова А.М.

Казанский государственный медицинский университет, Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы, Казань, Россия

Имеются данные о том, что умеренное потребление алкоголя снижает риск возникновения ИБС и смертности от неё.

Цель: определить уровни алкоголя у внезапно умерших лиц с патоморфологическими признаками ИБС.

Методы. Проведено патоморфологическое изучение 279 умерших внезапно по сердечной причине. Наличие патоморфологических изменений ИБС устанавливалось по общепринятым критериям. Уровень алкоголя в крови определялся методом газовой хроматографии. В зависимости от уровня алкоголя все пациенты были разделены на 3 группы — легкая, средняя, сильная, тяжелая степень алкогольного опьянения (соответственно 0–1,5‰, 1,5–2,5‰, 2,5–3‰, более 3‰). Средний возраст составил: у мужчин 55,4±10 лет, у женщин 61,9±16,2 года.

Результаты. Из 279 чел. умерших внезапно с документированной ИБС повышенный уровень этанола в крови был обнаружен у 45,6% человек. Легкая степень алкогольного опьянения была у 12% человек (у 10% мужчин и 2,1% женщин). Средняя степень алкогольного опьянения была установлена у 7,1% человек (у 6,4% мужчин и 0,7% женщин). Сильная степень алкогольного опьянения — у 4,5% мужчин и 1% женщин). Тяжелая степень алкогольного опьянения — у 20,7% человек (у 16,4% мужчин и 4,3% женщин).

Выводы. У лиц, погибших от внезапной сердечной смерти с документированной ИБС, в 45,6% случаев определяется повышенный уровень алкоголя в крови, что может быть дополнительным фактором риска развития внезапной смерти.

0195 ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Гапон Л.И., Серда Т.В., Коржова Н.Н.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Стойкое повышение артериального давления (АД) является маркером неблагополучия сердечно-сосудистой системы, а также можно расценивать как реакцию адаптации человека к проживанию в северных регионах.

Цель: сравнить показатели спектрального анализа вариабельности ритма сердца (ВРС) и геометрические параметры миокарда при эхокардиографическом исследовании у больных с артериальной гипертензией (АГ).

Методы. В исследование включены 84 пациента в возрасте от 25 до 50 лет, мужского и женского пола, из них 52 пациента с АГ I–II степени и 32 пациента — практически здоровые пациенты, постоянно проживающие в условиях Тюменского Приобья. Всем пациентам проведена эхокардиография на аппарате Toshiba SSH 140-A и регистрация ВРС на «чистом» фоне аппаратом фирмы «Nerv Express» (США) в амбулаторных условиях г.Пыть-Ях.

Результаты. Общий спектр мощности ВРС у пациентов с АГ $4169,36 \pm 583,82 \text{ мс}^2$ меньше, чем у пациентов контрольной группы $4760,80 \pm 841,59 \text{ мс}^2$ ($p=0,08$); высокочастотные колебания преобладают в спектре ВРС у обеих исследуемых групп, однако в контрольной группе это 65%, а в основной — 61,6%; процентный вклад низкочастотных колебаний в общем спектре мощности ВРС больше в группе пациентов с АГ (40,3%), чем в контрольной группе (28,6%); очень низкочастотные колебания в спектре ВРС у пациентов с АГ составляют всего 20,8%, а у пациентов контрольной группы — это 30,8%. При анализе эхокардиологических исследований выявлены достоверные различия: МЖП у пациентов с АГ $1,34 \pm 0,03 \text{ см}$, а у пациентов контрольной группы — $1,07 \pm 0,02 \text{ см}$ ($p<0,001$); задняя стенка ЛЖ у пациентов с АГ $1,07 \pm 0,02 \text{ см}$, у пациентов контрольной группы — $0,96 \pm 0,01 \text{ см}$ ($p<0,001$); масса миокарда ЛЖ у пациентов с АГ $267,00 \pm 10,01 \text{ г}$, у пациентов контрольной группы — $201,73 \pm 11,02 \text{ г}$ ($p<0,001$). При проведении корреляционного анализа была получена слабая положительная корреляционная связь между размерами МЖП и показателями очень низкочастотных колебаний $r=0,280$ ($p=0,049$).

Заключение. Таким образом, у пациентов с АГ на фоне появления признаков гипертрофии миокарда ЛЖ наблюдается снижение общей волновой структуры ВРС с преобладанием симпа-

тического регуляции, что позволяет говорить о дисфункции регуляторных механизмов сердечного ритма на фоне органического изменения миокарда — его ремоделирования.

0196 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ИТОГИ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Гарганеева А.А., Округин С.А., Зяблов Ю.И., Сухова М.В., Базилевич И.А.

Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Проанализировать заболеваемость, летальность и смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) среди постоянного населения города Томска старше 20 лет за период с 1984 по 2007 год.

Материал и методы: Исследование проводилось по программе ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда» действующей в городе с 1984 года. Было зарегистрировано 22366 случаев заболевания ОИМ, в том числе 14632 (66,4%) «определенным» и 7734 (34,6%) — «возможным» ОИМ. Среди больных мужчины составили 13579 (60,7%), женщины — 8787 (39,3%) человек. В возрастной структуре больных, в течение всего срока наблюдения, преобладали лица старше 60 лет (61,0–69,0%). Летальный исход зарегистрирован у 8420 (37,6%) больных.

Результаты исследования: В первые 3 года исследования уровень заболеваемости ОИМ вырос с 2,18 до 2,69 ($P<0,05$) случаев на 1000 жителей (у мужчин — с 2,92 до 3,63, $P<0,05$, у женщин — с 1,56 до 1,85, $P<0,05$). Рост данного показателя отмечен только среди жителей старше 60 лет (как в целом, так у мужчин и у женщин). За все время работы регистра, уровень заболеваемости ОИМ в молодых возрастных группах не увеличился, а имел тенденцию к снижению. В последующие годы уровень заболеваемости статистически достоверно не менялся. В 2005–2007 гг отмечено снижение данного показателя по отношению к предыдущему году как в целом (с 2,73 до 2,46, 2,45 и 2,18 соответственно), так у мужчин (с 3,71 до 3,34, 3,35 и 2,92) и у женщин (с 1,93 до 1,74, 1,73 и 1,60) ($P<0,05$). Снижение заболеваемости произошло за счет сокращения первичных случаев заболевания. В 1984–2004 гг показатель смертности увеличился в целом с 91,1 до 121,2 случаев на 100 тыс. жителей ($P<0,05$). В последние три года смертность, как и заболеваемость, снизилась и составила 115,2, 106,5 и 78,2 ($P<0,05$) в целом. Уровень летальности, как общей, так госпитальной и дегоспитальной, остался практически неизменным.

Заключение: Таким образом, после длительного периода стабильно высокого уровня заболеваемости и смертности от ОИМ в Томске наметилась тенденция к снижению данных показателей. К числу возможных причин этого можно отнести явления как медицинского, так и экономического характера. К особенностям эпидемиологии ОИМ в Томске следует отнести отсутствие тенденции к «омоложению» данного заболевания. При этом выживаемость больных (летальность) сохранилась на прежнем уровне. Причиной этого, возможно, являются особенности возрастной структуры больных.

0197 НОВЫЕ ПОДХОДЫ В АМБУЛАТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Гарганеева А.А., Багреева С.М., Минин С.М.

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить антиишемический эффект ингибитора If-каналов ивабрадина и влияние его на состояние коронарного кровотока у больных стабильной стенокардией.

Материал и методы. Обследовано 27 пациентов (из них 18 мужчин) со стабильной стенокардией напряжения II – III ФК. Гипертоническая болезнь I–II стадии сопутствовала основному заболеванию у 19 пациентов (70%). Возраст пациентов колебался от 47 до 64 лет (в среднем — $53,3 \pm 1,6$ г), длительность заболевания составила в среднем $3,5 \pm 0,5$ года. Клинические признаки недо-

статочности кровообращения I-II функционального класса (по NYHA) наблюдались у 24 пациентов. Оценивались результаты 12-недельной терапии ингибитором If-каналов — ивабрадином (Кораксан фирмы Servier, Франция) в средней дозе $5,2 \pm 0,7$ мг/сут. Наряду с общеклиническим обследованием выполнялись велоэргометрические тесты, тест 6-минутной ходьбы, однофотонная эмиссионная компьютерная томография с ^{199}Tl -хлоридом.

Результаты и их обсуждение. У пациентов в исходном состоянии частота приступов стенокардии по своим средним значениям составила $3,5 \pm 0,7$ в неделю, потребность в нитроглицерине — $2,4 \pm 0,5$ таблеток. При этом частота сердечных сокращений имела тенденцию к повышению — $75,6 \pm 5,6$ уд/мин. Клиническим проявлениям коронарной недостаточности по результатам велоэргометрической пробы и теста 6-минутной ходьбы соответствовало существенное по сравнению с нормальными значениями снижение показателей физической работоспособности.

В результате проведенной терапии отмечена редукция клинических проявлений коронарной недостаточности, в виде уменьшения эпизодов, а в ряде случаев, у 6 пациентов (22%) исчезновения приступов стенокардии. На фоне лечения уменьшилось количество пациентов со II и III ФК стенокардии, в свою очередь количество больных с I ФК и без эпизодов стенокардии возросло на 30% ($p < 0,05$). По данным ВЭМ-пробы у пациентов в результате терапии ивабрадином отмечен существенный прирост физической толерантности в среднем на 20,4% ($\pm 5,3$) ($p < 0,01$) и на 17,8% ($\pm 6,2$) ($p < 0,01$) — по данным 6-минутного теста ходьбы.

В результате исследования установлено уменьшение переходящего дефекта перфузии по данным сцинтиграфии миокарда в среднем с 7,38% до 3,2% ($p < 0,001$).

Выводы. Установлено положительное влияние терапии ингибитором If-каналов — ивабрадином на миокардиальную перфузию, клинические проявления коронарной недостаточности, физическую толерантность у больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения II-III ФК.

0198 ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЗИЦИИ КАРДИОЛОГА И ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Гарганеева Н.П.

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Цель: изучение психосоциальных предпосылок формирования расстройств тревожного и депрессивного спектра у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) с использованием методов многомерного статистического анализа.

Материал и методы: В отделении пограничных состояний обследовано 132 пациента с ИБС (возраст $53,17 \pm 7,25$ года) и 700 чел. с ГБ ($45,55 \pm 9,41$ года), ранее наблюдавшихся у кардиолога или терапевта. На момент госпитализации в клинической картине больных ССЗ преобладала психопатологическая симптоматика, явившаяся причиной госпитализации в психиатрический стационар в связи с предшествующими перенесенными психосоциальными стрессами. Методами многомерного системного анализа, логистической регрессии изучены взаимосвязи соматических, психических и психосоциальных факторов риска у больных ССЗ.

Результаты: ИБС у мужчин с тревожными и депрессивными расстройствами в возрасте до 55 лет составила 23%. Выявлена взаимосвязь между возрастом началом психопатологии, функциональным классом (ФК) стенокардии ($p = 0,0001$) и полом пациентов ($p = 0,0007$). Наиболее тесная связь психосоциального стресса и ИБС отмечена у мужчин с впервые диагностированной прогрессирующей стенокардией (ПСН). Это были случаи развития острого коронарного синдрома (ПСН, нефатальный инфаркт миокарда) у больных с депрессивным эпизодом, перенесших массивные психотравмирующие события, в среднем за 4 месяца опережающие диагностику ИБС.

Психическое состояние отягощалась как симптомами депрессии (подавленное настроение, анергия, слабость, ангедония, инсомния, слезливость), так и симптомами ССЗ. С усилением тяжести течения стенокардии увеличивалась частота депрессивных расстройств у больных ФК II, ФК III и ПСН 32,3%; 48% и 63,6% соответственно. Прогрессирование ИБС сопровождалось углублением депрессивной симптоматики. В структуре расстройств невротического уровня 23,5% составили тревожно-фобические расстройства, трансформируясь из развернутой картины кардиофобического синдрома в тревожно-фобическое состояние и формирование танатофобического синдрома в рамках панического расстройства с обсессивно-ипохондрическим развитием личности, что проявлялось приступами немотивированного страха смерти и затрудняло первичное выявление ИБС. У пациентов с невротическими, связанными со стрессом, аффективными, органическими расстройствами ГБ является часто встречающимся заболеванием (68,4%). Невротические расстройства, обусловленные психосоциальным стрессом (расстройства адаптации, реакции на тяжелый стресс в т.ч. нозогенные, тревожно-фобические, соматоформные расстройства), предшествовали формированию начальной стадии ГБ ($p = 0,001$). Аффективные расстройства (депрессивный эпизод, дистимия, рекуррентное депрессивное расстройство) и органические расстройства были тесно сопряжены и ассоциировались с более тяжелым течением ГБ II-III стадии ($p = 0,001$), при этом психострессоры способствовали ее прогрессированию.

Выводы: Больные с тревожными и депрессивными расстройствами, перенесшие психостресс, составляют группу высокого риска развития и прогрессирования ССЗ. Клиническими эквивалентами становятся симптомы соматопсихического, нейровегетативного, психологического характера, затрудняющие диагностику.

0199 КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВОЙСТВЕННЫХ ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ И ВИДА СПОРТА

Гарганеева Н.П.¹, Таминова И.Ф.², Ворожцова И.Н.³, Корнева Н.В.²

¹ГОУВПО «СибГМУ Росздрави», Томск, Россия; ²МУ Врачебно-физкультурный диспансер, Нижневартовск, Россия; ³НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Анализ показателей физической работоспособности и аэробной возможности в зависимости от типа кровообращения у спортсменов с разной спецификой видов спорта для оценки прогноза кардиоваскулярного риска.

Материал и методы: 90 высококвалифицированных спортсменов (мужчины, средний возраст $22,1 \pm 1,31$ года) разделены на группы в соответствии со спецификой вида спорта. I (25) группа (борьба), развивающая скоростно-силовые качества. II (25) — «выносливость» (лыжные гонки, биатлон). III (25) — «сила» (пауэрлифтинг). IV (20) — игровые виды спорта (волейбол). Методом тетраполярной грудной реографии определяли: ударный объем (УО, мл), общее периферическое сопротивление (ОПС, дин/сек/см). Физическую работоспособность (PWC 170, кгм/мин), аэробную способность по данным максимального потребления кислорода (МПК, мл/мин/кг) оценивали с помощью велоэргометрии (ВЭМ).

Результаты: Анализ показателей кардиогемодинамики выявил три типа кровообращения: эукинетический (ЭТК), гиперкинетический (ГрТК), гипокинетический (ГТК). ЭТК наблюдался в 50% случаях (в I — 11,1%, во II — 18,9%, в III — 6,7%, в IV — 13,3%); ГрТК выявлен в 42,2% (в I группе в 16,6%, во II — в 3,3%, в III — в 15,6%, в IV — в 6,7%); ГТК отмечен у 7,8% спортсменов (во II — в 5,6% и в IV — в 2,2%), сравнительное изучение которых обнаружило статистически значимые различия показателей гемодинамики в исследуемых группах ($p < 0,05$). У спортсменов с ГТК в условиях покоя показатели соответствовали во II группе (УО $51,75 \pm 4,45$; ОПС $1790,96 \pm 242,14$) и в IV (УО $78,24 \pm 6,78$; ОПС $1490,69 \pm 29,29$), тогда как при ГрТК отмечено повышение

УО и снижение значения ОПС во II группе (УО $106,0 \pm 11,38$; ОПС $116,49 \pm 73,18$) и в IV (УО $111,22 \pm 17,03$; ОПС $131,23 \pm 115,36$). ЭТК характеризуется средними значениями УО и ОПС в I группе (УО $82,74 \pm 16,28$; ОПС $149,71 \pm 294,44$), во II (УО $76,29 \pm 4,71$; ОПС $144,10 \pm 244,17$), в III (УО $75,4 \pm 18,03$; ОПС $131,68 \pm 228,04$); в IV (УО $89,60 \pm 11,47$; ОПС $124,74 \pm 206,01$). Наиболее высокие уровни физической работоспособности выявлены у спортсменов с ГТК и ЭТК в I группе (PWC170 $1443,4 \pm 292,74$; МПК $48,49 \pm 3,99$), во II (PWC170 $1428,47 \pm 222,80$; МПК $63,04 \pm 6,51$), в III (PWC170 $1102,75 \pm 258,55$; МПК $41,26 \pm 2,93$), в IV (PWC170 $1983,7 \pm 168,7$; МПК $46,3 \pm 3,7$) в сравнении с аналогичными показателями при ГТК у атлетов I группы (PWC170 $1326,80 \pm 219,33$; МПК $41,69 \pm 5,10$), II группы (PWC170 $1235 \pm 274,32$; МПК $59,5 \pm 2,68$), III (PWC170 $1075,83 \pm 212,72$; МПК $37,69 \pm 4,80$), IV (PWC170 $1525,25 \pm 216,40$; МПК $41,22 \pm 3,81$) ($p < 0,05$), что необходимо учитывать в процессе медицинского наблюдения.

Выводы: тип кровообращения в определенной степени дифференцирован спецификой видов спорта и направленностью тренировочного процесса. Наиболее благоприятными с точки зрения адаптации к физическим нагрузкам являются ЭТК и ГТК типы кровообращения, способствующие повышению физической работоспособности и аэробной производительности по уровню МПК. Полученные данные могут быть использованы для оценки прогноза кардиоваскулярного риска и разработки программ профилактики ранних осложнений и восстановления систем адаптации у спортсменов, имеющих сдвиги в показателях кардиогемодинамики.

0200 КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА В СТРУКТУРЕ АССОЦИИРОВАННОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Гарганеева Н.П.¹, Каскаева Д.С.¹, Розин А.И.², Рябова Е.В.²

¹ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия; ²НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Изучить взаимосвязь соматических, психических, психосоциальных факторов у больных с ассоциированной соматической патологией и расстройствами тревожно-депрессивного спектра для оценки степени кардиоваскулярного риска.

Материал и методы: Обследовано 203 пациента (127 женщин и 76 мужчин, средний возраст $50,62 \pm 8,07$ года) с невротическими, аффективными, органическими психическими расстройствами и коморбидной соматической патологией, представленной в 77 случаях сахарным диабетом (СД) 2 типа и в 126 — нарушением толерантности к глюкозе, ассоциированными с другими компонентами метаболического синдрома (МС): гипертонической болезнью (ГБ), ожирением, дислипидемией (ДЛП). Использовались клинико-психопатологический метод, оценочные шкалы госпитальной шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HARS). Анализ данных проводился с применением методов многомерной статистики.

Результаты: в 80,3% случаев установлена взаимосвязь СД и ГБ II-III стадии ($p = 0,016$), в 80,8% — ожирения, в 73% — атерогенной ДЛП. У 56 больных диагностирована стенокардия напряжения ФК II-III. В психическом состоянии ведущими определялись симптомы депрессии (40%), симптомы тревоги, фобические, соматоформные проявления (30%), астении (30%). Депрессивная симптоматика была обусловлена расстройствами адаптации в виде депрессивных реакций, смешанной тревожной и депрессивной реакции, нозогенных и других реакций на тяжелый стресс в рамках невротических расстройств; аффективными расстройствами (депрессивным эпизодом, дистимией, рекуррентным расстройством); органическим аффективным расстройством. В 44,3% случаев выявлялись невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, в 38,9% органические (астеническое, депрессивное, тревожное) расстройства, в 9,8% аффективные расстройства, в 7% расстройства личности. У женщин невротические расстройства встречались в 50,4% случаев, органи-

ческие — в 29,1%, тогда как у мужчин в 34,2% — невротические, в 55,3% — органические ($p < 0,01$). На фоне ведущей депрессивной, тревожной, астенической симптоматики выявлялись такие психопатологические проявления, как гипотимия, дистимия, танатофобия, кардиофобия, панические атаки, сенестопатии, обсессии, конверсии, а также общие соматопсихические и психосоматические симптомокомплексы, обусловленные сложными патогенетическими взаимодействиями. Наиболее часто «маски» проявлялись в форме вегетативных, соматизированных расстройств, разнобразной алгической симптоматики. Методом логистической регрессии (Concordant = 93,7%; Somers' D = 0,892) были установлены статистически значимые взаимосвязи соматических, психических и психосоциальных стрессорных факторов, вошедших в перечень предикторов (уровень гликемии, индекс массы тела, давность психического расстройства, ДЛП, стрессорные факторы, объем грудной клетки и объем талии, вегетативные расстройства, тревожные и депрессивные расстройства, пессимизм и другие).

Выводы: Полиморфизм психических расстройств у больных с компонентами МС отражает их феноменологическое многообразие, что следует учитывать в качестве оценки суммарного риска стратификации кардиоваскулярных осложнений.

0201 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гарькина С.В.

ГОУ ВПО Росздрава «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель исследования: — изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и их динамики в зависимости от характера лечения.

Методы исследования. Обследовано 56 пациентов с ХСН II-III функционального класса (NYHA), средний возраст $67,5 \pm 4,7$ лет. Из исследования исключались пациенты с сопутствующей тяжелой соматической патологией, острым коронарным синдромом, ТЭЛА, жизнеугрожающими аритмиями, пороками сердца в стадии декомпенсации, тяжелой сердечной недостаточностью (ХСН III стадии; IV ФК по NYHA), а также имеющие психические заболевания в анамнезе.

Пациенты рандомизированы в соотношении 1:1 в две статистически сопоставимые по основным клиническим и демографическим показателям группы: 1-ю — группу воздействия, 2-ю — группу контроля. Обе группы получали современное медикаментозное лечение ХСН. Пациентам основной группы при наличии клинически выраженной депрессии дополнительно проводилось психологическое консультирование и лечение циталопрамом в дозе 20-40 мг в сутки. Длительность периода наблюдения составила 6 мес.

Оценивали клиническое состояние пациентов, динамику ФК ХСН по Шкале оценки клинического состояния (ШОКС) и по результатам теста 6-минутной ходьбы, показатели качества жизни (КЖ) с применением неспецифического опросника SF-36 и модернизированного Миннесотского опросника «Жизнь больного с сердечной недостаточностью» (MLHFQ), психологический статус с помощью шкалы самооценки депрессии центра эпидемиологических исследований США (CES-D) и шкалы самооценки уровня тревоги по Ч.Д. Спилбергеру. Статистическая обработка выполнялась с применением программ «Excel 2000» и «Statistica 6.0». Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Первичное психологическое обследование показало, что у 56,2% больных с ХСН пожилого возраста в условиях стационара были выявлены депрессивные расстройства, в том числе у 32,4% — выраженная депрессия. Повышенную тревожность имели 65% пациентов до начала лечения в обеих группах. В зависимости от ФК ХСН, тяжелая депрессия наблюдалась у 16,1% больных с II ФК ($p < 0,05$) и у 25,4% пациентов с III ФК ХСН ($p < 0,01$).

На фоне стандартной терапии ХСН отмечается улучшение КЖ у больных во всех группах, но у пациентов с выраженной депрессией сохраняются наиболее высокие значения — $45,6 \pm 5,1$ баллов, а у пациентов без депрессии $28,2 \pm 2,6$ ($p < 0,05$) по данным опросника SF-36. При приеме циталопрама у всех больных обнаружено достоверное снижение уровня тревоги и депрессии на 24,4% и 37,8% соответственно.

Выводы. Наличие тревожно-депрессивных состояний негативно влияет на течение ХСН, ухудшает КЖ больных и является фактором, ограничивающим эффективность лечения. Благоприятный эффект оказывает своевременное психологическое консультирование и применение современных антидепрессантов.

0202 ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ, ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МЕГАПОЛИСЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (г. НОВОСИБИРСК) В ТЕЧЕНИЕ ТРЕТИ ВЕКА (ПРОГРАММЫ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «МОНИКА»)

Гафарова А.В.^{1,2}, Гафаров В.В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, Россия; ²ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: Изучить в течение 30 лет (1977–2006 гг.) долговременные тренды заболеваемости, смертности, летальности населения от инфаркта миокарда

Методы исследования: программы ВОЗ “Регистр острого инфаркта миокарда”, “MONICA”, проводящиеся в трех районах г. Новосибирска

Результаты: Динамика заболеваемости инфарктом миокарда (ИМ) за 30 лет представлена в следующем виде: 1977–1981 гг. отмечена тенденция к росту заболеваемости; 1982–1985 – стабилизация; 1986 – достоверное снижение; 1987–1988 – тенденция к росту; 1989–1991 – стабилизация. В этот период тенденция к росту заболеваемости ИМ обусловлена заболеваемостью мужчин. Начиная с 1992 г. по 1994 г. наблюдается достоверный рост заболеваемости ИМ и этот показатель достигает своего пика в 1994 г. Рост заболеваемости в этот период обусловлен как заболеваемостью мужчин, так и женщин. В 1995 г. отмечена тенденция к снижению заболеваемости; в 1996 – стабилизация; 1998 г. – рост; 1999–2001 гг. – стабилизация; 2002–2004 гг. – снижение; 2005 – рост; 2006 – снижение. Общая смертность на 100 000 жителей от ИМ с 1977 по 1978 г. имела тенденцию к снижению среди обоих полов; 1979–1987 гг. – стабилизация; 1988 – рост; 1989–1991 гг. – стабилизация. В период 1992–1994 гг. отмечен рост смертности с пиком в 1994 г. В 1995–1997 гг. имело место снижение и стабилизация смертности, в 1998 г. – рост; в 1999–2001 гг. – снижение; в 2002–2004 гг. – рост; 2004 – стабилизация; 2005 – рост; 2006 – достоверное снижение. Динамика летальности в первые 2 года наблюдения показала достоверное снижение летальности за счет обоих половых групп; 1979–1992 гг. – стабилизация; 1993 – тенденция к росту; 1994 – достоверный рост летальности за счет мужчин и женщин; 1995–1997 – снижение и относительная стабилизация; 1998 г. – рост; 1999–2000 гг. – стабилизация; 2001 – снижение; 2002–2003 гг. – рост; 2004 – стабилизация; 2005 – рост; 2006 – достоверное снижение. Рост заболеваемости, смертности, летальности от ИМ в 1998 г. обусловлен обеими полами. В то же время снижение заболеваемости и рост смертности и летальности в 2002–2004 гг. было обусловлено, в основном, за счет мужчин. Рост смертности и летальности в 2002–2004 гг. происходил за счет догоспитальной смертности и летальности.

Заключение: Динамика заболеваемости, смертности, летальности от ИМ в течение 30 лет была относительно стабильной, за исключением периодов приходящихся на годы социально – экономических потрясений (1988, 1994, 1998 гг. – рост). Парадоксальный факт увеличения смертности и летальности от инфаркта миокарда на фоне снижения заболеваемости, вероятно, объясняется значительным ухудшением оказания медицинской помощи заболевшим. Это положение подтверждается снижением стационарной смертности, летальности и увеличением догоспитальной.

0203 ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ОСНОВЕ ПРОГРАММ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «МОНИКА»

Гафарова А.В.^{1,2}, Гафаров В.В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, Россия; ²ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить связь инфаркта миокарда (ИМ) и внезапной смерти среди населения в возрасте 25–64 лет.

Материал и методы: в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда», «МОНИКА» изучили все случаи смерти от ИМ за 4 года в трех районах г. Новосибирска (Ленинский, Кировский, Октябрьский – всего 1091 летальный исход). Из всех умерших 842 умерли внезапно (77,2%), 249 в течение 28 дней с момента возникновения сердечного приступа (22,8%). Процент вскрытий от общего числа умерших составил 84,6% (924 умерших). Мужчины составили 70,2%, женщины – 29,8%.

Результаты: половина мужчин (54,3%) и половина женщин (51,6%) умерли дома до прибытия врача. Дома, в присутствии врача, в общественном месте, при транспортировке в больницу умирает почти одинаковое число мужчин и женщин. Но на рабочем месте, на улице смерть мужчин превышает таковую у женщин. В то же время в стационаре женщин умирает больше (30,5%), чем мужчин (20,0%). Существенные различия в числе умерших по месяцам года отсутствуют. Анализ структуры смертности по дням недели показал, что число умерших меньше в первые три дня недели. В последующие дни число умерших возрастает и достигает максимума в выходные дни (суббота, воскресенье). Как показало распределение умерших по времени суток, наибольшее число смертей приходится на следующие часы суток: 2–3, 6–7, 9–10, 13–14, 16–19 часов. Изучена распространенность постинфарктных рубцов (более 0,5 см, по определению ВОЗ) в миокарде на вскрытии при отсутствии в анамнезе среди умерших ИМ. Их распространенность составила 7,1%. Появление постинфарктных рубцов для мужчин отмечено в возрасте 35–39 лет, для женщин – в 45–49 лет. Существенных различий между мужчинами и женщинами по возрастным группам не отмечено. Анализ умерших внезапно на дому с макроскопически видимым некрозом на вскрытии при отсутствии клинической картины заболевания показал, что среди вскрытых умерших их число составляет 4,4%. Следует заметить, что среди мужчин чаще всего некроз на вскрытии обнаружен в возрастной группе 60–64 лет (8,9%), среди женщин по возрастным группам различий не наблюдалось.

Выводы: таким образом, проведенное исследование показало, что как у мужчин, так и у женщин летальный исход от ИМ наступает в основном на догоспитальном этапе. Причина – внезапная смерть. Превалирование умерших среди мужчин на рабочем месте и на улице над таковыми у женщин, вероятно, объясняется тем, что ИМ, у мужчины возникает в более молодом и работоспособном возрасте, чем у женщин. Крайне тревожным является тот факт, что почти половина умерших мужчин и 1/3 женщин не имели в анамнезе патологии. Кроме того очень высокая доля умерших внезапно с рубцами на вскрытии (безболевые формы ИМ) и с видимым некрозом.

0204 ДЕПРЕССИЯ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТЕЧЕНИЕ 14 ЛЕТ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25–64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ “MONICA”)

Гафаров В.В.^{1,2}, Громова Е.А.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}, Кабанов Ю.Н.², Гагулин И.В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, Россия; ²НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния депрессии на риск возникновения инфаркта миокарда (ИМ) в течение 14 лет у мужчин в возрасте 25–64 лет.

Материалы и методы: В рамках программы ВОЗ “MONICA”-психосоциальная в 1994г было проведено скринирующее исследование мужского населения в возрасте 25-64 лет жителей одного из районов г. Новосибирска. Депрессия была изучена по методике тест MOPSY. Когорта отслеживалась в течение 14 лет (1995-2007гг) для определения конечных точек ИМ. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ “SPSS-10”. Кокс — пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска.

Результаты: Возрастная структура мужчин с депрессией и впервые возникшим инфарктом миокарда: 2,6% — 25-34 года; 15,8% — 35-44года; 26,3%—45-54года; 55,3%—55-64года. Распространенность депрессии у лиц с ИМ составила: 65,8% (55,3% — умеренная депрессия и 10,5% — большая).

В течение первых 5 лет RR развития ИМ был в 2,26 раз (95%ДИ; 1,114-7,649, $p<0,05$), в течение 10 лет — в 2,4 раз (95%ДИ; 1,562-8,217, $p<0,05$), в течение 14 лет — в 2,15 (95%ДИ, 1,136- 7,241, $p<0,05$) выше у мужчин, с депрессией.

Наибольшая частота ИМ наблюдалась у мужчин с депрессией, относящихся к разведенным и овдовевшим мужчинам, имеющим незаконченное среднее / начальное образование, среди рабочих тяжелого физического труда и пенсионеров.

Заключение: Полученные результаты свидетельствуют о том, что депрессия, прежде всего, проблема социальная и вносит весомый вклад в риск возникновения ИМ у мужчин.

0205 ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ

Гераскина Л.А., Фонакин А.В.

Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучить особенности циркадного ритма (ЦИ) артериального давления (АД) при хронической гипертонической энцефалопатии (ГЭ) в зависимости от стадии заболевания.

Методы. Обследовано 216 больных ГЭ I-III стадии (1 группа, средний возраст 62 ± 10 лет), 43 пациента неосложненной АГ (2 группа, средний возраст 54 ± 7 лет) и 55 здоровых лиц (контрольная группа, средний возраст 52 ± 8 лет). Группы были сопоставимы по полу. Всем обследованным выполнено суточное мониторирование АД (АВРМ «Meditech 04», Венгрия) исходно и больным 1 и 2 групп — в динамике через 4-6 недель на фоне антигипертензивного лечения.

Результаты. В контрольной группе нормальный ЦИ АД («dipper») имели 74% лиц, сниженный («non-dipper») — 13%, дополнительное ночное повышение АД («night-peaker») — 4%, избыточное снижение АД («over-dipper») — 9% лиц. По сравнению со здоровыми лицами во 2 группе отмечено значительное уменьшение числа больных с нормальным ЦИ («dipper») — 46% ($p<0,05$), увеличение числа лиц «non-dipper» (32%, $p<0,05$), частота выявления «night-peaker» и «over-dipper» составила по 11% ($p>0,05$). В 1 группе число больных с ЦИ АД «dipper» прогрессивно уменьшалось по мере утяжеления стадии ГЭ (43%-35%-21%), а частота выявления ЦИ по типу «non-dipper» достигла 39%-44%-43% ($p<0,05$ по сравнению с контролем). Дополнительное повышение АД в ночные часы зарегистрировано при ГЭ I и III стадии — у 14%, при ГЭ II стадии — у 18% пациентов ($p<0,05$ по сравнению с контролем). Снижение АД более 20% в ночные часы («over-dipper») наиболее часто обнаруживалось у больных ГЭ III стадии — 22% ($p<0,05$). В процессе лечения в обеих группах больных отмечена тенденция к восстановлению физиологического суточного ритма АД: увеличение числа больных с нормальным ЦИ АД и уменьшение числа больных «night-peaker»; профиль со сниженной редукцией АД («non-dipper») регистрировался с прежней частотой. ЦИ АД по типу «over-dipper» выявлено у пациентов и прежде имевших чрезмерную ночную редукцию АД, при этом отмечено дополнительное увеличение значений ЦИ АД. Выявление суточного профиля АД типа «over-dipper» у ряда пациентов на фоне терапии ассоциировалось с клиническими симптомами относительной артериальной гипотонии.

Выводы. Таким образом, при ГЭ отмечается отчетливое уменьшение числа больных с нормальным ЦИ АД и увеличение частоты выявления дополнительного повышения либо избыточного его снижения в ночные часы, что прямо коррелирует с выраженностью церебральных нарушений (стадий ГЭ). В процессе антигипертензивной терапии наблюдается разнонаправленная динамика ЦИ АД. В связи с риском гипоперфузионных осложнений на фоне избыточного ночного снижения АД пациентам с хронической ГЭ необходимо суточное мониторирование АД для изучения особенностей ЦИ АД и индивидуальное назначение антигипертензивных средств с учетом продолжительности их действия.

0206 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

Германов А.В., Борзенкова Г.А., Терешина О.В., Германова О.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель. Определить вклад экстрасистолического и первого постэкстрасистолического сокращений в гемодинамику и кинетику сердца и магистральных артерий, на этой основе разработать классификацию экстрасистолической аритмии.

Методы. Обследованы больные с нарушением сердечного ритма в виде суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии, возникающие в фазу изоволюмического снижения внутрижелудочкового давления до открытия митрального клапана и в фазы быстрого и медленного наполнения желудочков. Регистрировались сфигмограммы (СГ) магистральных артерий сонной, лучевой, локтевой, бедренной задней артерии голени и свода стопы, и УЗДГ магистральных артерий. Для уточнения момента возникновения экстрасистол в кардиоцикле и локализации эктопического центра — апекскардиография (АКГ) и ЭКГ. Объем сердечного выброса и трансмитральный кровоток оценивались с помощью ЭхоКГ. Рассчитывались параметры биомеханики сердца и кинетики магистральных артерий, характеризующие скорость, ускорение, мощность и работу в каждую фазу сердечного цикла в систолу и диастолу по АКГ, а также в периоды преобладания притока над оттоком и в период преобладания оттока над притоком по СГ. Всем больным проводилась регистрация доплерограмм общей сонной артерии, лучевой артерии и задней артерии голени на цифровой ультразвуковой системе экспертного класса Logiq 7. Для анализа кровотока определялись следующие показатели: пиковая скорость прямого кровотока, объем потока крови.

Результаты. Вклад в результирующий кровоток при экстрасистолии определяется в основном интервалом сцепления и моментом возникновения экстрасистолы в кардиоцикле. Проведенные исследования позволили количественно характеризовать различные варианты экстрасистолии, которые принципиально отличаются степенью участия в создании результирующего кровотока. При этом оценивался вклад в кровообращение самого преждевременного сокращения и первого постэкстрасистолического сокращения. Это явилось естественным основанием для выделения следующих классов экстрасистолии независимо от локализации эктопического центра:

1. экстрасистолы, возникающие до открытия митрального клапана (ранние);
2. экстрасистолы, возникающие до пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
3. экстрасистолы, возникающие после пика трансмитрального кровотока в фазу быстрого наполнения желудочков;
4. экстрасистолы, возникающие в фазу медленного наполнения желудочков;
5. экстрасистолы, возникающие после волны Р очередного синусового импульса (поздние);
6. Спаренная и групповая экстрасистолия.

Выводы. Тактика лечения и целесообразность купирования экстрасистолии должна определяться степенью изменений гемодинамики при каждом конкретном варианте этого нарушения ритма. Определяющее значение имеет время возникновения экстрасистолы в кардиоцикле и способность первого постэкстрасистолического сокращения восстановить адекватный результирующий кровоток.

0207 ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И НЕПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ МОБИТЦ I

Германов А.В., Борзенкова Г.А., Терешина О.В., Германова О.А., Бугаева Л.Н.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Самара, Россия

Цель. Изучить причины и особенности формирования гемодинамической артериальной гипертензии при экстрасистолии и атриовентрикулярной блокаде Мобитц I.

Методы. Обследованы больные с нарушением сердечного ритма в виде суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии, возникающие в фазу изоволюмического снижения внутрисердечного давления до открытия митрального клапана и в фазы быстрого и медленного наполнения желудочков, а также больные с неполной атриовентрикулярной блокадой Мобитц I. Производилась регистрация АД во время очередного сокращения, а также во время первого постэкстрасистолического сокращения (1ПЭС) и во время первого сокращения после периода Самойлова-Венкебаха традиционным способом на плечевой артерии. Регистрировались сфигмограммы магистральных артерий и УЗДГ магистральных артерий, для уточнения момента возникновения экстрасистол в кардиоцикле и локализации эктопического центра апекскардиография и ЭКГ.

Результаты. Экстрасистолия, возникающая до открытия митрального клапана сопровождается крайне низким ударным объемом (УО). 1ПЭС происходит с максимальным УО. Прирост систолического артериального давления (АДс.) достигает 30%. Увеличение наружного диаметра магистральных артерий до 25-30%. Экстрасистолия, возникающая в фазу быстрого наполнения, характеризуется формированием более высокого УО. 1ПЭС имеет меньший УО, чем при ранней экстрасистолии. АДс. в 1ПЭС на 15-20% выше по сравнению с другими очередными. Внешний диаметр магистральных артерий увеличивается до 15%. Экстрасистолия, возникающая в фазу медленного наполнения, сопровождается формированием практически нормального УО. Прирост АДс. в 1ПЭС достигает 5%. Увеличение внешнего диаметра магистральных артерий после 1ПЭС 0-5%. При неполной атриовентрикулярной блокаде Мобитц I складывается гемодинамическая ситуация по сути очень близкая к ранней экстрасистолии. Первое сокращение после периода Самойлова-Венкебаха характеризуется формированием увеличенного УО с приростом АДс. на 30-35% с увеличением внешнего диаметра артерий до 35%. Анализ АД, например, при устойчивой тригеминии или длительно существующей блокаде Мобитц I позволяет утверждать, что повышение АД после 1ПЭС или после периода Самойлова-Венкебаха существует годами.

Выводы. Наибольшее значение в формировании транзиторной артериальной гипертензии приобретает гидравлический удар, возникающий после первого постэкстрасистолического сокращения, обусловленный повышенным сердечным выбросом. Следствием этого могут быть нестабильность атеросклеротических бляшек и фрагментация пристеночных внутрисосудистых тромбов с увеличением вероятности тромбоэмболических осложнений.

Степень повышения АД определяется моментом возникновения экстрасистолы в кардиоцикле, а не локализацией эктопического центра. При этом наибольшую опасность для гемодинамики представляют первые постэкстрасистолические сокращения и их количество.

0208 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И СТЕНОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Германова О.А., Крюков Н.Н., Вачёв А.Н., Германов А.В.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

При стенозе каротидной бифуркации артериальная гипертензия плохо корректируется медикаментозно.

Цель. Установить взаимосвязь между артериальной гипертензией и гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации, изучив течение артериальной гипертензии до и после операции каротидной эндартерэктомии.

Материал и методы. В исследование вошли 176 больных в возрасте 39-69 лет. Все пациенты разделены на 3 основные группы: 1 группа (контроль) — больные гипертонической болезнью без гемодинамически значимого стеноза каротидной бифуркации (52 человека). 2 группа (124 человека) — пациенты с артериальной гипертензией и гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации, которым предстоит операция каротидной эндартерэктомии (КЭАЭ). 3 группа — те же пациенты после операции КЭАЭ. В 3 группе выделена подгруппа пациентов, которым выполнена каротидная эндартерэктомия с сохранением каротидного гломуса (14 человек). Больным проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) до и после операции, ультразвуковое исследование брахиоцефальных сосудов, дополнительные методы исследования для исключения причин вторичных артериальных гипертензий. Среди пациентов 2 группы у 107 (86,3%) в анамнезе ишемический инсульт, 21 (16,9%) больной перенес инфаркт миокарда. При суточном мониторировании артериального давления у пациентов 2 группы выявлена артериальная гипертензия 1 степени у 2 (1,6%) пациентов, 2 степени — у 33 (26,6%), 3 степени — у 89 (71,8%). 151 (85,8%) пациент регулярно принимал комбинированную антигипертензивную терапию.

Результаты. При сравнении показателей суточного мониторирования артериального давления у пациентов 2 и 3 групп была выявлена четкая тенденция к снижению артериального давления после операции КЭАЭ у 91 (73,4%) больного, что происходило на 2-10 сутки; у 30 (24,2%) — АД существенно не изменилось, и только у 3 (2,4%) отмечена тенденция к его повышению. Эти результаты требовали пересмотра применявшейся антигипертензивной терапии. Кроме того, при сравнении пациентов 1 и 2 групп отмечено больше случаев недостаточного ночного снижения АД (на 32%) у пациентов 2 группы. На основании клинических наблюдений целесообразно выполнение операции каротидной эндартерэктомии с сохранением каротидного гломуса при выполнении операции с двух сторон. Это обеспечивает меньшие колебания АД в послеоперационном периоде и более стабильное течение артериальной гипертензии на протяжении года наблюдения.

Выводы. Считаем возможным выделить вторичную артериальную цереброваскулярную гипертензию в отдельную самостоятельную форму. Основанием для этого служит факт развития гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации и отчетливый антигипертензивный эффект операции каротидной эндартерэктомии. При выполнении повторной операции каротидной эндартерэктомии мы рекомендуем выполнять ее по классической методике, сохраняя каротидный глобус с одной стороны.

0209 ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ И СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ 25-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Герцен М.А., Козлов И.Д.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Признание сниженной функции легких предиктором сердечно-сосудистой смертности основывается на данных эпидемиологических исследований, в которых наличие ишемической болезни сердца (ИБС), как правило, является критерием исключения, поскольку нарушение функции легких и высокий риск сердечно-сосудистой смертности могут быть следствием исходно имеющейся ИБС.

Целью исследования было изучить, имеются ли различия в характере взаимосвязи функции легких со смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний в течение 25-летнего проспективного наблюдения у лиц с наличием и отсутствием ишемической болезни сердца.

Методы исследования. Изучалась частота смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в квартилях жизненной емкости легких (ЖЕЛ) у 427 мужчин с ишемической болезнью сердца, выявленной при эпидемиологическом исследовании случайной выборки

из неорганизованной популяции мужчин в возрасте 40-59 лет г. Минска и у 3550 мужчин без ИБС из той же выборки.

Полученные результаты. Пациенты в нижней квартили ЖЕЛ (квартиль 1) в сравнении с пациентами в верхней квартили (4 квартиль) независимо от наличия или отсутствия ИБС имели самый высокий относительный риск сердечно-сосудистой смертности (2,2; 95% доверительный интервал 1,9-3,0, $p<0,05$ и 1,9; 95% доверительный интервал 1,7-2,4, $p<0,05$ у лиц с ИБС и без ИБС, соответственно).

В первых 3-х квартилях ЖЕЛ частота смерти от сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с ИБС была достоверно выше, чем у лиц без ИБС. Кратность указанных различий у лиц с ИБС и без ИБС в 1-й квартили ЖЕЛ, была такой же, как и во 2-й и 3-й квартилях ЖЕЛ. В 4-й квартили ЖЕЛ различия в частоте смерти от сердечно-сосудистых заболеваний из-за более выраженного ее снижения у пациентов с ИБС, чем у пациентов без ИБС не достигали статистической значимости.

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать об универсальном характере связи между функцией легких и сердечно-сосудистой смертностью у изучаемого контингента независимо от наличия-отсутствия ИБС. Можно предположить, что высокий уровень ЖЕЛ является антириск фактором сердечно-сосудистой смертности у пациентов с ИБС. Оценка функции легких в амбулаторно-поликлинических условиях обеспечивает дополнительную информацию, которая может помочь в улучшении стратификации риска в отношении последующих неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у данного контингента.

0210 ВЛИЯНИЕ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ НА СОСТОЯНИЕ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИБС: ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Гиривенко А.И., Пчелинцев В.П., Бороздин А.В., Лиферов Р.А., Бикшова И.В., Трунина Т.П., Мадоян М.А.
РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Целью исследования было оценка влияния липовой кислоты на состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) и активность симпатoadреналовой системы (САС), оцененной по вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных ИБС: прогрессирующей стенокардией напряжения (ПСН).

Материалы и методы. Нами обследовано 77 больных ПСН. Больные были при поступлении разделены на 2 группы в зависимости от характера лечения. 1 группу составили 41 пациент, получавший «обычную» терапию (гепарин, аспирин, нитраты, β -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, статины). Во 2 группу вошли 36 больных, которым в дополнение к «обычной» терапии назначена липовая кислота 150 мг в сутки внутрь. Группу контроля составили 25 практически здоровых лиц сопоставимого возраста и пола. Исследование проводили при поступлении и на 14 день лечения. Оценку состояния САС проводили по показателям ВРС: среднеквадратическое отклонение (СКО), индекс напряжения (ИН), показатель активности регуляторных систем организма — ПАРС. ПОЛ оценивали по кинетике накопления малонового диальдегида (МДА) фоновый, на 5, 10, 15, 20, 25 и 30 минутах инкубации.

Результаты. У больных 1 группы в сравнении с группой контроля МДА была повышена на 35,6% фоновая и снижена на 27,0% на 20 минуте инкубации. При сравнении кинетики накопления МДА в 1 группе до и после лечения на 5, 10 и 15 минутах инкубации концентрация МДА снижалась на 33,9%, 41,77% и 40,9% соответственно. Во 2 группе МДА была повышена на 34,9% фоновая и снижена на 30,45% на 20 минуте инкубации. При сравнении кинетики накопления МДА во 2 группе до и после лечения на 5, 10 и 15 минутах инкубации концентрация МДА снижалась на 55,2%, 41,5% и 38,8% соответственно. Все указанные изменения были достоверны ($p<0,05$). Эти данные свидетельствуют о повышении активности ПОЛ у больных ПСН. На фоне лечения активность

ПОЛ уменьшается. При сравнении групп между собой при поступлении достоверной разницы не наблюдалось. После 14 лечения наблюдалось снижение накопления МДА во 2 группе на 32,54% на 5 минуте инкубации ($p<0,05$). При поступлении в 1 группе в отношении к контролю на 56,3% меньше СКО, на 252,9% больше ИН, на 79,16% больше ПАРС. Во 2 группе при первом измерении в отношении к контролю на 50,0% был меньше СКО, на 266,7% больше ИН, на 75,0% больше ПАРС. Все изменения были достоверны ($p<0,05$). Эти данные указывают на повышение активности САС. При повторном измерении достоверной разницы в обеих группах не получено. При сравнении 1 и 2 группы между собой при поступлении и после 14 дней лечения достоверных изменений изучаемых показателей не было.

Таким образом, при добавлении к лечению больных ПСН липовой кислоты в дозе 150 мг в сутки внутрь наблюдается большее снижение активности ПОЛ. Эти изменения не связаны с влиянием липовой кислоты на активность САС.

0211 ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гладких А.С., Савина Н.М., Кудинова С.П., Байдина О.И., Сидоренко Б.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр», Москва, Россия; «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования: изучить частоту и прогностические факторы ранних повторных госпитализаций у больных с хронической сердечной недостаточностью в течение 3-х месяцев после выписки из стационара.

Методы: в исследование включены 962 больных с ХСН IIА-III стадии и II-IV ФК по NYHA, госпитализированных в Центральную клиническую больницу с симптомами нарастания сердечной недостаточности. В зависимости от наблюдавшихся клинических исходов в течение 1 года после выписки были выделены следующие группы больных: группа с однократными госпитализациями (394 больных), группа с «неранными» регоспитализациями — в течение более 3-х месяцев после выписки (285 больных) и группа с ранними регоспитализациями, т.е. в течение 3-х месяцев после выписки (184 больных), а также группа умерших в одну из повторных госпитализаций (99 больных). Статистический анализ производился с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 6.0, значимым считался уровень $p<0,01$.

Результаты: в течение периода наблюдения 41% больных с ХСН госпитализировались только один раз, 59% — два и более раз; во время повторных госпитализаций умерли 10,3% больных. Среди регоспитализированных больных 42,8% вновь поступали в стационар в течение 3-х месяцев после выписки (из них 19,9% — в течение первого месяца) и 57% больных — через 3 и более месяцев. Средняя длительность периода до повторной госпитализации составила 38,4 дней у пациентов с ранними и 208 дней у пациентов с «неранными» регоспитализациями. В ранние сроки повторно госпитализировались 59% больных из группы умерших в течение года после первичной выписки. Выявлена достоверная связь летальных исходов в стационаре с ранними повторными поступлениями (ОШ=5,3, 95% ДИ=3,5-8,2).

Пациенты с однократными, «неранными» и ранними повторными госпитализациями не имели достоверных различий по возрасту (средний возраст 75,4 лет) и полу; средний возраст умерших пациентов составил 80,6 лет ($p<0,001$). Больные с повторными (как «неранными», так и ранними) госпитализациями и с летальными исходами достоверно чаще поступали в стационар в связи с прогрессированием ХСН ($p<0,01$). В указанных группах преобладали пациенты с тяжелой ХСН IIБ-III стадии и III-IV ФК ($p>0,01$). У больных с ранними регоспитализациями выявлено достоверное снижение уровня артериального давления. Нами установлена связь риска ранних повторных госпитализаций с уровнем АД $<100/70$

мм рт.ст. (ОШ=2,4, 95% ДИ=1,35-4,22). Также у больных с ранними регоспитализациями отмечено достоверное увеличение уровня креатинина и мочевой кислоты в крови ($p<0,01$). Повышение показателей креатинина (>130 мкмоль/л) и мочевой кислоты (>416 ммоль/л) было связано с вероятностью ранних регоспитализаций (ОШ=2,6, 95% ДИ=1,54-4,44 и ОШ=1,6, 95% ДИ=1,13-2,36, соответственно).

Выводы: установлено, что гипотония при поступлении, увеличение уровня креатинина и мочевой кислоты в крови являются факторами риска ранних повторных госпитализаций у больных с ХСН.

0212 ВЛИЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ ST НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Глебовская Т.Д., Бузова Н.Н., Соловьева Н.В.

Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучить показатели диастолической функции миокарда и оценить влияние диастолической дисфункции на развитие сердечной недостаточности (СН) у пациентов с метаболическим синдромом (МС), переносящих острый инфаркт миокарда без элевации сегмента ST (ОИМБСТ).

Методы исследования. В исследование последовательно включено 116 пациентов с верифицированным ОИМБСТ. В зависимости от наличия МС (в соответствии с критериями АНА/НHLBI, 2005) выделено 2 группы: I группа — 58 больных с МС (25 мужчин, 33 женщины, $62,95 \pm 10,53$ лет), II группа (контрольная) — 58 больных, не страдающих МС (31 мужчина, 27 женщин, $62,71 \pm 11,85$ лет). У всех пациентов учитывались признаки СН (по классификации Killip). Диастолическая функция миокарда оценивалась по соотношению максимальной скорости раннего диастолического наполнения левого желудочка (Е) к максимальной скорости кровотока в систолу предсердий (А), времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения левого желудочка (DT) и времени изоволюмического расслабления (IVRT). Систолическая функция левого желудочка оценивалась по данным фракции выброса по Simpson (LVEF).

Результаты. У больных I группы признаки СН отмечены чаще по сравнению с группой контроля (29 и 21 больной соответственно, $p=0,13$). В I группе у пациентов с признаками СН (Killip II и более), отмечены достоверно большие значения DT по сравнению с больными, не имеющих признаков СН ($222,84 \pm 50,35$ мс и $187,07 \pm 39,52$ мс соответственно; $p=0,03$). Аналогичные соотношения в I группе установлены относительно значения IVRT ($113,94 \pm 25,56$ мс у больных с СН и $98,13 \pm 18,43$ мс у больных без признаков СН), однако эти различия не были статистически достоверны ($p=0,06$). При оценке систолической функции миокарда у больных I группы выявлено, что у пациентов с Killip II и более отмечалось снижение LVEF, значения которой были достоверно ниже по сравнению с LVEF у больных с Killip I ($53,74 \pm 10,13\%$ и $60,76 \pm 9,68\%$; $p=0,02$). Анализ данных ЭхоКГ у больных II группы показал, что у пациентов с СН (Killip II и более) в сравнении с больными без СН (Killip I) отмечалось достоверное изменение (снижение) только LVEF ($51,55 \pm 13,25\%$ и $60,97 \pm 8,25\%$, соответственно, $p<0,01$). Достоверных различий в показателях диастолической функции миокарда у больных II группы с и без СН не установлено. Сравнительный анализ диастолической функции у больных исследуемых групп с признаками СН показал достоверно большие значения DT у больных I группы по сравнению с группой контроля ($222,84 \pm 50,35$ мс и $184,36 \pm 53,03$ мс; $p=0,04$).

Выводы. У пациентов с метаболическим синдромом, переносящих острый инфаркт миокарда без элевации сегмента ST, наличие сердечной недостаточности определяется не только ухудшением систолической функции миокарда, но также и нарушениями диастолической функции.

0213 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КАРДИОРЕСПИРАТОНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Глотов А.В., Плотникова О.В., Иванова Е.А., Демченко В.Г.

ГОУ ВПО Омская государственная медицинская академия, Омск, Россия

Значительная распространенность недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) в популяции, особенно среди лиц трудоспособного возраста, обуславливает актуальность изучения адаптационных возможностей кардиореспираторной системы и физической работоспособности у подростков с фенотипическими признаками НДСТ.

Цель исследования. Изучить адаптационные способности кардиореспираторной системы, физическую работоспособность и содержание дериватов гемоглобина у подростков с фенотипическими признаками недифференцированной ДСТ.

Материал и методы. В исследование включили лиц с локомоторно-висцеральными проявлениями ДСТ в возрасте 15-16 лет с подтвержденным диагнозом. Группа сравнения — подростки, не имеющие признаков ДСТ. Всем обследованным лицам проводилось клиническое обследование; динамометрия; исследование антропометрических показателей; инструментальные исследования. Изучались показатели адаптации сердечно-сосудистой системы, вегетативное обеспечение, физическая работоспособность. Исследование содержания дериватов гемоглобина (оксигемоглобина, дезоксигемоглобина, карбоксигемоглобина, метгемоглобина и нитрозилгемоглобина) проводилось спектрофотометрическим методом, математическая основа которого реализована в компьютерной программе "НемоSpectr" (С.А.Адамов и соавт., 1998; Е.Ю Мосур, 2001).

Результаты исследования. У подростков с проявлениями НДСТ выявлены функциональные особенности организма, которые выражаются в неблагоприятной реакции сердечно-сосудистой системы на гипоксию, низких показателях силовой и статической выносливости. В группе лиц с ДСТ чаще, чем в контроле, отмечались неудовлетворительные показатели гемодинамики в ответ на пробу с дозированной физической нагрузкой ($\chi^2=4,266$; $p<0,05$) и низкие показатели качества реакции, свидетельствующие о недостаточной адаптации сердечно-сосудистой системы к физической нагрузке. У лиц с НДСТ отмечается статистически значимое повышение содержания метгемоглобина по сравнению с контрольной группой (1,76% и 1,57% соответственно, $p<0,05$). Кроме того, в некоторых образцах крови обнаружено присутствие нитрозилгемоглобина на фоне значительного ($>5\%$) содержания метгемоглобина. Следует отметить, что в контрольной группе нитрозилгемоглобин обнаружен не был. Учитывая, что у подростков с НДСТ более высоким уровням метгемоглобина чаще соответствуют высокие уровни нитрозилгемоглобина, можно думать, что нитрозилгемоглобин может быть «сберегающим» механизмом, но лишь в регионах, сопровождающихся значительным стрессом (снижение кровотока, тканевая гипоксия, ацидоз), что, вероятно, и наблюдается у пациентов с ДСТ.

Выводы. Выполненное физиологическое исследование кардиореспираторной системы у подростков с НДСТ выявило неблагоприятную реакцию сердечно-сосудистой системы на гипоксию, и неудовлетворительные показатели гемодинамики, которые сочетаются с повышением содержания в крови метгемоглобина и нитрозилгемоглобина, что свидетельствует о снижении потенциала кардиореспираторной системы у подростков с НДСТ и определяет необходимость реабилитационных программ, направленных на улучшение кислородтранспортной функции крови.

0214 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Глухова Н.А., Паршина С.С., Головачева Т.В., Афанасьева Т.Н., Федорова О.Ф., Ушакова Т.М., Капланова Т.И., Петрова В.Д.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Оценка клинической эффективности лечения больных нестабильной стенокардией (НС) II класса форм А и В по Е.

Braunwald при применении электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) на фоне общепринятого медикаментозного лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 109 больных НС II класса форм А и В по Е. Braunwald, находившихся на стационарном лечении в 1-м и 2-м кардиологических отделениях ММУ «МСЧ СПЗ-3» г. Саратова. В первую группу были включены больные НС, получавшие стандартное медикаментозное лечение (группа сравнения) — 54 человека (26 больных НС формы А и 28 — формы В), вторую группу составили больные, получавшие дополнительное лечение ЭМИ ММД — 55 человек (27 человек — больные НС формы А и 28 человек — формы В). Исследование включало следующие контрольные точки: до начала лечения, 3-й и 5-й дни стационарного лечения и после окончания стационарного лечения. Клинический эффект лечения оценивался по относительному изменению приступов стенокардии в сутки и по суточной потребности в нитроглицерине. Суточное мониторирование ЭКГ (СМ-ЭКГ) по N.J. Holter проводилось с использованием общепринятых критериев ишемии. Подсчитывали общее время ишемии миокарда за сутки, частоту и длительность эпизодов безболевой и болевой ишемии миокарда (ББИМ и БИМ соответственно).

Полученные результаты. В процессе лечения у больных НС формы В при применении ЭМИ ММД количество приступов стенокардии и употребляемого нитроглицерина в сутки было достоверно ниже по сравнению с группой сравнения уже на 3 день после начала лечения ($p=0,01$). У больных НС формы А на 3, 5 дни с момента начала терапии количество приступов стенокардии и употребляемого нитроглицерина в сутки в исследуемых группах не различалось ($p>0,05$). Однако после окончания лечения у больных в группе ЭМИ ММД количество приступов стенокардии и употребляемого нитроглицерина в сутки было меньше, чем в группе сравнения ($p<0,05$).

По данным СМ-ЭКГ после окончания лечения у больных НС формы А при применении ЭМИ ММД время БИМ было ниже по сравнению с группой сравнения, однако, статистической значимости достигнуто не было ($5,24\pm 0,38$ мин, $p=0,09$). При НС формы В после окончания лечения продолжительность БИМ была ниже у больных, получавших в качестве дополнительного лечения ЭМИ ММД ($5,28\pm 0,68$ мин, $p=0,04$) по сравнению с группой сравнения ($6,34\pm 0,58$ мин). У больных НС форм А и В, получавших в качестве дополнительного лечения ЭМИ ММД, отмечалось уменьшение средней продолжительности эпизода ББИМ с $12,70\pm 2,50$ до $7,81\pm 0,88$ мин, $p=0,04$, в то время как группе сравнения изменения не были статистически значимы ($p=0,06$).

Выводы. Применение ЭМИ ММД при НС формы А усиливает антиангинальный эффект медикаментозной терапии, приводит к уменьшению продолжительности ББИМ. При НС формы В дополнительное назначение ЭМИ ММД приводит к усилению антиангинального эффекта терапии, скорейшей стабилизации состояния, уменьшению продолжительности БИМ и ББИМ.

0215 ПУТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Глухова Н.А., Паршина С.С., Головачева Т.В., Афанасьева Т.Н., Федорова О.Ф., Ушакова Т.М., Капанова Т.И., Петрова В.Д.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Оценка реологических свойств крови у больных нестабильной стенокардией (НС) II класса форм А и В по Е. Braunwald под влиянием электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) на фоне общепринятого медикаментозного лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 109 больных НС II класса форм А и В по Е. Braunwald, находившихся на стационарном лечении в 1-м и 2-м кардиологических отделениях ММУ «МСЧ СПЗ-3» г. Саратова. В первую группу были включены больные НС, получавшие стандартное медикаментозное лечение (группа сравнения, С) — 54 человека (26 больных НС формы А и 28 — формы В), вторую группу составили больные,

получавшие дополнительное лечение ЭМИ ММД — 55 человек (27 человек — больные НС формы А и 28 человек — формы В). Исследование включало две контрольные точки: до начала лечения и после окончания стационарного лечения. Определяли кажущуюся вязкость цельной крови при скоростях сдвига 200, 100, 20 с^{-1} ; индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ), индекс агрегации эритроцитов (ИАЭ), индекс степени доставки кислорода кровью.

Полученные результаты. В группе больных НС формы А, получающих в дополнительно ЭМИ ММД наблюдалось снижение вязкости крови при всех скоростях сдвига ($p<0,05$). В группе сравнения значимое снижение вязкости крови произошло только при скорости сдвига 20 с^{-1} ($12,38\pm 0,85$ до $10,51\pm 0,84$ мПа*с, $p=0,03$). В группе пациентов с НС формы В при всех видах лечения изменение вязкости крови при всех скоростях сдвига не было статистически достоверным ($p>0,05$). При НС формы В в процессе терапии отмечалась тенденция к повышению ИДЭ при всех видах лечения, однако, изменения не были статистически достоверны ($p(\text{ЭМИ ММД})=0,2$, $p(\text{С})=0,75$). В группе пациентов с НС формы А, происходило снижение повышенных значений ИДЭ во всех исследуемых группах ($p(\text{ЭМИ ММД})=0,01$; $p(\text{С})=0,03$). Снижение ИАЭ при форме А было статистически достоверным только в группе ЭМИ ММД ($p(\text{ЭМИ ММД})=0,0049$, $p(\text{С})=0,16$). У пациентов с НС формы В достоверного снижения ИАЭ не произошло ни в одной группе ($p(\text{ЭМИ ММД})=0,09$, $p(\text{С})=0,8$). Отмечалось увеличение степени доставки кислорода в группах пациентов, получавших в дополнение к медикаментозной терапии ЭМИ ММД ($6,68\pm 0,31$ до $7,23\pm 0,22$, $p=0,036$) в отличие от группы сравнения ($7,02\pm 0,50$ до $6,98\pm 0,42$, $p=0,9$). Динамика степени доставки кислорода в обеих группах не зависела от формы НС.

Выводы. У больных НС формы В стандартная медикаментозная терапия не влияет на исследуемые реологические параметры. Добавление ЭМИ ММД таким больным не приводит к существенному улучшению реологических свойств крови, влияя только на степень доставки кислорода к тканям. У больных НС формы А медикаментозная терапия приводит к снижению повышенных значений ИДЭ и уменьшению вязкости крови при скорости сдвига 20 с^{-1} , в то время как добавление ЭМИ ММД приводит к улучшению всех реологических показателей.

0216 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ФОРМ А И В

Глухова Н.А., Паршина С.С., Головачева Т.В., Афанасьева Т.Н., Федорова О.Ф., Ушакова Т.М., Капанова Т.И., Петрова В.Д.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Оценка функциональной активности сосудистой стенки у больных нестабильной стенокардией (НС) II класса форм А и В по Е. Braunwald при применении электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) на фоне общепринятого медикаментозного лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 109 больных НС II класса форм А и В по Е. Braunwald, находившихся на стационарном лечении в 1-м и 2-м кардиологических отделениях ММУ «МСЧ СПЗ-3» г. Саратова. В первую группу были включены больные НС, получавшие стандартное медикаментозное лечение (группа сравнения) — 54 человека (26 больных НС формы А и 28 — формы В), вторую группу составили больные, получавшие дополнительное лечение ЭМИ ММД — 55 человек (27 человек — больные НС формы А и 28 человек — формы В). Исследование включало две контрольные точки: до начала лечения и после окончания стационарного лечения. Функциональная активность сосудистой стенки оценивалась по окклюзионному тесту (манжеточная проба, МП). До и после МП определялись вязкость крови при скоростях сдвига 200, 100 и 20 с^{-1} , индекс антикоагулянтной активности сосудистой стенки сосудов (АКАСС) (частное от деления активности антитромбина III в плазме крови после наложения манжеты на активность антитромбина III в плазме крови до наложения манжеты).

Полученные результаты. У больных НС форм А и В до начала лечения после проведения МП активность АТ III не повышалась ($p>0,05$), что свидетельствовало о снижении антикоагулянтной

активности стенки сосудов. Индекс АКСС при нестабильной стенокардии форм А и В составил соответственно $0,99 \pm 0,01$ и $1,00 \pm 0,01$ ($p > 0,05$). У больных НС формы В на фоне терапии ЭМИ ММД отмечено повышение АКСС с $1,00 \pm 0,01$ до $1,03 \pm 0,01$ ($p = 0,006$). У больных, получавших стандартную медикаментозную терапию, статистически значимого изменения АКСС не происходило (с $1,01 \pm 0,03$ до $1,00 \pm 0,02$, $p > 0,05$). Вязкость крови у больных НС форм А и В до начала терапии после проведения МП при всех скоростях сдвига не менялась в ответ на стрессорную гипоксию ($p > 0,05$). На фоне лечения ЭМИ ММД наблюдалось снижение вязкости крови после проведения МП при скорости сдвига 20 с^{-1} с $8,32 \pm 0,24$ до $7,66 \pm 0,36$ ($p = 0,001$), в то время как в группе сравнения отмечалась тенденция в повышению вязкости крови после МП при той же скорости сдвига (с $8,89 \pm 0,80$ до $9,10 \pm 1,18$, $p > 0,05$). Значимой динамики вязкости крови при скоростях сдвига 200 и 100 с^{-1} не было ни при одном виде лечения ($p > 0,05$). У больных НС формы А достоверных изменений антикоагулянтной активности сосудистой стенки и вязкости крови при всех скоростях сдвига после проведения МП не было выявлено ни при одном виде лечения ($p > 0,05$).

Выводы. Таким образом, применение стандартной медикаментозной терапии не оказывает влияния на состояние эндотелия сосудистой стенки. Добавление ЭМИ ММД к медикаментозному лечению у больных НС формы В приводит к улучшению работы сосудистой стенки — увеличению выброса антикоагулянтов в ответ на ишемию, что сопровождается снижением вязкости при низкой скорости сдвига, увеличением индекса АКСС.

0217 АНАЛИЗ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Говорин А.В., Соколова Н.А., Витковский Ю.А., Бойко Е.В., Руцкина Е.А., Афонькин И.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава, Чита, Россия

Цель: изучить параметры вариабельности ритма сердца у больных с острым отравлением уксусной кислотой.

Методы исследования: Исследование проводилось на базе областного токсикологического центра города Читы. У 37 больных с острым отравлением уксусной кислотой средней и тяжелой степени тяжести: 21 женщины (56%), 16 мужчин (44%). Средний возраст составил $26,6 \pm 8,1$ лет. 7 (18,9%) пациентов умерли на стационарном этапе.

Всем больным в 1-е сутки проводилось суточное мониторирование ЭКГ с автоматическим анализом вариабельности ритма сердца. Оценивались следующие временные показатели: SDNN (мс), pNN50 (%); Спектральный показатель: LF\HF.

Полученные результаты: Показатель SDNN, отражающий вариабельность ритма сердца в целом, был в 2 раза ниже у больных с острым отравлением уксусной кислотой, чем в контрольной группе — $80,6 \pm 11,9$ и $167,5 \pm 16,3$, соответственно. pNN50, отражающий парасимпатические влияния был ниже в 7 раз и составил $3,8 \pm 1,2$, а в контрольной группе $28,9 \pm 7,6$, соответственно. Спектральный показатель LF\HF, характеризующий баланс симпатической и парасимпатической нервной системы у больных с острым отравлением уксусной кислотой был выше в 2,6 раза — $9,7 \pm 2,4$, в контрольной группе — $3,7 \pm 1,3$, соответственно.

Выводы: У больных с острым отравлением уксусной кислотой в 1-е сутки отмечалось, наряду со снижением общей вариабельности ритма сердца, угнетение вагусных влияний и мощная активация симпато-адреналовой системы.

0218 СОСТОЯНИЕ АКТИВНОСТИ ФАКТОРА ФОН ВиллЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Говорин А.В., Шангина А.М., Кушнарченко Н.Н., Соллов А.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить активность фактора фон ВиллЕбранда у больных подагрой в период обострения и ремиссии.

Материалы и методы: обследовано 25 мужчин с подагрой, средний возраст которых составил $41 \pm 8,8$ лет. Длительность подагры колебалась от 1,5 до 10 лет. В эту группу вошли 12 пациентов с

острым подагрическим артритом I-II степени активности (48%) и 13 больных с подагрой в стадии ремиссии (52%). Диагноз удовлетворял Римским критериям. Контрольную группу составили 12 относительно здоровых мужчин, средний возраст — $33 \pm 5,9$ лет. Определение активности фактора фон ВиллЕбранда (ФВ) проводили методом ристоцетин-кофакторной активности, способом флюктуации светового потока с помощью двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Биола».

Результаты: у пациентов с подагрой выявлена повышенная активность ФВ по отношению к контрольной группе ($141,22 \pm 42,6\%$ и $125,23 \pm 13,7\%$ соответственно; $p < 0,05$). Однако в период обострения активность ФВ снижалась до $112,23 \pm 22,9\%$ по сравнению с контролем ($p < 0,01$). Тогда как в стадию ремиссии подагры активность ФВ ($176,42 \pm 30,6\%$) была на 40% выше контроля ($p < 0,001$), и на 57% выше данного показателя в стадию обострения подагры ($p < 0,0001$).

Выводы: у пациентов с подагрой отмечались значительные изменения активности ФВ, которые менялись в зависимости от стадии заболевания.

0219 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИЯХ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ ПО ДАННЫМ ОДНОКРАТНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ

Гоголашвили Н.Г., Новгородцева Н.Я.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью исследования было изучение распространенности нарушений ритма сердца в популяциях Восточной Сибири по данным однократной регистрации ЭКГ.

Для решения поставленных задач обследовано в возрасте 16 лет и старше: 673 коренных сельских жителя Якутии (305 мужчин и 368 женщин), 1204 сельских жителя центральной части Красноярского края (474 мужчины и 729 женщин), 264 жителя города Красноярска (114 мужчин и 150 женщин). В республике Саха—Якутия охват составил 81,9%, в центральной части Красноярского края 76,1%, от списочного состава обследуемых поселков. В городе Красноярске обследована 20% случайная выборка от списочного состава терапевтического участка с охватом 82,5% от объема случайной выборки.

Методы исследования: анкетирование, клинический осмотр, двукратное измерение АД в состоянии покоя, запись стандартной ЭКГ с непрерывной регистрацией 100 кардиоциклов в одном из отведений.

Наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) по данным однократной регистрации ЭКГ наиболее часто выявлялась в популяции сельских жителей Красноярского края (8,9%), несколько реже в популяции жителей г.Красноярска (7,6%), наиболее редко в популяции коренных сельских жителей Якутии (2,7%). При этом наблюдались достоверные различия в распространенности этих нарушений между популяцией коренных сельских жителей Якутии и популяциями сельских жителей Красноярского края ($p < 0,001$), жителей г.Красноярска ($p < 0,001$). Достоверных различий в распространенности НЖЭ между жителями города и сельскими жителями Красноярского края не отмечалось.

Желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) наиболее часто выявлялась в популяции жителей г.Красноярска (7,2%), несколько реже в популяции сельских жителей Красноярского края (6,4%), наиболее редко в популяции коренных сельских жителей Якутии (4,1%). При этом наблюдались достоверные различия в распространенности этих нарушений между популяцией коренных сельских жителей Якутии и популяциями сельских жителей Красноярского края ($p = 0,015$), жителей г. Красноярска ($p = 0,032$). Достоверных различий в распространенности ЖЭ между жителями города и сельскими жителями Красноярского края не отмечалось.

Во всех популяциях наиболее редко по данным однократной регистрации ЭКГ выявлялась фибрилляция предсердий (ФП). В популяции коренных сельских жителей Якутии данное нарушение было зарегистрировано у 5 человек (0,7%): 3 мужчин (0,9%) и 2 женщин (0,5%). В популяции сельских жителей Красноярского края ФП была выявлена у 18 человек (1,5%): у 7 мужчин (1,5%), и 11

женщин (1,5%). В популяции жителей г. Красноярска ФП была выявлена у 3 человек (1,1%): 2 мужчин (1,8%) и 1 женщины (0,6%).

В целом, нарушения ритма сердца по данным ЭКГ в выявлялись популяции жителей г. Красноярска в 15,5%, в популяции сельских жителей Красноярского края в 14,3%, в популяции коренных сельских жителей Якутии в 6,7% случаев.

0220 ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПЕРЕМЕЩЕНИЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК СЕРДЦА В СИСТЕМНОМ КРОВООБРАЩЕНИИ

Голованов И.И.

Физиологическое общество им. И.П.Павлова, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение роли перемещений атриовентрикулярных перегородок (АВП) сердца в системном кровообращении.

Методы исследования. Считается, что назначение АВП заключается в регулировании кровотока от вен к артериям с помощью атриовентрикулярных клапанов (в левом желудочке — митральный клапан, в правом — трёхстворчатый), которые препятствуют обратному забросу (регургитации) крови в предсердия во время систолы. Аортальный и лёгочный клапаны предупреждают регургитацию крови в желудочки во время диастолы. На ЭКГ зубец Р, предшествующий комплексу QRS, трактуется как предсердный выброс в желудочки. Подобная трактовка роли АВП не позволяет ответить на целый ряд вопросов, в т.ч., как происходит заполнение желудочков и предсердий.

Полученные результаты. Внимательное изучение АВП в рабочем состоянии (а сердце может выполнять свои функции только в рабочем состоянии) показало, что АВП, находясь в фиксированном положении, выполняет в сердце двойную функцию. Когда клапаны АВП открыты — они и выполняют роль собственно клапанов, а когда клапаны закрыты — АВП выполняют роль фиксированного поршня поршневого насоса, в котором сокращения и расслабления миокарда выполняют функции подвижной части насоса. Таким образом, АВП — это поршень поршневого насоса, коим является как предсердия, так и желудочки. Тем самым подтверждается мысль И.П.Павлова: сердце — 4 насоса. Работу сердца можно условно представить как работу двух двухступенчатых поршневых насоса. При этом клапаны играют не пассивную, а активную роль, создавая давление в желудочках с помощью сухожильных нитей и сосочковых мышц.

Под действием систолы желудочков кровь движется только до капилляров, в которых через проницаемые стенки происходит разгрузка артериального давления до условного «нуля» — давления в интерстициальной (тканевой) жидкости — в результате выдавливания воды из капилляров; дальнейшее продвижение крови и лимфы к предсердиям осуществляется под действием присасывающего эффекта предсердий (диастола предсердий), за счёт их собственного расширения и перемещения АВП вниз. Перемещение АВП вверх приводит к систоле предсердий с одновременной диастолой желудочков. На ЭКГ зубец Р, предшествующий комплексу QRS, характеризует не только предсердный выброс, но и одновременное всасывание крови желудочками.

Выводы. Под действием систолы желудочков в БКК и МКК кровь движется только до капилляров; дальнейшее продвижение крови и лимфы к предсердиям осуществляется под действием присасывающего эффекта предсердий.

0221 ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ

Головачева Т.В.¹, Лукьянов В.Ф.¹, Скворцов К.Ю.¹, Вервикишко О.С.², Новиков Р.А.³, Шувалов С.С.⁴

¹ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия; ²ММУ «МСЧ Саратовского подшипникового завода», Саратов, Россия; ³ООО МЦ «Здоровье», Саратов, Россия; ⁴ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, Саратов, Россия

Цель: оценка влияния комбинации ивабрадина с бета-адреноблокаторами (БАБ) на показатели ишемии миокарда и вариабель-

ности ритма сердца (ВРС) у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы. В течение года наблюдались 50 мужчины, возраст $53,2 \pm 3,8$ г, со ССН II-III ФК. Диагноз верифицировался клинически и по данным ВЭМ-пробы, проводившейся на фоне отсутствия приема БАБ в течение 48 часов. До включения в исследование у всех пациентов фиксировалась синусовая тахикардия (>80 ударов в минуту). Критерий включения в исследование — невозможность увеличения суточной дозы БАБ из-за снижения систолического АД менее 100 мм рт.ст. Критерии исключения — непереносимость препаратов, перенесенный инфаркт миокарда, ХСН > 2 ФК по классификации NYHA. Систолическая дисфункция исключалась по данным ДоплЭхоКГ. Всем больным до включения в исследование и через 12 месяцев проводили суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ). Больные рандомизировались на 2 группы. Пациенты 1-й группы (21 человек) на фоне терапии аспирином, аторвастатином, периндоприлом получали комбинацию бисопролола (2,5 мг 2 р/с) с ивабрадином (5-7,5 мг 2 р/с). У пациентов 2-й группы (22 человека) указанная терапия комбинировалась с метопрололом тартратом (12,5-25 мг 2 р/с) и ивабрадином в описанной суточной дозировке. Доза ивабрадина титровалась до достижения ЧСС 50-60 в состоянии покоя. Для обработки данных использовались методы непараметрической статистики.

Результаты. В 1-й группе больных суммарное время ишемии миокарда (СВИМ) исходно и через 12 месяцев составило $34,8 \pm 7,1$ мин и $12,1 \pm 5,5$ мин, SDNN — 88,2 и 105,1 мс, LF/HF — 4,2 и 2,2, соответственно ($p < 0,05$). Во 2-й группе пациентов аналогичные показатели составили: СВИМ — $37,2 \pm 7,1$ мин и $12,2 \pm 4,9$ мин, SDNN — 87,2 и 104,6 мс, LF/HF — 4,6 и 2,2, соответственно ($p < 0,05$). При сравнении указанных показателей между группами больных в динамике статистически достоверных различий получено не было.

Выводы. Комбинация ивабрадина с бисопрололом или метопрололом тартратом на фоне стандартной терапии у мужчин со ССН в равной степени влияет на динамику показателей ишемии миокарда и ВРС.

0222 ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА И ТЕЛМИСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК

Головачева Т.В.¹, Лукьянов В.Ф.¹, Скворцов К.Ю.¹, Онищенко Т.Г.², Семьякина-Глушкова О.В.², Новиков Р.А.³, Шувалов С.С.⁴

¹ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия; ²ГОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. Н.Г.Чернышевского», Саратов, Россия; ³ООО МЦ «Здоровье», Саратов, Россия; ⁴ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, Саратов, Россия

Цель: сравнительное исследование влияния антагонистов АТ1-рецепторов лозартана и телмисартана на гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) в зависимости от показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у пациентов с артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Включенные в исследование 55 гипертоников (все мужчины, возраст 30-60 лет) были распределены на 2 группы в зависимости от уровня АД: ГБ I степени и II степени (20 и 35 человек, соответственно). Диагноз ГБ устанавливался согласно рекомендациям ВНОК (2008 г.) По исходным клинико-демографическим показателям (возраст, рост, вес, курение, длительность АГ, уровень систолического и диастолического АД по данным СМАД, результаты ДоплЭхоКГ) группы были сопоставимы. После рандомизации 27 пациентам назначался лозартан в дозе 50-100 мг/сутки, 28 больным — телмисартан в дозе 40-80 мг/сутки. Период наблюдения составил 6 месяцев. Обработка результатов исследования проводилась с использованием методов параметрической и непараметрической статистики с критерием достоверности $p < 0,05$.

Результаты. При сравнительном анализе препаратов получено достоверное преимущество телмисартана над лозартаном. Так, по данным ДопЭхоКГ в группе телмисартана наблюдалось уменьшение ИММЛЖ на 13,5%, в группе лозартана — на 9,8% ($p<0,05$), ТМЖП уменьшилась на 8,3% в группе телмисартана и на 5,4% в группе лозартана ($p<0,05$), ТЗСЛЖ в группе телмисартана уменьшилась на 14,1%, тогда как в группе лозартана — на 6,7% ($p<0,05$). ИММЛЖ фоне приема лозартана регрессировал преимущественно у нон-дипперов, тогда как на фоне приема телмисартана — у нон-дипперов, найт-пикеров и овер-дипперов.

Выводы. Полученные предварительные результаты показывают, что телмисартан по сравнению с лозартаном более достоверно влияет на динамику показателей ГЛЖ у больных ГБ, особенно у лиц с ночной гипертензией и, напротив, с чрезмерным снижением АД во время ночного сна.

0223 АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Головачева Т.В., Глухова Н.А., Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Федорова О.Ф., Ушакова Т.М., Капланова Т.И., Петрова В.Д.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Оценить влияние электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД) на антикоагулянтную активность крови у больных нестабильной стенокардией (НС) II класса форм А и В по E. Braunwald на фоне общепринятого медикаментозного лечения.

Материал и методы исследования. Обследовано 109 больных НС II класса форм А и В по E. Braunwald, находившихся на стационарном лечении в 1-м и 2-м кардиологических отделениях ММУ «МСЧ СПЗ-3» г. Саратова. В первую группу были включены больные НС, получавшие стандартное медикаментозное лечение (группа сравнения) — 54 человека (26 больных НС формы А и 28 — формы В), вторую группу составили больные, получавшие дополнительное лечение ЭМИ ММД — 55 человек (27 человек — больные НС формы А и 28 человек — формы В). Исследование включало две контрольные точки: до начала лечения и после окончания стационарного лечения. Для оценки состояния антикоагулянтного звена системы гемостаза исследовали активность антитромбина III (АТ III), уровень эндогенного гепарина и нарушения в системе протеина С (резистентность Va фактора к активированному протеину С (НО РАПС) и суммарный показатель нарушений в системе протеина С (НО ПрС)).

Полученные результаты. Статистически значимое увеличение активности АТ III у больных НС формы В наблюдалось только в группе больных, получавших в дополнение к медикаментозному лечению ЭМИ ММД (с $83,05\pm 2,97$ до $90,24\pm 2,79\%$, $p=0,01$) в отличие от группы сравнения (с $83,00\pm 5,70$ до $84,07\pm 4,67\%$, $p=0,1$). При НС формы А статистически значимого изменения активности АТ III не отмечалось ни в одной группе (р(ЭМИ ММД)=0,5; р(С)=0,08). Динамики НО РАПС в процессе лечения ни в одной группе не произошло (р(ЭМИ ММД)=0,34; р(С)=0,5). При анализе динамики НО ПрС отмечено достоверное его повышение только у больных НС формы В при применении ЭМИ ММД (с $0,72\pm 0,02$ до $0,78\pm 0,02$, $p=0,03$). В группе сравнения достоверного изменения НО ПрС не произошло (с $0,69\pm 0,03$ до $0,72\pm 0,04$, $p=0,3$). При НС формы А статистически значимого изменения НО ПрС не было ни в одной исследуемой группе (р(ЭМИ ММД)=0,34; р(С)=0,5). Увеличение уровня эндогенного гепарина при НС форм А и В в процессе лечения наблюдалось в группе ЭМИ ММД (с $5,66\pm 0,90$ до $7,59\pm 0,71$ мЕд/мл, $p=0,03$). В группе сравнения значимого изменения уровня эндогенного гепарина не произошло (р=0,86).

Выводы. В результате нашего исследования было отмечено положительное влияние ЭМИ ММД на состояние антикоагулянтной защиты, выражающееся в увеличении активности антитромбина III, уровня эндогенного гепарина и суммарного показателя, отражающего состояние системы протеина С. Влияние ЭМИ ММД на состояние антикоагулянтного звена системы гемостаза проявляется преимущественно у больных НС формы В.

0224 РОЛЬ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Головачева Т.В., Петрова В.Д., Паршина С.С., Капланова Т.М., Ушакова Т.М., Афанасьева Т.Н., Ляльченко И.Ф., Федорова О.Ф., Глухова Н.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

В развитии хронической сердечной недостаточности диастолические нарушения часто предшествуют систолическим, поэтому оценка функции диастолы у больных ИБС имеет большое значение для раннего выявления ее нарушений и своевременного проведения лечебных мероприятий.

Цель. Изучение влияния электромагнитного излучения миллиметрового диапазона (ЭМИ ММД или КВЧ-терапии) на показатели диастолической функции левого желудочка у пациентов со стабильной стенокардией.

Материал и методы исследования. Было обследовано 64 пациента ишемической болезнью сердца: стенокардией напряжения II-IV функциональных классов. Основная группа (36 человек) на фоне традиционной медикаментозной антиангинальной терапии получала лечение ЭМИ ММД в прерывистом режиме. Контрольную группу составили 28 больных стенокардией, получавших только медикаментозное антиангинальное лечение.

Показатели диастолической функции левого желудочка оценивались с использованием ДопплерЭхоКГ по общепринятым методикам на аппарате «Vingmedsound» CFM 800 фирмы «Sonotron» (Германия).

Полученные результаты. Изолированное изменение только 1 показателя — времени замедления раннего диастолического наполнения, было обнаружено у 22,2% обследуемых (8 чел.). После проведения курса КВЧ-терапии увеличение этого показателя выявлялось лишь у 8,3% пациентов (3 чел.).

I тип нарушения трансмитрального кровотока (по релаксационному типу) был выявлен у 65,2% (15 чел.), после проведения курса КВЧ-терапии — у 13% (3 чел.), то есть в 5 раз меньше ($p<0,05$). Это были пациенты с III ФК стенокардии и начальными клиническими признаками НК.

II тип нарушения («псевдонормализация») трансмитрального кровотока был выявлен у 11,1% больных (4 чел.). У них отмечались клинические признаки сердечной недостаточности IIa стадии. В процессе лечения при улучшении клинического состояния достоверных положительных изменений показателей центральной гемодинамики не произошло.

III тип нарушения трансмитрального кровотока (рестриктивный) у обследуемых больных не выявлялся.

У пациентов контрольной группы, получавших традиционную антиангинальную терапию, значительного изменения диастолической дисфункции не произошло.

Выводы: включение электромагнитного излучения миллиметрового диапазона в комплекс терапии больных стенокардией повышает эффективность лечения, улучшая диастолическую функции миокарда.

0225 ВЛИЯНИЕ КОРАКСАНА НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Головачева Т.В., Паршина С.С., Афанасьева Т.Н., Федорова О.Ф., Водоланг А.В.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

В настоящее время в комплексной терапии больных хронической коронарной недостаточностью все более широкое применение находит использование ингибитора I_f -каналов кораксана (ивабрадина), поскольку доказано его антиишемическое действие, улучшение показателей диастолической дисфункции и электрофизиологических свойств кардиомиоцитов (в том числе уменьшение частоты регистрации поздних потенциалов желудочков). При этом

отсутствуют данные о влиянии кораксана на реологические свойства крови, в то время как реологические нарушения являются важным компонентом патогенеза стабильной стенокардии и нередко определяют течение заболевания и развитие его осложнений.

Целью работы явилась оценка влияния кораксана на вязкость крови, функциональные свойства эритроцитов и функциональную активность эндотелия сосудистой стенки у больных стабильной стенокардией напряжения II–IV ф.к. на стационарном этапе наблюдения.

Обследованы 30 больных стенокардией напряжения II–IV ф.к., у которых в комплексной терапии был использован кораксан на фоне стандартной терапии аспирином, нитратами, ингибиторами АПФ, при необходимости – β-адреноблокаторами. Доза кораксана составила 5 мг 2 раза в день. Контрольную группу составили 45 больных, получавших только указанную стандартную медикаментозную терапию.

Изучались вязкость крови (ВК) при 3-х скоростях сдвига (20 с^{-1} , 100 с^{-1} , 200 с^{-1}), индекс агрегации эритроцитов (ИАЭ), индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ), индекс доставки кислорода тканям (Нт/η). Оценивался также реологический индекс сосудистой стенки (РИСС), определяемый как отношение ВК после манжеточной пробы к показателю ВК до манжеточной пробы. РИСС характеризует эндотелий-зависимую регуляцию текучести крови в условиях сосудистого спазма и свидетельствует о способности эндотелия выделять вещества, повышающие текучесть крови в условиях индуцированной ишемии.

Установлено, что стандартная медикаментозная терапия не оказывает статистически достоверного влияния на показатели вязкости крови при исследуемых скоростях сдвига ($p > 0,05$), функциональные свойства эритроцитов и индекс доставки кислорода тканям ($p > 0,05$). При использовании кораксана, наряду с высоким антиангинальным и антиишемическим эффектом, выявлено благоприятное воздействие прежде всего на текучесть крови ($p < 0,05$), а также выраженная тенденция к повышению деформационных свойств эритроцитов без существенного изменения их агрегационной способности ($p > 0,05$). Влияние на РИСС было разнонаправленным в зависимости от диаметра сосудов и исходного значения показателя.

Полученные данные свидетельствуют о целесообразности дальнейшего изучения кораксана в качестве возможного эффективного реопротектора у больных стабильной стенокардией. Результаты исследования позволяют предположить еще один вероятный антиангинальный механизм действия ивабрадина.

0226 ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ

Гома Т.В., Орлова Г.М., Хамнуева Л.Ю.
ГОУ ВПО ИГМУ, Иркутск, Россия

Цель работы: оценить сердечно-сосудистый статус у больных с диффузным токсическим зобом (ДТЗ), декомпенсированным тиреотоксикозом.

Материалы и методы: обследовано 31 больных ДТЗ, у всех больных на момент осмотра тиреотоксикоз был декомпенсированным, из них женщин – 27 (87%), средний возраст – $39,0 \pm 12,9$ л. Среднее значение индекса массы тела (ИМТ) $25,3 \pm 4,9 \text{ кг/м}^2$, гемоглобина крови (Нв) $129,8 \pm 18,2 \text{ г/л}$. У 23 (74,2%) пациентов выявлен ДТЗ 2 ст (по ВОЗ), 8 (25,8%) – 1 ст, медиана средней длительности ДТЗ составила 3 года. Средний уровень свТ4 $46,1 \text{ пмоль/л}$, ТТГ $0,01 \text{ мкМЕ/мл}$ (медиана). Проведен анализ жалоб, уровня АД, ЧСС, результатов ЭКГ, эхокардиографии, а также липидного спектра крови.

Результаты: Структура жалоб следующая: одышка при небольшой физической нагрузке – 11 (35,5%), сердцебиение – 30 (96,8%), перебои в области сердца – 9 (29%), загрудинные боли – 2 больных.

Фибрилляция предсердий определяется у 8 (25,8%) больных, в том числе у 3- пароксизмальная, 4- тахисистолическая и 1- нормосистолическая форма. У 2 пациентов при ЭКГ выявлен синдром ранней реполяризации желудочков, у 13 (41,9%) – гипертрофия левого желудочка. Среднее значение фракции выброса

(ФВ) $67,8 \pm 7,4\%$. У 10 (32,3%) пациентов обнаружены признаки диастолической дисфункции левого желудочка.

Выявлена отрицательная корреляционная связь между длительностью течения ДТЗ и значением ИМТ ($r = -0,43$; $p = 0,016$), систолическим АД ($r = -0,37$; $p = 0,043$), диастолическим АД ($r = -0,46$; $p = 0,010$), ФВ ($r = -0,46$; $p = 0,011$), значением общего холестерина сыворотки крови ($r = 0,56$; $p = 0,003$), холестерина липопротеидов высокой плотности ($r = -0,64$, $p = 0,046$), холестерина липопротеидов низкой плотности ($r = -0,77$; $p = 0,009$), уровнем Нв ($r = -0,39$; $p = 0,03$). Корреляционная связь обнаружена между значением свТ4 и уровнем триглицеридов сыворотки крови ($r = -0,46$; $p = 0,037$).

Таким образом, длительное течение ДТЗ, повышение уровня тиреоидных гормонов, вероятно, приводит к значимому снижению липидемии, ИМТ, формированию сердечной недостаточности. Относительное снижение уровня гемоглобина крови, вероятно, связано с длительной активацией процессов катаболизма на фоне активации тиреоидными гормонами процессов эритропоэза.

0227 АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АТ2R1 И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Гончарова Л.Н., Снеговской В.А., Кузовенкова О.Н.
ГОУВПО "МГУ им. Н.П. Огарева", Саранск, Россия

Ангиотензин II является одним из самых мощных вазоконстрикторов, что определяет его роль в патогенезе АГ. В связи с этим особый интерес представляет изучение полиморфизма гена ангиотензина II рецепторов I типа (АТ2R1) и его возможное влияние на развитие гипертрофии миокарда левого желудочка.

Целью нашей работы явился анализ встречаемости генотипов гена АТ2R1 среди пациентов с АГ мордовской (мокша, эрзя) и русской национальностей, а также изучение ассоциации гена АТ2R1 с показателями эхокардиографического исследования.

Материалы и методы: было обследовано 303 пациента с установленным диагнозом эссенциальной АГ. Все пациенты прошли тщательное медицинское обследование (сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, лабораторные методы исследования, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ)). Все обследованные с учетом цели исследования были разделены на три группы. В первую группу вошли больные мордва- эрзя ($n = 101$), во вторую мордва – мокша ($n = 100$), третью группу составили пациенты русской национальности ($n = 102$).

Результаты: распределение генотипов гена АТ2R1 оказалось следующим: среди пациентов эрзянской этнической группы генотип АА составил 62,9%, АС – 30,4%, СС – 6,7%, среди мокшанских пациентов АА – 65,8%, АС – 32,4%, СС – 1,8%, в группе этнических русских 72,8%, 25,2%, 1,9% соответственно.

Анализ полиморфизма гена АТ2R1 в зависимости от национальности и пола выявил, что среди эрзянских женщин соотношение генотипов изучаемого гена составило 61,8:30,9:7,3%, для эрзянских мужчин – 70,8:25,0:4,2%, для женщин мокшанской этнической группы – 61,4:37,3:1,3%, для мокшанских мужчин – 73,3:23,3:3,4%. В группе русских пациентов данное соотношение среди женщин составило 68,4:29,0:2,6%, среди мужчин – 82,1:17,9%, то есть среди мужчин русской национальности не выявлено носителей генотипа СС.

При изучении эхокардиографических показателей в зависимости от полиморфизма гена АТ2R1 и национальной принадлежности в группе эрзянских пациентов были выявлены более высокие показатели КДР и КСР, ММЛЖ у лиц с гомозиготным по аллелю С генотипом, но данные различия не достигали критерия достоверности.

Таким образом, при изучении полиморфизма гена АТ2R1 в зависимости от национальной принадлежности и пола во всех трех группах пациентов с АГ было выявлено достоверное преобладание благоприятного генотипа АА. При анализе эхокардиографических показателей в зависимости от полиморфизма гена АТ2R1 между изучаемыми этническими группами статистически значимых различий выявлено не было.

0228 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ

Гончарова Н.Ю., Чернов Ю.Н., Батищева Г.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: оценить особенности взаимосвязей между состоянием эндотелиальной дисфункции, липидного обмена и вегетативной регуляции в профессиональной группе поездных диспетчеров, страдающих артериальной гипертензией

Методы: группу наблюдения составили 21 диспетчер ОАО РЖД, ср. возраст — 42,2±8,1 лет, у которых впервые была выявлена артериальная гипертензия 1–2 ст. Комплексная программа обследования включала определение показателей липидного обмена (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, коэффициент атерогенности), оценку регуляторных систем с учетом вариабельности сердечного ритма (комплекс «Варикард», РФ), исследование сосудистой стенки на основании контурного анализа пульсовой волны с определением эндотелийзависимой вазодилатации при окклюзионной пробе (комплекс «Ангиоскан», РФ).

Результаты: при обследовании у поездных диспетчеров выявлена преимущественно диастолическая форма АГ с показателями САД 143,2±12,1 мм рт.ст. ДАД 98,2±14,9 мм рт.ст. Нарушения липидного обмена наблюдались у 10 человек (47,6%), у которых имелось достоверное повышение уровня общего ХС — 6,3±1 ммоль/л ($p<0,01$), ЛПНП — 3,95±1,3 ммоль/л ($p<0,05$), ТГ — 1,85±0,6 ммоль/л ($p<0,05$), увеличение КА до 4,47±1,3 усл.ед. ($p<0,01$). При этом у больных с сочетанием АГ и дислипидемии (ДЛП) показатели вегетативной регуляции и АД были сопоставимы с группой пациентов ($n=11$), у которых АГ не сопровождалась ДЛП. Отличительной особенностью диспетчеров, страдавших АГ и ДЛП, было снижение коэффициента сосудистой реакции при выполнении окклюзионной пробы — до 1,3±0,3 усл.ед., тогда как у больных АГ с нормальными показателями липидного обмена коэффициент сосудистой реакции составил 1,46±0,2 усл.ед., приближаясь к уровню здоровых лиц ($\geq 1,5$ усл.ед.). Данный результат свидетельствует о более выраженных проявлениях эндотелиальной дисфункции у больных АГ при развитии ДЛП. Корреляционный анализ подтвердил существование отрицательных связей между показателями липидного обмена и наличием эндотелиальной дисфункции. Так, между величиной коэффициента сосудистой реакции и уровнем общего ХС установлена сильная отрицательная связь $r=-0,79$ ($p<0,05$), между коэффициентом сосудистой реакции и ЛПНП отмечен аналогичный уровень показателей корреляции $r=-0,79$ ($p<0,05$). При оценке вегетативной регуляции у больных АГ установлены положительные корреляционные связи между величиной диастолического АД и показателями вариабельности сердечного ритма, отражающими повышение активности симпатoadренальной системы — между уровнем ДАД и общей мощностью спектра ТР $r=-0,5$ ($p<0,05$), ДАД и стресс — индексом Si $r=0,55$ ($p<0,05$).

Выводы: патогенетические особенности формирования гипертонической болезни у лиц операторских профессий на начальной стадии заболевания характеризуются развитием эндотелиальной дисфункции с нарушением липидного обмена и участием симпатического звена вегетативной регуляции, что способствует увеличению сосудистого сопротивления и повышению диастолического давления.

0229 БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СТРЕССА И ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ НАГРУЗКУ У ПАЦИЕНТОВ СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Горбат Т.В., Нечесова Т.А., Ливенцева М.М., Коробко И.Ю., Павлова О.С.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: изучить особенности гемодинамической реакции на психоэмоциональную нагрузку и уровни биохимических марке-

ров стресса у лиц со стресс-индуцированной гипертензией на рабочем месте.

Методы исследования: в исследовании приняли участие 105 человек. Основную группу ($n=40$) составили лица, у которых различия между среднесуточными показателями систолического артериального давления (САД) и/или диастолического артериального давления (ДАД), полученными в рабочий и выходной дни при суточном мониторингировании артериального давления (СМАД), были 6 и /или 3 и более мм рт. ст., что соответствовало диагностическим критериям стресс-индуцированной гипертензии на рабочем месте. Контрольную группу ($n=35$) составили нормотензивные по результатам СМАД лица. В группу сравнения ($n=30$) были включены пациенты с артериальной гипертензией (АГ) I–II ст. Группы были сопоставимы по полу, возрасту и стажу работы. Всем обследуемым было проведено СМАД в рабочий и выходной дни, информационная проба (компьютерная игра) с измерением артериального давления (АД) на 1, 3, 5, минутах и 10-й минуте после проведения информационной пробы. Утренний уровень кортизола крови определяли иммуноферментным методом на анализаторе «Humareader» (норма — 140–600 нмоль/л). Уровень магния в плазме определяли колориметрическим методом на аппарате «Hitachi 902» (норма: 0,87–1,07 ммоль/л).

Полученные результаты: Уровень кортизола у лиц основной группы составил 958,4±53,5 нмоль/л, что достоверно выше ($p<0,0167$), чем у лиц контрольной группы — 687,2±53,25 нмоль/л и у лиц группы сравнения — 632,3±53,22 нмоль/л соответственно. Среди лиц со стресс-индуцированной гипертензией на рабочем месте «гипомагниемия» (снижение концентрации магния в сыворотке крови ниже 0,87 ммоль/л) наблюдалась в 72% случаев, среди здоровых — в 21% случаев ($p<0,05$, $x^2=3,4$), среди пациентов с АГ — в 57% случаев. Лица со стресс-индуцированной гипертензией на рабочем месте характеризовались такой же степенью подъема АД на информационную пробу и сохранением гипертензивной реакции после 10 минут отдыха, как и пациенты с АГ I–II ст. У лиц контрольной группы подъемы АД были достоверно ниже по сравнению с лицами основной группы и группы сравнения. Δ САД/ Δ ДАД после 10 минут отдыха лиц основной группы составил 14,2±0,85/9,2±0,75 мм рт.ст., лиц контрольной группы — 1,8±0,45/1,1±0,28 мм рт.ст. ($p<0,0167$), лиц группы сравнения — 14,4±0,98/10,8±1,1 мм рт.ст. соответственно.

Выводы: пациенты со стресс-индуцированной гипертензией на рабочем месте характеризуются достоверно более высоким уровнем кортизола, как маркера влияния стрессовых факторов, и достоверно более низким уровнем магния плазмы по сравнению с нормотензивными обследуемыми и с пациентами с АГ I–II степени. У пациентов основной группы сохраняется гипертензивная реакция на 10-й минуте отдыха после проведения информационной пробы, которая достоверно не отличается от таковой пациентов с АГ, что может свидетельствовать о высокой стресс-реактивности данной категории обследуемых лиц.

0230 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА ЭСМОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА ST

Горб Г.И., Русак М.В., Карбузов М.В., Брыксин С.А.

ГБ № 2 им В. В. Баныкина, Тольятти, Россия

Доказанная способность β -блокаторов увеличивать продолжительность жизни и выраженная антиангинальная активность — основное показание их использования у больных с обострением ишемической болезни сердца. Во всех рекомендациях по ведению больных с острым коронарным синдромом (ОКС) присутствуют данная группа препаратов. Мы использовали препарат ЭСМОЛОЛ (БРЕВИБЛОК), при лечении больных с острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКС БП ST).

Цель исследования: оценить безопасность и эффективность применения внутривенного введения β -адреноблокатора ЭСМОЛОЛА у пациентов с ОКС БП ST в группе высокого коронарного риска согласно рекомендациям (АКК/ААС).

Критерии включения: депрессия сегмента ST $\geq 0,05$ mV в 2-х и более смежных отведениях, предположительно остро возникшая

блокада левой ножки пучка Гиса, устойчивая желудочковая тахикардия; прогрессирующий характер ишемических симптомов в течение последних 48 часов, боль во время осмотра; признаки недостаточности кровообращения по Killip II – III.

В исследование включено 57 пациентов, поступивших в отделение кардиореанимации. Средний возраст пациентов составил 61,4 года, из них мужчин 36 (63,1%), женщин 21 (36,8%). Помимо клинических и электрокардиографических критериев оценки острого коронарного синдрома без подъема ST проводили определение маркеров некроза миокарда – тропонин Т, повышенный уровень которого отмечен при первичном определении в 28,6% случаев, при повторном – в 13,0%. Осуществляли мониторинг частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), сатурации крови, электрокардиограммы (ЭКГ).

Исходная ЧСС составила $82,0 \pm 20,1$, АД систолическое $120,5 \pm 15,8$.

Лечение больных начинали с обезболивания морфином – в 17 (29,8%) случаях, приема не защищенной формы аспирина в дозе 250–500 мг, приема клопидогреля в нагрузочной дозе 300 мг, болюсного введения гепарина (как правило, нефракционированного) в дозе не более 5000 МЕ, с последующей инфузией в течение суток 1000–1250 МЕ/час. Следующим препаратом был ЭСМОЛОЛ, показанием для его назначения служили: продолжающаяся/рецидивирующая боль, с депрессией ST, нестабильность гемодинамики, относительные противопоказания определялись в соотношении риск/польза. Дозировка препарата подбиралась индивидуально в каждом конкретном случае. Начальная доза составила 0,5 мг/кг болюсом в течение 3–5 минут, затем в виде инфузии со скоростью 100 мкг/кг/мин, в течение 5–10 минут. ЧСС в среднем в группе 69,9 в минуту, затем увеличивали скорость введения препарата до достижения ЧСС 50–55 в минуту. Средняя скорость введения препарата составила 235 мг/кг/мин. Систолическое АД претерпевало следующие изменения: в течение 5–10 минут снижалось в среднем до 113,9, а затем удерживалось на уровне $119 \pm 13,8$. На фоне постоянной инфузии препарата сохранялась стабильная гемодинамика, без резких колебаний АД, и ЧСС. Необходимо отметить, что ни в одном случае мы не наблюдали бронхоспазма или тяжелых блокад проведения, потребовавших временной эндокардиальной стимуляции. Получены следующие исходы: не фатальный инфаркт миокарда развился в 21 (36,8%) случае, фатальный инфаркт миокарда у 3 (5,2%) пациентов. Нестабильная стенокардия составила 33 (57,9%) пациента.

Выводы: использование кардиоселективного β -адреноблокатора ультракороткого действия ЭСМОЛОЛА у пациентов с ОКС БП ST в группе высокого коронарного риска, в условиях быстротечности ситуации, благодаря высокой способности титрования препарата и контроля длительности блока, представляется наиболее безопасным.

0231 ВЛИЯНИЕ ЗОФЕНОПРИЛА И ПЕРИНДОПРИЛА НА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА И ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПРИ ИХ РАННЕМ ПРИМЕНЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Горева Л.А., Павликова Е.П., Киякбаев Г.К., Моисеев В.С.
РУДН, Москва, Россия

Цель. Оценить влияние раннего назначения сульфгидрильного ингибитора АПФ зофеноприла в сравнении с карбоксильным периндоприлом на клинико-гемодинамические параметры, уровень оксидативного стресса, гликемического профиля у больных с сахарным диабетом (СД) и острым передним инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы: обследовано 54 пациента (36 женщин) с ОИМ (первые 24 часа) с подъемом ST и впервые выявленным или ранее диагностированным СД 2 типа. Срок наблюдения 12 недель. Средний возраст $67,5 \pm 8,3$ г. Больные получали стандартную терапию ОИМ и СД, тромболитиз – 33% больных. При рандомизации зофеноприл (З) ($n=28$) был

назначен в начальной дозе 15 мг/сут с титрованием до 60 мг/сут (средняя – 30 ± 8 мг/сут), периндоприл (П) ($n=26$) – в начальной дозе 2 мг/сут с титрованием до 8 мг/сут (средняя – $4 \pm 2,5$ мг/сут). Обе группы были сопоставимы по основным клинико-демографическим показателям. Оценивались частота ранних и поздних сердечно-сосудистых осложнений. В острый период, перед выпиской и через 12 нед. определялись уровни креатинина, гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), глюкозы, малонового диальдегида в изолированных липопротеинах низкой плотности (МДА_{лнп}) и в плазме (МДА_{пл}), супероксиддисмутазы (СОД), глутатионпероксидазы (ГПО), мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP), проводился 6-минутный тест ходьбы. Конечнодиастолический и конечно-систолический размеры, фракцию выброса (ФВ) определяли двухмерной эхокардиографией.

Результаты. В остром периоде случаев клинически значимой гипотонии, острой сердечной недостаточности (Killip III–IV), электролитных нарушений, острой почечной недостаточности не зарегистрировано. Через 12 нед. в обеих группах отмечено достоверное повышение ФВ с $40,7 \pm 4,4$ до $46,7 \pm 5,6\%$, $p=0,001$ (в группе З) и с $42,9 \pm 3,8$ до $43,0 \pm 4,0\%$, $p=0,04$ (в группе П). При сопоставимом влиянии на динамику размеров ЛЖ и уровень АД отмечено достоверное снижение уровня NT-proBNP ($p=0,01$ и $p=0,04$ в 1-й и 2-й группах соответственно). Увеличение пройденной за 6 мин. дистанции ($283 \pm 81,6$ до $397,7 \pm 82,3$ м, $p=0,01$) более выражено в группе З. Достоверное повышение активности СОД и ГПО ($p<0,01$) с одновременным снижением уровня МДА_{лнп} и МДА_{пл} ($p<0,06$), снижение уровня HbA_{1c} на $0,15 \pm 0,4\%$, $p=0,001$, глюкозы в крови $-0,34$, $p<0,001$ отмечалось в 1-й группе, во 2-й группе статистически значимых изменений указанных показателей не зафиксировано. Рецидивов ИМ, повышения уровня креатинина, потребовавших коррекции дозы препаратов не отмечено ни в одной группе.

Выводы. При одинаковом влиянии на клинико-гемодинамические параметры, равной степени безопасности, терапия зофеноприлом ассоциировалась с достоверно более выраженным снижением оксидативного стресса, улучшением гликемического профиля и переносимости физических нагрузок.

0232 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ WPW В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ДОПЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ

Горелова М.И., Криночкин Д.В., Харац В.Е., Доний Е.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы. Оценить изменение показателей систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) по данным доплерэхокардиографии (ДЭхоКГ) после выполнения радиочастотной абляции (РЧА) дополнительных путей проведения.

Методы. С помощью ДЭхоКГ было обследовано 45 пациентов (24 мужчины и 21 женщина, средний возраст $37,5 \pm 2,5$ лет) с ортодромной тахикардией на фоне синдрома Вольфа-Паркинсона-Уайта: 1-я группа – 30 пациентов с левосторонней локализацией пучка Кента, 2-я группа – 15 пациентов с правосторонней локализацией пучка Кента до и на 2 сутки после проведения РЧА. Используя ДЭхоКГ, оценивали показатели систолической и диастолической функции ЛЖ: время ускорения (АТ_{ао}), время выброса (ЕТ_{ао}), интеграл линейной скорости (VТ_{ао}) потока в выносящем тракте ЛЖ; время изоволюмического сокращения (IVST), время изоволюмического расслабления (IVRT), максимальную скорость (пик Е) и градиент (HGE) раннего диастолического наполнения и в систолу левого предсердия (пик А и HGA соответственно), отношение Е/А, длительность пика Е (DUR-E) и длительность пика А (DUR-A), время замедления пика Е (DTE).

Результаты. В группе пациентов с левосторонней локализацией пучка Кента на 2-е сутки после РЧА наблюдалось снижение АТао (с $82,0 \pm 3,56$ до $72,8 \pm 4,34$ м/с, $p=0,005$), ЕТао (с $272,8 \pm 9,94$ до $260,0 \pm 8,75$ мс, $p=0,025$) и VTaо (с $0,23 \pm 0,01$ до $0,21 \pm 0,01$ м, $p=0,008$). Также было отмечено снижение показателя DUR-A (с $160,8 \pm 6,93$ до $140,4 \pm 6,14$ мс, $p<0,001$), увеличение показателя DUR-E (с $262,4 \pm 10,76$ до $280,4 \pm 10,76$ мс, $p=0,022$), DTE (с $181,6 \pm 9,10$ до $203,2 \pm 9,34$ мс, $p<0,001$) и IVRT (с $89,0 \pm 2,48$ до $98,2 \pm 2,63$ мс, $p<0,001$). Недостаточно снизился показатель E/A (с $1,34 \pm 0,06$ до $1,21 \pm 0,08$). Остальные показатели в первой группе и все оцениваемые показатели во второй группе достоверно не изменились.

Изменений частоты сердечных сокращений при этом не было выявлено.

Вывод. Таким образом, в ранние сроки после проведения РЧА в обеих группах не отмечалось значимых изменений показателей систолической функции ЛЖ, а показатели диастолической функции ЛЖ несколько ухудшились в первой группе, что, вероятно, связано с зоной РЧ воздействия.

0233 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА

Горина Л.В., Либис Р.А.

ГОУ ВПО ОрГМА, Оренбург, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) продолжает оставаться важной проблемой кардиологии, являясь результатом прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. Клинически выраженная ХСН диагностирована у 5,5% населения Российской Федерации. В последние десятилетия появились данные, что наличие сопутствующих расстройств психического статуса оказывают негативное влияние на течение ХСН. Отмечено, что наряду с классическими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, результаты ряда исследований позволяют рассматривать депрессию как самостоятельный фактор риска развития патологии сердечно-сосудистой системы. Появление депрессии ухудшает клиническое течение ХСН, качество жизни, снижает функциональный класс сердечной недостаточности, увеличивает число и продолжительность госпитализации, негативно влияет на продолжительность жизни больных с ХСН. Врачи общей практики и кардиологи чаще сталкиваются с менее выраженными депрессивными состояниями — «малой» депрессией. Она определяется как наличие у больного подавленного настроения или утраты интереса в течение двух недель и более в сочетании с двумя любыми критериями, такими как: сниженное, подавленное настроение, снижение или утрата интересов, способности испытывать удовольствие и снижение активности с повышенной утомляемостью.

Цель: определить особенности психического статуса у больных с ХСН в зависимости от тяжести заболевания.

Методы исследования: было проведено обследование 34 больных в возрасте от 44 до 72 лет с ХСН I-IV стадии (I-IV функциональные классы по NYHA) на фоне ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии, дилатационной кардиомиопатии. Тревожные и депрессивные состояния оценивались шкалами HADS.

Полученные результаты: СН I была диагностирована у 10 пациентов, СН IIА — 21, СН IIБ — 2, СН III — 1 соответственно. У 6 (18%) больных была клинически выраженная тревога и депрессия, которая оценивалась как 11 баллов и выше по шкале HADS, у 19 пациентов выявлена субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) при отсутствии признаков депрессии. 9 пациентов не имели отклонений в психоэмоциональном статусе.

Вывод: Таким образом, 73,5% обследованных имеют в той или иной степени нарушения эмоциональной сферы, что не может не оказывать негативного влияния на течение основного заболевания. Наличие достоверной зависимости степени выраженности тревожных и депрессивных состояний от выраженности ХСН требует дальнейшего изучения.

0234 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА Трp64Arg ГЕНА ADRB3 С РАЗВИТИЕМ МА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Горшкова Е.С.¹, Мишукина Л.О.¹, Бровкин А.Н.², Носиков В.В.², Затеищikov Д.А.¹

¹ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; ²ГНЦ РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Целью исследования было выявление генов-кандидатов, ассоциированных с возникновением мерцательной аритмии у больных с артериальной гипертензией.

Больные и методы. Обследовано 178 больных, из них 98 мужчин и 80 женщин, средний возраст $64,75 \pm 9,0$ года. Все больные были разделены на две группы: первую, контрольную, группу составили пациенты без мерцательной аритмии — 89 человек (49 мужчин и 40 женщин). Вторая группа была полностью аналогична первой по количеству больных, полу, возрасту, наличию ИБС, сахарного диабета и степени артериальной гипертензии. Основным отличительным критерием явилось наличие мерцательной аритмии у всех пациентов этой группы. Первая (контрольная) группа и вторая группа (пациенты с МА) были полностью сопоставимы. АГ III степени была выявлена у 64,6%, II степени — у 28,7% и I степени — у 6,7%. Ишемическая болезнь сердца — у 56,7% больных, сахарный диабет II типа у 14,0%, сердечная недостаточность — у 24,7%. Средний возраст больных в группе МА не отличался от такового в группе контроля ($p<0,863$). У 25 больных второй группы (28,1%) МА была зарегистрирована впервые, у 64 больных (71,9% случаев) обследованных. В большинстве случаев у обследованных была зарегистрирована фибрилляция предсердий (91,0%), и лишь у 9,0% больных диагностировано трепетание предсердий. Средний возраст начала МА — $59,1 \pm 10,7$ года. У мужчин МА наступала достоверно раньше ($55,4 \pm 10,7$ года), чем у женщин ($62,9 \pm 9,3$ года, $p<0,004$). Средняя продолжительность МА на момент исследования составила $5,4 \pm 5,39$ года. Средняя продолжительность МА до обследования у мужчин и женщин достоверно не отличалась ($p<0,943$). Всем больным обследование проводилось на фоне синусового ритма, и не ранее, чем через 3 недели после его восстановления. Определение аллелей и генотипов полиморфных маркеров G(-44)A и A71G гена CX40, Lys897Thr гена KCNH2, Ser49Gly гена ADRB1, Trp64Arg гена ADRB3 проводилось с помощью ПЦР.

Результаты. Ассоциации генотипов полиморфных маркеров Ser49Gly гена ADRB1, G(-44)A и A71G гена CX40, Lys897Thr гена KCNH2, с возникновением мерцательной аритмии у больных с артериальной гипертензией выявлено не было.

Распределение частот генотипов полиморфного маркера Trp64Arg гена ADRB3 в группе контроля: TT — 44 больных (62,9%), TA — 14 больных (20,0%), AA — 12 больных (17,9%). В группе МА распределение частот генотипов полиморфного маркера Trp64Arg гена ADRB3 оказалось следующим: TT — 64 больных (68,0%), TA — 14 больных (17,1%), AA — 4 больных (4,9%). Носительство генотипа TT оказалось ассоциировано с более высоким риском развития МА — OR 2,02 [1,01-4,06].

Таким образом, генотип TT полиморфного маркера Trp64Arg гена ADRB3 ассоциирован с возникновением мерцательной аритмии у больных с артериальной гипертензией ($p<0,03$).

0235 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИЮ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И КОМПЛЕКС ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Грачева А.В., Снегирева А.В.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Нарушения вазомоторной функции сосудистого эндотелия и изменение комплекса интима-медиа сонных артерий (КИМ) рассматривается как начальный этап в развитии атеросклеротического поражения сосудов. Аэробные тренировки способны нивелировать явления дисфункции эндотелия (ДЭ) у больных остеoarтрозом (ОА). Однако пациенты с выраженной функциональной недостаточностью суставов не имеют возможности выполнять аэробные нагрузки. В такой

ситуации в качестве альтернативного варианта могут быть использованы статодинамические тренировки.

Цель: оценка эффективности статодинамических тренировок на показатели эндотелий зависимой вазодилатации (ЭЗВД) и КИМ у больных ОА.

Материалы и методы: исследование выполнено на 22 женщинах ($55,91 \pm 6,71$ лет), страдающих ОА. Статодинамические тренировки проводились в течение 20-30 минут, 3-4 раза в неделю. Комплекс упражнений представлял собой чередование статической и динамической нагрузки для различных групп мышц с использованием отягощения в виде гантелей и утяжелителей весом 0,5 кг. Для оценки КИМ сонных артерий проводилось ультразвуковое сканирование общей сонной артерии, нормальной считали величину толщины КИМ не более 0,9 мм. Вазомоторная функция эндотелия оценивалась путем определения ЭЗВД по методу D.S. Gelemaier. Контрольные осмотры проводились через 1 и 3 месяца после начала тренировок.

Результаты: в группе статодинамических нагрузок ЭЗВД в целом по группе составила $8,3 \pm 4,15\%$, при этом ДЭ была выявлена у 10 человек (45,45%). Спустя 1 месяц тренировок у пациентов с выявленной ДЭ показатель ЭЗВД возрос на 12,3% ($p=0,03$), а через 3 месяца физической реабилитации ЭЗВД увеличилась в среднем на 77,4% ($p<0,01$). При этом у 8 человек (80%) после 3 месяцев статодинамических тренировок не было выявлено ДЭ (ЭЗВД $>10\%$). У 12 человек с исходно нормальным функциональным состоянием эндотелия трехмесячная физическая реабилитация не привела к значимым изменениям. Через 1 месяц тренировок показатель ЭЗВД увеличился на 5,8% ($p=0,06$), а спустя 3 месяца — на 8,1% ($p=0,008$). Толщина КИМ в целом по группе составила $0,78 \pm 0,12$ мм. Среди пациентов с исходно нарушенной функцией сосудистого эндотелия толщина КИМ $0,82 \pm 0,2$ мм, у пациентов без ДЭ толщина КИМ $0,72 \pm 0,09$ мм. Спустя 1 месяц тренировок у пациентов с исходно выявленной ДЭ толщина КИМ уменьшилась на 2,4% ($p<0,04$), а через 3 месяца — на 13,41% ($p<0,03$). У пациентов без ДЭ изменения КИМ в ходе тренировок были незначительными и недостоверными. Наблюдалась корреляция между показателем ЭЗВД и толщиной КИМ ($r=-0,34$, $p<0,05$).

Выводы: статодинамические тренировки улучшают состояние вазомоторной функции сосудистого эндотелия и КИМ, могут быть использованы для снижения риска сердечнососудистых заболеваний.

0236 ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО ФАКТОРА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СТЕНКИ АРТЕРИИ У РОДСТВЕННИКОВ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА С БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гребенкина И.А., Маянская С.Д., Попова А.А., Лукша Е.Б.
НГМУ, Новосибирск, Россия

Актуальность проблемы. В виду того, что дисфункция эндотелия (ДЭ) является ранней фазой повреждения сосуда, большой интерес представляет исследование ДЭ и упруго-эластических свойств стенки артерии у нормотензивных лиц молодого возраста, имеющую наследственную отягощенность (НО) по АГ.

Цель исследования: Оценить влияние наследственного фактора по АГ на состояние функции эндотелия и показатели жесткости стенки артерии у родственников первой степени родства с больными АГ.

Материалы и методы. В исследование включены 51 практически здоровых человека. Среди обследованных было 85% женщин и 25% мужчин в возрасте от 17 до 28 лет (средний возраст $24,4 \pm 2,72$ года). 31 из них имели НО по АГ. Группы были сопоставимы по индексу массы тела, который составил $22,57 \pm 2,63$ кг/м². Всем исследуемым проводилось суточное мониторирование АД (СМАД), эходоплерография брахиоцефальных артерий, правой плечевой артерии (ПА) с оценкой эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) ПА в ходе пробы с реактивной гиперемией и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНВД) ПА с введением нитроглицерина.

Результаты исследования.

Среднесуточные показатели систолического артериального давления (САД) и пульсового АД (ПАД) мало различались у лиц обеих групп, составив $117,96 \pm 5,24$ и $46,07$ мм рт.ст. у пациентов с НО по АГ и $116,7 \pm 6,66$ мм рт.ст. и $47,85$ мм рт.ст. у лиц контрольной группы соответственно. По среднесуточным параметрам диастолического АД (ДАД) отмечались значимые различия у лиц с неблагоприятным семейным анамнезом по АГ в сравнении с детьми нормотензивных родителей ($72,11 \pm 4,93$ мм рт.ст. и $68,35$ мм рт.ст. соответственно). По результатом пробы с реактивной гиперемией на ПА ЭЗВД у лиц с НО по АГ составила $14,76 \pm 2,51\%$, у лиц контрольной группы — $17,44 \pm 3,3\%$. Показатели ЭНВД также оказались достоверно выше на 20,8% у детей нормотоников ($24,19 \pm 6,07\%$) по сравнению с лицами, имеющих с отягощенный анамнез ($19,18 \pm 2,5\%$). Изучение структурно-функциональных свойств общей сонной артерии (ОСА) не выявило различий в толщине комплекса интима-медиа у лиц обеих групп ($0,70 \pm 0,075$ мм у лиц с НО по АГ и $0,69 \pm 0,075$ мм без НО, $p<0,05$). Однако показатели коэффициента эластичности сосуда в поперечном сечении оказались в 1,58 раза ниже у лиц с отягощенным семейным анамнезом по сравнению с контролем.

Выводы. Исследование функции эндотелия, суточного профиля АД, параметров растяжимости, эластичности и жесткости ОСА у молодых лиц с НО по АГ выявило тенденцию к снижению у них вазодилатирующих свойств сосудов, уменьшению эластичности ОСА, тенденцию к повышению среднесуточного ДАД, что может привести будучи взаимосвязанными между собой, в дальнейшем приведут к выраженной структурной перестройке сосудистой стенки у данных лиц.

0237 ИНДЕКС ВРЕМЕНИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I-II СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Гречишкина О.А., Бартош Л.Ф., Мельникова Л.В., Осипова Е.В.
ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, МУЗ «Городская больница №3», Пенза, Россия

Цель: изучение показателей нагрузки повышенным артериальным давлением и эндотелиальной функции плечевой артерии при артериальной гипертензии (АГ) I-II степени.

Материалы и методы: исследование проводилось ультразвуковой системой Vivid 7 Dimension плечевой артерии при помощи пробы с реактивной гиперемией по методике D. Celenmajer и СМАД прибором VPLab МнСДП-2. Оценивался прирост диаметра плечевой артерии после декомпрессии. Дисфункцией считалось расширение плечевой артерии менее 10%. По СМАД оценивались среднее САД (САД_{ср}), среднее ДАД (ДАД_{ср}), индекс времени САД, индекс времени ДАД в дневное и ночное время.

Результаты: Пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — без эндотелиальной дисфункции; 2 группа — с эндотелиальной дисфункцией.

1 группа: 5 чел., возраст 39 ± 9 лет; дневное САД_{ср} составило 139 ± 8 мм рт.ст., ДАД_{ср} — 89 ± 7 мм рт.ст.; ночное САД_{ср} 124 ± 9 мм рт.ст., ДАД_{ср} — 75 ± 10 мм рт.ст.; индекс времени САД днём составил $57 \pm 26\%$, индекс времени ДАД — $55 \pm 26\%$; индекс времени САД ночью составил $43 \pm 28\%$, индекс времени ДАД — $43 \pm 40\%$;

2 группа: 15 чел., возраст 50 ± 7 лет; дневное САД_{ср} 145 ± 10 мм рт.ст., ДАД_{ср} — 90 ± 10 мм рт.ст.; ночное САД_{ср} — 130 ± 16 мм рт.ст., ДАД_{ср} — 79 ± 11 мм рт.ст.;

индекс времени САД днём составил $62 \pm 23\%$, индекс времени ДАД — $56 \pm 32\%$; индекс времени САД ночью — $54 \pm 34\%$, индекс времени ДАД — $56 \pm 32\%$;

В 1 группе коэффициент корреляции степени прироста плечевой артерии с дневным индексом времени САД $= -0,5$ ($p=0,39$), с индексом времени ДАД $= 0,7$ ($p=0,18$); коэффициент корреляции степени прироста плечевой артерии с ночным индексом

времени САД=0,1 ($p=0,8$), с индексом времени ДАД=0,7 ($p=0,18$). Корреляция не достоверна.

Во 2 группе коэффициент корреляции степени прироста плечевой артерии с дневным индексом времени САД=-0,5 ($p=0,02$), с индексом времени ДАД=-0,7 ($p=0,001$). Отмечается достоверная отрицательная корреляция: чем меньше процент прироста плечевой артерии после декомпрессии, тем больше дневной индекс времени САД и ДАД. Коэффициент корреляции степени прироста плечевой артерии с ночным индексом времени САД=0,4 ($p=0,13$), с индексом времени ДАД=0,03 ($p=0,9$). Корреляционной зависимости не отмечается.

Вывод: у больных АГ I-II ст. с признаками эндотелиальной дисфункции отмечается достоверная отрицательная взаимосвязь между степенью расширения плечевой артерии после декомпрессии и дневным индексом времени САД и ДАД.

0238 ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Григорьева Н.Ю.

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Оценить нарушения функции эндотелия у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и определить наиболее информативный метод диагностики эндотелиальной дисфункции.

Материал и методы. Обследовано 103 пациента в возрасте от 36 до 66 лет (в среднем $57,2 \pm 7,6$ года). Группу 1 составили 38 больных ИБС с сопутствующей ХОБЛ, группу 2 ($n=36$) — пациенты, у которых диагностирована только ИБС, группу 3 ($n=29$) — страдающие только ХОБЛ. Больным проведено полное клинико-инструментальное обследование. Акцент сделан на изучение эндотелиальной функции инструментальными и лабораторными методами. Проведена проба с эндотелийзависимой вазодилатацией (ЭЗВД) по методу D. Celermajer; определена суммарная концентрация нитрат- и нитрит-ионов (NO_2 , NO_3) в сыворотке крови колориметрическим методом.

Результаты. У больных 1 группы (ИБС и ХОБЛ) увеличение диаметра плечевой артерии после ее декомпрессии составило в среднем $3,42 \pm 1,32\%$ (от 1,10 до 8,31%; $p<0,001$ по сравнению с нормой). Концентрации NO_2 и NO_3 в плазме были достоверно ниже нормы ($p<0,001$ и $p<0,001$). У больных группы 2 (ИБС) при проведении пробы с реактивной гиперемией диаметр плечевой артерии после ее декомпрессии увеличился в среднем на $6,78 \pm 1,78\%$ (от 4,27 до 9,11%; $p<0,001$ по сравнению с нормой). Наблюдалось достоверное уменьшение по сравнению с нормой содержания NO_2 и NO_3 ($p<0,001$ и $p<0,001$). У обследованных 3 группы (ХОБЛ) при изучении ЭЗВД процент увеличения плечевой артерии был незначительно, хотя и достоверно, ниже нормы и составил в среднем $9,28 \pm 1,51\%$ (от 6,32 до 11,28%; $p=0,019$ по сравнению с нормой). Концентрации NO_2 и NO_3 в плазме были выше нормальных величин ($p=0,009$ и $p<0,001$ соответственно).

Выводы. У больных ИБС в сочетании с ХОБЛ наблюдается взаимное усиление (потенцирование) патологических реакций, что приводит к более глубоким нарушениям функции эндотелия. Уровни метаболитов оксида азота в крови у больных сердечно-легочной патологией не отражают истинное количество «вазодилатирующего» NO и не позволяют достоверно судить о степени эндотелиальной дисфункции. У этой категории пациентов общее количество оксида азота складывается из значительно сниженного по сравнению с нормой NO, синтезируемого эндотелиальной NO-синтазой, и оксида азота, производимого макрофагальной NO-синтазой, который не обладает вазодилатирующим свойством. Наиболее информативным методом, оценивающим состояние эндотелия у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ, является проба с реактивной гиперемией.

0239 СРАВНЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Гриднева Е.В., Лохина Т.В., Сисина О.Н., Саушкина С.В., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: сравнительная оценка антигипертензивного эффекта комбинаций индапамида (Арифона) с амлодипином (кардилопином) и верапамилом ретард (изоптином СР) у больных умеренной артериальной гипертензией (АГ) при курсовом лечении в течение 8 недель.

Материал и методы. Обследовали 45 больных (26 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 37 до 65 лет (средний возраст — $52,5 \pm 2,1$ года). У всех больных диагностировалась систолодиастолическая АГ II степени. Больные были рандомизированы на 2 сопоставимые группы по основным изучаемым признакам. В 1-й группе (25 больных) назначали комбинацию арифона и кардилопина в дозе 2,5/10 мг/сут, во 2-й группе (20 больных) — комбинацию арифона и изоптина СР в дозе 2,5/240 мг/сут. До и после лечения проводили суточное мониторирование АД (СМАД). При этом у 24 больных выявлен тип диппер, у 12 — нон-диппер, у 5 — найт-пикер и у 4 — овер-диппер.

Результаты. Показатели СМАД в сравниваемых группах исходно различались незначительно. На фоне лечения у 84% больных 1-й группы нормализовалось АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) и у остальных АД снизилось более 10% от исходного уровня (ответная реакция). Во 2-й группе нормализация АД отмечена у 80% больных и ответная реакция АД — у 20% больных. Кроме того, в 1-й группе среднесуточные величины систолического и диастолического АД (САД, ДАД) снизились на 35 ± 3 и 13 ± 2 мм рт.ст. соответственно ($p<0,01$), а во 2-й группе — на 31 ± 3 и 11 ± 2 мм рт.ст. соответственно ($p<0,01$). В 1-й группе по сравнению со 2-й группой снижение САД и ДАД наиболее выражено ночью. Индексы времени (ИВ) нагрузки САД и ДАД за сутки снизились в 2,5-3 раза и в 1-ой группе составили 29 ± 2 и $24 \pm 2\%$ соответственно, во 2-ой группе — 32 ± 3 и $25 \pm 2\%$ соответственно. Вариабельность САД и ДАД за сутки на фоне лечения у больных 1-й группы менее выражена ($12,5 \pm 0,6$ и $9,2 \pm 0,4$ мм рт.ст. соответственно), чем у больных 2-й группы: $14,5 \pm 0,7$ и $10,6 \pm 0,5$ мм рт.ст. соответственно. Величины утреннего подъема САД и ДАД в 1-й группе уменьшились в среднем на 17,5 и 14,8% соответственно ($p<0,01$) и во 2-й группе — 14,2 и 11,3% ($p<0,05$). В результате, в 1-й группе нормализация циркадного ритма АД отмечалась в 80,0% случаев и во 2-й группе — в 75,0% случаев. Кроме того, в 1-й группе ЧСС уменьшилась на 5-15 уд/мин и в среднем — на 14,3% ($p<0,01$). Во 2-й группе изменения ЧСС незначительно и неоднозначно: от -5 до +7 уд/мин. Прирост ЧСС во время физических нагрузок в 1-й группе составил в среднем 27,3% и во 2-й группе — 35,6%. У больных развития отечности стоп и нарушений функции проводимости сердца не отмечалось.

Заключение. Показано, что комбинации индапамида с амлодипином и верапамилом ретард обладают выраженным антигипертензивным эффектом и хорошей переносимостью. У больных с нарушениями циркадного ритма АД (нон-диппер и найт-пикер) наиболее выраженный антигипертензивный эффект отмечен при использовании комбинации индапамида с верапамилом ретард.

0240 ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гриднева Е.В., Лохина Т.В., Сисина О.Н., Искендеров Б.Г., Саушкина С.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: гемодинамически обосновать оптимальные комбинации индапамида с амлодипином и верапамилом ретард у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от типа диастолической дисфункции левого желудочка (ДДЛЖ)

Материал и методы. В открытое клиническое исследование после скринингового обследования включены 54 больных (30 мужчин и 24 женщин), страдающих эссенциальной АГ II степени — 140/90<АД<180/110 мм рт.ст. Возраст больных составил от 38 до 65 лет и в среднем — 56,6±2,4 года. В исходном состоянии больные были рандомизированы на 2 сопоставимые группы. В 1-й группе (29 больных) больным назначали комбинацию индапамида и верапамила ретард (изоптина СР) в дозе 2,5/240 мг/сут и во 2-й группе (25 больных) — индапамида и амлодипина (нормодипина) в дозе 2,5/10 мг/сут. До и через 16 недель от начала лечения больным проводили доплер-эхокардиографию. Диастолическую функцию ЛЖ изучали путем анализа трансмитрального диастолического потока (ТМДП). ДДЛЖ диагностировали у 48 больных (88,9%), из них у 25 (52,1%) выявлен I тип ДДЛЖ, у 14 (29,2%) — II тип (псевдонормальный) и у 9 (18,7%) — III тип (рестриктивный).

Результаты. В сравниваемых группах изучение показателей ТМДП на фоне лечения показало наличие различий в зависимости от типа ДДЛЖ. Так, в 1-й группе более выраженные положительные изменения показателей ТМДП отмечены у больных с I тип ДДЛЖ. При этом достоверно уменьшились показатели V_a и ВИВР на 15,3% ($p<0,01$) и 17,9% ($p<0,001$) соответственно и увеличились показатели V_e и V_e/V_a в среднем на 13,8% ($p<0,01$) и 20,1% ($p<0,001$) соответственно. При II типе ДДЛЖ динамика показателей ТМДП менее выражена: V_a и V_e уменьшились в среднем на 10,7 и 11,3% ($p<0,05$) и ВИВР — на 11,5% ($p<0,05$). У больных с III типом ДДЛЖ показатели V_e и V_e/V_a уменьшились, а показатель ВИВР, наоборот, увеличился. Во 2-й группе более выраженные сдвиги показателей ТМДП отмечены у больных с III типом ДДЛЖ. В частности, достоверно уменьшились показатели V_e и V_e/V_a (15,2 и 17,2% соответственно; $p<0,01$), а показатели ВИВР и Там. увеличились в среднем на 14,6% ($p<0,01$), и 11,4% ($p<0,05$) соответственно. При I типе ДДЛЖ скоростные показатели (V_e , V_a , V_e/V_a) изменились менее достоверно ($p<0,05$).

Заключение. Комбинация индапамида с верапамилом ретард, обладающим отрицательным ино- и хронотропным эффектом, предпочтительна при ДДЛЖ, вызванной аномальной релаксацией миокарда ЛЖ. При псевдонормальном, особенно рестриктивном типе ДДЛЖ, сопровождающейся нарастанием преднагрузки, рациональной считается комбинация индапамида с амлодипином, обладающим преимущественно вазодилатирующим эффектом.

0241 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гринчук Е.В.

Пензенский Областной госпиталь ветеранов войн, Пенза, Россия

Несмотря на значительные успехи последних лет, достигнутые в лечении артериальной гипертензии (АГ), одним из важных аспектов является оптимизация путей медикаментозной коррекции АГ при наличии сопутствующей патологии.

Цель исследования: изучение эффективности антигипертензивной терапии у больных АГ, имеющих сахарный диабет (СД) 2 типа.

Материалы и методы: Обследовано 56 пациентов (47 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 44 до 79 лет, страдающих АГ и СД 2 типа, находившихся на лечении в отделении терапии Пензенского Областного госпиталя ветеранов войн.

Результаты: АГ 3 степени выявлена у 50 больных (89,3%), 2 степени — у 5 человек (8,9%), 1 степени — у 1 пациента (1,8%). Анализ антигипертензивной терапии, назначаемой для лечения АГ показал, что в 91,1% случаев пациенты получали комбинированную антигипертензивную терапию; монотерапия ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) или бета-адреноблокаторами (бета-АБ) была назначена 8,9% пациентов. Наиболее часто используемые комбинации препаратов: иАПФ + диуретик + бета-АБ (25%), иАПФ + бета-АБ (19,6%), иАПФ + антагонист кальция (АК) + диуретик (12,5%), иАПФ + АК + бета-АБ + диуретик (10,7%). Только 2 пациента в комбинированной терапии получали антагонисты рецепторов ангиотензина II (АРА). На фоне проводимой терапии достижение целевого уровня артериального давления (АД) наблюдалось в 64,3% случаев; у 35,7% больных были достигнуты только рабочие цифры АД.

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о том, что, назначаемая в стационаре антигипертензивная терапия больным

с АГ и СД 2 типа, была эффективна в 64,3% случаев. С целью повышения эффективности лечения АГ у пациентов с СД 2 типа целесообразен тщательный выбор схем антигипертензивной терапии с учетом побочных эффектов и влияния препаратов на углеводный и липидный обмен и более частое включение в схемы лечения АРА, тиазидоподобных диуретиков с вазодилатирующими свойствами и препаратов из новых поколений дигидропиридиновых АК.

0242 ЧАСТОТА ОБОСТРЕНИЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТОЙ И КЛОПИДОГРЕЛЕМ

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

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

Цель: Изучить отдаленные результаты на терапии ацетилсалициловой кислотой (АСК) и клопидогреем у больных с коронарной болезнью сердца (КБС) после аорто-коронарного шунтирования (АКШ).

Методы: В открытом проспективном сравнительном рандомизированном исследовании у 102 пациентов мужского пола в возрасте от 45 до 74 лет с КБС после АКШ проводилась терапия АСК в дозе 75-100 мг/сутки или клопидогреем (зилтом) в дозе 75 мг/сутки. До АКШ, а также спустя две недели и через 3-6 месяцев после АКШ определяли показатели тромбоцитарного гемостаза методом оптической агрегатометрии с выявлением больных резистентных к антитромбоцитарной терапии. Изучали активность НАД- и НАДФ-зависимых дегидрогеназ в тромбоцитах крови с помощью биолюминесцентного анализа. В течение 24 месяцев изучали частоту нежелательных коронарных событий (острый инфаркт миокарда — ОИМ, сердечная смерть, стенокардия).

Результаты: У 24% больных получающих АСК агрегация тромбоцитов с АДФ оставалась повышенной, что свидетельствовало о лабораторной резистентности к препарату. На терапии клопидогреем у всех пациентов агрегация тромбоцитов с АДФ достоверно понизилась на 60-80%. У пациентов, не отвечающих на терапию АСК, выявлены достоверные изменения в метаболизме тромбоцитов коррелирующие со способностью клеток к агрегации. При оценке конечных точек на терапии АСК в течение 18-24 месяцев установлено, что ОИМ развился у 1 больного, не ответившего на терапию АСК, стенокардия наблюдалась у 34% больных. На терапии клопидогреем случаев ОИМ не наблюдалось, стенокардия выявлена у 29% больных. Стенокардия чаще регистрировалась через 6-12 месяцев после АКШ, а именно на терапии АСК в 17%, а на терапии зилтом в 14% случаев.

Выводы: У резистентных к АСК пациентов нарушения в метаболизме тромбоцитов определяют их способность к агрегации. У одного пациента с лабораторной резистентностью к АСК развился тромбоз артериовенозного шунта и ОИМ. Стенокардия после АКШ чаще развивалась на лечении АСК, чем клопидогреем. Причиной стенокардии через 18-24 месяцев после АКШ являлась резистентность к антитромбоцитарным препаратам и недостаточная приверженность к терапии через 12-18 месяцев после АКШ.

0243 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ И МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гринь В.К., Михайличенко В.Ю.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМНУ», Донецк, Украина

За последние десятилетия, большой приоритет учеными разных стран начал отдаваться клеточной кардиомиопластики при остром

инфаркте миокарда, как одного из новых методов лечения. Существует большое количество работ посвященных трансплантации в поврежденный миокард эмбриональных, мезенхимальных стволовых, плюрипотентных стволовых клеток, миобластов, кардиомиоцитов и др., однако результаты полученные в результате исследований абсолютно разноречивы и неоднозначны.

Целью нашей работы было провести сравнительный анализ эффективности трансплантации эмбриональных и мезенхимальных стволовых клеток у крыс инбредной линии с экспериментальным инфарктом миокарда.

Материалы и методы: опыт проводился на 40 крысах самках инбредной линии Вистар-Кайота. Всем животным под внутривенным (кетамин+ксилазин) наркозом в условиях искусственной вентиляции легких выполняли торакотомию, после чего прошивали и лигировали левую межжелудочковую артерию. После чего послойно ушивали грудную клетку, разрешали пневмоторакс. Далее у крыс самцов при соблюдении правил биоэтики забирали трубчатые кости, а также 7 дневные эмбрионы и передавали их в лабораторию клеточного и тканевого культивирования ИНВХ им. В.К. Гусака АМНУ для получения культуры стволовых мезенхимальных клеток (СМК). Затем через сутки после моделирования инфаркта миокарда у крыс 1 группы, под наркозом рассекали кожу в проекции сосудисто-нервного пучка бедра слева, пунктировали бедренную вену и вводили клетки в количестве 1000 000.

Результаты и их обсуждение. Через 7 суток оценивали работу сердца по динамическому наблюдению кардиограммы, данным УЗИ, а также проводили гистологические исследования в разные сроки эксперимента. В группе животных, которые получали трансплантацию эмбриональных клеток отмечались различные виды аритмий, начиная с 10-14 суток, при гистологическом исследовании у 2 животных (10%) в зоне формирующего рубца определены ткани хряща и кости, неангиогенез был неравномерный. Трансплантация СМК приводит к значительному улучшению васкуляризации в зоне инфаркта, что, возможно, приводит к уменьшению ишемии в пограничных с инфарктом зонах, снижению ишемического повреждения кардиомиоцитов в этих зонах, что в итоге способствует уменьшению площади рубца и предотвращению формирования аневризмы сердца. Доказано, что трансплантированные клетки активно участвуют в формировании сосудов и соединительной ткани в зоне рубцевания. Удельный объем сосудов в участке рубцевания у леченных животных был ниже, чем у животных без лечения, однако сами сосуды были различного строения. Удельное кол-во сосудов на единицу объема приблизительно в 6 раз больше у животных после трансплантации. При исследовании фракции выброса у животных в группе с трансплантацией СМК она равнялась $65 \pm 4\%$ против $48 \pm 5\%$ (в группе животных, которые не получали какое-либо лечение), учитывая, что в норме $78 \pm 6\%$. При исследовании добутиновой стресс-нагрузки под динамическим мониторингом, мы отмечали значительное уменьшение угнетения ST в группе животных, которые получили лечение СМК. Эффективность ангиогенеза была подтверждена улучшением газотранспортной функции: показано достоверное повышение уровня PO_2 на фоне снижения PCO_2 и степени выраженности лактатацидоза.

Выводы. Итак в результате проделанной работы мы видим, что трансплантация мезенхимальных стволовых клеток изогенных доноров, полученных из костного мозга взрослых животных позволяет улучшить функциональные и морфологические показатели поврежденного миокарда. Применение эмбриональных стволовых клеток требует более глубокого дальнейшего изучения.

больных. Сроку введения клеточных трансплантатов посвящено большое количество исследований, однако нет четкого одного мнения, которого бы придерживались все. Целью нашей работы было изучение эффективности трансплантации мезенхимальных стволовых клеток в различные сроки после моделирования острого инфаркта миокарда.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 60 самках крыс породы Вистар-Кайота, весом 200-250 грам. Инфаркт миокарда моделировали путем перевязки нисходящей ветви левой коронарной артерии по разработанной нами методике. Трансплантат получали путем обработки костного мозга трубчатых костей в лаборатории клеточного и тканевого культивирования. Далее производили трансплантацию мезенхимальных стволовых клеток, путем пункции бедренной вены (доза трансплантата 1 млн. клеток). В разные сроки изучали функциональные показатели работы сердца, а также выполнялись гистологические исследования.

Результаты исследования. После трансплантации мезенхимальных стволовых клеток изогенных доноров, отмечалось значительное улучшение морфологической картины, изменения с уменьшением зоны инфаркта, его глубины, визуальное улучшение «мускуляризации». Трансплантация приводит до значительного улучшения васкуляризации в зоне инфаркта, что, возможно, приводит к уменьшению ишемии в пограничных с инфарктом зонах, а значит и уменьшению площади инфаркта. Отмечалась положительная динамика в виде уменьшения объема соединительной ткани в зоне инфаркта и увеличения числа мышечных волокон. Из полученных данных видно, что наилучшие результаты получены при трансплантации в ранние сроки (первые сутки), после моделирования инфаркта миокарда. Чем больше пролонгация сроков трансплантации, тем менее выражен эффект данной процедуры. Эффективность ангиогенеза была подтверждена улучшением газотранспортной функции: показано достоверное повышение уровня PO_2 на фоне снижения PCO_2 и степени выраженности лактатацидоза. Кардиомиопластика стволовыми клетками поврежденного миокарда сопровождалась снижением активности ферментов аденозиндеаминазы эритроцитов и ЛДГ крови, а, следовательно, повышением энергетического баланса энергоголодающих субстратов и снижением степени ишемии миокарда. Торможение перекисидации мембранных липидов и напряжение не ферментативного звена антиоксидантной защиты является хорошим прогностическим критерием восстановления функциональной активности поврежденного миокарда. Данные гистологических исследований, нашли прямо пропорциональную зависимость при изучении функциональных характеристик миокарда в виде фракции выброса, фракции укорочения левого желудочка, а также стабильности к переноски стресс-нагрузок.

Выводы. Доказан эффект хоуминга мезенхимальных стволовых клеток при внутривенном введении. Морфологические данные соответствуют функциональным методам исследования, что позволяет утверждать, что трансплантация СМК повышает выносливость сердца к физической нагрузке. Значительно увеличивается фракция выброса и фракция укорочения левого желудочка по данным УЗИ. Таким образом, в эксперименте показано, что трансплантация культуры мезенхимальных стволовых клеток изогенных инбредных доноров при инфаркте миокарда у крыс качественно и количественно улучшает функцию сердца за счет активации процессов репарации и восстановления энергетического гомеостаза. Таким образом, полученные данные свидетельствуют, о том, что чем раньше выполняется трансплантация мезенхимальных стволовых клеток при инфаркте миокарда, тем более выражен их лечебный эффект.

0244 СРАВНИТЕЛЬНАЯ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Гринь В.К., Михайличенко В.Ю.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака АМНУ», Донецк, Украина

Клеточная кардиомиопластика является одним из перспективных методов лечения ИБС, особенно у категории «неспунтабельных»

0245 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ МАТЕРИНСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО

Гришаева Е.Е., Бартош Л.Ф., Дорогова И.В., Тишкин В.А., Тузов С.Л., Адомина Л.А., Фатеев А.В.

ГОУ ВПО ПГУ, ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель: изучить характер гемодинамических нарушений у беременных с артериальной гипертензией и зависимость развития гипотрофии новорожденных от типа материнской гемодинамики.

Методы: Обследуемым проводили суточное мониторирование артериального давления (АД) с помощью аппарата МнСДП-2, ВРLab (Россия). Для каждого измерения АД по формуле Бремзера-Ранке рассчитывали ударный и сердечный индексы (УИ, СИ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Для оценки состояния новорожденного вычисляли весо-ростовой показатель (ВРП), как отношение веса (г) к росту (см).

Результаты: Обследованы 62 беременные (20 во II и 42 в III триместрах) в возрасте от 18 до 41 года ($28,8 \pm 7,1$ лет), родивших детей с гипотрофией: 31 (50%) новорожденных с гипотрофией I степени, 12 (18%) – II степени и 19 (32%) – III степени. Беременные были разделены на три группы по типам гемодинамических нарушений с учетом среднесуточных значений параметров кровообращения. В группу с эукинетическим типом в III триместре вошло 6 женщин (14,3%) с СИ – $6,9 \pm 0,25$, ОПСС – 527 ± 97 дин·с·см⁻⁵ и средним гемодинамическим давлением (СГД) – $83,3 \pm 11,3$ мм рт.ст.; с гиперкинетическим типом – 22 женщины (52,4%) с СИ – $11,7 \pm 2,4$ с ОПСС – $451,4 \pm 91,5$ дин·с·см⁻⁵ и СГД – $99,3 \pm 8,3$ мм рт.ст.; с гипокинетическим типом – 14 женщин (33,3%) с СИ – $4,9 \pm 0,6$, с ОПСС – 1080 ± 89 дин·с·см⁻⁵ и СГД – $104 \pm 8,2$ мм рт.ст. Наиболее высокие значения СГД и ОПСС оказались в группе с гипокинетическим типом гемодинамики. Отличия между гемодинамическими параметрами исследуемых групп были достоверными. В структурном соотношении гипокинетический тип кровообращения во II триместре составил 19,05%, в III – 33,3%, гиперкинетический тип во II триместре занял 23,8%, в III – 52,4%, т.е. их доля возросла с увеличением срока гестации. А доля эукинетического типа уменьшилась: во II триместре она составила 57,14%, в III – 14,3%. Женщины со средней степенью тяжести гестоза во II триместре равномерно распределились по трем группам, а в III триместре преобладали в группе с гипокинетическим типом и составили 44% от страдающих гестозом, в т.ч. и случаи с тяжелым течением (32% в группе с гиперкинетическим типом гемодинамики и 24% – с эукинетическим типом).

У матерей с эу- и гиперкинетическими типами гемодинамики определялась гипотрофия новорожденных I степени тяжести с ВРП – $55,5 \pm 0,8$ и $57 \pm 2,1$ г/см соответственно ($p=0,48$), тогда как при гипокинетическом типе – гипотрофия III степени с ВРП – $43,8 \pm 12,6$ г/см. ОПСС и ВРП имели достоверные отличия только между группами с эу- и гипокинетическими типами гемодинамики ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, эукинетический тип гемодинамики при гестозе является наиболее благоприятным вариантом адаптации системы кровообращения матери. Преобладание гипокинетического типа в III триместре гестации свидетельствует о напряжении адаптационных механизмов, о нарастании гиповолемии и утяжелении гестоза. Гипокинетический тип материнской гемодинамики в условиях артериальной гипертензии приводит к развитию выраженной гипотрофии новорожденного.

0246 ОЦЕНКА КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ПЕРФУЗИОННОЙ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Гришаев С.Л., Сухов В.Ю., Свистов А.С.

Военно-медицинская академия им.С.М.Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Оценить выраженность транзитной ишемии миокарда у больных ИБС с пароксизмальной фибрилляцией предсердий (ФП) с помощью нагрузочной однофотонной эмиссионной томографии сердца (ОФЭКТ).

Материалы и методы. Было обследовано 99 больных, разделенных на 2 группы. Группу I составили 53 пациента с документированной ИБС и длительностью фибрилляции предсердий более одного года. У всех больных регистрировалась пароксизмальная форма ФП (пароксизм длительностью свыше 30 секунд, продолжительностью не более 2 суток). В группу II вошли 46 больных ИБС с отсутствием ФП и без аномального предсердного эктопизма (в том числе с парной и групповой ЭС), которая является мар-

кером высокого риска возникновения. При нагрузочном исследовании перфузии миокарда с помощью технетриала Тс-99м скinti-графическое изображение миокарда условно делилось на 17 сегментов по обычной методике. При проведении различных функциональных взаимодополняющих методов исследования (ВЭМ, ХМ, ЧПЭФИ) достоверных различий в выраженности коронарной недостаточности у больных ИБС обнаружено не было.

Результаты. В группе больных ИБС с ФП после нагрузки в бассейне левой нисходящей коронарной артерии (КА) умеренные дефекты накопления (ДН) встречались у 100% обследованных. Средних и тяжелых ДН по группе не встречалось. В группе больных ИБС без существенной предсердной аритмической активности умеренных дефектов по группе было 86,5%, средних – 3% и тяжелых – 10,5%. В бассейне огибающей ветви левой КА в группе ИБС с ФП умеренных ДН было 65,5%, средних – 34,5%. В группе ИБС без ФП умеренных дефектов наблюдалось у 41%, средних – 54% и тяжелых – 5% больных. В бассейне правой КА у больных ИБС с ФП умеренных ДН отмечалось у 14%, средних – 86%. В группе больных ИБС без ФП умеренных ДН наблюдалось у 25%, средних – 65% и тяжелых – 10% больных. В группе I однососудистое поражение имели 72% больных, двухсосудистое – 21% и 7% имели трехсосудистое поражение. Иначе поражения по бассейнам КА распределялись в группе II. Однососудистое поражение имели 40% больных, двухсосудистое – 32% и 28% имели трехсосудистое поражение КА.

Выводы. При выполнении нагрузочной ОФЭКТ миокарда в группе ИБС без ФП преобладали более тяжелые перфузионные нарушения, причем у большинства больных отмечались как двухсосудистые, так и трехсосудистые нарушения перфузии. В группе больных ИБС с ФП нарушения перфузии были менее выражены, причем у большинства больных нарушения перфузии отмечались в бассейне одной КА.

0247 РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ

Громнацкий Н.И., Громнацкая Н.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия; Львовский национальный медицинский университет им. Д.Галицкого, Львов, Украина

Исследования последних лет показали, что молекула NO имеет широкий спектр биорегуляторного действия в отношении органов и систем организма: является показателем эндотелиальной функции, обладает вазодилатирующим действием, принимает участие в поддержании нормального артериального (АД) давления. Экспериментальные и клинические работы у взрослых по регулируемому влиянию NO в педиатрии отсутствуют.

Цель: определение значения NO в формировании артериальной гипертензии (АГ) у детей и подростков и сопутствующим ожирением и его связь с показателями липидного обмена.

Материалы и методы: у всех обследуемых детей и подростков с АГ и сопутствующим ожирением (1-ая группа – 22 детей) и в контрольной группе (2-я группа – 22 детей) проводили антропометрию, измеряли АД, определяли уровень NO, лептина, общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой (ХСЛВП) и низкой (ХСЛНП) плотности, триглицериды (ТГ) и липопротеиды (ЛП). Индекс атерогенности (ИА) рассчитывали по формуле (ОХС-ХСЛВП) / ХСЛВП. Критерием ожирения у детей считали индекс Кетле, превышающий 95 перцентиль для данного пола и возраста. Показателями повышенного АД были значения, которые превышали 95 перцентиль для данного пола, возраста и перцентили роста. Определение содержания липидов в крови проводили с помощью наборов фирмы “Lachema” на аппарате “Cobas Integra 400 Plus” фирма “Roche”. Содержание NO в плазме крови определяли колориметрическим методом.

Результаты: у детей с АГ и сопутствующим ожирением наблюдалась дислипидемия, признаками которой были: достоверная разница в уровне лептина ($73,8 \pm 13,5$ нмоль/л и $28,6 \pm 6,73$ нмоль/л; $p<0,05$) и ТГ ($1,5 \pm 0,15$ и $0,9 \pm 0,12$; $p<0,05$, соответственно) по сравнению с контрольной группой. Выявлено, что дислипидемия является неблагоприятным фактором синтеза NO в организме детей с АГ и сопутствующим ожирением. Уровень NO

в сыворотке крови у детей с АГ и сопутствующим ожирением был в 1,7 раза меньшим, чем у детей с нормальными показателями АД ($9,2 \pm 1,8$ ммоль/л и $16,0 \pm 6$ ммоль/л; соответственно). Установлено, что дислипидемия является неблагоприятным фактором синтеза NO в организме. Показатель NO у детей с АГ и ожирением находился в обратной зависимости с ЛП сыворотки крови ($r = -0,84$; $p < 0,05$). У детей контрольной группы уровень NO сыворотки крови коррелировал с ХСЛВП ($r = 0,72$; $p < 0,05$).

Заключение: NO является определяющим фактором в развитии АГ у детей и подростков, связанным с показателями липидного обмена — ХСЛВП и ЛП.

0248 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ НЕБИВОЛОЛА И БЕТАКСОЛОЛА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Громнацкий Н.И., Лазарева Н.В., Васильева Д.А., Замяткина О.В., Водяник О.В.

ГОУ ВПО КГМУ, НОУ ВПО КМИ, Курск, Россия

Цель: сравнить влияние небиволола и бетаксолола на суточный профиль артериального давления (АД) у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: обследовано 39 пациентов (возраст 35–55 лет), у которых был диагностирован МС: ожирение II–III ст. (ИМТ $36,05 \pm 1,03$ кг/м²), артериальная гипертония (АГ) I–II ст., дислипидемия (общий холестерин $5,38 \pm 1,0$ ммоль/л, холестерин ЛПВП $0,95 \pm 0,18$ ммоль/л, триглицериды $2,25 \pm 0,64$ ммоль/л). Пациенты с нарушением углеводного обмена в исследование не включались. Обследуемым проводилось суточное АД-мониторирование (СМАД) до и после 3 мес. лечения бета-адреноблокаторами. Группа I (20 чел.) получала монотерапию небивололом (5–10 мг/сут.), группа II (19 чел.) — бетаксололом (5–15 мг/сут.) в сочетании с гиполипидемической диетой. Пациенты, у которых к 8-й нед. монотерапии не был достигнут целевой уровень АД были исключены.

Результаты: до лечения в группе I среднесуточные значения систолического АД (срСАД) составили $148,3 \pm 2,6$ мм рт.ст., срДАД — $95,1 \pm 2,1$ мм рт.ст.; в группе II — срСАД $150,2 \pm 6,9$ мм рт.ст., срДАД — $92,2 \pm 5,6$ мм рт.ст. В обеих группах исходно большинство пациентов имело «non-dipper»-тип суточной кривой АД — суточный индекс (СИ) $4,50 \pm 2,54\%$, повышенную среднесуточную вариабельность САД и ДАД (VarСАД и VarДАД) соответственно $19,30 \pm 1,36$ и $17,69 \pm 2,46$ мм рт.ст., а также увеличение степени утреннего подъема АД (УП САД до $54,08 \pm 14,65$ мм рт.ст. и УП ДАД до $54,13 \pm 18,32$ мм рт.ст.). Через 12 нед. терапии в обеих группах отмечалось достоверное снижение САД и ДАД: на фоне монотерапии небивололом до $123,5 \pm 3,4$ мм рт.ст. и $79,4 \pm 1,6$ мм рт.ст., на фоне лечения бетаксололом до $127,2 \pm 6,96$ мм рт.ст. и $79,34 \pm 7,71$ мм рт.ст.; снижение VarСАД (соответственно до $13,2 \pm 2,36$ и $13,51 \pm 2,59$ мм рт.ст.), VarДАД (соответственно до $11,20 \pm 1,72$ и $11,49 \pm 1,85$ мм рт.ст.); уменьшение УП САД (до $37,95 \pm 5,37$ мм рт.ст. в группе I и до $40,21 \pm 6,19$ в группе II), УП ДАД (соответственно до $26,97 \pm 4,72$ и $27,48 \pm 5,33$ мм рт.ст.). В результате лечения количество больных с нормальным профилем АД увеличилось в группе, получавшей небиволол на 24%, в группе бетаксолола — на 21% ($p < 0,005$), преимущественно за счет пациентов с недостаточным ночным снижением АД, в обеих группах количество пациентов с типом «over-dipper» не изменилось. Отмечено также уменьшение ЧСС у пациентов, получавших небиволол, на $13,1 \pm 3,3\%$, у пациентов, получавших бетаксолол, на $25,3 \pm 5,7\%$ ($p < 0,005$).

Выводы: Достоверных различий влияния небиволола и бетаксолола на суточный профиль АД у пациентов с МС и АГ I–II ст. выявлено не было. Трехмесячная монотерапия этими препаратами одинаково эффективно позволяет достичь целевых уровней АД, нормализуя суточный профиль и не нарушая нормального двухфазного ритма АД; снижает повышенную вариабельность АД; обеспечивает нормальный уровень АД в ранние утренние часы. При этом бетаксолол предпочтительнее назначать пациентам с исходно повышенной ЧСС.

0249 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЕТАКСОЛОЛОМ И НЕБИВОЛОЛОМ НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Громнацкий Н.И., Лазарева Н.В., Васильева Д.А., Давыдова М.В., Синдеева М.Н.

ГОУ ВПО КГМУ, НОУ ВПО КМИ, Курск, Россия

Цель: сравнить влияние небиволола и бетаксолола на морфометрические параметры миокарда у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материал и методы: обследовано 39 пациентов (возраст 35–55 лет), у которых был диагностирован МС: ожирение — III ст. (ИМТ $36,05 \pm 1,03$ кг/м²), артериальная гипертония (АГ) I–II ст., дислипидемия (общий холестерин $5,38 \pm 1,0$ ммоль/л, холестерин ЛПВП $0,95 \pm 0,18$ ммоль/л, триглицериды $2,25 \pm 0,64$ ммоль/л). Пациенты с нарушением углеводного обмена в исследование не включались. Всем обследуемым проводилось эхокардиография до и через 3 мес. после достижения целевого уровня АД на фоне лечения бета-адреноблокаторами. Группа I (20 чел.) получала монотерапию небивололом (5–10 мг/сут.), группа II (19 чел.) — бетаксололом (5–15 мг/сут.) в сочетании с гиполипидемической диетой. Пациенты, у которых к 8-й нед. монотерапии не было достигнуто целевых уровней АД из исследования были исключены.

Результаты: оба препарата достоверно уменьшали ТМЖП (Δ см для бетаксолола составила $0,09 \pm 0,03$, для небиволола — $0,12 \pm 0,035$, $p < 0,05$), ТЗСЛЖ (Δ см при лечении бетаксололом $0,07 \pm 0,03$, небивололом — $0,05 \pm 0,03$, $p > 0,05$), ОТС (Δ усл.ед. для группы I составила $0,03 \pm 0,001$, для группы II — $0,03 \pm 0,005$, $p > 0,05$) и ИММЛЖ (Δ г/м² соответственно $13,7 \pm 0,51$ и $34,2 \pm 0,15$, $p < 0,01$). То, монотерапия небивололом в течение 3 мес. в большей степени нормализует морфометрические параметры ЛЖ сердца. При анализе распределения больных по группам в зависимости от типа ремоделирования ЛЖ на фоне лечения бетаксололом выявлено уменьшение доли пациентов с концентрической ГЛЖ (с 40,0% до 6,67%, $p < 0,01$), увеличение доли больных с концентрическим ремоделированием ЛЖ (с 33,33% до 66,67%, $p < 0,05$) и уменьшение доли больных с эксцентрической ГЛЖ (с 10,0% до 3,33%, $p = 0,61$) и увеличение доли пациентов с нормальной геометрией ЛЖ (с 10,0% до 16,66%, $p = 0,71$). При этом увеличение доли пациентов с концентрическим ремоделированием обусловлено преимущественно уменьшением числа больных с исходной концентрической ГЛЖ, а увеличение доли пациентов с нормальной геометрией ЛЖ нормализацией $OT_{МЖП}$ и $OT_{ЗСЛЖ}$ у больных с исходным концентрическим ремоделированием ЛЖ.

В группе пациентов, леченных небивололом, также отмечалось уменьшение доли концентрической ГЛЖ (с 36,67% до 6,67%, $p = 0,01$) и увеличение доли пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ (с 43,33% до 70,0%, $p = 0,07$) и нормальной геометрией ЛЖ (с 6,67% до 20,0%, $p = 0,25$), а также уменьшение числа больных с изолированной гипертрофией МЖП (с 6,67% до 0%, $p = 0,49$). Доля пациентов с нормальной геометрией ЛЖ в группе небиволола увеличивалась за счет нормализации показателей у больных с исходным концентрическим ремоделированием ЛЖ и изолированной гипертрофией МЖП, а доля пациентов с концентрическим ремоделированием ЛЖ за счет снижения ИММЛЖ у больных с исходной концентрической гипертрофией ЛЖ.

Выводы: бетаксолол и небиволол достоверно улучшают морфометрические показатели ЛЖ у больных с МС.

0250 ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ

Громнацкий Н.И., Водяник О.В., Лазарева Н.В., Давыдова М.В., Замяткина О.В.

ГОУ ВПО КГМУ, НОУ ВПО КМИ Курск, Россия

Цель: изучить влияние кардиоселективного б-адреноблокатора бисопролола на состояние регуляторно-адаптивных систем организма больных артериальной гипертонией при помощи пробы сердечно-дыхательного синхронизма (СДС — проба).

Материалы и методы: под наблюдением находилось 28 больных артериальной гипертензией в возрасте 36–45 лет. Длительность заболевания от 10 до 15 лет. Всем больным были проведены общеклинические исследования, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) и СДС — проба. Сущность пробы заключается в том, что после регистрации ЭКГ и пневмограммы в исходном состоянии пациенту предлагалось дышать синхронно со вспышками лампы фотостимулятора. Частота вспышек задавалась исследователем. Продолжительность пробы в среднем составляет 30–60 секунд. Целью каждой пробы является установление наличия синхронизации между заданным ритмом дыхания и сердцебиений, т.е. состояния, при котором каждому дыхательному циклу соответствует одно сердечное сокращение. На записи это устанавливается измерением интервала R-R электрокардиограммы, расстояния между пиками пневмограммы, соответствующими вершине вдоха и отметками вспышек фотостимулятора. Если все перечисленные параметры равны между собой, то констатировался факт наличия СДС — синхронизации сердечного и нового дыхательного ритмов с задаваемым ритмом вспышек лампы фотостимулятора. Бисопролол назначался в дозе 2,5–5 мг/м² 1 раз в сутки утром перорально в течение 3-х месяцев. СДС — проба проводилась в одинаковых условиях до лечения и через 1, 2 и 3 месяца в процессе лечения б-адреноблокатором.

Результаты: у больных артериальной гипертензией до начала лечения число сердечных сокращений (ЧСС) составило 76,2±2,1 ударов в минуту, число дыхательных движений (ЧДД) составило 17,2±1,3 в минуту, синхронизации сердечного и дыхательного ритмов обнаружить не удалось.

Такие же результаты наблюдались через 1 и 2 месяца. К концу 3-го месяца терапии б-адреноблокатором бисопрололом число сердечных сокращений составляло 66,0±1,2 ударов в минуту ($p<0,01$), число дыхательных движений — 17,1±0,8 в минуту ($p<0,01$). Зарегистрирована синхронизация сердечного и дыхательного ритмов. Ширина диапазона синхронизации при лечении бисопрололом составила 5,2±0,8 кардиоциклов ($p<0,05$).

Выводы: 3-месячная курсовая терапия кардиоселективным б-адреноблокатором бисопрололом приводит к улучшению функционирования регуляторно-адаптивных механизмов согласно результатам СДС — пробы.

0251 ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЯЗКОУПРУГИХ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ И СОСТАВА ИХ МЕМБРАН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Громов А.А., Кручинина М.В., Рабко А.В., Генералов В.М.*, Бакиров Т.С.*, Рихтер В.А.**, Семенов Д.В.**

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; *ФГУН ГНЦ вирусологии и биотехнологии "Вектор" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, пос. Кольцово, Новосибирская область, Россия; **Институт химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН, Новосибирск, Россия

Целью работы явилось изучение взаимосвязи электрических и вязкоупругих свойств эритроцитов (Ег) и состава их мембран у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) для использования в диагностике.

Материалы и методы. Обследовано 19 мужчин в возрасте от 42 до 76 лет с ИБС (острый коронарный синдром). У 16 человек (84%) был диагностирован острый коронарный синдром без подъема зубца ST (11 мужчин с нестабильной стенокардией, 5 — с мелкоочаговым инфарктом миокарда), у 3-х человек (16%) — с подъемом зубца ST. Группу сравнения составили 33 мужчины сопоставимого возраста, у которых при клиническом, биохимическом и инструментальном обследовании патологии сердца выявлено не было. Изучение электрических и вязкоупругих характеристик эритроцитов проводили методом диэлектрофореза на четырех фиксированных частотах: 5·10⁴ Гц, 10⁵ Гц, 5·10⁵ Гц и 10⁶ Гц. Структура мембран Ег исследована методом тонкослойной хроматографии.

Пациентам проводились клинические, биохимические, электрокардиографические и эхокардиографические обследования.

Экспериментально установлено: обобщенные показатели жесткости, вязкости, электропроводности, емкости мембран Ег, индексов агрегации

и деструкции достоверно выше, а поляризуемости, амплитуды деформации, скорости движения Ег к электродам — ниже у больных с ОКС по сравнению с группой контроля ($p<0,0001-0,05$). В мембранах эритроцитов при ОКС по сравнению с контролем повышено относительное содержание холестериновой фракции, насыщенных жирных кислот при снижении уровня общих липидов и фосфолипидов, триглицеридов, эфиров холестерина ($p<0,002-0,05$). Соотношение холестерин/фосфолипиды возрастало за счет снижения уровня общих фосфолипидов ($p<0,05$). Уровни обобщенных показателей жесткости, вязкости и электропроводности мембран Ег прямо коррелировали с содержанием холестериновой фракции мембран Ег ($r=0,463$, $p<0,046$; $r=0,402$, $p<0,03$; $r=0,543$, $p<0,001$, соответственно), а амплитуда деформации Ег под действием электрического поля — обратно ($r=-0,711$, $p<0,033$).

Вывод. Выявление взаимосвязи показателей электрических, вязкоупругих характеристик эритроцитов и структуры их мембран у больных с острым коронарным синдромом является перспективным для диагностики и при определении терапевтической тактики.

0252 ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЛЕТ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA")

Громова Е.А.^{1,2}, Гафаров В.В.^{1,2}, Гафарова А.В.^{1,2}, Кабанов Ю.Н.², Тагулин И.В.^{1,2}

¹Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск, Россия; ²НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния личностной тревожности (ЛТ) на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ) в течение 24 лет у мужчин в возрасте 25–64 лет.

Материалы и методы: В рамках программы ВОЗ "MONICA" — психосоциальная в 1984, 1988, 1994 гг. было проведено скринирующее исследование мужского населения в возрасте 25–64 лет жителей одного из районов г. Новосибирска. Для определения ЛТ использовался тест Спилберга. Когорта отслеживалась в течение 24 лет (1984–2007 гг.) для определения конечных точек АГ. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ "SPSS-10". Кокс — пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска.

Результаты: В группе мужчин с высоким уровнем тревожности (ВУТ) АГ была выявлена в 57,4% случаев, причем, в основном, в старшей возрастной группе 55–64 года — 35,7%; в 45–54 года у 27,7%; 35–44 года — 22%; 25–34 года — 14,6%.

В течение первых 5 лет RR развития АГ был в 6,8 раз (95%ДИ; 2,73–11,368, $p<0,05$), в течение 10 лет — в 5 раз (95%ДИ; 2,06–9,924, $p<0,01$), в течение 15 лет — в 3,8 раз (95%ДИ, 1,039–7,152, $p<0,05$), в течение 20 лет — в 1,4 раз ($p>0,05$), в течение 24 лет — в 1,06 раз ($p>0,05$) выше у мужчин, с ВУТ.

Наибольшая частота АГ наблюдалась у мужчин с ВУТ, относящихся к разведенным и овдовевшим мужчинам, имеющим незавершенное среднее/ начальное образование, среди рабочих тяжелого физического и среднего физического труда и пенсионеров.

Заключение: Полученные результаты показывают, что в популяции мужчин 25–64 лет риск АГ связан с ВУТ.

0253 МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА И БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Губарева И.В., Крюков Н.Н.

ГОУ ВПО "Самарский государственный медицинский университет", Самара, Россия

Цель. Изучить взаимосвязь мозгового натрийуретического пептида (BNP) в плазме крови и данных эхокардиографического

исследования (ЭхоКГ), дуплексного сканирования (ДС) в оценке структурно-функциональных изменений миокарда и артерий брахиоцефального ствола (БЦС) пациентов артериальной гипертензией с сердечной недостаточностью (АГ с ХСН).

Методы. Исследованы 87 пациентов мужского пола (от 40 до 50 лет). Выделены группы: 1 группа — пациенты с АГ без ХСН ($n=25$); 2 группа — пациенты АГ с ХСН ($n=28$); 3 группа — пациенты с ХСН без АГ ($n=14$); 4 группа — контроль ($n=20$). Критерии исключения: вторичные АГ, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени, сахарный диабет. ЭхоКГ проводили по общепринятой методике на аппарате ATL 1500 HDI (2002). Дуплексное сканирование (ДС) БЦС выполняли в В-режиме линейным датчиком с частотой 5–8 МГц на ультразвуковом сканере EnVisor (Phillips, Япония, 2003). Концентрация BNP в венозной крови определялась методом иммуноферментного анализа на аппарате AxSYM (Норвегия). Статистическая обработка данных проведена с помощью специализированного пакета «Statistica 6.0» (США).

Результаты. Средние показатели BNP в плазме крови в исследуемых группах превышали установленную норму в 100 пг/мл. Анализ достоверности различий (U-критерий Манн-Уитни) выявил достоверное увеличение BNP пациентов с ХСН без АГ (3 группа) в сравнении с пациентами с АГ (1, 2 группа) и контролем ($p=0,003$). Достоверных различий между группами АГ (1 и 2 группа) в сравнении между собой и контролем не выявлено ($p>0,05$). Отмечалась положительная корреляция BNP с функциональным классом ХСН (Spearman $R=0,24$; $p\text{-level}=0,024$); ЭхоКГ: фракцией выброса ($R=0,31$; $p\text{-level}=0,025$) и фракцией укорочения ($R=0,30$; $p\text{-level}=0,024$). Согласно данным ДС БЦС диаметр общей сонной артерии (ОСА) слева достоверно больше у пациентов 1 и 2 группы в сравнении с контролем ($p<0,05$), диаметр ОСА справа достоверно не отличался ($p>0,05$). Отмечалось утолщение комплекса интима-медиа (ТИМ) ОСА с обеих сторон у пациентов 1 и 2 группы в сравнении контролем ($p<0,05$). Индекс пульсации (PI) и максимальная скорость кровотока ($V_{\max}$) по ОСА с обеих сторон достоверно больше у пациентов 1 и 2 групп в сравнении с 3 группой и контролем ($p<0,05$). Корреляционный анализ полученных данных выявил отрицательную взаимосвязь BNP и PI ($R=-0,22$; $p\text{-level}=0,042$); BNP и $V_{\max}$ ОСА с обеих сторон (Spearman $R=-0,34$; $p\text{-level}=0,03$); BNP и диаметром внутренней сонной артерии (ВСА), особенно слева ($R=-0,34$; $p\text{-level}=0,027$); BNP и $V_{\max}$ по ВСА с обеих сторон ($R=-0,33$; $p\text{-level}=0,031$).

Выводы. Получены данные о различном содержании BNP в плазме крови у пациентов с АГ, ХСН и сочетании АГ с ХСН. Выявлена взаимосвязь плазменного уровня BNP и структурно-функциональными изменениями миокарда у пациентов с артериальной гипертензией. У пациентов 1 и 2 групп выявлена отрицательная взаимосвязь BNP и данных ДС БЦС, отражающих резистивность ОСА и ВСА.

0254 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА МИОКАРДА ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ИЗБЫТОЧНЫХ ХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ ВЛИЯНИЙ

Губская П.М., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Практически не изучены вопросы ремоделирования сердца при высокой активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы. У части больных ИБС, АГ в момент острых кардиальных эпизодов наряду с активацией симпатического звена можно предполагать активацию и парасимпатического звена вегетативной нервной системы.

Цель исследования: изучить особенности структурных изменений внеклеточного матрикса миокарда левого и правого желу-

дочков крыс линии Вистар при моделировании избыточных холинергических влияний.

Материал и методы: крысам-самцам линии Вистар однократно интраперитонеально вводился прозерин из расчета 20 мкг/кг. Через 2, 6, 24 часа и через 1 месяц после однократного введения препарата под эфирным наркозом производилась декапитация и забор материала на исследование. Контрольную группу составили крысы, не подвергавшиеся стрессовым и медикаментозным воздействиям. Морфометрия парафиновых срезов, окрашенных по Ван-Гизону, проводилась с помощью сетки Г.Г. Автандилова (1990) в 45 полях зрения в левом желудочке (ЛЖ) и в правом желудочке (ПЖ), производился подсчет в объемных процентах (об.%) плотности коллагена, сосудов и объема внеклеточного пространства (ВКП).

Результаты и их обсуждение. При сравнении с контролем через 1 месяц после однократного введения прозерина наблюдалось значительное увеличение коллагена в миокарде ПЖ ($7,48\pm0,67$ об. % до $13,59\pm1,05$ об. %, $p<0,001$). Объем ВКП также был значительно увеличен через 1 месяц после введения препарата ($3,48\pm0,53$ об. % до $12,7\pm1,16$ об. %, $p<0,001$).

В миокарде ЛЖ плотность коллагена через 1 месяц практически возвратилась к норме ($10,79\pm1,34$ об. %, по сравнению с $7,06\pm0,63$ об. % в контроле, $p>0,05$). В ЛЖ внеклеточное пространство уменьшилось через 1 месяц почти в 2 раза ($8,6\pm0,56$ об. % в контроле и $4,35\pm0,58$ об. % через месяц после введения препарата, $p<0,05$).

Таким образом, наибольшие изменения под влиянием прозерина произошли в миокарде правого желудочка, где через 1 месяц после однократного введения препарата повышенное содержание коллагена сочеталось со значительным увеличением (более чем в 3 раза) объема внеклеточного пространства. В левом желудочке изменения касались только объема ВКП, который уменьшился в 2 раза.

Результаты эксперимента позволяют думать о том, что избыточные холинергические влияния играют самостоятельную роль в формировании ремоделирования сердца. Изменения миокарда левого и правого желудочков под влиянием прозерина различны.

0255 ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гудалис Н.И., Вилевальде С.В., Искова Х.В., Кобаева Ж.Д.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цистатин С — альтернативный креатинину маркер функции почек — не секретируется почечными канальцами, в меньшей степени зависит от внепочечных факторов, предполагается его более высокая значимость для выявления ранних нарушений функционального состояния почек.

Цель исследования: изучить значение цистатина С для выявления субклинического поражения почек у больных артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа с нормальным уровнем креатинина (Кр).

Методы: У 158 больных с АГ и СД 2 типа (82 мужчины, $56,2\pm0,7$ лет ($M\pm m$), ИМТ $31,5\pm0,5$ кг/м², 30% курили, длительность СД $2,3\pm0,2$ года, глюкоза плазмы натощак $9,1\pm0,2$ ммоль/л, HOMAIR $6,1\pm0,4$, HbA1C $7,8\pm0,1\%$, АД $138,3\pm2,2/83,0\pm0,7$ мм рт.ст., общий холестерин $5,84\pm0,09$ ммоль/л, ЛНП $3,62\pm0,08$ ммоль/л, ЛВП $1,27\pm0,03$ ммоль/л, триглицериды $2,43\pm0,14$ ммоль/л) определяли Кр сыворотки, цистатин С, МАУ по отношению альбумин/креатинин мочи (А/Кр), рассчитывали клиренс креатинина по формуле Кокрофта-Гаулта (ККр), СКФ по сокращенной формуле MDRD (СКФMDRD). Различия между группами оценивали по методу Манн-Уитни, для оценки взаимосвязи между переменными использовали корреляционный анализ по Спирмену, при $p<0,05$ различия считали статистически достоверными.

Результаты: средние значения Кр составили $81,6\pm1,2$ мкмоль/л, ККр $104,3\pm3,3$ мл/мин, СКФMDRD $81,5\pm1,2$ мл мин/1,73 м², цистатина С $0,91\pm0,02$ мг/л. В отличие от концентрации креатинина в сыворотке, для цистатина С не обнаружено различий в зависимости от пола. Снижение ККр <60 мл/мин выявлено у 7 (4,4%) пациентов, СКФMDRD <60 мл/мин/1,73 м² — у 13 (8,2%), МАУ — у 12 (7,6%), повышение цистатина С $>1,0$ мг/л — у 55 (34,8%) больных. У больных с повышенным цистатином

С по сравнению с пациентами, имеющими его нормальный уровень, выявлены достоверно более низкие значения СКФ_{MDRD} ($68,0 \pm 4,0$ vs $89,0 \pm 2,0$ мл/мин/1,73 м²; $p < 0,001$). Подобных различий для ККр не обнаружено (соответственно, $97,0 \pm 15,3$ vs $114,7 \pm 4,8$ мл/мин; $p > 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлена положительная связь цистатина С с креатинином ($r = 0,62$, $p < 0,001$), отрицательная связь цистатина С и СКФ_{MDRD} ($r = -0,72$, $p < 0,001$). Не обнаружено взаимосвязи между концентрацией цистатина С и ККр. Наибольшее количество больных с нарушенной функцией почек было выявлено при сочетании определения СКФ_{MDRD}, МАУ и цистатина С (43,1%).

Выводы: У больных АГ с СД 2 типа и нормальным уровнем креатинина для выявления субклинического поражения почек необходим расчет ККр, СКФ_{MDRD} и определение отношения Ал/Кр в разовой порции мочи. Расчет СКФ_{MDRD} более информативен по сравнению с ККр. Определение концентрации в сыворотке нового маркера нарушения функции почек — цистатина С — позволяет выявить субклиническое поражение почек с большей частотой по сравнению с основанными на уровне креатинина методами.

0256 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ СРЕДНЕГО РИСКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ Д-ДИМЕРА ПЛАЗМЫ КРОВИ

Гуляева Н.В.

МО «Новая больница», Екатеринбург, Россия

Цель исследования — изучить особенности течения тромбоэмболии лёгочной артерии среднего риска (ТЭЛА СР) при различных уровнях Д-димера плазмы крови.

Материалы и методы. Проанализировано 50 историй болезни пациентов (24 мужчины и 26 женщин, возраст 31–85 лет, средний возраст — 58,7 лет) с диагностическими критериями ТЭЛА СР. Диагноз обоснован клиникой, данными электро — и эхокардиографии (ЭхоКГ), дуплексного сканирования вен нижних конечностей, мультиспиральной компьютерно — томографической ангиографии (МСКТА), уровнем Д-димера.

Результаты исследования. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей (ТГВ НК) выявлен у 27 пациентов (54%), в восьми случаях обнаружен флотирующий тромбоз (ФТ). Двустороннее поражение лёгочных артерий (ЛА) имелось у 33-х человек (66%), одностороннее — у одной пациентки. В 16-ти случаях (32%) МСКТА провести не удалось по ряду причин: тяжесть состояния больного, перевод пациента в ангиохирургическое отделение в связи с выявленным ФТ и др. ЭХО — КГ — признаки дисфункции правых камер сердца имели 42 пациента (84%), у 8 — ми пациентов они отсутствовали. Все пациенты были разделены на три группы: с уровнем Д-димера 0,5–2,0 ng/ml, 2,1–3,0 ng/ml и 3,1–4,0 ng/ml. При анализе среднего размера правого желудочка (СРПЖ) и среднего систолического давления в ЛА (СрСДЛА), частоты встречаемости ТГВ НК и коморбидных состояний, объёма эмболизации ЛА в зависимости от уровня Д-димера различий в группах не найдено. К коморбидным отнесены те состояния, которые могут оказывать влияние на уровень Д-димера: тромбозы другой локализации, фибрилляция предсердий, интравенозный катетер, возраст старше 60 лет и другие. У пациентов с ТГВ НК и без ТГВ НК уровень Д-димера значимо не отличался ($2,5$ ng/ml и $2,9$ ng/ml соответственно). В группе с наибольшими цифрами Д-димера ($3,1–4,0$ ng/ml) зарегистрированы наименьшие сроки развития ТЭЛА — $12,94 \pm 15,26$ дня (Ме — 7; 4,75–14 дней). В группе с уровнем Д-димера 0,5–2,0 ng/ml эти сроки были больше почти в 2 раза и составили $23,9 \pm 20,5$ дня (Ме — 19; 7,75–30 дней). Наблюдалась тенденция к большей частоте встречаемости флотации (22%) в группе Д-димера 3,1–4,0 ng/ml.

Выводы. Ввиду небольшого числа больных достоверных различий между группами пациентов с разным уровнем Д-димера не выявлено. Однако прослежена тенденция к более коротким срокам развития ТЭЛА и несколько более частой встречаемости флотирующего тромбоза НК у пациентов с наибольшими цифрами Д-димера ($3,1–4,0$ ng/ml) при отсутствии значимого влияния коморбидных факторов. Поскольку наиболее эмбологенным считается именно флотирующий тромбоз, можно предполагать, что в данном случае высокий уровень Д-димера — косвенный признак эмбологенного тромбоза и вследствие этого недавно развившейся ТЭЛА. Однако этот вопрос требует дальнейшего изучения.

0257 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гуничева Е.А., Логачева И.В., Ожегов А.М.

Ижевская государственная медицинская академия, ГУЗ «РКДЦ», Ижевск, Россия

Цель: Изучение влияния исходного вегетативного тонуса (ИВТ) на показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у подростков с артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: Обследовано 60 подростков с АГ I степени, в возрасте 16–18 лет (средний возраст $16,6 \pm 0,12$). Оценка ИВТ проводилась по методике А.М. Вейна и соавт. (1986). Все исследуемые имели клинические проявления вегетососудистой дистонии (ВСД), в связи с чем были разделены на 3 группы: дистоники (20 чел., 33,3%), ваготоники (20 чел., 33,3%), симпатотоники (20 чел., 33,3%). Исследование ВРС проводилось на основании коротких записей ЭКГ при помощи 12-канального электрокардиографа «Поли-Спектр-12», фирма «Нейрософт», Иваново. Диагноз АГ верифицирован на основании данных артериального давления (АД), значения которых превышали 95 перцентиль для соответствующего возраста, пола и роста, и подтвержден результатами СМАД. Для оценки достоверности разности показателей использовался парный критерий Стьюдента.

Полученные результаты: Исходно у симпатотоников данные SDNN, RMSSD составили $41,3 \pm 4,3$ мс и $30 \pm 2,6$ мс соответственно, что, по сравнению со здоровыми подростками, оказалось достоверно ниже ($p < 0,001$). Общая мощность спектра ВРС (TP) достоверно не отличалась в группах дистоников и ваготоников, однако в группе симпатотоников TP составила $2933 \pm 206,1$ мс, т.е. была достоверно ниже ($p < 0,05$). При анализе спектральных показателей преобладали низкие частоты спектра в группе симпатотоников. Так, VLF и LF/HF-показатель составил соответственно $40,8 \pm 3,2\%$ и $1,5 \pm 0,2\%$, что достоверно выше по сравнению с дистониками и ваготониками ($p < 0,001$). Выявлена тенденция к снижению высокочастотных колебаний спектра у симпатотоников по сравнению со здоровыми подростками, а также с ваготониками и дистониками ($p > 0,05$). При анализе данных СМАД у подростков с ВСД по сравнению со здоровыми подростками зарегистрировано достоверное увеличение индексов времени систолического (ИВ САД) и диастолического АД (ИВ ДАД) в течение суток, независимо от ИВТ. Так, ИВ САД и ИВ ДАД составил соответственно у ваготоников: $54,3 \pm 4,9$ и $39,8 \pm 6,4\%$ днем; $35,4 \pm 5,9$ и $13,6 \pm 4,3\%$ ночью; у симпатотоников: $52,6 \pm 4,3$ и $39,1 \pm 6,9\%$ днем; $42,4 \pm 4,5$ и $27,4 \pm 6,8\%$ ночью; у дистоников: $53,0 \pm 3,8$ и $36,5 \pm 6,4\%$ днем; $30,7 \pm 5,5\%$ и $19,8 \pm 4,6\%$ ночью. ИВ САД и ИВ ДАД в ночное время суток у симпатотоников превышал данный показатель у дистоников и ваготоников ($p > 0,05$), что свидетельствует о стабильности АГ.

Выводы: У подростков-симпатотоников наблюдается преобладание активности симпатической регуляции и снижение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. Подростки с различными типами исходного вегетативного тонуса имеют сниженную вариабельность ритма сердца. По данным СМАД тип исходного вегетативного тонуса не оказывает существенного влияния на индексы времени систолического и диастолического АД в течение времени суток.

0258 НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Гуревич М.А.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Клинические, инструментальные и лабораторные методы, при показаниях — коронарорентгенокардиография, зондирование правых отделов сердца с субэндомиокардиальной биопсией миокарда; всем суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Синусовый ритм у 70%, что представляет ритмическую особенность данной диффузной миокардиальной патологии.

Мерцательная аритмия в форме постоянной фибрилляции предсердий — у 19%, пароксизмальная — у 5%.

Пароксизмы желудочковой тахикардии — у 27%.

Желудочковая экстрасистолия при мониторинге выявлена у 67%, аллоритмия сочеталась со снижением ФВ < 30%. Желудочковая экстрасистолия свыше 1000 в 1 час обнаружена у 42%, высокие ее градации отмечены у 65%. Предиктором желудочковых нарушений ритма в 14 наблюдениях были крупноочаговые повреждения миокарда с наличием Q, QS.

Нарушения внутрижелудочковой проводимости – полная блокада левой ножки пучка Гиса у 15%.

Полная атриовентрикулярная блокада, ее дистальная форма, у 7%.

Варианты лечения желудочковых аритмий при ДКМП:

- антиаритмические препараты, преимущественно III класса (амиодарон, соталол);
- радиочастотная абляция;
- имплантация кардиовертера – дефибриллятора.

0259 ИБС У ЖЕНЩИН: НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ

Гуревич М.А., Архипова Л.В.

МОНИКИ им. Владимирского, Москва, Россия

Цель: изучение особенностей течения ИБС у женщин.

Материалы и методы: наблюдалось 40 женщин с клинически установленным диагнозом ИБС, которым проводились ЭКГ, Эхо КГ, нагрузочные пробы, коронароангиография.

Результаты полученных наблюдений демонстрируют, что течение ИБС у женщин и мужчин отличается.

Диагностировать ИБС у женщин часто бывает сложнее, чем у мужчин по ряду причин:

- нетипичные симптомы стенокардии;
- бессимптомное течение или очень редкие эпизоды болей;
- ЭКГ у женщин реже, чем у мужчин, содержит показатели необходимые для постановки ИБС; большая распространенность инфаркта миокарда без развития патологического зубца Q на ЭКГ.

Более быстрое прогрессирование ИБС у женщин может быть объяснено меньшим количеством и диаметром коллатеральных сосудов, что также подтверждается при ангиографических исследованиях.

Значительное число женщин с нестабильной стенокардией или острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST и не имеющих значительного поражения коронарных артерий свидетельствует о высокой частоте микрососудистой эндотелиальной дисфункции и нестенозирующего атеросклероза.

При невозможности проведения чрескожного коронарного вмешательства или коронарного шунтирования, а также при микрососудистой форме ИБС наиболее эффективными препаратами могут быть средства, воздействующие, прежде всего на метаболические и микроциркуляторные механизмы коронарной недостаточности, препятствующие развитию метаболического синдрома, обладающие способностью вызывать эндотелийзависимую вазодилатацию, увеличивать концентрацию брадикинина и снижать активность ангиотензина II. Учитывая частое развитие микроциркуляторной формы ИБС у женщин препаратами выбора являются β-адреноблокаторы. Перспективной группой медикаментозных средств являются селективные блокаторы (антагонисты) ангиотензиновых (AT1)-рецепторов и, по-видимому, в меньшей степени – ингибиторы АПФ.

0260 ДИНАМИКА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕТИДА

Гурижева М.В., Василенко В.М., Аптаева М.Ж., Джанпуева С.К., Шукушев Х.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель исследования: оценка влияния бронхолитической терапии на структуру желудочковых аритмий и показатели ЭКГ высокого разрешения желудочкового комплекса у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы: В обследование было включено 144 больных ХОБЛ различной степени тяжести. В контрольную группу вошли 35 практически здоровых лиц. Всем больным в течение первых двух дней и на 14 сутки пребывания в стационаре были выполнены 24-часовое мониторирование ЭКГ и ЭКГ высокого разрешения (ЭКГ ВР) желудочкового комплекса.

Результаты исследования: По данным 24-часового мониторирования ЭКГ у больных ХОБЛ отмечена существенно более высокая частота обнаружения желудочковых нарушений ритма сердца по сравнению с контрольной группой. Желудочковые экстрасистолы регистрировались у 43 (29,9%) пациентов, у 5 (3,5%) из них зафиксированы желудочковые аритмии высоких градаций. При анализе показателей ЭКГ ВР желудочкового комплекса у больных ХОБЛ до лечения отмечены выраженные нарушения процессов деполаризации миокарда по сравнению с контрольной группой. У пациентов с ХОБЛ длительность фильтрованного комплекса QRS и низкоамплитудных сигналов LAS40 была выше, а квадрат амплитуды последних 40 мс RMS40 был ниже по сравнению с контрольной группой. Поздние потенциалы желудочков (ППЖ) были обнаружены у 9 (6,3%) больных ХОБЛ и у 1 (2,9%) лица контрольной группы. При повторном обследовании на фоне приема серетиды желудочковая экстрасистолия обнаружена только у 11 больных (18,1%). При этом у пациентов с тяжелой степенью тяжести ХОБЛ частота обнаружения желудочковой экстрасистолии снизилась почти вдвое – с 56,5% до 30,4% ($p < 0,01$). Терапия также сопровождалась у больных ХОБЛ снижением среднего количества одиночных желудочковых экстрасистол с $572,10 \pm 211,42$ до $216,00 \pm 92,27$. На фоне терапии серетидом у пациентов с ХОБЛ отмечена тенденция к улучшению показателей ЭКГ высокого разрешения желудочкового комплекса, но достоверное уменьшение продолжительности QRSf выявлено только у пациентов со средней степенью тяжести ХОБЛ. Бронхолитическая терапия сопровождалась достоверным снижением частоты обнаружения ППЖ. Была обнаружена положительная зависимость между длительностью фильтрованного комплекса QRS и количеством одиночных желудочковых экстрасистол ($r = 0,84$, $p < 0,01$).

Заключение: Больные ХОБЛ характеризуются более высокой частотой желудочковых нарушений ритма сердца и их среднесуточного количества по сравнению с контрольной группой. Серетид у больных ХОБЛ оказывает положительное влияние на показатели ЭКГ высокого разрешения желудочкового комплекса, более выраженное у пациентов со средней степенью тяжести заболевания. Терапия серетидом также сопровождается снижением частоты и среднего количества желудочковых аритмий. Учитывая, что изменения ЭКГ ВР могут стать предикторами развития жизнеопасных нарушений ритма сердца у больных ХОБЛ, серетид можно рекомендовать для бронхолитической терапии.

0261 ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Гурьева В.М., Петрухин В.А., Башикин Н.Ф., Котов Ю.Б.

ГУЗ «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии», Москва, Россия

Цель работы: определить оптимальные показатели артериального давления (АД) для беременных женщин с артериальной гипертензией (АГ) различного генеза с учетом перинатального исхода.

Методы исследования: под наблюдением находились 473 беременные с АГ различного генеза. Из них с гипертонической болезнью – 158, с синдромом вегетативной дисфункции – 56, с симптоматической АГ – 261, с гестозом при отсутствии фоновой патологии – 54 пациенток. 287 беременных (60,7%) получали гипотензивную терапию (антагонисты кальция, β-адреноблокаторы, метилдопа). Для оценки показателей АД использованы данные суточного мониторирования, которое проводилось всем беременным во 2 и 3 триместрах гестации. Из исследования исключены женщины с острой гипоксией плода в родах, родовой травмой и внутриутробным инфицированием плода, а также родоразрешенные досрочно по акушерским причинам (самопроизвольные преждевременные роды, разрыв матки по рубцу).

С учетом перинатального исхода беременные разделены на 5 групп:

1-я группа — хороший исход (здоровый ребенок, выписан домой, 207 наблюдений).

2-я группа — удовлетворительный исход (ребенок с перинатальными проблемами, которые не потребовали длительного лечения, 118 наблюдений),

3-я группа — сомнительный исход (ребенок с перинатальными проблемами, потребовавший этапного лечения, но с благоприятным отдаленным прогнозом, 84 наблюдения).

4-я группа — неудовлетворительный исход (ребенок в тяжелом состоянии, потребовавшем интенсивной терапии, длительного выхаживания, с серьезными отдаленными проблемами со здоровьем, 46 наблюдений).

5-я группа — 8 случаев антенатальной гибели плода и 10 случаев гибели ребенка в раннем неонатальном периоде (18 наблюдений).

Для статистической обработки использованы методы непараметрической статистики (критерий Крускала).

Результаты: показатели АД в обследованных группах составили: для систолического АД в 1-й группе 119 (112-126) мм рт.ст. (здесь и далее представлены медиана, 25 и 75 перцентили), в 2-й группе — 121 (113-130), в 3-й группе — 125 (118-134), в 4-й группе — 129 (120-139), в 5-й группе 129 (122-138), для диастолического АД в 1-й группе 70 (64-76) мм рт.ст., в 2-й группе — 71 (65-78), в 3-й группе — 76 (68-84), в 4-й группе — 81 (72-90), в 5-й группе 83 (74-93). При статистической обработке установлено, что 3-я, 4-я и 5-я подгруппы достоверно отличаются от 1-й и 2-й по уровню как систолического, так и диастолического АД ($p = 0,00001$).

Выводы: для женщин с АГ различного генеза, успешно выносивших беременность и родивших здорового ребенка, характерны достаточно низкие показатели АД. Традиционно используемые критерии нормальных значений АД (по данным СМАД $> 135/85$) и начала гипотензивной терапии (140/90) для беременных не годятся и должны быть пересмотрены в сторону снижения. Работа частично поддержана РФФИ, грант 07-01-00376а.

0262 ОЦЕНКА СОСУДИСТОЙ ЖЁСТКОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ЛИЦ МОЛОЖЕ И СТАРШЕ 60 ЛЕТ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Гусаковская Л.И., Борисочева Н.В., Томашевская Ю.А., Буданова В.А., Олейников В.Э.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: оценить степень сосудистого ремоделирования у больных разных возрастных групп, страдающих МС в сочетании с АГ.

Методы исследования: В исследование было включено 30 пациентов (4 мужчины и 26 женщин) с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени и метаболическим синдромом, диагностированным по рекомендациям ВНОК (2007). Первую группу составили 15 человек трудоспособного возраста ($49,8 \pm 5,5$ лет), вторую — 15 лиц пожилого возраста ($66,9 \pm 4,3$ лет). Пациенты обеих групп не имели достоверных отличий по антропометрическим показателям, гиперхолестеринемии и гипергликемии. Жесткость артерий оценивали по данным бифункционального суточного мониторирования АД и ЭКГ с исследованием ригидности магистральных артерий прибором «ВрLab» («Петр Телегин», Россия). Определяли следующие показатели: время распространения пульсовой волны (РТТ, ВРПВ), максимальную скорость нарастания АД (dP/dT); индекс ригидности артерий (ASI), индекс аугментации (Aix), характеризующий соотношение амплитуд прямой и отраженной пульсовых волн.

Полученные результаты: пациенты в исследуемых группах не отличались по офисному САД. Уровень ДАД у лиц пожилого возраста был ниже ($82,8 \pm 5,8$ мм рт.ст.), чем у пациентов моложе 60 лет $90,90$ (86; 95) мм рт.ст. ($p < 0,05$), что обусловлено возрастными изменениями в сосудистой стенке, приводящими к развитию изолированной систолической АГ. Показатель РТТ в группе лиц старше 60 лет был достоверно ниже ($117,4 \pm 12,4$ мс), чем в группе лиц трудоспособного возраста ($129,4 \pm 9,6$ мс) ($p < 0,001$). Максимальная ско-

рость нарастания АД была выше в группе 2 ($761,3 \pm 226,4$) и $565,2$ ($519,2$; $676,5$) мм рт.ст. ($p < 0,01$). Наблюдалась тенденция к увеличению индекса аугментации (Aix) у пожилых больных, которая не была статистически значимой. Индекс ригидности артерий ASI был достоверно выше в старшей возрастной группе ($159,2 \pm 22,0$), в группе 2 — $222,1 \pm 41,8$ мм рт.ст., соответственно ($p < 0,001$).

Выводы: Чем меньше времени затрачивается на прохождение пульсовой волны по артериям, тем более выражены структурные изменения в сосудах. У лиц старше 60 лет при МС в сочетании с АГ 1-2 степени установлено более выраженное изменение магистральных сосудов с увеличением показателей жесткости стенки. Метод суточного мониторирования ВРПВ может использоваться для оценки ригидности сосудистой стенки при проведении клинико-физиологических исследований.

0263 ВЛИЯНИЕ ПРЕДИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Гусейнова Р.Р., Абдулаев Р.Ф., Джахангиров Т.Ш., Гарамамедли С.Я. НИИ Кардиологии, Баку, Азербайджан

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния прединфарктной стенокардии (ПС) на систолическую и диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных инфарктом миокарда (ИМ) на 7-10-е сутки заболевания.

Материал и методы. Обследованы 42 больных (средний возраст $52,5 \pm 1,8$ лет) перенесшие инфаркт миокарда с зубцом Q. ПС определялась как один или несколько эпизодов ангинозных болей в течение 24 часов, предшествовавших развитию ИМ. В зависимости от наличия эпизодов ПС больные были разделены на 2 группы: 1-я ($n=20$) с эпизодами ПС, 2-я ($n=22$) без эпизодов ПС. Всем пациентам на 7-10-е сутки болезни проводилось Допплер эхокардиографическое исследование с определением стандартных показателей систолической и диастолической функций ЛЖ. Определяли следующие параметры: конечно-диастолический (КДО), конечно-систолический (КСО) объемы, фракцию выброса (ФВ) левого желудочка, максимальную скорость раннего (Е) и позднего (А) диастолического наполнения ЛЖ, соотношение Е/А и время изоволюмического расслабления (ВИР) ЛЖ.

Результаты исследований. При анализе полученных данных установлено достоверное снижение КДО ($118,4 \pm 3,6$ и $125,5 \pm 3,5$ мл; $p < 0,05$), КСО ($52,6 \pm 4,2$ и $62,5 \pm 3,5$ мл; $p < 0,05$) и повышение ФВ ($54,3 \pm 1,8$ и $49,6 \pm 1,5\%$; $p < 0,01$) в 1-й группе больных по сравнению со 2-й. Достоверными также были различия в показателях диастолической функции ЛЖ. Для показателя Е — $67,1 \pm 2,2$ и $62,7 \pm 1,7$ см/с ($p < 0,05$), для А — $65,5 \pm 1,7$ и $70,6 \pm 1,8$ см/с ($p < 0,05$), для Е/А — $1,03 \pm 0,03$ и $0,88 \pm 0,02$ ($p < 0,01$), для ВИР — $90,6 \pm 5,4$ и $105,5 \pm 3,5$ мс ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы. Полученные данные позволяют констатировать, что наличие ПС оказывает положительное влияние на показатели как систолической и диастолической функции ЛЖ, что возможно объясняется феноменом ишемического preconditionирования у больных с ИМ. Наличие ПС может быть использовано в качестве прогностического критерия у пациентов с ИМ.

0264 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ ПО КОНТРАКТУ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА: СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД И СОСТОЯНИЕ МЫШЛЕНИЯ

Давидович И.М., Староверова Ю.К., Афонасов О.В., Козыренко А.В., Поскребышев В.П., Яковенко Т.И., Сивеев Д.М.

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 301 окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск, Россия

Цель исследования: оценка показателей, характеризующих состояние мышления у офицеров по контракту ДВО с нормаль-

ным и повышенным АД, а также влияние на данные показатели возраста пациентов, стадии гипертонической болезни (ГБ) и длительности заболевания.

Материалы и методы: всего обследовали 59 офицеров, средний возраст 38,4 года. 47 человек имели ГБ 1 или 2 стадии (основная группа) и 12 — нормальное АД (контроль). Обе группы были сопоставимы по возрасту и наличию основных факторов риска (курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела). Оценка состояния мышления включала проведение следующих тестов: составление простых и сложных аналогий, выделения существенных признаков, формирования суждений, комбинаторных способностей, а также «языкового мышления» — индукции и абстракции. Все тесты оценивали в баллах. Оценку показателей мышления проводили в автоматическом режиме с помощью программного обеспечения психофизиологического комплекса «Status PF». Учитывая функциональную асимметрию головного мозга, обследовали только праворуких пациентов. Тестирование осуществляли утром. СМАД осуществляли по стандартной методике. Материал обработан методами вариационной статистики с определением достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение: АГ у мужчин молодого возраста носила систолидиастолический характер, тип кривой в основном был «non-dipper» по ДАД. Пациентов с АГ, по сравнению с лицами с нормальным АД был достоверно снижены такие показатели мышления, как «сложные аналогии» ($8,5 \pm 0,5$ и $11,2 \pm 1,2$, $p=0,03$), комбинаторные способности ($10,8 \pm 0,5$ и $13,6 \pm 1,1$, $p=0,017$) и показатели «языкового мышления» — индукция ($10,6 \pm 0,2$ и $12,6 \pm 1,1$, $p=0,008$) и, особенно, абстракция ($6,3 \pm 0,5$ и $11,6 \pm 1,6$, $p=0,000$). Корреляционный анализ выявил наличие отрицательной средней силы связи между различными параметрами САД днем и ДАД ночью и показателями мышления.

Проведенный анализ установил, что в основном снижение показателей мышления наблюдалось у мужчин с АГ старше 40 лет, хотя способность к индукции и абстракции достоверно нарушались и в более молодом возрасте. При этом на процесс нарушения мышления длительность повышения АД не оказывала существенного влияния, поскольку и в группе пациентов с анамнезом АГ менее 5 лет, также достоверно отмечали снижение процессов мышления, как и в группе пациентов с длительностью АГ свыше 5 лет. Вместе с тем, необходимо отметить, что снижение исследуемых показателей мышления было только у офицеров со второй стадией гипертонической болезни.

Выводы: у мужчин молодого возраста, офицеров по контракту ДВО, имеющих артериальную гипертензию, в отличие от лиц с нормальным АД происходит снижение показателей мышления, которое напрямую зависит от стадии гипертонической болезни. При этом на нарушение процессов мышления оказывает влияние сам факт повышения АД, но не длительности заболевания.

0265 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Дворина О.Г., Горенков Р.В.

ГУЗ МОНИКИ им. Владимирского, Москва, Россия

Цель: Выявить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных в зависимости от различных форм мерцательной аритмии (МА).

Материалы и методы: обследован 131 пациент, возраст от 36 до 80 лет, средний возраст был $59,0 \pm 1,0$ г. Женщины составили 45,8% и мужчины — 54,2%. Наличие или отсутствие тревожного или депрессивного расстройства оценивалось с помощью скринингового опросника CES-D.

Результаты: В группе женщин 45,0% имели пароксизмальную, 28,3% постоянную и 26,7% персистирующую формы. Среди мужчин 14,1% имели пароксизмальную, 64,8% постоянную и 21,1% персистирующую формы МА.

Тревожно-депрессивные состояния выявлены у 39,7%, из них 76,9% составили женщины и 23,1% мужчины. Тяжесть депрессии по CES-D соответствовала легкой степени депрессии.

При анализе наличия тревожно-депрессивных расстройств в зависимости от различных форм МА выявлено, что в группе жен-

щин с пароксизмальной формой МА тревожно-депрессивные расстройства отмечались у 78,6%, с постоянной формой — у 11,8% и 100% в группе с персистирующей формой МА.

Среди мужчин в группе с пароксизмальной формой МА тревожно-депрессивные расстройства наблюдались у 20,0%, в группе с постоянной формой — у 13,0% и в группе с персистирующей формой — у 26,7%.

Выводы: 1. Примерцательной аритмией тревожно-депрессивные расстройства выявлялись в 39,7% случаев, что выше, чем распространенность этого расстройства при всех формах ИБС и сопоставимо с распространенностью при перенесенном ИМ.

2. Наибольшая распространенность тревожно-депрессивных расстройств была в группе при персистирующей форме МА, что можно объяснить тревогой ожидания очередного приступа и неэффективностью предшествующей антиаритмической терапии.

0266 ЛЕЧЕНИЕ ФЛУОКСЕТИНОМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ.

Дворина О.Г., Горенков Р.В.

ГУЗМО МОНИКИ им. Владимирского, г. Москва, Россия

Цель: Оценить эффективность лечения тревожно-депрессивных расстройств флуоксетином у больных с различными формами мерцательной аритмии (МА).

Материалы и методы: обследован 131 пациент в возрасте от 36 до 80 лет (средний возраст $59,0 \pm 1,0$ года). Женщины составили 45,8% и мужчины — 54,2%. Наличие или отсутствие тревожного или депрессивного расстройства оценивалось с помощью скринингового опросника CES-D, оценивалось количество и тяжесть приступов МА до и после лечения. Период наблюдения составил 1,5 года.

Результаты: При выборе антидепрессанта у женщин учитывалось наличие постклимактерического или перименопаузального синдрома, нарушение цикла сон-бодрствование, тяжесть недостаточности кровообращения. Флуоксетин был назначен 29,7% пароксизмальной формой МА, 22,6% — персистирующей формой и 7,9% постоянной формой МА.

Через 1,5 года в группе пациентов с пароксизмальной формой МА в 60,3% отмечалось урежение пароксизмов, в 10,5% случаев — полный регресс приступов, в 30,1% — улучшение переносимости приступов. С персистирующей формой МА в 70,2% случаев отмечалось улучшение переносимости приступов, в 30,6% случаев эффекта не наблюдалось. С постоянной формой МА у 65,4% женщин отмечено улучшение качества жизни согласно опроснику, у 35,1% эффекта не наблюдалось.

Выводы: Применение флуоксетаина при мерцательной аритмии в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами способствует урежению пароксизмов при пароксизмальной и персистирующей формах, улучшению качества жизни при постоянной форме МА. Высокая комплаентность у женщин вероятно, обусловлено облегчением течения постклимактерического синдрома.

0267 ЧТО ДАЮТ АКЦИИ ПО ИЗМЕРЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ? ОПЫТ ВИТЕБСКА

Дейкало В.П., Криштопов Л.Е., Козловский В.И., Глухов Ю.Ф., Хрущевская Л.Б., Оленская Т.Л., Дубас И.О., Сероухова О.П., Акуленок А.В., Шафик Азиз, Печерская М.С., Проволоцкая Т.С. ВГМУ, ВЦКБ, Витебск, Беларусь

Цель: оценка результатов акций по измерению уровня глюкозы у неорганизованного контингента г. Витебска.

Материал и методы: Проведен ряд акций по измерению уровня глюкозы среди жителей Витебска. Время обследования — 2-6 часов после еды. Уровень глюкозы крови определяли с помощью аппарата «Сателлит плюс». Обследованы 582 человек, возраст — 18-66 лет. Артериальное давление измеряли аппаратами фирмы «Microlife». Сахарный диабет устанавливали, при глюкозе более 11,1 ммоль/л, уровне глюкозы натощак выше 7,0 ммоль/л. Нарушенная толерантность к глюкозе отмечали в том случае,

если глюкоза натощак была более 6,1–6,9 ммоль/л, глюкоза в крови через 2 часа после еды более 7,8, но менее 11,1 ммоль/л. Нормальным считали гликемию натощак меньше 6,1 ммоль/л, уровень глюкозы в крови через 2 часа после еды более 6,1 ммоль/л, но менее 7,8 ммоль/л. Гипогликемию устанавливали при глюкозе крови менее 3 ммоль/л.

Дополнительно пациенты ответили на ряд вопросов анкеты: о наличии сахарного диабета, сопутствующих заболеваний, у части измерялся уровень артериального давления.

Результаты: Повышение уровня артериального давления отмечено у 32,4 % взрослых людей, у 38% из них впервые.

Нормальный уровень глюкозы крови выявлен у 68,9 % респондентов. Уровень глюкозы крови менее 3,3 ммоль/л выявлен у 12 % респондентов, 3,4–5,5 ммоль/л — у 56 %, 5,5–6,0 ммоль/л — у 14,9%, 6,1–7,5 ммоль/л — у 12 %, более 7,5 ммоль/л — у 5,1%.

Впервые повышенный уровень глюкозы определен у 0,6% людей. Сахарный диабет ранее был установлен у 1,4 % респондентов. Из них только у 36% уровень глюкозы в крови был в пределах нормы, у остальных — более 7,5 ммоль/л.

У 12% респондентов выявлено снижение уровня глюкозы менее 3,3 ммоль/л, что в 38% сопровождалось умеренными признаками гипогликемии. Признаки гипогликемии выявлялись преимущественно у молодых людей (средний возраст 18–25 лет).

При артериальной гипертензии нарушения толерантности к глюкозе выявлялись у 33,8%, сахарный диабет — 4,3%. Нормальный уровень глюкозы в крови был у 61,9% респондента. При артериальной гипертензии и ИБС нарушения толерантности к глюкозе выявлялись у 34,7%, сахарный диабет у 5,3%, нормальный уровень глюкозы был — у 60 % респондентов.

У больных с ИБС сахарный диабет отмечался у 5,6 %, нарушения толерантности к глюкозе — у 28,7%, нормальный уровень глюкозы был у 65,7% респондентов.

При вновь выявленном сахарном диабете и нарушений толерантности к глюкозе

Выводы. Во время акций повышенное артериальное давление отмечено у 32,4 % взрослых людей, у 38% из них впервые. Акции по оценке уровня глюкозы в крови позволяют выявить повышение уровня глюкозы у 5,1% людей. У 12% людей 18–25 лет выявляются различного уровня гипогликемии. У 36% больных сахарным диабетом выявляется неадекватный контроль уровня глюкозы крови.

0268 НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Делова М.А., Князева Л.А., Яковенко Л.В., Князева Л.И., Горайнов И.И., Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Целью работы явилось изучение показателей функционального состояния эндотелия сосудов у больных неспецифическим аортоартериитом (НАА) с синдромом артериальной гипертензии (АГ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 24 пациента с неспецифическим аортоартериитом в возрасте 22–35 лет, группа контроля представлена 22 здоровыми лицами. Диагноз неспецифического аортоартериита устанавливался по классификационным критериям Н.П.Шишкиной и соавт. 1994г., эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) оценивали по сосудодвигательной активности плечевых артерий путем определения прироста ее диаметра в ответ на механический стимул. Методика разработана в 1992 году D.S.Celetmajer, модифицирована У.Нигоска с соавторами (1994), О.В.Ивановой с соавторами (1998г.).

Результаты и обсуждение. У всех обследованных больных с неспецифическим аортоартериитом определено достоверное снижение ЭЗВД при проведении пробы с реактивной гиперемией в сравнении с контрольной группой ($4,0 \pm 1,2\%$ и $10,6 \pm 2,4\%$ соответственно). По данным литературы, нормальной реакцией плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией считается вазодилататорный ответ более 10%, вазодилатация менее 10%, а так же парадоксальная вазоконстрикция свидетельствуют о нару-

шении сосудодвигательной функции эндотелия. В настоящем исследовании у всех обследованных больных диаметр плечевой артерии увеличивался менее, чем на 10%, что свидетельствует о наличии у этой группы больных сосудодвигательной дисфункции. У 33% обследованных больных с неспецифическим аортоартериитом отмечалась парадоксальная вазоконстрикция.

Таким образом, у больных неспецифическим аортоартериитом с синдромом артериальной гипертензии имела место недостаточная вазодилатация и парадоксальная вазоконстрикция. Наличие парадоксальной вазоконстрикции свидетельствует о более тяжелой форме эндотелиальной дисфункции.

0269 ОБМОРОК (СИНКОПЕ): НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Демин А.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: оценка новых возможностей дифференциальной диагностики обмороков, которые могут свидетельствовать о сердечных аритмиях и различных неврологических расстройствах, и новых возможностей лечения с помощью усовершенствованных имплантируемых водителей ритма.

Больные и методы: дифференциальная диагностика повторяющихся и необъясненных обмороков проведена у 20 больных: у 10 больных с помощью имплантируемых кардиомониторов REVEAL® XT и DX (Medtronic) и у 10 с помощью традиционного подхода (ЭКГ-мониторирование).

Результаты: включение карведилола в схему лечения больных с ХСН сопровождалось более выраженным по сравнению с метопрололом уменьшением ФК ХСН ($-0,6 \pm 0,3$ против $-0,3 \pm 0,4$, соотв.), увеличением толерантности к физической нагрузке (на 30% против 20%), повышением ФВ левого желудочка (на 24% против 15%) и уменьшением объёмных показателей эхокардиографии (на 13% против 7%). АД и частота сердечных сокращений снизились на 12–15% в обеих группах. Эффект лечения был более выражен у больных с исходно более тяжелым состоянием.

Выводы: Обморок — частое явление в современной клинике и требует тщательного обследования. Использование длительно действующих имплантируемых диагностических устройств обеспечивает лучшие результаты. Это новый стандарт установления корреляции между симптомом и сердечным ритмом у больных с повторными, необъясненными обмороками, для различия судорожных синкопе от припадков у больных с лекарственно-рефрактерной эпилепсией.

0270 ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ СД 1 И 2 ТИПА

Демичева Т.П., Атаманов В.М.

ПГМА, им. ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования — оценить вариабельность ритма сердца и психологический статус у больных сахарным диабетом (СД) 1 и 2 типа.

Методы: обследовано 25 больных СД 2 типа (средний возраст пациентов 60 ± 10 лет) и 50 больных СД 1 типа (средний возраст — 29 ± 8 лет). Больные были разделены на 2 группы в зависимости от стажа диабета: в первую группу вошли лица, имеющие стаж СД до 10 лет, во вторую — более 10 лет. Вариабельность ритма сердца (ВРСР) оценивалась методом временного и частотного анализа на коротких участках записи на диагностической системе «Валента». Оценивали общую мощность спектра (TP), волновой диапазон высокой частоты (HF), отражающий парасимпатическую активность и волновой диапазон низкой частоты (LF), отражающий активность преимущественно симпатической нервной системы. Психологический статус оценивался по методике САИТ в баллах и по восьмицветному тесту Люшера.

Результаты: эмоциональный статус в 1 группе больных СД 1 типа отличался ухудшением самочувствия ($C=30,2 \pm 1,6$ балла, при норме $20,2 \pm 1,4$), снижением активности ($A=29,2 \pm 1,6$ балла, при норме $21,2 \pm 2,1$), повышением тревожности ($T=30,2 \pm 1,7$ балла, при норме

23,2±3,3), $p<0,05$. В нормальных пределах находились показатели настроения ($N=32,5\pm1,3$ балла, при норме 19,6±2,8). Во второй группе больных СД 1 типа эмоциональные нарушения отличались большим полиморфизмом и стойкостью. Достоверная отрицательная динамика зафиксирована по показателю настроения ($N=32,2\pm3,5$ балла) и тревожности ($T=37,4\pm3,1$ балла). Частое присутствие серого, коричневого или черного цвета в начале цветового ряда Люшера также свидетельствовало об отрицательных эмоциональных сдвигах у этих пациентов. Составляющей любой эмоциональной реакции является вегетативный компонент. Изменения в эмоционально-волевой сфере пациентов СД 1 типа, должно сопровождаться поражением автономной нервной системы. Известно, что снижение показателей variability сердечного ритма (BCP) у больных СД связано с повреждением висцеральных нервных окончаний. В 1 группе больных СД 2 типа, не принимающих β -блокаторов, высокочастотный компонент (HF), отражающий вагусный контроль сердечного ритма, составил $-42,5\pm1,25$; во второй группе $-111,8\pm0,5$, т.е. с увеличением стажа диабета мощность данных волн увеличилась в 2,6 раза, такую же тенденцию имела и низкочастотная составляющая (LF): 31,2 и 69,2 соответственно, $p<0,01$. В группе больных СД 2 типа, принимающих β -блокаторы парасимпатическое влияние оказалось в 4 раза выше по сравнению с группой больных без β -блокаторов ($56\pm1,7$ и $226\pm0,04$), $p<0,01$; показатель (LF) в группе больных, которые использовали β -блокаторы был ниже: $42\pm3,8$ против $50,2\pm0,16$. Как высокочастотная составляющая мощности ритма, так и низкочастотная имели достоверную прямую связь с возрастом пациентов ($r=0,75$ и $r=0,47$, $p<0,01$). Повышение мощности во всех диапазонах частот (HF, LF) с возрастом у больных СД 2 типа можно расценивать как компенсаторную реакцию организма. Таким образом, указанные изменения у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа указывают на выявленные у них выраженные эмоциональные и вегетативные расстройства по мере увеличения возраста и стажа диабета.

0271 ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПОТОКА ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ И ПРОЦЕСС ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Дергунова Е.Н., Вартанян Е.А., Барт Б.Я.

ГОУ ВПО РГМУ МЗРФ, Диагностический клинический центр № 1, Москва, Россия

Цель исследования: С помощью доплерэхокардиографии оценить параметры малого круга кровообращения, потока трикуспидальной регургитации и их влияние на выраженность ремоделирования правого желудочка у больных ХСН

Материалы и методы: Обследованы 64 больных, в том числе, 1-ая группа- 39 больных ИБС с ФВ ЛЖ выше 40%, МР и ТР I и II ст., с умеренными клиническими проявлениями ХСН (I-II ФК по классификации NYHA), средний возраст $57,3\pm2,3$ года. 2-ая группа- 25 больных ИБС с ФВ ЛЖ ниже 40%, с МР и ТР III – IV ст. с тяжёлыми клиническими проявлениями (ХСН III и IV ФК по классификации NYHA), средний возраст $68,7\pm2,7$ г.

Все больные имели синусовый ритм и перенесли в анамнезе инфаркт миокарда. Проводилось ЭхоКГ исследование по стандартной методике с оценкой структурно-функциональных показателей камер сердца, учитывалось среднее значение из 3-х измерений сердечных циклов синхронно с 1-м из отведений ЭКГ. Все измерения скорости кровотока в ПЖ производили во время спокойного выдоха. МР и ТР оценивали используя цветовой доплер, по глубине проникновения струи и площади, которую она занимает. В постоянно-волновом режиме измеряли максимальную скорость ТР и её продолжительность, где начало ТР совпадало с QRS на ЭКГ и до окончания систолы- на уровне конца зубца T (ОП ТР). Расчёт лёгочного сосудистого сопротивления (ЛСС) проводился доплеревским методом по формуле А.Аббас(2003) с учётом пиковой скорости ТР и интеграла линейной скорости в ВТПЖ, в импульсно-доплеревском режиме. Время изоволюмического сокращения (ВИС) измеряли как период

предызнания, интервал между QRS на ЭКГ и началом систолического потока в ВТПЖ. Общее время систолического потока (ОВ СП)- это сумма ВИС и времени выброса (ВВ). СрДЛА рассчитывали по методу А.Kitabataka, СДЛА по скорости струи ТР.

Результаты: В 1 группе больных выявлено незначительное повышение величины СДЛА до $34,5\pm1,7$ ($p<0,05$) мм рт.ст. и СрДЛА до $25,7\pm1,4$ ($p<0,05$) мм рт.ст. по сравнению с контрольной группой. Величина ЛСС- $1,63\pm0,1$ ($p>0,05$) Wood достоверно не отличалась от значений в контрольной группе- $1,42\pm0,1$ Wood, а продолжительность ОВ СП- $421,2\pm19,5$ ($p<0,05$) мсек, при ВИС- $100,56\pm10,2$ мсек, была значительно больше ОП ТР- $345,3\pm17,8$ ($p<0,05$) мсек, с сохранением данного соотношения потоков и в контрольной группе.

Во 2 группе- на фоне значительного повышения СДЛА до $56,2\pm5,2$ ($p<0,001$) мм.рт.ст. и СрДЛА до $38,2\pm2,5$ ($p<0,001$) мм рт.ст. и повышенного ЛСС до $2,72\pm0,1$ ($p<0,001$) Wood, наблюдалось достоверное увеличение общей продолжительности ТР до $451,7\pm15,2$ ($p<0,001$) мсек, т.к. ТР продолжается после преждевременного закрытия клапана лёгочной артерии, что косвенно указывает на перегрузку ПЖ давлением и объёмом, а ОВ СП в ВТПЖ уменьшилось до $390,5\pm13,5$ ($p<0,001$) мсек, с уменьшением продолжительности ВВ в ВТПЖ и увеличением ВИС до $158,5\pm11,7$ ($p<0,001$) мсек, что говорит о выраженной перегрузке ПЖ сопротивлением с увеличением внутрисердечного давления.

Выводы: У больных ИБС с умеренными клиническими проявлениями ХСН и признаками пассивной венозной лёгочной гипертензии, протекающей без достоверного повышения ЛСС, начальные процессы ремоделирования ПЖ протекают без нарушения продолжительности его систолических потоков и признаков роста внутрисердечного давления. У больных ХСН с нарастанием выраженности заболевания и недостаточности левых отделов сердца, перегрузка МКК, сопровождается значительным повышением давления и ЛСС с прогрессированием процессов ремоделирования ПЖ, с увеличением продолжительности и выраженности ТР, что косвенно указывает на перегрузку ПЖ давлением и объёмом и обусловлено его декомпенсацией.

0272 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ

Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С., Петрова М.М.

ГОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель исследования: оценить психологический профиль у женщин больных АГ и приверженность их к лечению.

Объект и методы исследования: обследована популяция женщин медицинских работников с артериальной гипертензией (АГ) в Октябрьском районе г. Красноярск, с использованием эпидемиологического метода, общего клинического осмотра, анкетирования (СМОЛ), измерения артериального давления (АД).

Результаты исследования: осведомленность больных о наличии у них АГ составила 69,7%. С возрастом отмечалось увеличение осведомленности, так, в возрастной группе 30-39 лет она составила 50%, против 78,8% в группе 60 лет и старше. Среди врачей этот показатель был выше и составил 84,6% в сравнении со средним 68,5%, младшим медицинским 63,2% и обслуживающим персоналом 66%. ($p<0,05$).

Среди обследуемых женщин с АГ получали лечение — $51,8\pm2,9\%$. Нерегулярно лечились 22,6%, регулярно 28,9%, достигли целевых уровней АД 19,6%. В результате обследования впервые АГ выявлена в 28,6% случаев. Отказ от лечения составил 17,5%. С возрастом обследуемые принимали гипотензивную терапию чаще: в группах 50-59 лет, 60 лет и старше этот показатель составил 61,5% и 60,1% в сравнении с группой 30-39 лет- 34,2% ($p<0,05$). Показатели приверженности к лечению и контроль АД у врачей были выше по сравнению с младшим, средним медицинским и обслуживающим персоналом, причем отличия в контроле АД были статистически значимы. Так, врачи контролируют АД в 32,7% случаев, средний медицинский персонал — 19,4%, младший медицинский и обслуживающий персонал- 13,9% ($p<0,05$).

С помощью сокращенного многофакторного опросника СМОЛ нами получены отличия в отношении к лечению среди женщин медицинских работников страдающих АГ. Показатели по 2-й и 7-й шкалам, отражающие выраженность депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств были выше у обследуемых женщин, не принимающих гипотензивную терапию в сравнении, с обследуемыми, контролирующими АД. Повышение показателей по 4-й шкале у обследуемых группы отказа от лечения, отражающее такие особенности личности, как импульсивность, недостаточная способность к длительным целенаправленным усилиям, позволяет прогнозировать прерывание больными курса лечения и нерегулярное выполнение врачебных рекомендаций, снижающие эффективность лечения.

Выводы:

1. Наибольшая осведомленность была среди врачей в сравнении со средним, младшим медицинским и обслуживающим персоналом. Среди женщин медицинских работников принимают гипотензивную терапию— 51,8% из них достигают целевых уровней АД в 19,6% случаев. С возрастом женщины принимали гипотензивную терапию чаще.

2. Выраженность депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств были выше у обследуемых женщин, не принимающих гипотензивную терапию, в сравнении с обследуемыми, контролирующими АД.

0273 ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЧАСТОТУ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Джалилова Д.А., Гайдукова Н.И., Хамитов Ф.Ф., Джанашия П.Х.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра общей терапии ФУВ, ГКБ № 81, Москва, Россия

Известно, что аневризма брюшного отдела аорты (АБА) в большинстве случаев имеет атеросклеротический генез. По многочисленным данным АБА атеросклеротического генеза достаточно часто встречается у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) и составляет по данным ряда авторов 98% и 76% соответственно. В свою очередь, ИБС и АГ являются одними из основных факторов риска кардиальных осложнений у данной категории больных в интра- и послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучить влияние ИБС и АГ на частоту кардиальных осложнений у больных с АБА в интра- и послеоперационном периоде.

Материал и методы: в исследование вошли 38 больных с достоверно установленным диагнозом АБА атеросклеротического генеза в возрасте от 51 года до 78 лет (средний возраст 63,4 года). В трех случаях имелось сочетание с синдромом Лериша со 2Б степенью хронической ишемии нижних конечностей. Всем больным проводилось комплексное клиничко-инструментальное обследование включающее УЗИ брюшной полости, ЭКГ и ЭхоКГ, стресс-ЭхоКГ, контроль АД, биохимических показателей. ИБС была диагностирована у 19 больных (50%): стенокардия напряжения II ф. кл. у 12 (63,1%) больных, III ф.кл. — 5 (26,3%), у 13 больных (68,4 %) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Артериальная гипертензия была диагностирована у 35 (92,1%) больных: II стадия у 20 больных, III стадия — у 15. Нарушения ритма по типу желудочковой экстрасистолии отмечались у 3 больных. Симптомы недостаточности кровообращения 2 ф.кл. по NYHA в 10 случаях. У большинства больных были выявлены следующие факторы риска атеросклероза: дислипидемия у 23, причем преобладал II тип, сахарный диабет тип 2 у 3 больных, курение у 12 (длительность более 20 лет). Полученные результаты показали, что интра- и послеоперационные осложнения наблюдались у 7 больных. Из них ИБС (в основном стенокардия напряжения III ф.кл. и постинфарктный кардиосклероз) диагностированы у 6 пациентов, у одного больного была только АГ. Все пациенты имели несколько факторов риска. У больных с положительным результатом стресс-ЭхоКГ в одном случае развился не Q-образующий инфаркт миокарда; в 4 — нарушения ритма по типу пароксизмов фибрилляции предсердий, успешно купированные; в 2 — острая сердечно-сосудистая недостаточность с летальным исходом.

Выводы: Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что кардиальные осложнения в интра- и послеоперационном периоде преимущественно развились у больных с ИБС в сочетании с АГ и положительным результатом стресс-ЭхоКГ. Выявление преходящей ишемии миокарда по данным стресс-ЭхоКГ и оценка ее выраженности позволит прогнозировать риск кардиальных осложнений и оптимизировать терапию в пред- и послеоперационном периоде.

0274 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Джанаева Р. Л., Тогузова З. А., Раппопорт А. В.
ГОУ ВПО «СОГМА», Владикавказ, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) в настоящее время занимает лидирующую позицию по частоте встречаемости у пациентов. Главными причинами ХСН, составляющими более половины всех случаев, являются ишемическая болезнь сердца (ИБС) и артериальная гипертензия (АГ) или сочетание этих заболеваний. Распространенность ХСН делает проблему оптимизации ее лечения достаточно актуальной. Одним из препаратов заслуживающих отдельного внимания, на наш взгляд, является высокоселективный блокатор β -адренорецепторов III поколения с вазодилатирующими свойствами — небиволол.

Цель исследования: оценить влияние небиволола на клинические проявления, общую гемодинамику, систолическую и диастолическую функции левого желудочка у больных ХСН, осложнившей течение ИБС стенокардии напряжения стабильной II-III функционального класса (ФК).

Материалы и методы: в исследование включены 40 человек (26 мужчин и 14 женщин) в возрасте от 52 до 68 лет, страдающие ИБС стенокардией напряжения стабильной II — III ФК с АГ, осложненной ХСН II—IV ФК по NYHA. Небиволол назначался методом титрования в составе комплексной терапии (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики, сердечные гликозиды — по необходимости) до достижения целевой дозы — 5 мг однократно в сутки при хорошей переносимости. Оценивалась динамика клинических проявлений ХСН: ФК ХСН, гемодинамические показатели — Частота сердечных сокращений (ЧСС), систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД), размеры и объемы левых камер сердца (КДР, КСР, КДО, КСО) и показатели сократительной способности миокарда левого желудочка (ФВ) с помощью ЭхоКГ.

Результаты: за время 3-месячного наблюдения на фоне приема небиволола клинические проявления ХСН (отеки, одышка, сердцебиение, слабость) значительно уменьшились. Произошло достоверное уменьшение ФК ХСН в среднем с $2,9 \pm 0,07$ до $2 \pm 0,12$ ($p < 0,0001$). Общее снижение показателей САД составило 17,2% и ДАД — 15,4%. Небиволол урежал ЧСС в среднем на 14,4 удара/мин. Отмечалась тенденция к улучшению основных гемодинамических параметров: заметно уменьшились КДО (с $107,2 \pm 8,84$ мл до $84,6 \pm 8,19$ мл ($p < 0,0001$)) и КСО (с $221,2 \pm 9,3$ мл до $183,6 \pm 7,39$ мл ($p < 0,0001$)), возросла ФВ на 33,8%. Небиволол оказывает положительное влияние на диастолическую функцию ЛЖ, о чем свидетельствует достоверная динамика ее показателей: увеличение максимальной скорости раннего наполнения (VE), соотношение к скорости позднего диастолического наполнения (E/A) — с $1,12 \pm 0,34$ до $1,29 \pm 0,45$ ($p < 0,05$). Улучшение параметров диастолической функции ЛЖ у больных ХСН II—IV ФК по NYHA, было более выражено при ИБС в сочетании с артериальной гипертензией.

Таким образом, в лечении больных ИБС с ХСН, можно рекомендовать более широко использовать небиволол.

0275 ПОЛ КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА

Джанашия П.Х., Потешкина Н.Г., Аракелян М.С., Мозутова 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 используемого препарата.

Цель: у больных артериальной гипертензией (АГ) оценить предикторы рецидивирования ФП после восстановления СР.

Методы исследования: обследовано 24 пациента с АГ 1-3 степени, I-Истадии, средний возраст $53,5 \pm 8,26$ года. С целью исключения ИБС всем пациентам проведена велоэргометрия и длительное мониторирование ЭКГ по Холтеру. СР восстановлен медикаментозно (кордарон, $n=18$) и электроимпульсной терапией (ЭИТ, $n=6$). У всех больных через 6 часов после ЭИТ отрицательный результат тропонинового теста. Пациенты разделены на 2 группы в зависимости от пола: группа I (мужчины, $n=16$); группа II (женщины, $n=8$). Исходно и через 6 месяцев оценивались анамнез, антигипертензивная терапия (АГТ) и ААТ, повторное ЭхоКГ.

Результаты: всего у 14 пациентов на фоне адекватной АГТ (целевое АД 140/90 мм рт.ст.) и ААТ (кордарон, бета-блокаторы) зарегистрированы повторные пароксизмы ФП. В группе I рецидивы ФП зарегистрированы у 10 пациентов (62,5%), в группе II — у 4 пациентов (50%).

При сравнении данных ЭхоКГ получено, что величина левого предсердия (ЛП), массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса ММЛЖ достоверно не отличались у больных группы I и группы II:

ЛП группа I $4,22 \pm 0,51$ см, ЛП группа II $4,12 \pm 0,42$ см ($p=0,05$)

ММЛЖ группа I $248,41 \pm 56,5$ г, ММЛЖ группа II $247,23 \pm 29,15$ г ($p=0,05$)

ИММЛЖ группа I $120,91 \pm 21,99$ г/см², ИММЛЖ группа II $116,77 \pm 11,7$ 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 помимо дилатации ЛП, гипертрофии ЛЖ является также мужской пол вне зависимости от способа восстановления СР и проводимой ААТ.

0276 ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ

Джанашия П.Х., Трофимова Е.В., Потешкина Н.Г., Свандзе А. М. ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Кафедра общей терапии ФУВ, Москва, Россия

Цель: Оценить влияние антрациклиновых антибиотиков на функцию левого желудочка у больных лимфопролиферативными заболеваниями.

Методы исследования: Обследовано 19 пациентов, 10 мужчин и 9 женщин, средний возраст $57,12 \pm 18,04$ лет. Всем пациентам верифицирован диагноз лимфопролиферативного заболевания (неходжкинские лимфомы, лимфогранулематоз) на основании морфологических и иммуногистохимических данных. Из сопутствующих заболеваний артериальная гипертензия диагностирована у 65,38%, сахарный диабет — у 11,53% пациентов. Контрольная группа (I) — 19 пациентов, средний возраст $57,12 \pm 18,04$ лет, обследованных до начала полихимиотерапии. Группы сравнения — пациенты, получившие химиотерапию с антрациклиновыми антибиотиками: II группа — 11 пациентов (42,31%), средний возраст $49,36 \pm 22,36$ лет — кумулятивная доза доксорубина менее 200 мг/м², средняя суммарная доза $105,75 \pm 62,9$ мг/м²; III группа — 8 пациентов (30,77%), средний возраст $66,12 \pm 8,69$ лет — кумулятивная доза доксорубина более 200 мг/м², средняя суммарная доза $290,68 \pm 60,72$ мг/м². Группы сопоставимы по возрасту, полу, основному и сопутствующим заболеваниям. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование.

Результаты: У больных I группы фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) составила $65,42 \pm 2,51\%$, в то время как во II группе $63,64 \pm 5,32\%$, в III группе — $60,5 \pm 3,16\%$ ($p_{I-II} = 0,683604$, $p_{II-III} = 0,137201$, $p_{I-III} = 0,010897$). Конечный диастолический объем ЛЖ в I группе $113,86 \pm 20,54$ мл, после химиотерапии во II группе $120,27 \pm 15,8$ мл, в III группе $126,25 \pm 25,01$ мл ($p_{I-II} = 0,496980$, $p_{II-III} = 0,591462$, $p_{I-III} = 0,297622$), конечный систолический объем — в I группе $36,71 \pm 8,14$ мл, во II группе $43 \pm 9,23$, в III группе $49 \pm 11,93$ мл ($p_{I-II} = 0,103060$, $p_{II-III} = 0,231191$, $p_{I-III} = 0,020638$). Показатели диастолической функции ЛЖ до и после химиотерапии: Е/А — в I группе $0,94 \pm 0,21$, во II группе $0,95 \pm 0,43$ мл и в III группе $0,85 \pm 0,24$ ($p_{I-II} = 0,650669$, $p_{II-III} = 0,856263$, $p_{I-III} = 0,406234$), IVRT в I группе $113,29 \pm 19,65$ мс, во II группе $125,27 \pm 40,12$ мс и в III группе $122 \pm 12,01$ мс ($p_{I-II} = 0,683604$, $p_{II-III} = 0,650669$, $p_{I-III} = 0,701478$), DT в I группе 254 ± 75 мс, во II группе $174,55 \pm 83,19$ мс и в III группе $245,67 \pm 40,02$ мс ($p_{I-II} = 0,070090$, $p_{II-III} = 0,056189$, $p_{I-III} = 0,943057$).

При проведении корреляционного анализа установлена средней силы достоверная взаимосвязь между ФВ ЛЖ и дозой доксорубина более 200 мг/м² ($r = -0,434772$; $p = 0,010897$).

Выводы: у пациентов с лимфопролиферативными заболеваниями на фоне химиотерапии с антрациклиновыми антибиотиками увеличение кумулятивной дозы доксорубина более 200 мг/м² связано со снижением систолической функции левого желудочка. Достоверного нарушения диастолической функции ЛЖ не наблюдается.

0277 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНКОРА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Джанашия П.Х., Авдеева Е.В., Крылова Н.С., Николенко С.А., Назаренко В.А.

Кафедра общей терапии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценка эффективности конкора (биспролола) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материалы и методы: обследовано 13 больных ГКМП, из них 6 мужчин и 7 женщин, средний возраст $54,0 \pm 3,4$ лет. За 3 дня до исследования больным отменяли сердечно-сосудистые препараты, после чего проводились тест с дозированной физической нагрузкой (ФН) на велоэргометре по стандартной методике, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ-ЭКГ) в течение 24 ч и суточное мониторирование АД (СМАД). Всем пациентам назначали конкор по 5 мг в сутки в течение 5 дней.

Результаты: На фоне приема конкора достоверно уменьшилась средняя ЧСС по данным ХМ-ЭКГ — на $10,1 \pm 1,4$ уд. в минуту ($16,9 \pm 2,3\%$, $p=0,002$), а также минимальная ЧСС — на $5,5 \pm 1,1$ уд. в мин ($12,3 \pm 2,5\%$, $p=0,001$) и максимальная ЧСС — на $16,8 \pm 3,4$ уд. в мин ($18,6 \pm 3,6\%$, $p=0,004$). При исходной ФН без терапии достигнутая мощность в среднем составила $75,0 \pm 8,9$ Вт, а продолжительность теста — $7,6 \pm 0,9$ мин. На фоне приема конкора мощность нагрузки увеличилась на $17,3 \pm 4,3$ Вт ($19,5 \pm 5,1\%$, $p=0,001$), а продолжительность на $2,4 \pm 0,6$ мин ($24,0 \pm 6,6\%$, $p=0,001$). При этом исходная ЧСС снизилась на $17,4 \pm 1,6$ уд. в мин ($21,3 \pm 1,5\%$, $p=0,001$), а максимальная ЧСС достоверно снизилась на $19,4 \pm 3,8$ уд. в мин ($18,6 \pm 3,9\%$, $p=0,002$). Период восстановления ЧСС и АД после ФН уменьшился на $3,0 \pm 1,2$ мин ($p=0,03$). Уровень САД в покое на фоне терапии конкором достоверно снизился с $123,4 \pm 4,5$ до $111,8 \pm 3,3$ мм рт.ст. ($p=0,01$), а при ФН с $169,4 \pm 7,6$ до $156,5 \pm 7,3$ мм рт.ст. ($p=0,05$). По данным СМАД на фоне терапии незначительно снизился уровень среднего АД за сутки от $133,6 \pm 4,3/80,2 \pm 2,1$ мм рт.ст. ($p=0,01$) до $129,5 \pm 4,9/76,5 \pm 2,7$ мм рт.ст. ($p=0,01$).

Выводы: при применении конкора у больных ГКМП имеет место достоверное снижение ЧСС и АД по данным ХМ-ЭКГ и СМАД, а также повышение толерантности к ФН на велоэргометре.

0278 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СЕРДЦА

Джананшия П.Х., Авдеева Е.В., Крылова Н.С., Николенко С.А., Назаренко В.А.

Кафедра общей терапии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: сравнить показатели стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) и у больных гипертонической болезнью (ГБ) с гипертрофией миокарда левого желудочка (ЛЖ) для проведения дифференциальной диагностики между этими заболеваниями.

Материалы и методы: обследовано 39 больных. I группу составили 18 больных ГКМП без артериальной гипертонии (8 женщин и 10 мужчин, средний возраст $50,3 \pm 3,2$ г), из них 8 больных с обструкцией выносящего тракта ЛЖ. Во II группу был включен 21 больной ГБ с гипертрофией миокарда ЛЖ (10 женщин и 11 мужчин, средний возраст $49,1 \pm 2,5$ г). За 2 дня до исследования больным отменяли сердечно-сосудистые препараты, после чего проводилась стресс-ЭхоКГ с дозированной физической нагрузкой (ФН) на велоэргометре в вертикальном положении больного.

Результаты: По данным ЭхоКГ больные ГКМП имели более высокую массу миокарда ЛЖ, чем больные ГБ ($403,8 \pm 27,6$ и $267,1 \pm 14,02$ г, $p=0,0001$). После ФН конечно-диастолический объем (КДО) ЛЖ в I группе уменьшился на 2,8% ($91,06 \pm 3,9$ до $89,4 \pm 4,8$ мл, $p=0,4$), а у больных II группы увеличился на 12,8% ($105,9 \pm 4,3$ до $115,2 \pm 3,8$ мл, $p=0,001$). Конечно-систолический объем (КСО) у больных I группы уменьшился на 7,5%. У больных II группы КСО уменьшился на 18,6% ($p=0,001$). Показатели ударного объема (УО) и фракции выброса (ФВ) ЛЖ после ФН у больных I группы практически не изменились, а у больных II группы оба показателя достоверно увеличились (УО с $67,2 \pm 2,5$ до $85,6 \pm 2,6$ мл, $p=0,0001$; ФВ с $64,0 \pm 0,9$ до $74,8 \pm 1,0$ %, $p=0,0001$).

Выводы: Учитывая существенные различия гемодинамических показателей стресс-ЭхоКГ у больных ГКМП и у больных гипертонической болезнью (ГБ) с гипертрофией миокарда левого желудочка (ЛЖ), представляется возможным использовать данный метод с целью дифференциальной диагностики этих заболеваний.

0279 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ МЕКСИКОРА И АЛЛАПИНИНА ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА

Дмитриева О.А.

ГОУВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель: исследовать эффективность комбинации мексикора и аллапинина при лечении больных с наджелудочковыми и желудочковыми нарушениями ритма сердца.

Методы исследования: Обследовано 60 больных с различными нарушениями ритма сердца. Методом «конвертов» пациенты случайным образом были распределены на две группы по 30 человек, возраст пациентов I группы 31-71 год ($52,6 \pm 1,7$ года); 2 группы — 18-73 года ($51,2 \pm 3,1$ года). Первой группе назначали мексикор (300 мг/сут внутривенно капельно на 200 мл изотонического раствора хлорида натрия) и аллапинин (37,5-75 мг/сут per os), второй группе — аллапинин (37,5-75 мг/сут per os) на фоне базисной терапии ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии. Длительность лечения 10 дней. Изучены: динамика жалоб больных, параметры электрокардиографического исследования (ЭКГ), суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру (ХМ ЭКГ). Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с помощью пакета программ Microsoft Office 2007.

Полученные результаты: На момент включения в исследование в I группе 24 (80%) пациента предъявляли жалобы

на перебои в работе сердца, 15 (50%) — приступы учащенного сердцебиения, 12 (40%) — головокружения, 14 (47%) — одышка при физической нагрузке, 17 (57%) — боли и неприятные ощущения в области сердца. Средний балл выраженности жалоб составил $5,5 \pm 0,5$. На фоне проведенной терапии у всех пациентов улучшилось субъективное состояние: редкие перебои в работе сердца сохранялись у 6 (20%) больных, приступы сердцебиения у 4 (13%). Показатель выраженности жалоб снизился до $0,8 \pm 0,2$ баллов ($p<0,05$). Во второй группе до лечения средний балл составил $4,0 \pm 0,3$, после лечения выраженность жалоб уменьшилась на 92% и составила $0,3 \pm 0,2$. На фоне терапии достоверных изменений параметров ЭКГ в обеих группах не выявлено. В I группе ЧСС уменьшилась на 7%, продолжительность интервала PQ увеличилась на 5%, продолжительность QRS — на 4%, интервалов QTmin и QTmax — на 3% и 5% соответственно. Во 2 группе ЧСС увеличилась на 6%, продолжительность интервала PQ — на 5%, продолжительность QRS — на 4%, интервалов QTmin и QTmax — на 3%, QTс после лечения увеличился с 405 ± 18 мс до 448 ± 14 мс, что может сопровождаться развитием электрической нестабильности миокарда. По результатам ХМ ЭКГ в обеих группах на фоне лечения ЧССmin и ЧССmax достоверно не изменились. В I группе на фоне терапии количество НЖЭ уменьшилось на 90%; ЖЭ сократилось на 84%, пароксизмов НЖТ на 91%; пароксизмы ЖТ не зарегистрированы ($p<0,05$). Во 2 группе количество НЖЭ на фоне терапии уменьшилось на 65%; ЖЭ сократилось на 42% ($p>0,05$), пароксизмов НЖТ на 90%; пароксизмы ЖТ не регистрировались ($p<0,05$).

Вывод: Комбинация мексикора и аллапинина в исследованных дозах достоверно улучшает субъективный статус пациентов, эффективно снижает количество наджелудочковых и желудочковых экстрасистол, пароксизмов наджелудочковой и желудочковой тахикардии.

0280 МОЧЕВАЯ КИСЛОТА И НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Дмитриев В.А., Половиткина О.В., Ощепкова Е.В., Титов В.Н.
ФГУ РКНПК «Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель: изучить содержание мочевой кислоты сыворотки крови (МКСК) и мочи (МКМ) у больных гипертонической болезнью на ранних стадиях в зависимости от показателей липидного обмена.

Методы: Определение МКСК (норма 202-416 мкмоль/л) и МКМ (норма 1,48-4,43 ммоль/сут) проводилось уриказным методом на биохимическом автоанализаторе «НІТАСНІ» 912 фирмы Хофман ла Рош, Швейцария. С-реактивный белок измерялся методом турбидиметрии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрического метода Манна-Уитни с применением STATISTICA 6.

Результаты: обследовано 67 больных гипертонической болезнью (ГБ) среднего и высокого риска, I, II степени повышения АД, без ассоциированных клинических состояний, (48 М, 19Ж) и 14 здоровых лиц (6М, 8Ж) с нормотензией (24-ч систолическое АД 117 ± 2 мм рт.ст. и 24-ч диастолическое АД 73 ± 3 мм рт.ст.) сопоставимого возраста (44 ± 2 и 45 ± 2 лет; соответственно, н/д). В целом по группе больных ГБ выявлено достоверно более высокое содержание СРБ, МКСК и МКМ, чем у здоровых лиц ($5,7 \pm 0,9$ и $2,2 \pm 0,2$ мг/л; $p<0,05$; 335 ± 7 и 299 ± 14 мкмоль/л; $p<0,05$; $3,4 \pm 0,2$ и $2,6 \pm 0,2$ ммоль/сут, $p<0,05$, соответственно). У 67% больных ГБ наблюдались нарушения липидного обмена: гиперхолестеринемия (ГХС) у 80%, гипертриглицеридемия (ГТ) у 40%. У больных с ГХС и ГТ отмечалось достоверно более высокое содержание МКМ, чем у больных ГБ с нормальными холестерином и триглицеридами крови ($3,7 \pm 0,2$ и $3,7 \pm 0,2$; $2,8 \pm 0,2$ и $3,2 \pm 0,2$ ммоль/сут; $p=0,01$ и $p=0,07$ соответственно).

Выводы: повышение мочевой кислоты у больных гипертонической болезнью ассоциируется с нарушениями липидного обмена.

0281 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ЛИКОПИНА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Довгалецкий П.Я., Клочков В.А., Чалык Н.Е., Ансимова О.М.,
I.Petyaev*

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий,
Саратов, Россия; *Cambridge TheraNostics Ltd, Кембридж,
Великобритания

Данные последних лет начинают раскрывать причины неожиданно малой эффективности антиоксидантов природного происхождения, в частности каротиноидов, в профилактике атеросклероза, проявившейся в ходе проспективных клинических исследований, хотя *in vitro* эти соединения проявляют выраженную способность блокировать атерогенное окисление липидов. Есть мнение, что большую роль в этом играет лекарственная форма препарата, от которой напрямую зависит степень усвоения антиоксиданта, и, следовательно, конечный результат его применения.

В ряду наиболее перспективных фитоантиоксидантов выделяется, в частности, ликопин, красный пигмент томатов, изобилие которого в средиземноморской диете, как считается, во многом обуславливает антиатерогенное действие этой диеты. В настоящее время на рынке существуют несколько разновидностей ликопина, отличающихся технологией изготовления.

Целью нашего исследования было сравнительное изучение эффективности двух лекарственных форм: ликопина на традиционной липидной (растительные жиры) основе и предложенного в последнее время ликопина, фиксированного на матрице молочного протеина, так называемого лакто-ликопина.

Под нашим наблюдением находилось две группы пациентов с дислипидемиями, сходные по возрасту, полу и средним показателям липидного спектра. Критерием исключения была семейная гиперлипидемия. Первая и вторая группы больных (А—28 чел и В—31 чел) получали в пересчете на чистый ликопин одинаковую суточную дозу антиоксиданта — 10 мг. Группа А получала масляный раствор ликопина в капсулах, группа В — взвесь порошка лактоликопина в полстакане кипяченой воды. Суточная доза в обеих группах давалась пациентам в один прием вечером в расчете на преимущественно ночной максимум синтеза холестерина. Исследовался липидный профиль сыворотки крови: уровень общего холестерина (Хс), холестерина липопротеинов низкой (ЛПНП) и высокой (ЛПВП) плотности, а также триглицеридов (ТГ).

Исходный средний уровень Хс в группе А был равен 241 мг/дл, ЛПНП — 152 мг/дл, ЛПВП — 39 мг/дл, ТГ — 163 мг/дл. В группе В аналогичные показатели составили: 247 мг/дл, ЛПНП — 150 мг/дл, ЛПВП — 40 мг/дл, ТГ — 165 мг/дл (различия не достоверны).

После проведенного двухмесячного курса лечения были получены следующие результаты. Средний уровень Хс в группе А составил 205 мг/дл (-15%), ЛПНП — 132 мг/дл (-13%), ЛПВП — 42 мг/дл (+9%), ТГ — 139 мг/дл (-16%). В группе В окончательные результаты были следующими: Хс — 186 мг/дл (-25%), ЛПНП — 119 мг/дл (-21%), ЛПВП — 44 мг/дл (+10%), ТГ — 128 мг/дл (-23%) (различия в группах кроме величин ЛПВП статистически достоверны — $p < 0,001$).

Результаты этого исследования на наш взгляд еще раз свидетельствуют о важности разработок новых эффективных лекарственных форм на основе природных антиоксидантов и витаминов, отличающихся оптимальной биодоступностью.

0282 ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ПРИ КАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ X

Долбин И.В., Федоренко А.А.

ФГОУ Институт ФСБ, Нижний Новгород, Россия

Цель: Выявить особенности липидного обмена у больных кардиальным синдромом X.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных ИБС: 30 с кардиальным синдромом X (КСХ) (ИБС с неизмененными или малоизмененными коронарными сосудами) и 30 с ИБС, обусловленной стенозирующим коронарным атеросклерозом (СКА). Диагноз подтвержден коронарной ангиографией. Контроль — результаты обследования 20 здоровых добровольцев. В сыворотке крови исследуемых определены: холестерин (Хс), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой (ЛПВП) и низкой (ЛПНП) плотности. Хроматографически определено содержание в сыворотке крови жирных кислот.

Результаты исследования. Больные с коронарным атеросклерозом имели достоверно более высокие уровни общего холестерина, ТГ, и низкие ХСЛПВП по сравнению с больными КСХ. Содержание липидов в сыворотке крови больных КСХ сопоставимы с контрольными. У больных СКА в сыворотке отмечалось снижение (более 25%) доли полиненасыщенных жирных кислот (поли-ЖК) за счет повышения количества насыщенных ЖК по сравнению с пациентами группы КСХ и контролем (сумма поли-ЖК в группе СКА $6,40 \pm 3,15\%$, в группе КСХ $15,68 \pm 3,42\%$, и $18,49 \pm 4,89\%$ в контроле). У пациентов с СКА профиль поли-ЖК заметно отличается и от контрольной группы, и от больных КСХ, особенно в отношении арахидоновой, эйкозопентаеновой и купанодоновой жирных кислот. Содержание указанных кислот почти в 3 раза больше у лиц контрольной группы и более чем в 2 раза у больных КСХ по сравнению с СКА.

Выводы. Выявленные нарушения липидного обмена демонстрируют патогенетические отличия КСХ от классической ИБС. Наличие аналогичных клинических проявлений при различных профилях обмена липидов у больных КСХ заставляет искать компенсаторные механизмы, препятствующие развитию у них атеросклероза. Высокое содержание антиатерогенных полиненасыщенных жирных кислот у больных КСХ может рассматриваться как один из таких компенсаторных механизмов.

0283 АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ В УСЛОВИЯХ СОСУДИСТОГО СПАЗМА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ

Долгова Е.М., Токаева Л.К., Паршина С.С., Головачева Т.В.,
Афанасьева Т.Н.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Основной мишенью, на которую оказывают влияние геомагнитные возмущения, является сердце и сосудистая система. Известно, что реологические нарушения у больных нестабильной стенокардией (НС) являются важным фактором, влияющим на течение и прогноз заболевания, поскольку они во многом определяют нарушение микроциркуляции и обеспечение тканей кислородом.

Целью работы явилось изучение реологических свойств крови при создании индуцированной ишемии у здоровых лиц и у больных нестабильной стенокардией в периоды высокой и низкой солнечной активности (СА).

Под наблюдением состояло 210 пациентов с НС и 80 практически здоровых лиц (группа контроля), обследованных в периоды высокой и низкой СА.

Индуцированная ишемия моделировалась с помощью окклюзионного теста (манжеточной пробы, МП), который позволяет оценить функциональную способность сосудистого эндотелия к выделению в кровоток веществ, влияющих на текучесть крови в условиях сосудистого спазма. Изучались вязкость крови (ВК), индекс агрегации эритроцитов (ИАЭ), индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ) до и после МП. СА оценивалась по числам Вольфа.

Установлено, что у здоровых лиц адаптационные изменения реологических свойств крови в условиях сосудистого спазма отличаются в периоды высокой и низкой СА. Так, в период низкой СА (40 чел.) при МП происходит компенсаторно-приспособительное снижение ВК ($p < 0,05$) и ИАЭ ($p < 0,05$),

деформационные свойства эритроцитов не изменяются ($p > 0,05$). В период высокой СА (40 чел.) при проведении МП вязкость крови не менялась ($p > 0,05$), ИАЭ снижался ($p < 0,05$), ИДЭ повышался ($p < 0,05$).

У больных НС в период низкой СА (81 чел.) при проведении МП вязкость крови, ИАЭ и ИДЭ не изменяются ($p > 0,05$). Таким образом, в период низкой СА у больных НС в условиях сосудистого спазма исчезают приспособительное снижение ВК и ИАЭ, характерные для здоровых лиц.

В период высокой СА у пациентов с НС (129 чел.) при проведении МП изменения ВК в сосудах крупного и среднего диаметров не происходит ($p > 0,05$), что соответствует реакции здоровых лиц. В мелких сосудах выявлено повышение ВК при индуцированной ишемии ($p < 0,05$). Адаптационно-приспособительное изменения функциональных свойств эритроцитов при этом также утрачиваются: не отмечается компенсаторного снижения ИАЭ и повышения ИДЭ ($p > 0,05$), характерных для здоровых лиц в период высокой СА. Таким образом, основной общий физиологический адаптационный механизм снижения ИАЭ в условиях индуцированной ишемии утрачивается у больных НС независимо от периода СА.

Полученные данные свидетельствуют, что у больных НС не только возникают реологические нарушения, но и утрачиваются адаптационно-компенсаторные изменения текучести крови и функциональных свойств эритроцитов в условиях сосудистого спазма в период как высокой, так и низкой солнечной активности.

0284 ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Дороднева Е.Ф., Томилова С.В., Медведева И.В.

Тюменская государственная медицинская академия Росздрава, Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия

Целью исследования являлась оценка взаимосвязи показателей липидного обмена и тромбоцитарной дисфункции у больных с метаболическим синдромом (МС) в зависимости от наличия нарушенной гликемии натощак (НГН).

Материалы и методы: Под наблюдением была группа больных в количестве 65 человек с метаболическим синдромом и ожирением (ИМТ более 30 кг/м²), средний возраст которых составил 43,2±1,8 года. Из них 25 мужчин и 40 женщин. Для верификации МС использовали критерии Национального института здоровья США (АТР III, 2001). Все пациенты имели ожирение (ИМТ более 35 кг/м²), артериальную гипертензию I-II стадий и дислипидемию. При этом у 26 обследованных была обнаружена нарушенная гликемия натощак. Контрольная группа состояла из 30 практически здоровых лиц сопоставимых основной группе по полу и возрасту. Всем пациентам определяли антропометрические параметры, проводили клиническое исследование, липиды крови на биохимическом анализаторе «Immunochemistry Systems» фирмы «Beckman Coulter» с помощью набора реактивов фирмы «Human» (ОСХ, ТГ, ХС ЛПНН, ХС ЛПВП и аполипопротеины А1 и В), а также параметры спонтанной и АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов с помощью двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «БИОЛА-230 LA», с использованием турбидометрического и ФСП-метода. При анализе статистических данных использовали пакет Statistica 6,0, непараметрический критерий Манна-Уитни.

Результаты исследования: В результате исследования установлено, что у больных с МС и НГН наблюдалось увеличение уровня ОСХ, ХС ЛПНП и ТГ по сравнению с целевыми показателями. При уличении уровня гликемии натощак более 5,5 ммоль/л у больных с МС показатели липидного спектра имели наибольшую атерогенную направленность, характеризующуюся достоверным возрастанием уровня ОСХ [$p = 0,043$], ТГ [$p = 0,038$] и аполипопротеина В [$p = 0,049$], сопровождающееся

статистически значимым снижением соотношения аполипопротеинов А1/В [$p = 0,044$]. У больных с МС и НГН также регистрировался наибольший спектр изменений АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов, характеризующийся достоверным возрастанием максимального размера агрегатов [$p = 0,005$], максимальной индуцированной агрегации [$p = 0,002$] и скорости максимальной агрегации [$p = 0,005$] по сравнению с аналогичными показателями у больных с МС без НГН.

Выводы: У больных с МС при возникновении НГН значительно усугубляются исходные нарушения липидного спектра крови, что сопровождается активацией индуцированной агрегации тромбоцитов. Данные изменения демонстрируют значительное ухудшение профиля метаболических параметров при МС в сочетании с НГН.

0285 ИЗБЫТОЧНЫЙ ПРИРОСТ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ – ФАКТОР РИСКА ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Драенкова О.В., Кисляк О.А., Стародубова А.В.

Кафедра госпитальной терапии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Цель: оценить влияние избыточного прироста массы тела во время беременности (ПМТБ) на развитие ожирения и ассоциированных с ожирением метаболических нарушений в отдаленном периоде после родов.

Методы: Обследовано 90 женщины от 23 до 40 лет (средний возраст 33,29±4,43 лет) в отдаленном периоде после родов (Слет и более, в среднем 11,46±0,47 лет). Все женщины имели нормальную массу тела до беременности (ИМТ от 18,98 до 25, в среднем 22,12±0,59 кг/м²). Учитывая Российские и Американские критерии оптимального ПМТ во время беременности, пациентки были разделены на 3 группы: 1 группа – 30 женщин с ПМТ более 16 кг за время беременности (от 16 до 22 кг, в среднем 18,08 ± 0,46 кг),

2 группа – 30 женщин с ПМТ во время беременности более 12 кг, но менее 16 кг (от 13 до 15 кг, в среднем 14,5±0,17 кг), 3 группа – контрольная – 30 женщин с прибавкой массы тела менее 12 кг (от 10 до 11 кг, в среднем 10,33±0,21 кг). Всем пациентам проводилось измерение роста, массы тела, вычисление индекса массы тела (ИМТ, кг/м²), окружности талии (ОТ, см) и бедра (ОБ, см), вычисление соотношения ОТ/ОБ. Проводился анализ липидов – холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), индекс атерогенности (ИА), ЛПНП, ЛПВП, глюкозотолерантный тест (ГТТ) с определением глюкозы, инсулина и С-пептида натощак и через 2 часа после нагрузки в плазме венозной крови, определялся уровень лептина. Оценивалась толщина интима-медиа общей сонной, бедренной и илео-фemorальной артерий по данным дуплексного сканирования.

Результаты и их обсуждение: По данным ГТТ нарушения углеводного обмена выявлены у 14 пациенток (22,58% случаев) и выражались нарушенной гликемией натощак – у 4 пациенток (6,45%), нарушением толерантности к глюкозе – у 10 пациенток (16,12%), при этом 6 пациенток были из группы с избыточным ПМТБ. При анализе показателей липидного и углеводного обмена у женщин с ожирением в настоящее время и избыточным ПМТ во время беременности оказалось, что у женщин с ПМТ более 16 кг достоверно выше ЛПНП ($p = 0,03$), ИА ($p = 0,027$), инсулин натощак ($p = 0,038$), лептин ($p = 0,007$). Достоверно различались показатели ТИМ ОСА ($p = 0,047$) и ТИМ ИФА ($p = 0,02$).

Выводы: Частота нарушений углеводного и липидного обменов у женщин с избыточным ПМТБ в отдаленном периоде выше, чем у женщин с нормальным ПМТБ. Женщины с избыточным ПМТ во время беременности, с ожирением в отдаленном периоде имеют более грубые метаболические изменения, ассоциированные с риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Работа выполняется при содействии Совета по Грантам Президента РФ МК-6368.2008.7.

0286 РАМИПРИЛ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (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, параметры 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 с $10,2$ 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 $p < 0,05$), уменьшение массы миокарда (-80 гр в группе рамиприла против -17 гр в группе контроля, $p < 0,05$). 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 фибрилляции предсердий и других 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 $83,7$ (рамиприл) и $75,2$ (контроль), для всех различий между группами $p < 0,05$.

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.

0287 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ*Драпкина О.М., Корнеева О.Н.*

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

Цель: выявить особенности артериальной гипертензии (АГ) и нарушений сердечного ритма при метаболическом синдроме (МС) по данным суточного мониторинга АД и ЭКГ.

Материалы и методы: В исследование включено 60 пациентов МС (IDF, 2005) от 21 до 65 лет (36 муж, 24 жен). $OT(жен) = 108,8 \pm 10,1$ см, $OT(муж) = 113,9 \pm 10,9$ см; $ИМТ = 33,4 \pm 4,9$ кг/м². У всех пациентов доказано наличие инсулинорезистентности по методу $НОМА = 5,82 \pm 3,64$. $88,3\%$ больных ($n = 53$) МС имели АГ, длительность АГ составила от 0,5 года до 15 лет. Группу контроля составили 20 больных с АГ без абдоминального ожирения (АО). Всем больным проведено бифункциональное суточное мониторирование АД и ЭКГ («Астрокорд» ЗАО «Медитек», Россия) по стандартной методике.

Результаты: Выявлены определенные особенности АГ при МС: систолидиастолическая АГ днем; систолическая АГ ночью; повышение индексов гипертонической нагрузки (индекс времени) в дневные и ночные часы по САД и ДАД; повышение пульсового АД (ПАД) ($p < 0,028$). Среди пациентов с АГ и МС преобладали не-дипперы, во время как в группе контроля преобладали дипперы, $p = 0,0001$. Недостаточное снижение АД ночью регистрировалось как у больных МС с АГ, так и у больных МС без АГ (58% пациентов с МС – не-дипперы). Показатели вариабельности АД в группе МС с АГ и в группе контроля не превышали нормы, однако вариабельность С и ДАД днем группе МС с АГ была выше, чем в группе контроля, $p = 0,0001$. Нарушения сердечного ритма выявлены у 23% ($n = 14$) и характеризовались наличием синусовой тахикардии со средней ЧСС = $93,3 \pm 2,4$ в мин у 15% ($n = 9$); суправентрикулярных аритмий в виде наджелудочковой тахикардии у 2 пациентов и пароксизмов фибрилляции предсердий у 1 больного. У 2 пациентов имелись желудочковые аритмии в виде экстрасистол и пробежек желудочковой тахикардии. ЭКГ признаки ишемии миокарда были выявлены у 2 больных с МС.

Выводы: Особенности АГ у больных МС определяются патогенетическими связями ИР и АГ и обусловлены наличием: систолидиастолического характера АГ днем; систолической АГ ночью с повышением индексов гипертонической нагрузки днем и ночью, пульсового АД; нарушением суточного профиля АД с недостаточным снижением АД ночью не только у больных МС с АГ, но и у больных МС без АГ. Данные СМАД подтверждают высокий риск сердечно-сосудистых осложнений у больных МС с АГ в сравнении с лицами с АГ без АО.

0288 ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ИНДЕКС НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ИБС*Дробкова И.П., Черпаченко Н.М., Веселова С.П., Жданов В.С.*

ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, Москва, Россия

Трансформация атеросклеротических бляшек (АБ) в коронарных артериях (КА) под влиянием различных факторов в нестабильные бляшки создает угрозу развития инфаркта миокарда. Вопрос о влиянии статинов на процессы стабилизации АБ у больных с хронической формой ИБС в морфологическом аспекте изучен недостаточно. Количественным показателем уязвимости АБ является индекс нестабильности (ИН), который представляет собой отношение суммарного содержания в АБ липидов и макрофагов (так называемый липидный комплекс) к суммарному содержанию гладкомышечных клеток (ГМК) и коллагеновых волокон. Считается, что липидный комплекс является дестабилизирующим АБ фактором, а ГМК и коллагеновые структуры, напротив, стабилизируют ее.

Цель. Изучить влияние статинов на изменение индекса нестабильности АБ в коронарных артериях человека, посредством количественной оценки структурных компонентов интимы, участвующих в формировании этого индекса.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили эндартерэктомизированные участки коронарных артерий у мужчин 45–65 лет, взятые при аорто-коронарном шунтировании, из них 50 больных получали статины, 30 человек их не получали. Для определения индекса нестабильности АБ на криостатных срезах выявляли липиды (окраска жировом красным О), макрофаги (гистохимическая реакция на кислую фосфатазу), ГМК (реакция на НАДН-диафору) и коллагеновые волокна (окраска по Массону). Количественная оценка изучаемых структурных компонентов проводилась методом компьютерной морфометрии

тканей с использованием системы цифровой обработки и анализа изображений (Фотошоп 7). Площадь, занятая указанными компонентами, представлена в процентах от площади изучаемого участка интимы КА.

Результаты. Показано, что ИН бляшки в целом в КА больных, не получавших и получавших статины, составлял соответственно 1,9 и 1,1, т.е. индекс снижался более чем на 40%, в покрышке бляшки — 2,1 и 1,0, что свидетельствовало о снижении индекса более чем на 50%. Анализ изменений изученных структурных компонентов АБ показал, что липидный комплекс, состоящий из липидов и макрофагов, значительно уменьшался при лечении статинами: в бляшке почти на 40%, в покрышке — на 50%. Суммарное содержание стабилизирующих АБ структурных компонентов (ГМК и коллаген) под влиянием статинов уменьшалось не столь значительно по сравнению с липидным комплексом (на 10–15%).

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о выраженном стабилизирующем эффекте статинов на АБ в коронарных артериях человека. ИН как в бляшке, так и ее покрышке значительно уменьшался при лечении препаратами статинного ряда. Стабилизация АБ обеспечивалась в основном за счет уменьшения содержания липидов и макрофагов.

0289 ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Дроботя Н.В., Гусейнова Э.Ш., Долтмузиева Н.С., Калтыкова В.В., Дроботя А.А.

ГОУ ВПО «Рост ГМУ Росздрава», Ростов-на-Дону, Россия

Целью настоящего исследования являлась комплексная оценка параметров жесткости артериальной стенки и показателей регионарного кровообращения у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы исследования. Обследовано 48 больных АГ мужского и женского пола в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $56 \pm 4,8$ лет). Контрольная группа состояла из 32 человек, сопоставимых по полу и возрасту, не имевших сердечно-сосудистых заболеваний. Для оценки жесткости сосудистой артериальной стенки использовали прибор VaSera (VS-1000) (Fucuda Denshi, Япония), являющийся сфигмоманометром и сфигмографом. Оценивали информативность и клиническое значение следующих показателей: скорости распространения пульсовой волны (R-PWV, L-PWV), сердечно-лodyжечного сосудистого индекса (CAVI₁ и L-CAVI₁), лodyжечно-плечевого индекса (ABI) справа и слева и биологического возраста артерий. Состояние регионарного кровообращения изучали в сосудистом бассейне верхней конечности с помощью методики венозной окклюзионной плетизмографии (ВОПГ), позволяющей определять объемную скорость артериального кровотока (ОСК), дополнительный венозный объем (ДВО), максимальную скорость опорожнения вен (МСОВ), венозный тонус (ВТ).

Полученные результаты. Для больных АГ по сравнению с контрольной группой было характерно достоверное ($P < 0,05$) изменение показателей, отражающих состояние сосудистой стенки. Оно проявлялось в повышении индекса CAVI до $13,6 \pm 0,23$ м/с, который отражает истинную жесткость артерий, не зависящую от уровня артериального давления и отраженной волны в сосуде. Отмечалось также отчетливое несоответствие между биологическим возрастом больных и биологическим возрастом их артериальных сосудов (в среднем $9 \pm 1,5$ лет «в пользу» последнего); у 64% больных было зарегистрировано диагностически значимое снижение ABI до $0,86 \pm 0,07$ при нижней границе нормы 0,9. Значения показателей регионарной гемодинамики по данным ВОПГ у больных АГ составили: ОСК — $1,9 \pm 0,1$ мл/100 г/мин., ДВО — $0,8 \pm 0,09$ мл/100 мл, МСОВ — $22,4 \pm 4,78$ мл/100 г/мин, а ВТ — $135,5 \pm 19,17$ мм рт.ст./мл/100мл. В контрольной группе значения показателей регионарного кровообращения были равны: ОСК — $3,2 \pm 0,22$ мл/100г/мин., ДВО — $1,3 \pm 0,08$ мл/100 мл, МСОВ — $31,8 \pm 2,62$ мл/100 г/мин, ВТ — $63,5 \pm 5,84$ мм рт.ст./мл/100 мл. По сравнению с контрольной группой у больных АГ степень снижения ОСК, ДВО и МСОВ составила соответственно 41%, 39% и 30%, а повышения ВТ — 113%.

Выводы. У больных АГ отмечается значительное увеличение жесткости сосудистой стенки, отражающее системный процесс ремоделирования сердца и сосудов, следствием чего, по-видимому, являются нарушения регионарного кровообращения. Обращает внимание, что изменения показателей регионарного кровообращения охватывают как артериальный, так и венозный отделы сосудистой системы региона и проявляются снижением объемно-скоростных параметров кровотока на фоне уменьшения емкостных характеристик венозных сосудов.

0290 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Дроздецкий С.И., Тайкова М.Я., Клименко А.В., Харин А.В., Калентьев Г.В., Тюшева Н.С., Волкова М.Е., Кузьмина Т.Л., Жарикова Е.В., Макаров В.Н., Боряк А.М.

Медицинский факультет Института ФСБ России, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить уровень тревоги и депрессии у лиц с артериальной гипертензией (АГ) в стационаре и в условиях амбулаторной практики в период экономической нестабильности.

Материалы и методы: в исследование были включены 60 пациентов в возрасте 40–79 лет (случайная выборка из двух районов г. Нижнего Новгорода): 30 — амбулаторные больные с АГ и 30 — больные АГ в стационаре. Всем больным проводилось психологическое анкетирование по самоопроснику Бека, гериатрической шкале депрессии, госпитальной шкале тревоги и депрессии, анкетирование на выявление некоторых медико-социальных факторов риска, исследован ряд биохимических показателей, изучен характер медикаментозной терапии и оценена приверженность к лечению. Материалы обработаны методом непараметрической статистики с использованием z-критерия. Все представленные в тезисах результаты статистически достоверны ($p \leq 0,05$).

Результаты. Необходимо отметить, что 80% женщин и только 50% мужчин в группе госпитальных пациентов указывают на негативное влияние экономического спада, в большей степени оказались затронуты этим явлением женщины старше 60 лет — 100%. Оказалось, что у женщин в госпитальной группе в 80% случаев выявляется различной степени выраженности тревожное расстройство, 70% женщин в этой группе находятся в депрессивном состоянии, при этом 100% женщин принимают «успокоительные» препараты. Подобная тенденция отмечается и в амбулаторной группе: негативное влияние кризиса и тревожно-депрессивное расстройство выявлены у 71,4% женщин и лишь 55,5% мужчин. В этой группе «успокоительные» лекарства принимают 80,9% женщин. Психоэмоциональные сдвиги, связанные с постменопаузой, отмечают 66,7% амбулаторных пациенток и 60% госпитализированных женщин. У мужчин в госпитальной группе тревожно-депрессивные состояния регистрируются в 60% сл, принимают «успокоительные» лекарства только 30% респондентов. В группе амбулаторных пациентов-мужчин депрессивные расстройства преобладают над тревожными: 66,7% и 22,2% соответственно, но лишь 22,2% принимают «успокоительные» препараты. Оказалось, что в амбулаторной группе общее число сопутствующих заболеваний более 3 выявлено у 16,7% обследованных, тогда как в госпитальной группе этот показатель составил 36,7%.

Выводы: 1) в условиях экономической нестабильности у больных АГ отмечается высокая частота депрессивных расстройств, сопоставимая, как в группе амбулаторных (70%), так и в группе госпитализированных пациентов (66,7%); 2) небезынтересно, что по нашим данным, при АГ число и тяжесть сопутствующих заболеваний не влияют на выраженность депрессии и её распространённость; 3) женщины в большей степени, чем мужчины подвержены развитию тревоги и депрессии; 4) использование вышеуказанных шкал, как скрининг-теста расстройств депрессивного и тревожного спектра можно рекомендовать в общетерапевтической практике.

0291 К ВОПРОСУ О СВЯЗИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QTc И ВОЗРАСТА СРЕДИ ЖЕНЩИН

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить продолжительность скорректированного интервала Q-T (ПИQ-Тс) среди женщин разных возрастных групп.

Материалом работы послужили ЭКГ исследования в 12-ти отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Всего было выполнено 8940 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс мы рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение IQ-T производили во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригмении, в экстрасистолическом комплексе, слабовыраженном зубце Т. После чего анализу подверглись ЭКГ среди которых была исключена вся ЭКГ-патология по Миннесотскому коду и те ЭКГ в которых угол комплекса QRS не выходил за пределы -30° и $+120^\circ$. После чего была сформирована группа «ЭКГ-здоровых» женщин, которая составила 1015 человек. Генератором случайных чисел выбрали одинаковое количество лиц в разных возрастных группах от 20 до 79 лет. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики, непараметрический дисперсионный анализ, сопоставление 2-х групп с помощью Mann-Whitney U-test, Wald-Wolfowitz runs test, Kolmogorov-Smirnov two-sample test с поправкой Бонферрони.

Полученные результаты. Анализу подверглось 300 ЭКГ. Медиана возраста составила 49,5 лет (интерквартильный размах от 36 до 65 лет). Медиана ПИQ-Тс составила 411,29 мс (интерквартильный размах от 396,96 до 424,89 мс). В 1 группе (20-39 лет, n=100) медиана ПИQ-Тс составила 403,15 мс (интерквартильный размах от 389,04 до 416,09 мс); во 2 группе (40-59 лет, n=100) — 412,97 мс (интерквартильный размах от 399,39 до 427,74 мс); в 3 группе (60-79 лет, n=100) — 418,59 мс (интерквартильный размах от 404,15 до 429,30 мс). Непараметрический дисперсионный анализ (Kruskal-Wallis ANOVA) для 3-х групп выявил различия ПИQ-Тс в группах ($p < 0,0001$). Сравнительный анализ ПИQ-Тс в 1 и 2 групп не выявил различий по Wald-Wolfowitz runs test ($p > 0,57$), но различия обнаружились по Mann-Whitney U-test ($p < 0,0003$) и Kolmogorov-Smirnov two-sample test ($p < 0,001$). Сравнительный анализ ПИQ-Тс 2 и 3 групп не выявил различий Wald-Wolfowitz runs test, Kolmogorov-Smirnov two-sample test и Mann-Whitney U-test ($p > 0,1$).

Выводы: Имеется связь между ПИQ-Тс и возрастом среди трёх возрастных групп. Однако, не выявлено увеличения ПИQ-Тс среди женщин 40-59 лет и 60-79 лет Wald-Wolfowitz runs test, Kolmogorov-Smirnov two-sample test и Mann-Whitney U-test ($p > 0,1$). Однозначный ответ на этот вопрос может быть получен при более жёсткой верификации «ЭКГ-здоровых» женщин, например по 10-летней выживаемости.

0292 К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QTc С ВОЗРАСТОМ В ГРУППЕ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН ВЫЖИВШИХ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить продолжительность скорректированного интервала Q-T (ПИQ-Тс) среди женщин разных возрастных групп выживших через 10 лет наблюдения.

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Всего было выполнено 8940 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс мы рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение IQ-T производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригмении, в экстрасистолическом комплексе, слабовыраженном зубце Т. После чего анализу подверглись ЭКГ среди которых была исключена вся ЭКГ-патология по Миннесотскому коду и те ЭКГ в которых угол комплекса QRS не выходил за пределы -30° и $+120^\circ$. После чего была сформирована группа «ЭКГ-здоровых» женщин в возрасте от 20 до 79 лет, которая составила 982 человека. Среди них через 10 лет наблюдения умерло 173 человека, 49 вышло из исследования и выжило 760 человек. Среди выживших выбрали генератором случайных чисел одинаковое количество лиц в разных возрастных группах. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики, непараметрические методы сравнения.

Полученные результаты. Анализу подверглось 252 ЭКГ. Медиана возраста составила 49,5 лет (интерквартильный размах от 36,5 до 63 лет). Медиана ПИQ-Тс составила 407,26 мс (интерквартильный размах от 393,49 до 422,81 мс). В 1 группе (20-39 лет, n=84) медиана ПИQ-Тс составила 401,61 мс (интерквартильный размах от 390,43 до 414,15 мс); во 2 группе (40-59 лет, n=84) — 408,00 мс (интерквартильный размах от 392,26 до 429,79 мс); в 3 группе (60-79 лет, n=84) — 412,63 мс (интерквартильный размах от 397,66 до 423,35 мс). Сравнение 3-х групп методом Kruskal-Wallis ANOVA выявил различия ПИQ-Тс в группах ($p < 0,002$), так же как и Median test ($p < 0,003$) с учётом поправки Бонферрони. Парное сравнение методом Mann-Whitney U Test выявил различия ПИQ-Тс между 1 и 2 группами ($p < 0,0013$) и 1 и 3 групп ($p < 0,0001$) и не выявил различий ПИQ-Тс между 2 и 3 группами ($p = 0,57$).

Выводы: ПИQ-Тс в возрастной группе 20-39 лет отличается от ПИQ-Тс в возрастной группе 40-59 лет и 60-79 лет ($p < 0,0013$; $p < 0,0001$). В то же время ПИQ-Тс в возрастной группе 40-59 лет и 60-79 лет не имеет различий ($p = 0,57$). Таким образом, ПИQ-Тс не зависит от возраста.

0293 КОРРЕГИРОВАННЫЙ ИНТЕРВАЛ QT У ЖЕНЩИН ВЫЖИВШИХ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования — определить значение скорректированного интервала Q-T (IQ-Тс) у женщин выживших через 10 лет наблюдения.

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Всего было выполнено 8940 ЭКГ. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Тс мы рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение IQ-T производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. В случае наложения на зубец Т волны U строили касательную к зубцу Т и место пересечения с изоэлектрической линией принимали за окончание зубца Т. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нару-

шениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, в экстрасистолическом комплексе, слабовыраженном зубце Т. После чего была исключена ЭКГ-патология по Миннесотскому коду и те ЭКГ в которых угол комплекса QRS не выходил за пределы -30° и $+120^\circ$. После этого была сформирована группа «ЭКГ-здоровых» женщин, которая составила 1015 человек. Среди них через 10 лет наблюдения умерло 173 человека, 49 вышло из исследования и выжило 760 человек. В группе выживших в дальнейший анализ не включали лиц моложе 20 лет и старше 60 лет. Таким образом, исследование проведено на 515 ЭКГ. В последующем, среди выживших генератором случайных чисел выбрали одинаковое количество лиц в разных возрастных группах и с разной ПИО-Тс (195 человек). Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики.

Полученные результаты. В группе 515 человек медиана возраста составила 48 лет (интерквартильный размах от 40 до 55 лет). Медиана ПИО-Тс составила 408,11 мс (25-й процентиль 393,86 мс, 75-й процентиль 422,92 мс). После стандартизации по возрасту и ПИО-Тс ($n=195$) медиана возраста составила 41 год (интерквартильный размах от 31 до 51 года). Медиана ПИО-Тс составила 405,78 мс (25-й процентиль 390,55 мс, 75-й процентиль 421,93 мс). Анализ частот ПИО-Тс выявляет, что ПИО-Тс 450 мс и выше наблюдается только у 15 из 515 женщин. От 450 мс до 440 мс — 25 человек (4,9%); от 440 мс до 430 мс — 42 человека (8,2%), от 430 до 420 мс — 58 человек или 11,3%, от 420 до 410 — 90 человек (17,5%); от 410 мс до 400 мс — 101 человек (19,73%); от 400 мс до 390 мс — 56 человек (10,9%). Меньше чем 390 мс имели 104 человека (20,3%).

Выводы: 1. ПИО-Тс до 420 мс в группе ЭКГ-здоровых женщин имеет 70,8% лиц.

2. Медиана ИО-Тс составила 405,78 (интерквартильный размах от 390,55 мс до 421,93 мс).

0294 ВЫЖИВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ЗА 10 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования — изучить выживаемость женщин при различных значениях скорректированного интервала Q-T (ПИОТс) за 10 лет наблюдения.

Материалом работы явились ЭКГ исследования на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Выполнено 8940 ЭКГ. Для последующего анализа включали только одну ЭКГ. ПИО-Тс рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение ПИО-Тс производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, в экстрасистолическом комплексе, слабовыраженном зубце Т. В последующем исключили ЭКГ-патологию (как по Миннесотскому коду, так и по дополнительным признакам). После чего анализу подверглось 1015 ЭКГ. В последующем провели стандартизацию женщин по возрасту (от 40 до 70 лет) и по ПИО-Тс ($n=297$). Были сформированы четыре группы по ПИО-Тс: 1-я группа (400-410 мс); 2-я группа (410-430 мс); 3-я группа (430-440 мс) и 4-я группа (≥ 440 мс) ($n=252$). Мониторинг фатальных событий осуществляли на протяжении 10 лет. Статистический анализ данных проводился с помощью системы статистического анализа и извлечения информации STATISTICA

(StatSoft, USA). Использовались стандартные методы описательной статистики (оценка нормальности распределения Shapiro-Wilk, квартилей и ранговых статистик и т.д.), модуль «Анализ выживаемости».

Полученные результаты. Анализу подверглось 252 ЭКГ. Средний возраст в каждой группе составил $58 \pm 8,56$ лет. За 10 лет наблюдения умерло 48 женщин (19,0%), вышло из исследования 13 из 252 человек и выжило и осталось под наблюдением 191 женщина (75,8%). При проведении анализа выживаемости обращает на себя внимание, что 2-я группа с ПИО-Тс 410-430 мс располагается выше других кривых. Ниже всех кривых располагается кривая выживаемости 4-й группы (ПИО-Тс 440 и более мс). Промежуточное положение занимают кривые выживаемости с ПИО-Тс от 430-440 мс и 400-410 мс). Сравнение кривых выживаемости по критерию Chi-square составил 9,6 ($df=3$) и $p=0,022$. Полученное расхождение объясняется отличием 4-й группы (ПИО-Тс 440 и более мс) от трёх других кривых выживаемости. Парное сравнение (с учётом поправки Бонфферони) статистического различия не выявило.

Выводы.

1. Наилучшая выживаемость наблюдается в группе женщин с ПИО-Тс от 410 до 430 мс.

2. Для выявления статистически значимых различий кривых выживаемости необходимо уменьшить количество групп путём их объединения.

0295 ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ЖЕНЩИН

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования — определить оптимальные значения скорректированного интервала Q-T (ПИОТс) у женщин по анализу выживаемости за 10 лет наблюдения.

Материалом работы послужили ЭКГ исследования на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше. Выполнено 8940 ЭКГ. Для последующего анализа включали только одну ЭКГ. ПИО-Тс рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение ПИО-Тс производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при искусственной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, в экстрасистолическом комплексе, слабовыраженном зубце Т. В последующем исключили ЭКГ-патологию (как по Миннесотскому коду, так и по дополнительным признакам). После чего анализу подверглось 1015 ЭКГ. В последующем провели стандартизацию женщин по возрасту (от 40 до 70 лет) и по ПИО-Тс ($n=297$). Были сформированы две группы по ПИО-Тс: 1-я группа (390-410 мс) ($n=81$); 2-я группа (410-430 мс) ($n=89$). Мониторинг фатальных событий осуществляли на протяжении 10 лет. Статистический анализ данных проводился с помощью системы статистического анализа и извлечения информации STATISTICA (StatSoft, USA). Использовались стандартные методы описательной статистики (оценка нормальности распределения Shapiro-Wilk, квартилей и ранговых статистик и т.д.), модуль «Анализ выживаемости».

Полученные результаты. Медиана возраста женщин 1 группы составила 59 лет (25-й процентиль=50 лет, 75-й процентиль=65 лет) и для 2-ой группы — 60 лет (25-й процентиль=50 лет, 75-й процентиль=66 лет). За 10 лет наблюдения в 1 группе умерло 20 женщин (24,7%), вышло 3 человека из 81 и выжили и находятся под наблюдением 58 женщин (71,6%). Во 2-й группе умерло 10 человек из 89, вышли 5 женщины и выжили и находятся под наблюдением 74 женщины (83,1%). На графике выживаемости

по Kaplan-Meier наблюдаем, что в группе женщин с ПИQ-Тс от 390 мс до 410 мс выживаемость хуже, чем в группе мужчин с ПИQ-Тс от 410 мс до 430 мс. Эти различия имеют статистическую значимость (по Gehan's Wilcoxon, $p < 0,027$; по Cox's F-Test, $p < 0,022$; по Cox-Mantel Test, $p < 0,025$; по Peto Wilcoxon Test, $p < 0,029$). Данные различия наблюдаются даже не смотря на то, что женщины с ПИQ-Тс от 410 мс до 430 мс старше по возрасту, чем женщины с ПИQ-Тс от 390 мс до 410 мс.

Выводы.

1. Наилучшая выживаемость наблюдается в группе здоровых женщин с ПИQ-Тс от 410 до 430 мс.
2. У женщин значения скорректированного интервала QT от 410 мс до 430 мс предлагаем считать в качестве оптимальных.

0296 ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК ФАТАЛЬНОГО ИСХОДА СРЕДИ ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРЕГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ

Дульский В.А., Мозерова Е.М.

Иркутский государственный медицинский университет, МУЗ Городская поликлиника №6, Иркутск, Россия

Цель исследования — выявить значения скорректированного интервала QT (ПИQТс) с наименьшим относительным риском фатальных событий.

Материалом работы послужили ЭКГ исследования проведенные в городской поликлинике среди женщин 15 лет и старше на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA). Всего было выполнено 8940 ЭКГ, но в последующий анализ включали от каждой женщины по одной ЭКГ. ПИQ-Тс рассчитывали по формуле $Q-Tc = Q-T_{изм}/\sqrt{R-R}$. Измерение ПИQ-Т производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию во II стандартном отведении «ручным» способом. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при артериальной ЭКГ, при сложных нарушениях ритма: трепетании и фибрилляции предсердий; при двух водителях ритма на одной ЭКГ, при аллоритмированных экстрасистолах по типу би-, три-, квадригимении, в экстрасистолическом комплексе, слабовыраженном зубце Т. В последующем исключили ЭКГ-патологию (как по Миннесотскому коду, так и по дополнительным признакам). После чего анализу подверглось 1015 ЭКГ. Затем провели стандартизацию женщин по возрасту (от 40 до 70 лет) и по ПИQ-Тс ($n=297$). Были сформированы три группы по ПИQ-Тс: 1-я группа (390-410 мс, $n=81$); 2-я группа (410-430 мс, $n=89$); 3-я группа (430-440 мс, $n=82$). Мониторинг фатальных событий осуществляли на протяжении 10 лет. Статистический анализ данных проводился с помощью STATISTICA (StatSoft, USA). Использовались стандартные методы описательной статистики (оценка нормальности распределения Shapiro-Wilk, квартилей и ранговых статистик и т.д.), таблицы частот. Сравнение частот бинарного признака проводили по критерию Mann-Whitney U Test в обратном применении для случая упорядоченных групп.

Полученные результаты. В 1-й группе из 81 женщины 20 умерло, 3 выбыло из исследования за 10 лет наблюдения; медиана возраста составила 59,0 лет (интерквартильный размах 50,0-65,0). Во 2-й группе из 89 женщин умерло 10, выбыло 5; медиана возраста составила 60,0 лет (интерквартильный размах 50,0-66,0). В 3-й группе из 82 женщин умерло 20, выбыло 5; медиана возраста составила 60,0 лет (интерквартильный размах 50,0-66,0). Относительный риск смерти от всех причин для женщин 1-й группы (в сравнении с 2-й группой) составил 2,154 (95% ДИ 1,08-4,34) ($p=0,0249$); относительный риск смерти от всех причин для женщин 3-й группы (в сравнении с 2-й группой) составил 2,18 (95% ДИ 1,09-4,37) ($p=0,048$).

Выводы.

1. Относительный риск фатального исхода от всех причин в 2,2 раза выше в группе женщин с ПИQ-Тс 390-410 мс и в 2,2 раза выше с ПИQ-Тс 430 мс и более по отношению к группе женщин с ПИQ-Тс 410-430 мс.
2. Предлагаем продолжительность интервала QТс 410-430 мс рассматривать в качестве оптимальных значений для женщин.

0297 АРИТМОГЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Дупляков Д.В., Углич К.А., Землянова М.Е.

ГОУ ВПО «Сам ГМУ Росздрава», Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель исследования: изучить возможности современных методов диагностики и лечения аритмогенной дисплазии правого желудочка (АДПЖ).

Методы исследования: под наблюдением находились 9 пациентов с нарушениями ритма сердца в виде желудочковой экстрасистолии и правожелудочковой тахикардии. Из них 7 подростков в возрасте 12-17 лет и двое молодых мужчин 20 и 35 лет соответственно. В исследование оценивались клинико-лабораторные данные, результаты ЭКГ, холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ), спиральной компьютерной (в 8 случаях) и магнитно-резонансной (в 1 случае) томографии (СКТ, МРТ).

Результаты: по клиническому течению в 8 случаях диагностирована АДПЖ и в 1 случае — «paicisymptomatic form» формы АДПЖ. Только в одном случае, по данным ЭКГ, была выявлена δ -волна в правых прекардиальных отведениях V1-3. По данным ХМЭКГ в периоде наблюдения у пациентов выявлялись одиночные, парные, групповые желудочковые экстрасистолы. По данным ЭхоКГ в одном случае имело место изменение соотношения конечно-диастолических размеров правого и левого желудочков равное 0,55 (при норме менее 0,5). Еще в одном регистрировались расширенные правые отделы сердца и левого предсердия, истончение створки трикуспидального клапана с регургитацией 1-2 ст.; неравномерное уплощение створок митрального и аортального клапанов с митральной регургитацией 0-1 ст. В одном случае отмечалось истончение створок митрального и трикуспидального клапанов с регургитацией 1 ст, краевые уплотнения створок аортального клапана с регургитацией 1 ст. В 6 случаях каких-либо структурно-функциональных эхокардиографических выявлено не было.

СКТ и МРТ в 2 случаях выявили расширение правого желудочка с истончением по передней стенке на уровне средней трети; в 6 случаях — в перегородочной области выходного отдела правого желудочка; в 1 случае — в области кава-трикуспидального перешейка. В 4 случаях выполнена радиочастотная катетерная абляция (РЧА) зон тахикардии в правом желудочке. При этом у 2 пациентов эта процедура выполнялась дважды: возникновение новой аритмогенной зоны (в одном случае), прогрессирующее ухудшение состояния (в другом случае). В последнем случае пациенту был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор с целью вторичной профилактики внезапной сердечной смерти. Низкая эффективность РЧА потребовала назначения антиаритмической терапии в сочетании с терапией хронической сердечной недостаточности с умеренным положительным эффектом. Антиаритмическая терапия была эффективна у 4 пациентов с умеренно выраженными проявлениями АДПЖ.

Выводы: использование современных методов диагностики позволяет своевременно установить диагноз АДПЖ и выбрать адекватный подход к терапии, исходя из потребностей конкретного пациента.

0298 СРАВНЕНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ХОДЕ ТИЛТ-ТЕСТА, ПРОВЕДЕННОГО ПО ВЕСТМИНТЕРСКОМУ И ИТАЛЬЯНСКОМУ ПРОТОКОЛАМ, У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОКАРДИОГЕННЫМИ ОБМОРОКАМИ И СМЕШАННЫМ ТИПОМ ОТВЕТА

Дупляков Д. В., Головина Г. А., Сысуенкова Е.В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия; МСЧ ОАО «АВТОВАЗ», Тольятти, Россия

Цель. Изучить особенности сдвига вегетативного баланса во время тилт-теста (ТТ), проведенного по Вестминтерскому (ВПТТ) или Итальянскому (ИПТТ) протоколам, у пациентов с

нейрокардиогенными обмороками (НКО) с 1 (смешанным) типом вазовагальной реакции (ВВР).

Материал и методы. Вегетативный баланс оценивался по показателям LF (nu), HF (nu), LF/HF у пациентов с рецидивирующими НКО. Расчеты проводились для трёх 5 минутных периодов: перед переводом в ортостаз, сразу после перевода стола в ортостаз, перед развитием синкопа. Также рассчитывали динамику показателей ВРС (LF2/LF1(nu), HF2/HF1(nu), LF3/LF1(nu), HF3/HF1(nu)).

Результаты. 1 группу составили 19 пациентов с 1 типом ВВР в ходе ВПТТ (средний возраст 32,0 (16,0) года, М8 (42%)). 2 группу составили 20 пациентов с 1 типом ВВР в ходе ИПТТ (средний возраст 40,1 (9,7) года, М11 (55%)). Группу контроля составили 14 здоровых добровольцев (средний возраст 34,0 (14,0) года, М5 (36%)) с отрицательным результатом ВПТТ.

Исходно группы не различались по средним значениям показателей ВРС. Реакция на ортостаз у пациентов 2-ой группы не отличалась от контрольной, как по значениям LF2 (nu), HF2 (nu), LF2/HF2, так и по соотношениям LF2/LF1(nu) и HF2/HF1(nu). Пациенты 1-ой группы имели достоверные отличия по всем показателям: самые высокие значения LF2 (nu) (82,5 (9,1), 67,5 (20,4), 69,3 (17,8), $p=0,009$) и LF2/HF2 (6,4 (2,4; 8,7), 2,9 (1,2; 4,6), 2,9 (2; 4,2)), самые низкие HF2 (nu) (16,0 (8,0), 31,0 (14,8), 26,8 (13,1), $p=0,0064$), более значительная степень прироста LF (nu) и снижения HF (nu) (LF2/LF1(nu): 1,86, (0,62), 1,23 (0,35) 1,22 (0,32), $p=0,0014$; HF2/HF1(nu): 0,38 (0,19), 0,75 (0,32), 0,81 (0,46), $p=0,0009$).

В контрольной группе к моменту окончания ТТ наблюдалось небольшое повышение LF (nu) и уменьшение HF (nu). У пациентов основных групп перед развитием синкопа наблюдались иные тенденции: в 1-ой группе наблюдалось одновременно небольшое снижение LF (nu) (LF2=82,5 (9,1); LF3=79,2 (16,4)) и HF (nu) (HF2=16,0 (8,0); HF3=15,0 (5,39)) с уменьшением LF/HF с 6,4 (2,4; 8,7) до 5,9 (3,6; 7,1). У пациентов 2-ой группы применение нитроглицерина приводило к быстрому увеличению LF (nu) (LF2=67,5 (20,4); LF3=80,2 (12,5)) и выраженному снижению HF (nu) (HF2=31,0 (14,8); HF3=16,9 (9,0)), показатель LF/HF увеличился почти в 2 раза (с 2,9 (1,2; 4,7) до 5,2 (2,9; 9,2)). Значения отношений LF3/LF1(nu) в изучаемых группах были почти одинаковыми и достоверно выше, чем в контрольной группе. Перед развитием синкопа HF3 (nu) в 1 группе оставалось меньше исходных значений в 3 раза, тогда как во 2-ой и контрольной группах – в 2 раза (0,39 (0,2), 0,50 (0,24), 0,55 (0,23), $p=0,0411$).

Вывод. Динамика изменений симпатического и парасимпатического отделов ВНС, приводящая к развитию 1 типа ВВР, сходна при провокации синкопа в ходе обоих протоколов ТТ, но, в случае ВПТТ эти изменения провоцируются ортостазом, а в случае ИПТТ – введением нитроглицерина.

0299 СРАВНЕНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ХОДЕ ТИЛТ-ТЕСТА, ПРОВЕДЕННОГО ПО ВЕСТМИНТЕРСКОМУ И ИТАЛЬЯНСКОМУ ПРОТОКОЛАМ, У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОКАРДИОГЕННЫМИ ОБМОРОКАМИ И ВАЗОДЕПРЕССОРНЫМ ТИПОМ ОТВЕТА

Дупляков Д. В., Головина Г. А., Сысункова Е. В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия; МСЧ ОАО «АВТОВАЗ», Тольятти, Россия

Цель. Изучить особенности сдвига вегетативного баланса во время тилт-теста (ТТ), проведённого по Вестминтерскому (ВПТТ) или Итальянскому (ИПТТ) протоколам, у пациентов с нейрокардиогенными обмороками (НКО) с 3 (вазодепрессорным) типом вазовагальной реакции (ВВР).

Материал и методы. Вегетативный баланс оценивался по показателям LF (nu), HF (nu), LF/HF у пациентов с рецидивирующими НКО. Расчеты проводились для трёх 5 минутных периодов: перед переводом в ортостаз, сразу после перевода стола в ортостаз, перед развитием синкопа. Также рассчитывали динамику показателей ВРС (LF2/LF1(nu), HF2/HF1(nu), LF3/LF1(nu), HF3/HF1(nu)).

Результаты. Группу 1 составили 8 пациентов с 3 типом ВВР в ходе ВПТТ (средний возраст 19,5 (7,2) года, М3). Группу 2 составили 10 пациентов с 3 типом ВВР в ходе ИПТТ (средний возраст 35,7 (14,2) года, М4). Группу 3 (контрольную) составили 14 здоровых добровольцев (средний возраст 34,0 (14,0) года, М5 (36%)) с отрицательным результатом ВПТТ.

Пациенты исследуемых групп не имели достоверных отличий в средних значениях показателей, полученных в покое и в первые 5 мин ортостаза. Соответствующие показатели в группах: LF1 (nu) 45,5 (18,7), 55,0 (14,1), 60,3 (14,6), HF1 (nu) – 48,6 (21,1), 43,1 (14,2), 38,3 (14,9), LF/HF1 – 1,0 (0,6; 2,2), 1,2 (0,8; 2,2), 1,8 (1,0; 2,2); LF2 (nu) – 69,8 (15,1), 72,0 (17,2), 69,3 (17,8), HF2 (nu) – 29,5 (8,0), 28,1 (11,2), 26,8 (13,1), LF/HF2 – 2,9 (1,8; 2,2), 2,3 (2,0; 3,6), 2,9 (2,0; 4,2)). Расчёт отношений LF2/LF1(nu), HF2/HF1(nu) также не выявил достоверных отличий между группами (LF2/LF1: 1,82 (1,5), 1,4 (0,5), 1,22 (0,32); HF2/HF1: 0,7 (0,4), 0,59 (0,19), 0,81 (0,46)).

В ортостазе наблюдалось плавное повышение LF (nu) на фоне уменьшения HF (nu) во всех группах. В последние 5 минут перед синкопом в 1-ой группе были самые высокие показатели LF3 (nu) (82,8 (5,9), 78,9 (17), 77,6 (12,8)) и самые низкие HF3 (nu) (15,8 (6,2), 18,3 (9,2), 21,2 (11,0)), однако отличия были недостоверными. Во 2-ой группе динамика LF (nu), несмотря на применение нитроглицерина, практически не отличалась от соответствующих изменений в контрольной группе (LF3/LF1(nu) в группах соответственно: 1,83 (1,6), 1,53 (0,5), 1,36 (0,34)), в динамике наблюдалось более выраженное снижение HF (nu), по сравнению с исходным уровнем: HF3/HF1 (nu) в группах соответственно 0,42 (0,2), 0,37 (0,18), 0,55 (0,23), $p=0,5$).

Вывод. Спектральный анализ ВРС не выявил различий в соотношении влияний различных отделов ВНС между здоровыми лицами и пациентами с вазодепрессорным ответом, полученным при проведении ТТ по вестминтерскому и итальянскому протоколам.

0300 ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ В ХОДЕ ТИЛТ-ТЕСТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНКОПАМИ В АНАМНЕЗЕ И ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Дупляков Д. В., Головина Г. А., Сысункова Е. В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия; МСЧ ОАО «АВТОВАЗ», Тольятти, Россия

Нейромедиаторные синкопы (НМС) и ортостатическая гипотония (ОГ) являются самыми распространёнными причинами преходящих потерь сознания (ППС). В то же время и НМС и ОГ могут возникать у одного и того же пациента, причем ОГ часто протекает бессимптомно.

Цель. Изучить распространённость и клинические проявления ОГ в ходе тилт-теста (ТТ) у пациентов с ППС в анамнезе и у здоровых добровольцев.

Материал и методы. Обследованы 144 пациента с ППС в анамнезе, направленные на ТТ в период с 2006 по 2008 год, и 26 здоровых добровольцев без обмороков в анамнезе. ТТ проводился в соответствии с рекомендациями ЕОК. Медикаменты, влияющие на гемодинамические показатели, отменялись за 2 дня до исследования.

Результаты. В ходе ТТ ОГ регистрировалась у 16 (11%) пациентов (средний возраст $33,0 \pm 15,2$ г., 6М) с ППС, при этом у 12 пациентов ОГ развилась в первые 5 минут ортостаза (падение САД к 5 мин ортостаза на 22 ± 6 мм рт.ст.) и у 4 пациентов снижение САД на 23 ± 5 мм рт.ст. наблюдалось на 24 ± 5 мин. обследования. В группе контроля ОГ развилась у 4 (15%) человек (ср. возраст $45,0 \pm 14$ лет, 1М) ($p=0,55$). В первые 5 мин ортостаза у 6 из 16 пациентов с синкопами в анамнезе наблюдалась хронотропная недостаточность (прирост ЧСС в среднем на 4 уд/мин, что составило 5% от исходной ЧСС), у 7 пациентов ЧСС увеличилась в среднем на 19 уд/мин и у 3-х пациентов ЧСС увеличилась более чем на 30 уд/мин. Падение САД в первые 5 мин ортостаза сопровождалось жалобами на чувство жара, затруднения дыхания, головной боли или головокружения у 6 пациентов с ППС, у остальных 6 пациентов и у всех здоровых добровольцев ОГ протекала бессимптомно. В ходе обследова-

ния у 7 пациентов с ППС и одной женщины из контрольной группы наблюдалось дальнейшее постепенное снижение САД, а у 5 пациентов и 3 здоровых лиц наблюдалась стабилизация АД.

У 10 из 16 пациентов в анамнезе имелись типичные НМС (ср. возраст $27,8 \pm 12,9$, возраст в момент первого синкопа $17,1 \pm 6,6$ лет, рецидивы <1 раз/год у 5 пациентов, ≥ 2 раз/год у 5 пациентов). В ходе ТТ у 6 пациентов был получен вазовагальный ответ, а у 3-х пациентов только ОГ. Еще у 6 пациентов (ср. возраст $42,2 \pm 16,3$ года, возраст первого синкопа $36,8 \pm 14,4$ года) в анамнезе не было данных за рефлекторный генез ППС. В ходе ТТ у этих пациентов регистрировалась ОГ, при этом только у 1 пациента симптомы соответствовали спонтанным, у 3-х ОГ протекала бессимптомно, еще у 2 сопровождалась неспецифическими симптомами.

Выводы: Частота выявления ОГ среди пациентов с ППС не отличалась от таковой в контрольной группе (11% против 15%). У 4/16 пациентов с ППС и у всех здоровых добровольцев ОГ в ходе ТТ протекала бессимптомно, но как самостоятельная причина ППС, ОГ была определена только у 3/16 пациентов основной группы.

0301 ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОЙ ИНДЕКС, ОПРЕДЕЛЕННЫЙ С ПОМОЩЬЮ РУЧНОГО ТОНОМЕТРА, КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Дурова О.А., Олзвой Ч., Цыбенкова А.А.

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия

Цель исследования: оценить, достоверно ли отражает снижение ЛПИ, определенного с помощью ручного тонометра, наличие и выраженность коронарного и некоронарного атеросклероза.

Методы исследования: обследовано 256 пациентов в возрасте 40–75 лет с клиническими и/или инструментальными признаками атеросклероза артерий нижних конечностей, брахиоцефальных и коронарных артерий и без таковых. Всем пациентам определялся ЛПИ с помощью ручного тонометра (по результатам двухкратного измерения давления на плече и лодыжке). Больные были распределены на 2 группы: 1) ЛПИ $<0,9$ –156 человек (61%), 2) ЛПИ $>0,9$ –100 человек (39%). Наличие или отсутствие атеросклеротического поражения периферических артерий подтверждалось при проведении доплеровского исследования артерий нижних конечностей, брахиоцефальных артерий, коронароангиографии.

Результаты: В первой группе достоверно чаще, чем во второй встречались больные с подтвержденным при помощи различных визуализирующих методов исследования атеросклерозом – 77,8% против 22,2% ($p < 0,001$). При проведении УЗДГ артерий нижних конечностей среди пациентов со сниженным ЛПИ достоверно чаще подтверждается атеросклероз: (64,1%) в сравнении с пациентами с нормальным ЛПИ (14%), $p < 0,000001$. УЗДГ брахиоцефальных артерий, проведенная пациентам с ЛПИ $<0,9$ подтвердила атеросклеротический процесс в 62,8% случаев, тогда как при ЛПИ $>0,9$ количество больных с подтвержденным атеросклерозом составило лишь 16% ($p < 0,00001$). При анализе коронароангиограмм в первой группе больных доля пациентов с доказанным стенозом составила 87,6%, тогда как во второй группе таких пациентов было только 19,1% ($p < 0,00001$). У исследуемых со сниженным ЛПИ в большей степени был нарушен липидный обмен: достоверно выше ($p < 0,001$) уровень общего холестерина $8,2 \pm 0,9$ ммоль/л против $5,4 \pm 0,4$ ммоль/л ($p < 0,05$); триглицеридов $4,1 \pm 0,8$ ммоль/л против $3,1 \pm 0,1$ ммоль/л ($p < 0,05$); ниже уровень ЛПВП – $0,7 \pm 0,1$ ммоль/л против $1,1 \pm 0,5$ ммоль/л ($p < 0,05$). Наиболее достоверные различия ($p < 0,001$) отмечались по уровню ЛПНП: у пациентов ЛПИ $<0,9$ он составил $4,9 \pm 0,7$ ммоль/л против $2,8 \pm 0,4$ ммоль/л у пациентов с ЛПИ $>0,9$. Чувствительность метода определения ЛПИ с помощью ручного тонометра, как скринингового метода выявления атеросклероза периферических артерий составила 78%, специфичность – 66%. Предсказующая ценность положительного результата 78%. Предсказующая ценность отрицательного результата 86%.

Выводы: ЛПИ ниже нормы указывает не только на поражения артерий нижних конечностей, но и с высокой вероятностью на наличие атеросклеротического процесса в сонных и коронарных артериях,

на нарушения липидного обмена. В связи с вышеизложенным, не вызывает сомнений целесообразность внедрения методики определения ЛПИ с помощью ручного тонометра в качестве скринингового метода для выявления атеросклеротического поражения артерий.

0302 ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Дурагина Р.В., Антонов И.Б., Миролюбова О.А., Антонов А.Б.

Северный государственный медицинский университет, Архангельск, Россия

Цель: Оценка гендерных различий при выполнении интервенционных вмешательств.

Методы: Были проанализированы все процедуры чрескожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) выполненные как со стентированием, так и без стентирования за 2008г на базе МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г.Архангельска. Математическая обработка данных выполнена с использованием статистического пакета SPSS 15.0 для Windows. Данные представлены как среднее $\pm$ SD.

Результаты: Общее количество интервенционных коронарных вмешательств за 2008г составило 441 вмешательство, из них 110 (24,9%) процедур было выполнено у женщин и 331 (75,1%) – у мужчин. Средний возраст женщин составил $63,5 \pm 10,5$ лет и превышал средний возраст мужчин ($55,6 \pm 8,3$ лет) на 7,9 лет (95% ДИ: 5,7–10,1; $p < 0,001$). Плановые коронарные ангиопластики среди общего количества ангиопластик составили 167 (37,9%), соответственно 274 (62,1%) ангиопластики были выполнены по срочным показаниям. Средний возраст больных подвергшихся ЧТКА по срочным показаниям составил $58,8 \pm 10,3$ лет и превышал возраст пациентов подвергшихся ЧТКА в плановом порядке ($55,6 \pm 7,7$ лет) на 3,2 года (95% ДИ: 1,5–4,9; $p < 0,001$). При этом женщинам коронарная ангиопластика по срочным показаниям выполнялась в большем проценте случаев чем мужчинам, 71,8% против 58,9% ($\chi^2 = 5,85$; $p = 0,016$). Выявлена зависимость между типом интервенционного вмешательства (плановое, срочное) и полом пациентов (Cramer's V = 0,115; $p = 0,016$). Женщины, подвергшиеся ЧТКА по срочным показаниям были старше мужчин, перенесших ЧТКА по срочным показаниям, в среднем на 9,9 лет (95% ДИ: 7,3–12,6; $p < 0,001$). Так, в группе пациентов, подвергшихся ЧТКА по срочным показаниям, средний возраст женщин составил $65,8 \pm 10,4$ лет, а мужчин – $55,9 \pm 8,8$ лет. Более того, пациентки, перенесшие срочную ЧТКА (средний возраст составил $65,8 \pm 10,4$ лет) были старше пациенток, которым ангиопластика выполнялась в плановом порядке (средний возраст составил $57,6 \pm 8,3$ лет) на 8,2 года (95% ДИ: 4,1–12,4; $p < 0,001$). В свою очередь мужчины, которым выполнены плановые и срочные интервенционные вмешательства, не различались по возрасту (средний возраст мужчин подвергшихся плановым вмешательствам составил $55,1 \pm 7,6$ лет, а срочным – $55,9 \pm 8,8$ лет; $p = 0,380$).

Выводы: Среди всех пациентов, перенесших интервенционные вмешательства, женщины составили только одну четвертую часть. Женщины подвергались ЧТКА в более старшем возрасте. Женщинам коронарные вмешательства по срочным показаниям выполнялись чаще, чем мужчинам, и в более позднем возрасте. У мужчин различия в возрасте при выполнении плановых и срочных интервенционных вмешательств не выявлены. Таким образом, существует зависимость между типом интервенционного вмешательства (плановая, срочная ЧТКА) и полом пациентов.

0303 МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Дымова Д.М., Воробьева Ю.А., Яхонтов Д.А.

КГУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: Изучить уровень маркеров оксидативного стресса и функции эндотелия и их взаимосвязь с морфофункциональными

параметрами сердца при диастолической ХСН у пациентов разных возрастных групп.

Материалы и методы: обследовано 146 больных в возрасте 26–80 лет с диастолической ХСН, распределенных в зависимости от возраста на 2 группы. Первая группа 69 пациентов (49,1±0,53 лет), вторая – 77 пожилых пациентов (68,1±0,31 лет) с диастолической ХСН II–III ФК по NYHA. Группу контроля составили 30 здоровых добровольцев.

Исследовалась система про (ИЛ-1, ФНО-альфа) и противовоспалительных (ИЛ-4) цитокинов. Концентрация СРБ определялась иммунотурбидиметрическим методом. Для определения уровня NO использовался метод количественного определения общего нитрата (NO₂) в сыворотке. Определялись продукты окислительного метаболизма – ДК, МДА, SH-группы, каталаза. Всем пациентам проводилась трансторакальная Эхо-КГ с определением ФВ ЛЖ по Тейхольцу. Для определения ФК ХСН использовался тест с 6 мин ходьбой.

Результаты. Анамнестически длительность ХСН была достоверно выше у пациентов 2-й группы ($p<0,05$). Большинство пациентов обеих групп имели II ФК ХСН по NYHA, а достоверности при сравнении теста 6 минутной ходьбы не выявлено. У пациентов обеих групп были выявлены все типы ремоделирования ЛЖ. У большинства больных, как первой так и второй групп, выявлена концентрическая гипертрофия (33,7% и 36,4%, соответственно), а у пожилых пациентов достоверно выше больных с концентрическим типом ремоделирования (20,8% против 8,7%, $p<0,001$), что является более неблагоприятным фактором в отношении развития сердечной недостаточности и смертности. При сравнении основных маркеров дисфункции эндотелия – СРБ, NO, ФНО-α, ИЛ1β были выше у пациентов обеих групп с ХСН, чем в группе контроля, но между собой достоверности не выявлено. Уровень МАУ был в обеих группах выше, чем в группе контроля ($p<0,001$) и выше у пациентов пожилого возраста в сравнении с более молодыми пациентами (11,9±0,89 мг/л и 4,9±0,15 мг/л, соответственно, $p<0,001$). Содержание первичных (ДК) и вторичных (МДА) продуктов ПОЛ в группе больных ХСН значительно превышало показатель, чем в группе здоровых. Значения МДА достоверно были выше у пациентов с ХСН, чем в группе контроля ($p<0,001$), что является показателем активности ПОЛ, но между собой достоверности не выявлено. Активность антиоксидантного фермента – каталазы и SH групп напротив, у больных с ХСН была ниже, чем у здоровых лиц ($P<0,05$ и $p<0,001$, соответственно).

Выводы. ХСН характеризуется наличием выраженного окислительного стресса, проявляющегося в увеличении продуктов липопероксидации и снижении скорости ферментативной утилизации активных форм кислорода и липопероксидов, а также нарушении дисфункции эндотелия независимо от возраста.

0304 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ

Евдокимова О.В., Иванова А.Э.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: Оценить клиническую эффективность немедикаментозных мероприятий у больных АГ в сочетании с ожирением.

Материалы: В исследование включено 55 пациентов мужского и женского пола, имеющие ИМТ более 25 кг/м², и мягкую или умеренную АГ. На протяжении всего исследования пациенты выполняли немедикаментозные мероприятия (диетотерапия, увеличение физической активности), направленные на снижение массы тела. У всех пациентов оценивалось качество жизни с помощью неспецифической методики «SF-36 Health Status Survey», тестированной «Институтом клинично-фармакологических исследований» Методика предусматривает оценку физического и психологического составляющих компонентов здоровья. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал. Шкалы группируются в два показателя: «физический компонент здоровья» (РН) и «психологический компонент здоровья» (МН). (РН) складывается из физического (РФ) и ролевого функционирования (РР), интенсивности боли (ВР) и общего состояния здо-

ровья (ГН). (МН) складывается из жизненной активности (ВТ), социального (SF) и ролевого эмоционального функционирования (RE) и психологического здоровья (МН).

Результаты: Немедикаментозные мероприятия на протяжении 16 недель исследования у части пациентов привели к достоверному снижению ИМТ, что позволило выделить группу динамики МТ и группу без динамики МТ. У пациентов с динамикой МТ достоверно уменьшились все показатели антропометрии: ИМТ ($p=0,000$), ОТ ($p=0,000$), ОБ ($p=0,000$), ИТБ ($p=0,004$). В группе пациентов без динамики МТ значимо изменился только показатель ОТ ($p=0,024$).

В группе пациентов с динамикой МТ достоверных изменений общих показателей РН и МН выявлено не было. Исключение составил показатель РР, который уменьшился к концу исследования ($p=0,015$), что отражает снижение уровня повседневной активности. В группе пациентов, не снизивших МТ, уменьшились показатели, составляющие РН: РЕ, РР ($p<0,05$), что может свидетельствовать об ограничении деятельности в связи с ухудшением физического здоровья.

В целом общий показатель РН значимо не изменился. Увеличились некоторые показатели МН: SF, МН ($p<0,05$), что отражает общий показатель положительных эмоций, хотя в целом общий показатель МН значимо не изменился.

К концу исследования достоверно различались сравниваемые группы по показателям: ГН ($p=0,025$); SF ($p=0,037$), RE ($p=0,050$). Пациенты без динамики МТ отметили у себя более позитивные изменения физического и психологического здоровья, возможно, вследствие отсутствия дискомфорта от диетотерапии.

Вывод: Модификация образа жизни, направленная на снижение массы тела, способствует сдерживанию прогрессивного снижения физического функционирования, что обеспечивает более высокое качество жизни пациентов, страдающих артериальной гипертензией в сочетании с ожирением.

0305 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ЕСТЬ ЛИ РАЗЛИЧИЯ?

Евсина О.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова» Росздрава, Рязань, Россия

Цель: Изучить распространенность и выраженность тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) в зависимости от пола, оценить качество жизни при ТДР у данной категории пациентов.

Материалы и методы: Использованы психометрические шкалы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), шкала депрессий Монтгомери-Асберга (MADRS); опросник Спилберга-Ханина, опросник SF-36, анкета «Жизнь больных с аритмией» («ЖБА»).

Обследовано 112 больных (46,7% женщин, средний возраст женщин – 56,59±8,0 лет, мужчин – 50,75±7,46 лет, $p<0,001$) с ФП (перманентная – 26,8%, рецидивирующая 73,2%, в т.ч. пароксизмальная – 40,2%, персистирующая – 33%).

Результаты: У 67,3% женщин выявлены ТДР (соответственно 46,0% у мужчин, $p<0,05$), в т.ч. у 16,0% выявлена клинически выраженная депрессия, (соответственно у 22,2% мужчин. ТДР чаще встречаются при рецидивирующей ФП – у 78,8% женщин и 72,4% мужчин.

Женщины достоверно больше набрали баллы по шкалам – личностной тревожности 31,81±9,66 (у мужчин 26,47±8,93, $p<0,001$), HADS(D) 6,92±3,54 (соответственно 5,29±3,35, $p=0,012$), HADS(A) 8,65±4,32 (соответственно 6,3±3,83, $p=0,001$).

При сравнении клинично-инструментальных данных не выявлено достоверных различий в эхокардиографических показателях, липидном спектре, но имеется тенденция к ухудшению ФК ХСН у женщин – 381,43±83,85 по сравнению с мужчинами 428,39±101,43, женщины чаще страдают стенокардией напряжения в 81,6% случаев (против 60,3% у мужчин, $p<0,05$), артериальной гипертензией в 87,8% (против 82,8%) и ХСН в 93,9% (против 76,2%, $p>0,01$).

По результатам SF-36 установлено, что независимо от пола пациенты с ФП коморбидной с ТДР имеют статистически значимо более низкие показатели физического функционирования,

ролевого функционирования, обусловленного состоянием здоровья и эмоциональным состоянием, жизненной активности, психического здоровья, физического и психического компонента здоровья. Но женщины с ТДР имеют статистически значимые худшие показатели физического функционирования ($p=0,023$), социального функционирования ($p=0,043$), психологического здоровья ($p=0,041$), по другим показателям наблюдается тенденция к более низким показателям. По результатам анкеты «ЖБА» женщины имеют статистически значимое более низкое КЖ — $49,0 \pm 10,97$ (у мужчин $63 \pm 12,7$, $p < 0,001$).

Выводы: ТДР выявляются в 1,76 раз достоверно чаще у женщин с ФП, чем у мужчин, наиболее часто у пациентов с рецидивирующей ФП.

Женщины имеют худшие показатели по шкалам HADS и личностной тревожности.

Женщины и мужчины с ФП коморбидной с ТДР имеют достоверно более низкие показатели качества жизни, но женщины с ТДР имеют худший показатель физического функционирования ($p=0,023$), социального функционирования ($p=0,043$), психологического здоровья ($p=0,04$ ($p=0,041$)).

0306 ДИНАМИКА ЦИТОКИН- И ЭНДОТОКСИНЕМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Егорова Е.Н., Кузьмина М.А., Мазур В.В., Калинин М.Н., Мазур Е.С.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить динамику эндотоксинемии, уровней цитокинов — фактора некроза опухоли-альфа (ФНО α) и интерлейкина 6 (ИЛ-6) в крови больных хронической сердечной недостаточности (ХСН) IIА и IIБ стадии на фоне лечения, направленного на уменьшение венозного застоя в большом и малом круге кровообращения.

Методы исследования. Обследовано 38 (мужчин — 28, женщин — 10, средний возраст $60,7 \pm 2,4$ года) больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), госпитализированных в связи с декомпенсацией. Группу сравнения составили 14 больных ПИКС без клинических признаков ХСН (мужчины, средний возраст $51,37 \pm 1,7$ года). Концентрацию цитокинов в сыворотке крови исследовали методом иммуноферментного анализа. Уровень эндотоксинемии определяли хромогенным LAL-тестом по конечной точке.

Результаты. Исследование показало, что концентрация ФНО α у больных ХСН IIА и IIБ стадий до начала лечения составила соответственно $10,58 \pm 2,47$ пг/мл и $27,08 \pm 3,79$ пг/мл ($p < 0,01$) и превышала данный показатель в группе сравнения — $3,03 \pm 1,1$ пг/мл (соответственно $p < 0,05$ и $p < 0,01$). Уровни ИЛ-6 у больных обеих опытных групп при декомпенсации ХСН также были выше, чем у пациентов без признаков ХСН — $4,46 \pm 0,67$ пг/мл, $6,79 \pm 2,19$ пг/мл и $3,89 \pm 0,55$ пг/мл. Уровень эндотоксина (ЭТ) до начала лечения в крови больных ХСН IIА стадии до лечения составил $0,32 \pm 0,04$ Ед/мл и IIБ стадии — $0,51 \pm 0,08$ Ед/мл ($p < 0,05$), что было выше этого показателя в группе сравнения — $0,25 \pm 0,03$ Ед/мл (соответственно $p > 0,05$ и $p < 0,01$).

Проведенное лечение привело к достоверному уменьшению концентраций провоспалительных цитокинов в обеих группах больных, которые составили соответственно для ФНО α — $4,08 \pm 1,29$ пг/мл и $9,38 \pm 3,25$ пг/мл ($p < 0,01$), для ИЛ-6 — $2,42 \pm 0,52$ пг/мл и $5,44 \pm 1,87$ пг/мл ($p < 0,01$). Концентрация ЭТ после проведенного лечения снизилась до уровня данного показателя в группе сравнения и составила у больных ХСН IIА стадии — $0,23 \pm 0,03$ Ед/мл, IIБ стадии — $0,24 \pm 0,03$ Ед/мл ($p < 0,01$).

Выводы. Декомпенсация ХСН сопровождается повышением уровня провоспалительных цитокинов и эндотоксина в крови как больных ХСН IIБ стадии, так и у больных ХСН IIА стадии. Уменьшение венозного застоя в большом и/или малом круге кровообращения в результате проведенного лечения приводит к снижению уровня провоспалительных цитокинов и эндотоксина у больных ХСН IIА и IIБ стадий. В связи с выявленной динамикой цитокин- и эндотоксинемии определение уровней этих показателей может быть использовано в качестве дополнительного диагностического критерия ХСН.

0307 СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДА (а) С РЕСТЕНОЗОМ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ежов М.В., Доценко Ю.В., Афанасьева О.И., Матчин Ю.Г., Афанасьева М.И., Лякишев А.А., Покровский С.Н.
ФГУ «РКНПК Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель исследования: оценить вклад липопротеида (а) в развитие рестеноза и прогрессирование поражения после ангиопластики и стентирования коронарных артерий у больных хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Из 502 больных (85% мужчин, средний возраст $54,7 \pm 8,9$ лет), включенных в исследование, 92 человека перенесли обычную баллонную ангиопластику (ТБКА), 270 — ТБКА с имплантацией простых металлических стентов (МС), 140 — с имплантацией стентов с лекарственным покрытием (ЛС). Стенокардия III-IV функционального класса отмечалась у 337 (67%) больных, 234 (47%) человека перенесли 1 инфаркт миокарда (ИМ), 171 (34%) пациента — 2 и более ИМ. Всем исследуемым проводилось определение концентрации липидов и липопротеида (а) крови. Повторная коронарография в течение 12 месяцев после ЧКВ была выполнена у 243 (48%) больных. Рестенозом считали сужение просвета не менее чем на 50% в сегменте, подвергнутом ангиопластике. Прогрессирование коронарного атеросклероза считалось в случае появления: окклюзий в исходно проходимых сосудах, новых стенозов $>50\%$, увеличение степени сужения просвета сосуда на 10% по крайней мере в одном из стенозов $>50\%$.

Результаты. По данным повторной коронарографии признаки рестеноза выявлены у 103 из 243 человек. При разделении больных по типу вмешательства установлено, что уровень липопротеида (а) был достоверно выше в группе рестеноза после коронарной ангиопластики с имплантацией МС (48 ± 48 и 28 ± 33 мг/дл, $p < 0,01$), но не ЛС (28 ± 29 и 39 ± 43 мг/дл) и в группе обычной ТБКА (27 ± 28 и 21 ± 26 мг/дл). Больных с прогрессированием коронарного атеросклероза отличал лишь уровень липопротеида (а): 49 ± 48 мг/дл в сравнении с 21 ± 27 мг/дл у пациентов без прогрессирования, $p < 0,001$.

Заключение. У больных хронической ИБС в течение первого года после чрескожных коронарных вмешательств обнаружена прямая связь между уровнем липопротеида (а) и прогрессированием коронарного атеросклероза, а также развитием рестеноза внутри стентов без лекарственного покрытия.

0308 КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОК САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ

Елсукова О.С., Онуцин С.Г., Онуцина Е.Л.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель: изучить возможности коррекции артериальной гипертензии (АГ), достижения целевого артериального давления (АД) у пациенток сахарным диабетом типа 2 (СД2) с АГ и диабетической нефропатией (ДНФП).

Методы: обследовано 182 пациентки с декомпенсированным СД2 возрастом $61 \pm 8,53$ лет ($M \pm s$), длительностью СД $7[4;14]$ лет ($Me[Q;Q_3]$), НвА1с $10,7 \pm 1,74\%$, ОХС $6,45 \pm 1,45$ ммоль/л. В зависимости от наличия и стадии ДНФП разделены на группы: 1-я ($n=87$ с НАУ — контроля), 2-я ($n=59$ с МАУ), 3-я ($n=21$ с ПУ), 4-я ($n=15$ с ХПН). Длительность АГ составила $12,5 \pm 7,74$ лет (НАУ), $17,1 \pm 7,67$ лет (МАУ) ($p < 0,05$), $19,1 \pm 7,79$ лет (ПУ) ($p < 0,05$), $22,5 \pm 7,67$ лет (ХПН) ($p < 0,05$). САД — $152,7 \pm 16,23$ мм рт.ст. (НАУ), $161 \pm 20,5$ мм рт.ст. (МАУ) ($p < 0,05$), $176 \pm 20,2$ мм рт.ст. (ПУ) ($p < 0,05$), $191 \pm 19,9$ мм рт.ст. (ХПН) ($p < 0,05$). ДАД — $92,3 \pm 7,87$ мм рт.ст. (НАУ), $94 \pm 9,1$ мм рт.ст. (МАУ), $97 \pm 8,2$ мм рт.ст. (ПУ), $102 \pm 9,8$ мм рт.ст. (ХПН) ($p < 0,05$). Индекс инсулинорезистентности (ИР) HOMA-2IR(Ins) ($N < 1$) составил $1,82 \pm 0,59$ (НАУ), $2,11 \pm 0,84$

(МАУ), $2,67 \pm 0,53$ (ПУ) ($p < 0,05$), $3,17 \pm 0,87$ (ХПН) ($p < 0,001$). Назначена гипогликемическая терапия: метформин 8% пациентов (ДНФП) и 34% (НАУ) ($p < 0,001$), комбинированная терапия (метформин, гликлазид МВ – 28% (ДНФП) и 24% (НАУ); метформин, инсулин – 40% (ДНФП) и 32% (НАУ), инсулинотерапия – 24% (ДНФП) и 10% (НАУ) ($p = 0,016$). Гиполипидемическая терапия – аторвастатин.

Результаты: через 12 месяцев лечения компенсация углеводного обмена ($HbA_{1c} < 6,5\%$) достигнута у 39% пациенток (НАУ), 27% (МАУ), 14% (ПУ) ($p = 0,02$) и 13% (ХПН) ($p = 0,03$). Индекс НОМА-21R(Ins) через 12 месяцев уменьшился ($p < 0,001$) и составил $1,50 \pm 0,37$ (НАУ), $1,45 \pm 0,33$ (МАУ), $1,61 \pm 0,47$ (ПУ), $1,86 \pm 0,56$ (ХПН) ($p < 0,05$). Целевые значения ОХС достигнуты у 90% пациентов (НАУ), 77% (МАУ) ($p = 0,05$), 71% (ПУ) ($p < 0,05$), 60% (ХПН) ($p = 0,009$). Целевой уровень АД достигнут у 91% пациенток (НАУ), 76% (МАУ) ($p = 0,16$), 19% (ПУ) ($p < 0,001$), 13% (ХПН) ($p < 0,001$). САД – $123,3 \pm 5,40$ мм рт.ст. (НАУ), $128,7 \pm 6,45$ мм рт.ст. (МАУ) ($p < 0,05$), $135,6 \pm 6,45$ мм рт.ст. (ПУ) ($p < 0,05$), $136,5 \pm 6,84$ мм рт.ст. (ХПН) ($p < 0,05$). ДАД – $74,3 \pm 5,06$ мм рт.ст. (НАУ), $75,4 \pm 6,04$ мм рт.ст. (МАУ), $78,6 \pm 5,29$ мм рт.ст. (ПУ) ($p < 0,05$), $79,4 \pm 4,98$ мм рт.ст. (ХПН) ($p < 0,05$). Для достижения целевого АД использовали 2-х компонентную гипотензивную терапию (периндоприл, индапамид) у 42% пациенток (НАУ), 17% (МАУ) ($p = 0,003$), 14% (ПУ) ($p = 0,03$); 3-х компонентную (периндоприл, индапамид, бисопролол или амлодипин, или рилменидин) у 49% (НАУ), 71% (МАУ) ($p = 0,014$), 48% (ПУ) и 46% (ХПН); 4-х компонентную (периндоприл, индапамид, бисопролол, амлодипин) – у 9% (НАУ), 12% (МАУ), 38% (ПУ) ($p = 0,003$) и 54% (ХПН) ($p < 0,001$).

Выводы: отсутствие коррекции ИР и развитие ДНФП, особенно ПУ стадии являются факторами прогрессирования АГ при СД2. Для контроля АД у пациенток с осложненным СД2 требуется многокомпонентная схема гипотензивной терапии: 2-х компонентная – эффективна лишь при МАУ; на стадии ПУ для контроля АД необходима преимущественно 3-х компонентная, а при возникновении ХПН – 4-х компонентная гипотензивная терапия. Важнейшим аспектом лечения СД2 является агрессивная тактика ведения пациентов, направленная на достижение целевых значений показателей углеводного обмена, липидного спектра, артериального давления с фармакологической коррекцией ИР.

0309 ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ПОРАЖЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТРИКСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ

Ельцова М.А., Козилова Н.А., Суровцева М.В., Черныгина А.И.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: оценить динамику маркеров поражения коллагенового матрикса у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на фоне терапии ивабрадином.

Методы: представлен фрагмент клинического сравнительного рандомизированного проспективного исследования. Обследовано 3 группы пациентов по 30 человек стабильной стенокардией II-III функционального класса (ФК), разделенные в зависимости от антиишемической терапии: в первую группу вошли пациенты, в терапию которых были включены ингибитор АПФ – периндоприл (средняя доза – $5,2 \pm 1,8$ мг) и ивабрадин (средняя доза – $11,6 \pm 1,9$ мг), во вторую группу – больные, леченные периндоприлом (средняя доза – $5,7 \pm 1,6$ мг), ивабрадином (средняя доза – $6,4 \pm 1,6$ мг) и бета-адреноблокатором бисопрололом (средняя доза – $5,9 \pm 1,9$ мг), в третьей группе (контрольной) лечение проводилось периндоприлом (средняя доза – $4,4 \pm 1,5$ мг) и бисопрололом (средняя доза – $6,2 \pm 1,6$ мг). Все пациенты получали симvastатин и ацетилсалициловую кислоту без достоверных различий дозировок препаратов. Длительность терапии составила 6 месяцев. Средний возраст больных составил $58,5 \pm 7,5$ лет. Всем пациентам до и после лечения определяли в плазме крови уровни тканевого ингибитора металлопротеиназ I типа (TIMP-1) и С-концевых тепепептидов, образующихся при деградации коллагена I типа (СТП-I). Для анализа использовали плазму крови (ЭДТА).

Определение концентраций TIMP-1 в плазме крови (ЭДТА) проводили с помощью оригинальных наборов для иммуоферментного анализа фирмы «Bio Source EUROPE S.A.» (Бельгия), а СТП-I – фирмы «Nordic Bioscience Diagnostics» (Дания).

Результаты: в ходе 6-месячного лечения при включении в терапию ивабрадина отмечена достоверная положительная динамика маркеров поражения коллагенового матрикса. До лечения в первой группе TIMP-1 составлял $158,3 \pm 54,5$ нг/мл, СТП-I – $0,32 \pm 0,13$ нг/мл. Через 6 месяцев терапии TIMP-1 достоверно уменьшился до $125,1 \pm 34,5$ нг/мл ($p = 0,047$), а СТП-I достоверно увеличились до $0,47 \pm 0,25$ нг/мл ($p = 0,019$). Во второй группе до лечения TIMP-1 составлял $203,4 \pm 58,6$ нг/мл, после лечения достоверно уменьшился до $161,6 \pm 48,5$ нг/мл ($p = 0,047$), СТП-I до лечения был равен $0,41 \pm 0,14$, а после лечения – $0,54 \pm 0,17$ нг/мл ($p = 0,049$). В группе контроля достоверных различий по TIMP-1 и СТП-I не выявлено.

Выводы: на фоне комплексного лечения стабильной стенокардии II-III ФК при включении в терапию пациентов первой и второй группы ивабрадина отмечено достоверное уменьшение уровня TIMP-1 до нормальных значений и увеличение СТП-I, которые отражают процесс стабилизации коллагенолиза в миокарде, препятствующий ремоделированию экстрацеллюлярного матрикса, с одной стороны, и стабилизации атеросклеротических бляшек, с другой стороны, по типу прямой и обратной связи.

0310 АНТИТЕЛА К CHLAMYDIA PNEUMONIAE В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА.

Емельянова А.Л., Бабаева А.Р.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Целью данной работы является исследование уровня антител к Chlamydia pneumoniae у больных острым коронарным синдромом и хроническими формами ИБС, а также оценка динамики уровня антител к Chlamydia pneumoniae под воздействием лазеротерапии у данных больных.

В исследование были включены 143 больных: 71 острым коронарным синдромом (ОКС) и 72 хронической ИБС (ХИБС). Контрольную группу составили 30 человек, не имеющих проявлений ИБС. В группе больных ОКС 43 больных получали комбинированное лечение (медикаментозное + внутривенное лазерное облучение крови (ВЛОК)) и 28 только медикаментозную терапию. В группе больных ХИБС 44 больных получали комбинированное лечение и 28 только медикаментозную терапию. Наряду с общепринятыми клиническими, лабораторными и инструментальными исследованиями всем больным проводилось определение уровня антител к Chlamydia pneumoniae в сыворотке крови методом иммуоферментного анализа.

В результате исследования было выявлено, что в общей группе больных ИБС, уровень противохламидийных антител оказался достоверно выше, чем в контрольной группе. Сравнение результатов определения антител к хламидиям у больных ОКС и ХИБС показало, что при острых формах ИБС уровень антител достоверно выше, чем при хронических.

Повышенное содержание антител к хламидиям было выявлено у 67,8% больных ОКС против 26,4% в группе ХИБС и 13,3% в контрольной группе.

В результате проведенного лечения достоверное снижение содержания специфических антител наблюдалось лишь в группе больных ОКС, получавших ВЛОК. В группе больных ОКС, которым ВЛОК не проводилось, уровень антител к хламидиям снизился недостоверно. Отмечалось снижение антител и в группе больных ХИБС, получавших ВЛОК, однако, разница оказалась не столь значительной, как в группе больных ОКС. Следует подчеркнуть, что отсутствовала динамика уровня антител к хламидиям в группе больных ХИБС, которым ВЛОК не проводилось.

Таким образом, в сыворотке крови больных ИБС наблюдается более высокий уровень антител к Chlamydia pneumoniae по сравнению с лицами без клинических признаков ИБС. При остром коронарном синдроме обнаружен достоверно более высокий уровень антител к хламидиям по сравнению с больными ХИБС.

Под влиянием комбинированной терапии с включением ВЛОК у больных ОКС наряду с более заметной положительной динамикой клинических показателей происходит достоверное снижение уровня антител к *Chlamydia pneumoniae*.

0311 ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ КАК ПРЕДИКТОР ОТВЕТА НА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Емельянов И.В., Меркулова Н.К., Конради А.О.

ФГУ «ФЦСКИЭ имени В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить связь между уровнем экскреции катехоламинов и метанефринов с мочой и эффективностью комбинированной антигипертензивной терапии у больных гипертонической болезнью II стадии.

Материал и методы. В исследование включено 123 пациента с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии в возрасте $44,3 \pm 4,2$ года, из них женщин — 31. Всем пациентам исходно, без антигипертензивной терапии проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) с помощью прибора SpaceLabs 90207 (США) по стандартной методике, а также в день мониторирования определялась экскреция с мочой катехоламинов (КА) и их метаболитов — метанефринов (МН) методом катионно-обменной хроматографии и оценки на спектрофотометре СФ-36 (Россия). Затем пациентам назначалась антигипертензивная терапия нифедипином в ретардированной форме (40 мг в сутки), при ее неэффективности в комбинации с эналаприлом в дозе 20–40 мг в сутки. При недостижении целевых значений АД в качестве третьего компонента к лечению добавлялся гидрохлортиазид в дозе 25 мг в сутки. Назначение того или иного режима лечения осуществлялось при повторных амбулаторных визитах в клинику по «офисным» значениям АД на визите. Повторное СМАД проводили через 6 месяцев на фоне многокомпонентной антигипертензивной терапии.

Результаты. В результате исследования оказалось, что 29 (23,6%) пациентов по данным СМАД не достигли целевого уровня АД, несмотря на то, что при медицинских осмотрах к 6 месяцу лечения АД у них на фоне терапии было менее 140/90 мм рт.ст. Все больные с неконтролируемой АГ оказались мужчинами (31,5% среди больных мужского пола).

Исходный уровень суточной экскреции с мочой КА и МН среди пациентов с неконтролируемой ГБ был заметно выше (338 ± 19 мкг/сутки и 942 ± 24 мкг/сутки, против 379 ± 22 и 992 ± 14 мкг/сутки, соответственно, при $p < 0,05$) по сравнению с больными, достигшими на фоне комбинированного лечения нормальных показателей СМАД.

Вместе с тем, величина исходной экскреции с мочой метанефринов тесно коррелировала с степенью снижения среднесуточных показателей систолического АД ($r = -0,52$ при $p < 0,001$) и диастолического АД ($r = -0,44$ при $p < 0,05$) у всех включенных в исследование пациентов.

Выводы. Выявленная связь динамики АД на фоне лечения и исходных показателей МН позволяет предположить, что повышение показателей метаболизма КА можно рассматривать как предиктор недостаточного ответа на комбинированную терапию у больных ГБ. Вместе с тем, следует отметить, что выявленные тенденции касаются многокомпонентного лечения, не включающего антиадренергические препараты.

0312 ИНГИБИТОР АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Енисеева Е.С., Андреева Е.О., Ежикеева С.Д., Тен М.Н.

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия; Иркутская областная клиническая больница, Иркутск, Россия

Цель: оценить связь ингибитора активаторов плазминогена (ПАИ-1) с риском развития ИБС и инфаркта миокарда у женщин.

Методы исследования. Обследовано 55 женщин в возрасте от 40 до 55 лет. Всем проводилась коронарография для выявления стенотических поражений коронарных артерий. Определялись уровень ПАИ-1, СРБ, фибриноген, сахар, общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды.

Результаты исследования. При сравнении ПАИ-1 в группах больных со стенотическими поражениями коронарных артерий ($n=30$) и без стенотических поражений сосудов ($n=25$) достоверных отличий выявлено не было. В двух группах не было отличий по доле больных с сахарным диабетом — 6 (20%) и 3 (12%) ($P > 0,05$), с абдоминальным ожирением — 24 (80%) и 14 (56%) ($P > 0,05$), с артериальной гипертензией и курящих ($P > 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлена связь между ПАИ-1 и уровнем сахара (корреляционный коэффициент Спирмена $r=0,4$; $P < 0,05$); ПАИ-1 и объемом талии ($r=0,3$; $P < 0,05$); ПАИ-1 и СРБ ($r=0,4$; $P < 0,05$); ПАИ-1 и фибриногеном ($r=0,35$; $P < 0,05$). Связь ПАИ-1 с показателями липидограммы отсутствует.

Отмечался более высокий уровень ПАИ-1 при сахарном диабете — медиана 7,4 Е/мл (интерквартильный размах от 6,4 до 8,1 Е/мл) в сравнении с группой больных, не имеющих диабета — медиана 5,7 Е/мл (интерквартильный размах от 4,6 до 7,0 Е/мл) ($P < 0,05$). Достоверными оказались отличия ПАИ-1 в группах с абдоминальным ожирением и без него — медиана 6,3 Е/мл (интерквартильный размах от 5,5 до 7,5 Е/мл) и медиана 5,3 Е/мл (интерквартильный размах от 3,9 до 6,6 Е/мл) ($P < 0,05$).

Среди обследованных больных инфаркт в анамнезе отмечался у 29 женщин. У больных с перенесенным инфарктом миокарда ПАИ-1 не отличался от группы без инфаркта — медиана 5,8 Е/мл (5,0–7,5) и медиана 6,3 Е/мл (5,3–7,3) ($P > 0,05$). При проведении анализа у больных с перенесенным инфарктом в подгруппах с сахарным диабетом и с абдоминальным ожирением уровень ПАИ-1 был достоверно выше, чем у больных без диабета и без ожирения ($p < 0,05$; $p < 0,05$).

Выводы. В группе обследованных женщин не выявлено связи уровня ПАИ-1 со стенотическими изменениями коронарных артерий и перенесенным инфарктом миокарда и отмечена зависимость от абдоминального ожирения и сахарного диабета.

0313 ОЦЕНКА СВЯЗИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА С РАЗВИТИЕМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Еременко Е.Ю., Соколова Л.А.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать взаимосвязь морфофункциональных изменений миокарда у больных артериальной гипертензией (АГ), осложненной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ), с развитием фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы: обследовано 73 пациента с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии с АГ I–II степени, с эхокардиографическими (Эхо-КГ) признаками ГЛЖ без значимой сопутствующей патологии, в том числе ИБС. Средний возраст обследованных составил $48,5 \pm 7,6$ лет, из них 17 мужчин и 56 женщин, давность АГ $8,0 \pm 3,0$ года. Всем пациентам помимо общеклинического обследования проводилась Эхо-КГ с доплер-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), суточное мониторирование АД (СМАД). Все перечисленные исследования выполнялись на фоне отмены антигипертензивной терапии в течение 24 часов.

Результаты: по результатам ХМЭКГ установлено, что у обследованных пациентов с АГ ФП встречалась у 19 человек (в 26% случаев от общего числа наблюдений). Из них у 8 человек регистрировалась постоянная, у 2-х персистирующая, у 9 человек — пароксизмальная форма (ФП). В соответствии с полученными данными, все обследованные были разделены на 2 группы: 1 группу составили больные АГ с зарегистрированной ФП, 2-ую группу — без ФП. Установлено, что показатели уровня клиниче-

ского АД в момент включения в исследование у пациентов 1 группы были значительно выше, чем во 2 группе: уровень систолического артериального давления (САД) составил $152,5 \pm 8,2$ мм рт.ст. и $148,3 \pm 9,7$ мм рт.ст. в 1 и 2 группе ($p < 0,05$), а уровень диастолического артериального давления (ДАД) — $95,4 \pm 6,8$ мм рт.ст. и $94,3 \pm 7,8$ мм рт.ст. соответственно ($p > 0,05$). Среднесуточное САД в 1 группе составило $150,6 \pm 7,1$ мм рт.ст., во 2 — $145,0 \pm 10,8$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). При анализе результатов Эхо-КГ установлено, что у пациентов 1 группы были выше все показатели, характеризующие степень ГЛЖ. Так, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в 1-ой группе составил $161,3 \pm 10,7$ г/м², во 2-ой — $133,4 \pm 6,1$ г/м² ($p < 0,05$), толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) $1,3 \pm 0,1$ см и $1,4 \pm 0,1$ см, передне-задний размер левого предсердия (ЛП) $4,9 \pm 0,5$ см и $4,3 \pm 0,4$ см соответственно ($p < 0,05$). При этом, у пациентов с АГ и постоянной формой ФП анализируемые показатели Эхо-КГ были более измененными по сравнению с группой больных АГ с пароксизмальной формой ФП: ИММЛЖ — $168,3 \pm 4,8$ г/м² и $155,0 \pm 12,8$ г/м² ($p < 0,05$), ТЗСЛЖ — $1,5 \pm 0,1$ и $1,4 \pm 0,1$ см соответственно ($p < 0,05$).

Заключение: в группе больных с зарегистрированной ФП по сравнению с пациентами без ФП отмечены более высокие цифры САД (клинического и среднесуточного САД) и более значимые изменения Эхо-КГ показателей, характеризующих степень гипертонического ремоделирования миокарда (ИММЛЖ, ТЗСЛЖ, переднезадний размер ЛП).

0314 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАМИПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Еременко Е.Ю., Соколова Л.А., Егорова Е. А.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: проанализировать клинические эффекты рамиприла при 12 месячной терапии больных артериальной гипертензией (АГ), осложненной гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ).

Материалы и методы: в открытое неконтролируемое исследование включено 22 пациента с гипертонической болезнью (ГБ) II стадии с АГ I-II степени, с эхокардиографическими (Эхо-КГ) признаками ГЛЖ без значимой сопутствующей патологии, в том числе ИБС. Средний возраст обследованных составил $48,2 \pm 6,3$ года, из них 17 мужчин и 5 женщин. Помимо общеклинического обследования всем больным проводилась Эхо-КГ, Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), суточное мониторирование АД (СМАД). Все пациенты получали рамиприл (амприлан фирма «KRKA») в дозе 10 мг/сут. При отсутствии целевого уровня АД в течение 3-х недель к терапии добавляли гипотиазид в дозе от 12,5 до 25 мг/сут.

Результаты: Монотерапия рамиприлом была эффективной у 10 больных, которые составили 1-ую группу наблюдения; 12 человек получали комбинированную терапию рамиприлом и гипотиазидом — 2 группа. При анализе показателей СМАД установлено, что пациенты 2 группы исходно имели значительно более высокие цифры среднесуточного систолического АД (САД), среднесуточного диастолического АД (ДАД), среднесуточного САД, средненочного САД. Так, показатели среднесуточного САД у пациентов 2 и 1 группы составили $159,8 \pm 4,1$ мм рт.ст. и $147,0 \pm 4,2$ мм рт.ст., ($p < 0,01$), показатели среднесуточного ДАД $100,4 \pm 5,8$ мм рт.ст. и $93,5 \pm 2,4$ мм рт.ст., ($p < 0,05$), средненочного САД $160,8 \pm 5,0$ мм рт.ст. и $151,9 \pm 6,8$ мм рт.ст., ($p < 0,01$), средненочного САД $133,0 \pm 10,9$ мм рт.ст. и $129,9 \pm 6,0$ мм рт.ст., соответственно ($p < 0,01$). В этой же группе были выявлены более выраженные проявления ГЛЖ: индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у них составил $148,8 \pm 6,5$ г/м², а у пациентов 1 группы — $127,8 \pm 2,39$ г/м² ($p < 0,05$). Однако, под влиянием терапии, основанной на рамиприле, у пациентов 2 группы отмечен более значимый органопротекторный эффект препарата: ИММЛЖ через 12 месяцев уменьшился на 2,2% а в 1 группе — на 1%. На этом фоне прослежена отчетливая тенденция к уменьшению гемодинамически значимых суправентрикулярных нарушений

ритма сердца и, прежде всего, эпизодов фибрилляции предсердий (ФП). В целом по группе число пациентов с ФП сократилось с 6 до 3-х человек. При оценке динамики основных биохимических показателей крови на фоне 12 месячной антигипертензивной терапии, основанной на рамиприле, значимых изменений уровня глюкозы, свободного холестерина калия, натрия в обеих группах выявлено не было.

Заключение: у обследованных больных АГ на фоне 12 месячной терапии, основанной на рамиприле, помимо стойкого антигипертензивного эффекта отмечено значительное уменьшение степени ГЛЖ и связанное с ним снижение частоты ФП. Изученные плейотропные эффекты препарата, влияющие на прогноз заболевания, в большей степени проявляются у больных с более высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

0315 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 19-64 ЛЕТ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ерченкова В.Е.¹, Константинов В.В.², Шальнова С.А.², Недбайкин А.М.¹, Деев А.Д.²

¹ГУЗ Брянский областной кардиологический диспансер, Брянск, Россия; ²ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ) среди населения Брянской области (БО), оценить ее связь с факторами риска (ФР), состоянием органов-мишеней и ассоциированными клиническими состояниями (АКС) среди населения Брянской области.

Материал и методы исследования. Исследование выполнено в рамках Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертензии 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 гипертензией среди населения 19-64 лет». Исследование выполнено на случайных выборках с интервалом в 3 года: 1 обследование проведено в 2004-2005гг, второе 2007-2008гг. При оценке использовались стандартные методы и унифицированные критерии диагностики АГ, ФР, органов-мишеней и АКС. На 1-м этапе численность выборки — 2435 человек, на 2-м — 1909 чел. Исследование проводилось по единому протоколу и стандартной анкете. Возраст обследованных мужчин и женщин колебался в диапазоне от 19 до 64 лет.

Результаты исследования. Стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди населения 19-64 лет составила 38,7%. Частота ИБС и ЦВЗ у больных с АГ была в 3,4-3,6 раз выше, чем при ее отсутствии: 4,8 и 16,4%; 1,2 и 4,4% соответственно $p < 0,001$. Распространенность тахикардии, гиперхолестеринемии и сахарного диабета были в 2 и 7,4 раза выше у больных с АГ, чем без нее: 3,2 и 6,4%; 18,7 и 37,7%; 0,5 и 3,7% соответственно, $p < 0,001$. Распространенность ретинопатии и гиперкреатининемии, а также заболевания почек чаще встречались среди больных АГ, чем у здоровых лиц: 0,06 и 9,4%; 0,02 и 1,4%; 3,9 и 10,5% соответственно, $p < 0,01$. У лиц с избыточной массой тела (МТ), а также с ожирением 1, 2 и 3 степеней распространенность АГ была в 1,3, 2,5 и 7 раз чаще, чем у лиц с нормальной МТ: 34,8 и 44,1%; 7,7 и 19,5%; 1,3 и 9,1% соответственно, $p < 0,05-0,01$. У лиц мало и умеренно употреблявших алкоголь, а также куривших связи с АГ не прослеживались, однако у избыточно употреблявших алкоголь частота АГ была в 1,8 выше (2,3 и 4,1%, $p < 0,05$). Инвалидность от ССЗ при наличии АГ была в 14,9 раз выше, чем при ее отсутствии: 1,0 и 14,9% ($p < 0,001$). Среди больных АГ частота низкой физической активности была существенно выше, чем у лиц с нормальным АД (75,2 и 78,5%, $p < 0,01$).

Выводы. Таким образом, высокая распространенность АГ неблагоприятно ассоциируется с состоянием органов-мишеней, АКС и некоторыми ФР, что необходимо учитывать органам практического здравоохранения при планировании и осуществлении мероприятий при первичной и вторичной профилактике среди населения Брянской области в рамках выполняемой целевой Федеральной программы.

0316 ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, НАХОДЯЩИХСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Ефимова Л.П., Банникова О.Ф.

ГОУ ВПО Сургутский государственный университет, Сургут, Россия

Индекс интоксикации достаточно точно отражает состояние иммунной системы при различных заболеваниях и повреждениях. Однако, изучение показателей индекса интоксикации у больных, перенесших инфаркт миокарда, после выписки из стационара до настоящего времени не проводилось.

Целью работы явилось определение значений лейкоцитарного индекса интоксикации у больных, перенесших инфаркт миокарда, на амбулаторном этапе реабилитации.

Материалы и методы. Обследовано 98 человек — больных, перенесших инфаркт миокарда и находившихся под диспансерным наблюдением кардиолога в условиях Курганского областного кардиологического диспансера. Всего под наблюдением находилось 98 человек, из них мужчин — 73, женщин — 25. Средний возраст обследуемых составил $50,3 \pm 0,6$ лет. Группы мужчин и женщин по возрасту не различались. Стаж инфаркта миокарда — $3,1 \pm 0,2$ лет. Всем пациентам рассчитывали индекс массы тела (ИМТ) и определяли биохимический липидный профиль, включавший общий холестерин, триглицериды и липопротеиды высокой плотности. Все пациенты проходили клиническое обследование, включавшее сбор анамнеза, физикальное исследование. Капиллярную кровь брали из пальца по общепринятой методике утром натощак в пробирки «MiniCollect» объемом 1 мл, содержащих стандартное количество антикоагулянта КЗ ЭДТА, и в капилляр Панченкова для определения СОЭ. Непосредственно после взятия крови проводили ее анализ на гематологическом анализаторе «Cobas Micros 8» (фирма «Hoffman-La Roch», Швейцария). Из крови готовили мазки, высушивали их на воздухе и красили для проведения морфологического и цитохимического исследования. В мазке, окрашенном по Романовскому, подсчитывали лейкоцитарную формулу. После дифференцированного подсчета лейкоцитов рассчитывали лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ). Статистическая обработка данных проведена методами описательной статистики ($M \pm m$), сравнение показателей в различных группах больных проводили с использованием критерия Стьюдента для несвязанных выборок. Для расчетов использовали статистическую программу Биостат.

Результаты. В результате проведенного исследования установлено, что индекс массы тела средний по группе $28,6 \pm 0,5$ кг/м², ИМТ мужчин $28,6 \pm 0,5$ кг/м², ИМТ женщин $29,4 \pm 0,8$ кг/м². лейкоцитарный индекс интоксикации был у всех пациентов, независимо от возраста и пола выше нормы и составил в среднем для лиц с уровнем общего холестерина менее 5 ммоль/л $6,2 \pm 0,6$, а для лиц с уровнем общего холестерина более 5 ммоль/л составил $7,9 \pm 0,8$. Различия не были статистически достоверны, $p=0,09$.

Выводы: установлено, что на амбулаторном этапе реабилитации у больных, перенесших инфаркт миокарда, имеется повышение значений лейкоцитарного индекса интоксикации и это повышение не связано с уровнем общего холестерина сыворотки крови.

0317 ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Ефимова Л.П., Ворошилова Р.Д., Литвишкова А.Ю.

ГОУ ВПО Сургутский Государственный университет, Сургут, Россия

Среди причин неадекватного контроля АД решающее значение имеют недостаточная эффективность, плохая переносимость антигипертензивной терапии, а также отсутствие приверженности больных к лечению (комплаенс). Неосложненная мягкая гипертония имеет симптоматическое течение и не ухудшает качество жизни, поэтому любые, даже незначительно выраженные нежелательные эффекты гипотензивной терапии могут ухудшить самочувствие больного и вызвать отказ от постоянного приема лекарства.

Соблюдение пациентом режима лекарственной терапии зависит от уровня его образования, от того, насколько он доверяет врачу и верит в действенность назначенного лекарственного средства, от удобства применения препарата (путь введения, лекарственная форма, количество приемов в сутки).

Цель исследования: Провести анализ комплаентности пациентов и контроля за артериальной гипертензией в амбулаторных условиях.

Материалы и методы: В исследование было включено 52 человека, страдающих артериальной гипертензией. Из них 32 женщины и 20 мужчин, в возрасте от 37 до 74 лет. Приверженность к лечению исследовали при помощи анкетного метода, (А.А.Petrilla, 2005), адаптированного нами.

Результаты исследования. Средний стаж заболевания артериальной гипертензией (АГ) у обследованных составил $9 \pm 7,3$ лет. Средняя продолжительность приема гипотензивных средств у исследованных составила от 1 до 6 месяцев. Помимо лекарственных препаратов большинство респондентов в течение 3–6 месяцев и более использовали нелекарственные методы лечения АГ (диета, снижение веса, физические упражнения, психологическая разгрузка). Самостоятельное измерение артериального давления (АД) с записью результатов в дневнике проводят 38% обследованных лиц. А 8% больных АГ вообще не проводят измерение АД в домашних условиях. 65% опрошенных проходят обследование по месту жительства в плановом порядке каждый год. 50% опрошенных лиц считают приемлемым для себя лечение в поликлинике при постоянном самостоятельном контроле уровня артериального давления в домашних условиях. А 29% респондентов считают необходимым принимать гипотензивные препараты только при плохом самочувствии. При этом 31% больных за последние полгода находились на стационарном и амбулаторном лечении по поводу АГ. А 21% процент опрошенных вызывали скорую помощь в связи с повышением АД. Комплаентность по общему среднему показателю составила от 5 до 20 баллов и в среднем по группе обследованных лиц была 57,5% от должной.

Выводы: 1. Время постоянного приема гипотензивной терапии обследованными нами пациентами ограничивается 6 месяцами. 2. Комплаентность больных АГ составляет 57,5% от должной, что приводит к госпитализациям и частым вызовам «Скорой помощи».

0318 ГЕМОДИНАМИКА В МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ефремушкин Г.Г.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул, Россия

Цель исследования — изучить особенности гемодинамики в главных артериях у лиц пожилого и старческого возраста с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследован 81 больной АГ в возрасте 62–87 лет ($M = 75,6 \pm 0,7$ лет), из них 10 женщин. Преобладали пациенты в возрасте 80 и > лет (55,5%). Больных с АГ II ст. было 39,5%, III ст. — 60,5%, $AD_{max} = 149,4 \pm 1,6$ мм рт.ст., $AD_{min} = 88,6 \pm 1,2$ мм рт.ст. Антигипертензивные препараты до поступления в стационар принимали 70% больных. Длительность течения АГ колебалась от 5 до 40 лет: до 5 лет — 8,7% больных, 6–10 лет — 41,3%, 11–20 лет — 30,4%, более 20 лет — 19,6%; средняя длительность заболевания у всех больных составила $16,0 \pm 1,0$ лет. Средняя масса тела больных была $80,7 \pm 1,4$ кг. ИБС отмечена у 77,8 % обследованных. Функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН) равнялся $1,95 \pm 0,05$ ст. Исследование сосудов проводилось методом доплеровского сканирования сосудов и кровотока в них с применением эхокардиографа «Vivid» (USA). Анализировались толщина интима-медиа (ТИМ), диаметры артерий (ДА) — общей сонной (ОСА), плечевой (ПА) и бедренной (БА). Регистрировались скорости кровотока в различные его фазы: максимальная (V_{max}), минимальная (V_{min}) и средняя

по времени максимальная скорость кровотока (V_{tamax}). У здоровых лиц ТИМ в ОСА и БА была одинаковая ($0,081 \pm 0,003$ см) и больше чем в ПА на 19% ($p < 0,001$). ДА ОСА и БА также существенно не различались и были больше ДА ПА на 25% ($p < 0,001$). У больных АГ пожилого и старческого возраста ТИМ в ОСА не отличалась от таковой у здоровых. В ПА и особенно в БА она была увеличена на 14,6% ($p < 0,01$). ДА у пожилых больных был увеличен по сравнению со здоровыми в ОСА на 28,1% ($p < 0,001$), в ПА — на 15,2% ($p < 0,001$). У здоровых V_{tamax} в ОСА больше, чем в ПА на 31,5% ($p < 0,001$), БА — на 29,6% ($p < 0,005$). У пожилых лиц с АГ V_{tamax} в ОСА не отличается от здоровых, в ПА достигает её величины в ОСА. В БА V_{tamax} не отличается от таковой у здоровых. У здоровых V_{min} в ПА и БА была одинакова и существенно ниже ($p < 0,001$), чем в ОСА. У больных АГ V_{min} в ОСА была больше по сравнению со здоровыми на 57% ($p < 0,001$), в ПА и БА оставалась на уровне здоровых лиц. V_{tamax} у здоровых лиц была наибольшей (10,9 см/с) в ОСА, меньше на 10,1% в БА ($p > 0,05$) и на 34% ($p < 0,001$) в ПА. У больных АГ пожилого и старческого возраста V_{tamax} была увеличена по сравнению со здоровыми в ОСА на 14,7% ($p > 0,05$) и ПА на 31% ($p < 0,001$), в БА у больных V_{tamax} снижена на 13,3% ($p > 0,05$).

Заключение. У лиц с АГ пожилого и старческого возраста в БА при увеличении ТИМ не меняется величина ДА при одновременной тенденции к снижению средней по времени максимальной и минимальной скоростей кровотока, что, по-видимому, является свидетельством снижения кровоснабжения нижних конечностей. Увеличение ДА ОСА и ПА и нарастание в них скорости кровотока по сравнению с таковым у здоровых может рассматриваться как компенсаторная реакция сосудов на снижение кровотока в БА.

0319 НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Жанатбекова А.К.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

Несмотря на существующие в настоящее время возможности применения различных классов антигипертензивных препаратов, эффективно снижающих АД и существенно улучшающих долгосрочный прогноз пациентов, проблема рефрактерной артериальной гипертонии (АГ) не утратила своего значения. Установлено, что в развитии рефрактерности АГ наряду с такими нарушениями, как активация симпатической, ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, снижение кровообращения мозга, почек, чрезмерное уменьшение внутрисосудистого объема имеются нарушения в синтезе депрессорных простагландинов, в частности группы Е. В связи с этим при лечении больных рефрактерной АГ наряду с комбинированной терапией используются внутривенные инфузии экзогенных простагландинов группы Е.

Цель исследования — влияние вазопростана на повышение чувствительности к антигипертензивной терапии у больных с тяжелой рефрактерной артериальной гипертонией на фоне многокомпонентной комбинированной антигипертензивной терапии.

Материалы и методы. Нами было обследовано 32 больных с тяжелой рефрактерной АГ, средний возраст составил $52,4 \pm 1,3$ года. Критериями включения больных в исследование были АГ 3 степени, трехкомпонентная комбинированная терапия в течение 3 месяцев (ингибитор АПФ, антагонист кальция дигидропиридинового ряда, тиазидоподобный диуретик), отсутствие ассоциированных клинических состояний (перенесенный инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность), отсутствие ХПН. Средние значения АД составляли систолическое АД (САД) $185,7 \pm 3,6$ мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) $103,4 \pm 1,5$ мм рт.ст. В ходе исследования больные были разделены на две группы: 1гр. — 20 больных с тяжелой АГ, получавшие комбинированную терапию; 2гр. — 12 больных получавшие вазопростан (в/в капельно в дозе 20 мкг на 200,0 мл изотонического раствора хлорида натрия 1 раз в сутки через день) на

фоне комбинированной терапии. На следующий день после проведения инфузий вазопростана и через 1 месяц проводили СМАД.

Результаты и обсуждение. При проведении анализа полученных данных было выявлено достоверное снижение АД по данным СМАД (3-и сутки и через 4 недели). Уже после 3 инфузий вазопростана на 3 сутки отмечалось улучшение показателей СМАД. Через 4 недели СМАД свидетельствовало о достоверном улучшении изучаемых показателей.

Выводы. Данные исследования свидетельствуют об эффективности применения вазопростана при рефрактерной АГ и повышении чувствительности к многокомпонентной антигипертензивной терапии, что позволяет уменьшить дозы препаратов многокомпонентной комбинированной терапии на 30%.

0320 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСЛОЖНИВШИМСЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Жарский С.Л., Павлова М.Д., Сироцинская Е.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет, Краевая клиническая больница №2, Хабаровск, Россия

Фибрилляция предсердий (ФП) нередко осложняет течение острой стадии инфаркта миокарда (ИМ). Установлено, что развитие ФП является фактором, увеличивающим вероятность сердечно-сосудистых осложнений и летальность как в ранние, так и в отдаленные сроки после ИМ. Однако сведений о факторах, повышающих при ИМ риск развития ФП, в литературе недостаточно.

Цель исследования заключалась в поиске клинических и инструментальных особенностей в состоянии пациентов, у которых течение ИМ осложнилось пароксизмальной формой ФП.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 70 больных в возрасте от 46 до 80 лет в острой стадии ИМ, осложненного впервые в жизни развившейся ФП с последующим восстановлением синусового ритма.

Результаты. ФП чаще развивалась у мужчин (71,4% — 50 чел.), чем у женщин (28,6% — 20 чел.) и в возрасте старше 65 лет (67,1% — 47 чел.). Наиболее часто — в 31,4% случаев, ФП возникала у лиц, заболевших ИМ в возрасте после 70-ти лет.

В большинстве случаев (58,6%) ФП осложняла течение передне-перегородочно-бокового ИМ, и чаще отмечалась при крупноочаговом и трансмуральном поражении (87,2%). 81,4% больных имели длительный анамнез гипертонической болезни и в 34,2% случаев ранее уже переносили ИМ. Сахарным диабетом страдали 10% больных.

Фибрилляция предсердий развивалась чаще либо в первые 3 часа (32,9%) ОИМ, либо по прошествии 2-х суток (34,2%) от начала ангинозного приступа. В 5-ти случаях (7,1%) ФП возникла на фоне проведения тромболитической терапии. В восьми случаях (11,4%) течение ИМ, осложненного ФП, сопровождалось кардиогенным шоком разной степени тяжести, у пяти больных развилась фибрилляция желудочков, потребовавшая электрической дефибрилляции.

По данным эхокардиографии у больных ИМ и ФП наблюдалось увеличение конечного диастолического объема ($183,2 \pm 12,5$ мл), конечного диастолического размера левого желудочка ($6,01 \pm 0,31$ см) и снижение фракции выброса (ФВ) ($45,4 \pm 3,8$ %).

В большинстве случаев ритм удавалось восстановить при помощи внутривенной инфузии кордарона (74% случаев) в первые 3 часа от момента развития пароксизма (85,7%). Проведение ЭИТ потребовалось в 10% случаев: в 7,1% в связи с развитием фибрилляции желудочков, в 1,4% — в связи с нестабильной гемодинамикой и в 1,4% — на третьи сутки в связи с неэффективностью медикаментозной терапии.

Заключение. ФП при ИМ чаще развивается при крупноочаговом и трансмуральном поражении передней стенки левого желудочка у лиц старше 65-ти лет, имеющих дилатацию левого желудочка и снижение ФВ. При этом ФП чаще наблюдается у мужчин и пациентов, имеющих в анамнезе гипертоническую болезнь.

0321 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА

Жданкина Н.В.

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить особенности морфофункциональных изменений миокарда левого желудочка (ЛЖ) при артериальной гипертензии (АГ) у больных гипоталамическим синдромом пубертатного периода (ГСПП).

Материалы и методы: обследовано 68 юношей (средний возраст 18 [18;21] лет), страдающих ГСПП с АГ. Контрольную группу составили 10 практически здоровых юношей того же возраста. Всем пациентам проводилось эхокардиографическое исследование с определением толщины задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в диастолу, конечно-диастолического размера ЛЖ (КДРЛЖ), конечно-систолического размера ЛЖ (КСРЛЖ), фракции выброса (ФВ), фракционной сократимости (ФС); рассчитывались масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) по формуле R. Devereux и N. Reichek, индекс ММЛЖ (ИММЛЖ) по отношению к площади поверхности тела, относительная толщина стенки миокарда ЛЖ (ОТСЛЖ).

Полученные результаты: у большинства больных ГСПП с АГ обнаружена гипертрофия МЖП, которая регистрировалась у 37,9% юношей, реже встречалась гипертрофия ЗСЛЖ (26,5%), а в 20,7% случаев выявлено сочетание поражения МЖП и ЗСЛЖ. Исходя из этого, можно предположить, что формирование ГЛЖ у больных ГСПП начинается с МЖП. Что касается средних значений, то среди больных ГСПП с АГ наблюдалось статистически значимое ($p=6 \cdot 10^{-5}$) увеличение ТЗСЛЖ и ТМЖП до 10,2[9,7;11] мм и 10,8[9,8;12] мм соответственно по сравнению с данными контрольной группы, в которой ТЗСЛЖ составила 9[8,4;9] мм, ТМЖП – 8,7[8;9] мм. ОТСЛЖ у больных с АГ (0,41[0,37;0,44]) также превышала ($p=0,006$) данный показатель здоровых обследованных (0,35[0,34;0,38]). Показатель ММЛЖ был достоверно повышен у юношей с ГСПП (243,8[218,2;282,8] гр; $p=1 \cdot 10^{-6}$) по сравнению со здоровыми сверстниками (105[93,7;133] гр). Такое увеличение ИММЛЖ можно связать с избыточной массой тела у пациентов с ГСПП. Вместе с тем, показатель ИММЛЖ, не зависящий от массы тела, у больных ГСПП с АГ был значительно выше ($p=0,0001$) чем у обследованных контрольной группы и составил 114,3[99,8;132,3] гр/м² и 80,8[66,9;121] гр/м² соответственно. Такое увеличение ИММЛЖ у больных ГСПП в сочетании с АГ свидетельствует о ведущей роли гемодинамического механизма в формировании начальной стадии ГЛЖ. Среди пациентов с АГ основным типом гипертрофии был эксцентрический недилатационный (62,5% случаев), реже встречались концентрическая гипертрофия (11,5%) и концентрическое ремоделирование (6,9%); у 19,1% больных выявлена нормальная геометрия миокарда. Показатели КДРЛЖ, КСРЛЖ, ФВ, ФС не имели значимых различий у всех обследованных юношей и не отклонялись от нормальных значений.

Выводы: формирование гипертрофии ЛЖ у больных ГСПП, имеющих АГ, в большинстве случаев начинается с межжелудочковой перегородки. Кроме того, выявлена тенденция к формированию эксцентрической недилатационной гипертрофии ЛЖ. Функциональные показатели ЛЖ у данной группы соответствовали нормальным значениям.

0322 РОЛЬ НЕКРОЗОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РАЗВИТИИ ИХ КАЛЬЦИНОЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Жданов В.С., Дробкова И.П., Веселова С.П., Черпаченко Н.М., Шлычкова Т.П.

ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Изучить роль некрозов атеросклеротических бляшек коронарных артерий (КА) в развитии их кальцификации при ИБС.

Материалы и методы. Проведено исследование энarterэктомированных сегментов КА, полученных при их шунтировании у 140 пациентов с ИБС. Длина сегментов КА колебалась от 3 до 14 см. Артерии рассекали на поперечные блоки с интервалом 0,4–0,5 см и исследовали их на всем протяжении. Определяли выраженность липидного и фиброзного компонентов, площадь кальцифицированных участков интимы КА. В зависимости от протяженности кальциноза в атеросклеротических бляшках КА различали легкую (1–10%), среднюю (11–30%) и тяжелую (>30%) степени их выраженности в зависимости от занятой ими окружности интимы (без учета степени их распространения по её толщине). Для выявления кальция гистологические препараты КА окрашивали по Коссу.

Результаты. Во всех случаях в КА были выявлены фиброзно-липидные бляшки с выраженным преобладанием фиброзного компонента и небольшими (10–15% величины бляшки) атероматозными центрами. Из изученных 140 случаев кальциноза атеросклеротических бляшек отмечен у 128 больных (91,4%). Легкая степень кальциноза КА выявлена у 26 больных (20,3%), средняя – у 31 (24,2%), тяжелая – у 71 больного (55,5%). В большинстве случаев развитие кальциноза начинается в периферических частях некрозов бляшек КА, так что центральные отделы некрозов остаются без отложений солей кальция. Постепенно отложения солей кальция распространяются по всей протяженности некрозов КА, однако периферические части некрозов остаются практически постоянно более богатыми солями кальция. Характерно, что в одном и том же случае могут присутствовать некрозы с различной степенью их кальцификации; это может свидетельствовать об их неодновременном развитии, т.е. о прогрессировании заболевания. При микроскопическом исследовании такие обызвествленные некрозы имели вид пластинок (пластинчатый кальциноз). Иногда такие пластины имели слоистый характер, что также свидетельствует о прогрессировании некрозов с их последующим кальцификацией. Как правило, развитие некрозов наблюдалось в фиброзных участках бляшек, иногда при наличии липоидоза коллагеновых волокон. Только в отдельных случаях некрозы распространялись и на центральную часть бляшки. Клеточная реакция вокруг очагов некроза была незначительна. Некрозы в склерозированной интиме бляшек не имели отношения к обызвествлению атероматозных центров бляшки.

Заключение. Некрозы в фиброзно-измененных частях атеросклеротических бляшек являются наиболее частой причиной распространенной кальцификации коронарных артерий.

0323 НЕКОТОРЫЕ АТЕРОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЯХ

Желобов В.Г., Шумихин А.В.

ГОУ ВПО «ПГМА имени акад. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: оценить состояние некоторых факторов атерогенеза у больных железодефицитными анемиями (ЖДА).

Материалы и методы: Обследовано 35 больных ЖДА. Основными критериями ЖДА служили гипохромный ее характер и нарушения обмена железа. Группу сравнения составили 25 практически здоровых добровольцев. Исследуемые контингенты сопоставимы по полу и возрасту.

Оценивались следующие параметры: концентрация триглицеридов, холестерина и его фракций, индекс атерогенности, показатели свободно-радикального окисления липидов. Нарушение сосудодвигательной функции эндотелия (эндотелиальной дисфункции, ЭД) по методике Celemajer и соавт.

Результаты: Концентрация ТГ в плазме крови больных ЖДА была достоверно ниже аналогичного показателя в группе сравнения. Подобные изменения имели место и со стороны других проатерогенных фракций липидов. Следует отметить, что концентрация α -ХС была выше ($p=0,046$), чем у здоровых, но по мере нарастания тяжести анемии содержание α -ХС существенно снижалось. Итогом имеющейся дислипидемии явилось уменьшение ИА, который составил $2,03 \pm 0,42$ усл. ед. и был достоверно ниже этого показателя в группе сравнения ($p=0,006$). Значимые изменения при анемиях наблюдаются в состоянии системы перекисное окисление липидов – антиокислительная

активность (ПОЛ-АОА). Достоверно ниже по сравнению с показателями здоровых в группе больных ЖДА была АОА плазмы и эритроцитов ($p=0,0008$ и $p=0,0005$ соответственно), что можно рассматривать как развитие прооксидантного стресса. Активация липидной пероксидации вместе с гиполипидемией является маркером тяжелых метаболических расстройств. Одновременно с исследованием показателей метаболизма при анемиях проводилось исследование вазодилатирующей функции эндотелия. Прирост диаметра плечевой артерии в ответ на реактивную гиперемия у больных ЖДА составил $8,36 \pm 2,18\%$, тогда как у здоровых он был достоверно выше ($p=0,006$). Математический анализ выявил позитивную связь между выраженностью ЭД и степенью тяжести анемии ($r=0,84$, $p=0,003$), а также между ЭД и концентрацией в крови ХС и β -ХС ($r=0,63$, $p=0,005$ и $r=0,79$, $p=0,004$ соответственно). Математический анализ выявил позитивную связь между выраженностью эндотелиальной дисфункции и степенью тяжести ЖДА ($r=0,84$, $p=0,003$) а также между ЭД и концентрацией в крови ХС и β -ХС ($r=0,63$, $p=0,005$ и $r=0,79$, $p=0,004$ соответственно).

Выводы: Формирование ЖДА сопровождается развитием метаболической дезинтеграции, проявляющейся антиатерогенными изменениями липидного спектра крови и снижением антиоксидантного потенциала крови.

Нарастание степени тяжести анемии сопровождается углублением метаболической дезорганизации, снижением концентрации α -ХС, что в условиях существенного нарушения ЭЗВД может сопровождаться появлением клинических признаков ИБС или ее прогрессированием.

0324 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ

Жикина Н.П., Козилова Н.А., Щепина Г.М., Сиротин А.Б.

Краевой лечебно-диагностический диспансер, Медицинская академия им. академика Е. А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель: оценить структурно-функциональные характеристики сердца у молодых спортсменов в зависимости от длительности занятий спортом.

Методы: обследовано 90 спортсменов в возрасте от 12 до 25 лет. Спортивный стаж составлял от 5 до 15 лет. Выделено 4 группы спортсменов. Первую группу составили 28 спортсменов, стаж занятий спортом которых до 5 лет; вторую группу — 30 спортсменов, стаж занятий спортом — от 5 до 10 лет; третью группу — 32 спортсмена, стаж занятий спортом — от 10 до 15 лет. Контрольную группу составили 60 человек, не занимающихся спортом. Группы сравнения и контроля были сопоставимы по полу. Всем спортсменам в межсоревновательный период проводилась эхокардиография. Оценивались показатели систолической, диастолической функций и маркеры гипертрофии левого желудочка и относительная толщина его стенок (ОТС).

Результаты: масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и ОТС достоверно отличались между группами. В первой группе ММЛЖ составила $110,5 \pm 11,8$, во второй группе — $132,1 \pm 10,3$, в третьей группе $166,6 \pm 16,3$, в контрольной группе — $97,2 \pm 18,4$ граммов ($p_{1-4,2-4,3-4} < 0,001$). В первой группе ИММЛЖ составил $98,3 \pm 12,5$, во второй группе — $175,3 \pm 18,2$, в третьей группе — $328,0 \pm 10,7$, в контрольной группе — $97,5 \pm 12,3$ г/м² ($p_{1-4} = 0,778$; $p_{2-4,3-4} < 0,001$). ОТС в первой группе составила $0,36 \pm 0,7$; во второй группе — $0,44 \pm 1,7$; в третьей группе — $0,45 \pm 1,3$; в контрольной группе — $0,35 \pm 0,7$ см ($p_{1-4,2-4,3-4} < 0,001$). Выявлены различия между группами по фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ): в первой группе ФВ ЛЖ составила $55,3 \pm 1,1$; во второй группе — $59,2 \pm 1,3$; в третьей группе — $63,4 \pm 0,1$, в контрольной группе — $55,2 \pm 0,1\%$ ($p_{1-4} = 0,484$, $p_{2-4,3-4} < 0,001$). Показатели трансмитрального кровотока не имели различий между группами: в первой группе средний показатель Е/А составил $2,99 \pm 0,03$; во второй группе — Е/А — $3,44 \pm 0,02$; в третьей группе — Е/А — $3,24 \pm 0,04$; в контрольной группе Е/А — $3,19 \pm 0,01$.

Выводы: у молодых спортсменов увеличение длительности занятий спортом ассоциировалось с развитием ремоделирования

левого желудочка, характеризующееся развитием концентрической гипертрофии левого желудочка при стаже занятий спортом более 5 лет, и с формированием гиперкинетического типа кровообращения без изменений диастолической функции сердца.

0325 ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ Е/А ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН

Жмайлова С.В., Рубанова М.П., Вебер В.Р., Бондаренко В.С.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить зависимость показателя Е/А диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) и диастолической функции правого желудочка (ДФПЖ) от гемодинамических и вегетативных показателей в покое и при холодном стрессе у больных артериальной гипертензией (АГ) женщин.

Материал и методы исследования. Обследована 41 женщина (средний возраст $50,1 \pm 1,2$ лет) больная АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), не получавшая регулярной антигипертензивной терапии. Всем обследуемым высчитывался уровень среднего артериального давления (АДср), проводилась тетраполярная грудная реография с расчетом показателя индекса периферического сопротивления сосудов (ИПСС), вариационная интервалометрия с определением показателя индекса напряжения (ИН), исследовалась ДФЛЖ и ДФПЖ, за основу взят показатель Е/А. Статистическая обработка полученных данных проводилась методом корреляционно-регрессионного анализа с визуализацией при помощи тернарных графиков с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что на формирование показателя Е/А правого желудочка (ПЖ) оказывали влияние ИН и ИПСС, тогда как зависимость от АДср практически не наблюдалась. В левом желудочке (ЛЖ), в отличие от правого, на формирование показателя Е/А оказывало влияние АДср. Интересно отметить, что симпатическое влияние вегетативной нервной системы на формирование показателя Е/А транстрикуспидального кровотока в 3 раза более выражено по сравнению с влиянием на формирование показателя Е/А трансмитрального кровотока. Это, можно объяснить тем, что относительная плотность адренергических нервных сплетений в ПЖ в 5 раз больше, чем в ЛЖ.

То есть, даже в состоянии покоя наблюдается различный вклад вегетативных и гемодинамических показателей в формирование диастолической функции правого и левого желудочков у больных АГ. Это наблюдение представляется нам важным, поскольку корректировать при патологических состояниях работу сердца как системы в целом возможно лишь при условии знания особенностей влияния как вегетативных, так и гемодинамических показателей на диастолическую функцию левого и правого желудочков.

0326 МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ

Жмеренецкая Е.В.

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», Хабаровск, Россия

Как известно поражение органов-мишеней (ПОМ) при артериальной гипертензии (АГ) ассоциируется с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений. Ареной, происходящих при этом событий, становится микроциркуляторное русло (МЦР). Одним из ранних маркеров ПОМ при АГ считается микроальбуминурия (МАУ). Однако соотношение микроциркуляции (МЦ) с МАУ при АГ не изучено.

Цель: сопоставить характер поражения МЦР при АГ с ПОМ (на примере МАУ) и оценить состояние МЦ у пациентов с АГ и МАУ в сравнении с пациентами с АГ без МАУ.

Материалы и методы: обследовано 49 пациентов (мужчин — 21, женщин — 28) с АГ 2-3 степени без МАУ (средний возраст $47,8 \pm 1,2$ года) и 44 пациентов (мужчин — 17, женщин — 27) с АГ 2-3 степени и МАУ (средний возраст $55,4 \pm 1,7$ года) согласно рекомендациям комитета экспертов ВНОК (2006). Критерии исключения: индекс массы тела $\geq 30 \text{ кг/м}^2$, курение табака, общий холестерин $\geq 5,2$ ммоль/л, триглицериды $\geq 1,7$ ммоль/л, гликемия натощак $\geq 6,1$ ммоль/л. Концентрацию альбумина в моче исследовали иммунохимическим методом. МАУ считали диапазон от 20 до 300 мг/л. Липиды крови исследовали на автоанализаторе «Cobas-mira plus» (США). Глюкозу крови определяли ортотолуидиновым методом. МЦ исследовали путем видеобиомикроскопии сосудов конъюнктивы с использованием щелевой лампы ШЛ-2Б и видеокамеры PANASONIC NV-GS500 (Япония) на базе межфакультетской лаборатории микроциркуляции. Компьютерный анализ видеоизображений и морфометрию МЦР проводили в программе Ulead Video Studio 9.0 с применением системы анализа видеоизображений ВидеоТест-Динамика 4.0 (ООО «ВидеоТест», Санкт-Петербург). Полученные данные обрабатывали методами вариационной и корреляционной статистики в MS Windows XP Professional.

Результаты: У пациентов с АГ и МАУ достоверно чаще, чем среди пациентов с АГ без МАУ, встречались нарушения ангиоархитектоники МЦР ($\chi^2=4,14$; $p<0,05$), изменения структуры микрососудов и повышение сосудистой проницаемости ($\chi^2=4,29$; $p<0,05$). Характерным для больных АГ с МАУ было снижение обменной поверхности капиллярной сети и редукция нутритивного кровотока. В пробе с нитратами (Нитроминт, «ЭГИС», Венгрия) у 10 из 22 (45,5%) пациентов с АГ и МАУ функциональный резерв МЦР был снижен. При АГ с МАУ преобладали ишемическая ($\chi^2=4,8$; $p<0,05$) и стагическая ($\chi^2=7,36$; $p<0,01$) формы нарушений МЦ со среднетяжелой ($\chi^2=10,8$; $p<0,01$) или тяжелой степенью ($\chi^2=7,36$; $p<0,01$) ее недостаточности.

Выводы: 1. При АГ с МАУ имеется системное поражение МЦР с развитием среднетяжелой (в 50% случаев) или тяжелой (в 29%) степени МЦ недостаточности со снижением микроваскулярного резерва. 2. Выявление указанных признаков поражения МЦР по данным компьютерной видеобиомикроскопии сосудов конъюнктивы позволяет получить более полноценное в сравнении с МАУ представление о характере органических поражений при АГ и может стать важным критерием риска сердечно-сосудистых осложнений.

0327 ЦИФРОВАЯ ВИДЕОБИОМИКРОСКОПИЯ СОСУДОВ КОНЪЮНКТИВЫ КАК МЕТОД МОНИТОРИНГА ФАРМАКОТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Жмеренецкий К.В., Сиротин Б.З.

ГОВ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава», Хабаровск, Россия

Целью исследования явилось усовершенствование технологии биомикроскопического метода изучения микроциркуляции (МЦ) на основе количественного анализа показателей и исследование МЦ в процессе медикаментозного лечения сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ).

Материалы и методы исследования: обследовано 495 больных с ССЗ: артериальной гипертензией (АГ) и ассоциированной патологией — сахарным диабетом (СД) 2 типа, ишемическим инсультом, стенокардией напряжения, с атеросклерозом сосудов нижних конечностей и хронической венозной недостаточностью. Видеобиомикроскопию сосудов конъюнктивы проводили с помощью щелевой лампы ШЛ-2Б и цифровой видеокамеры Panasonic NV-GS500 (Япония). Компьютерный количественный полуавтоматический анализ видеоизображений и морфометрию МЦ русла проводили в программе Ulead Video Studio и системе анализа видеоизображений ВидеоТест-Динамика 4.0 (ООО «ВидеоТест», Санкт-Петербург) по унифицированному протоколу визуализации микрососудов. Стандартизированы критерии

выявляемых признаков и разработана классификация расстройств МЦ. Полученные видеоматериалы обработаны методами вариационной и корреляционной статистики в операционной системе MS Windows XP Professional.

Результаты исследования: эналаприл и нифедипин-ретард, обладая сопоставимой антигипертензивной активностью, при 12-недельном приеме оказывают различные по выраженности вазодилатирующие эффекты и приводят к увеличению удельной плотности капилляров в МЦР. Возрастание количества функционирующих капилляров под влиянием рилменидина происходит за счет регресса внутрисосудистой агрегации эритроцитов. У больных АГ в сочетании с СД 2 типа добавление амлодипина к лизиноприлу и индапамиду параллельно с гипотензивным эффектом сопровождается позитивными сдвигами в МЦР. У больных с ишемическим инсультом установлена зависимость гемореологических эффектов винпоцетина от исходного состояния МЦ и выраженности внутрисосудистой агрегации эритроцитов. У больных ИБС, страдающих СД 2 типа, нитраты оказывают недостаточный венодилатирующий эффект и снижение капиллярного кровотока, сопровождающие невысокую антиишемическую активность (редкая регрессия эпизодов ишемии по данным холтеровского мониторирования ЭКГ). У больных с артериальной (атеросклероз) и венозной недостаточностью кровообращения в нижних конечностях далаггин и детралекс наряду с вазоактивным действием на регионарное МЦР оказывают системное влияние на МЦ, сопровождающееся заживлением трофических дефектов.

Выводы: 1. Установки для видеобиомикроскопии сосудов конъюнктивы и метод количественной оценки МЦ путем компьютерного полуавтоматического анализа видеоизображений позволяют мониторировать показатели МЦ при фармакотерапии ССЗ. 2. Фармакопрепараты разных классов при лечении больных ССЗ оказывают корректирующее влияние на МЦ, направленность которого зависит от характера исходных изменений в МЦ русле.

0328 НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Жукушева Ш.Т., Каражанова Л.К., Бегалина А.М., Тюкова И.В.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: Дать комплексную характеристику состояния плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза у больных нестабильной стенокардией в зависимости от наличия метаболического синдрома.

Материалы исследования: Обследовано 54 больных нестабильной стенокардией, средний возраст $48,9 \pm 1,8$ лет. Основную группу с метаболическим синдромом составили 32 больных. Контрольную группу без метаболического синдрома составили 23 больных. Определялись показатели системы гемостаза крови: антитромбин III; активированное парциальное тромбопластиновое время; растворимые—фибрин—мономерные комплексы, ранние продукты деградации фибрина, времени фибринолиза и протромбиновый индекс.

Результаты: снижение активированного парциального тромбопластинового времени составило 21,1% у больных без метаболического синдрома и на 29,1% с метаболическим синдромом ($p<0,05$). Протромбиновый индекс повышался на 7,7% и 17,5% соответственно ($p<0,05$). Степень превышения содержания растворимых—фибрин—мономерных комплексов в первой группе больных составил 76,3% ($p<0,01$), во второй — 200,0% ($p<0,01$). Различия между группами составили при этом 70,1% ($p<0,01$). Аналогичные показатели в отношении ранних продуктов деградации фибрина составили 122,9% ($p<0,01$) и 239,1% ($p<0,01$). Активность антитромбина III в группе без метаболического синдрома (относительное снижение на 27,0%, $p<0,05$) находилось в рамках нормальных значений (значительно выше пороговых 60%). А в группе с метаболическим синдромом было более низким (снижение — 41,9%, $p<0,01$). Время фибринолиза в сравниваемых группах больных превышало на 41,6% ($p<0,05$) и 57,3% ($p<0,01$) соответственно.

Выводы: у больных нестабильной стенокардией с метаболическим синдромом выявлено достоверное превышение показате-

лей плазменно-коагуляционного звена системы гемостаза, чем у больных без метаболического синдрома, что говорит о большем вкладе метаболического синдрома в формирование патологии системы гемостаза.

0329 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММНОЙ СИСТЕМЫ «РАСПОЗНАВАНИЕ»

Журавлев Ю.И., Назаренко Г.И., Рязанов В.В., Клейменова Е.Б., Гущина Н.Н.

Медицинский центр Банка России, Москва, Россия; Вычислительный центр им. А.А. Дородницына РАН, Москва, Россия

Цель. Изучить возможность прогнозирования риска ишемической болезни сердца (ИБС) с помощью методов теории распознавания по прецедентам.

Методы. Обследован 131 пациент с диагнозом ИБС, верифицированным при коронарографии, и 159 человек — контрольная группа. В исходную информацию о каждом пациенте включались следующие параметры — традиционные факторы риска ИБС, лабораторные маркеры (липидный профиль, ЛП а, гомоцистеин, hsCRP, фибриноген, Д-димер, HbA1), структурные маркеры (% стеноза брахиоцефальных артерий, степень гипертрофии левого желудочка при ЭхоКГ, Са⁺ индекс при компьютерной томографии), генетические маркеры. Было изучено 29 полиморфизмов в 27 генах, которые согласно международным базам данных ассоциируются с ИБС: ApoE(ε2, ε3, ε4), ApoCIII(S1/S2), PON1(Gln192Arg), eNOS(4/5), NOS1(n10/n14), AGT(M235T), ACE (I/D), AGTR1(1166A>C), AGTR2(3123 C>A), BKR2(-58 T>C), REN(19-83G>A), FV(R506Q), PAI-1(4G/5G), PLAT(I/D), GPIIa(196T>C), FII(20210G>A), FGB(455G>A), MTHFR(677C>T), MTRR(66A>G), ADRB1(R389G), ADRB2(48A>G и 81C>G), PPAR-α(2528G>C), PPAR-γ(34C>G, P12A), PPAR-Δ (+294T>C), UCP2 (G866A), DQB1(201/302), TNF α(-238G>A, -308G>A) проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Для каждого пациента рассчитывался индивидуальный генетический индекс (ГИ), представляющий собой суммарное количество имеющихся полиморфных маркеров + семейный анамнез. Полученные данные подвергались анализу при помощи программной системы «РАСПОЗНАВАНИЕ», которая для решения задач прогноза использует различные основные подходы и алгоритмы теории распознавания по прецедентам.

Результаты. Точность распознавания варьирует от 70-75% при малом числе признаков до 90% на информативных признаковых подсистемах. Наибольшую точность показал метод «линейная машина». Использование коллективов из различных методов прогнозирования позволяет повысить надежность и точность прогноза. Алгоритм голосования показывает максимальную точность прогноза относительно отдельных алгоритмов. При анализе генетических маркеров с помощью системы «РАСПОЗНАВАНИЕ» удалось выбрать генотип, оптимальный для прогнозирования. С целью оптимизации прогностических маркеров мы проанализировали несколько версий изучаемых показателей (оценили влияние пола, возраста и сахарного диабета на качество прогноза) и отметили улучшение качества прогноза у пациентов молодого возраста (мужчины <55 лет, женщины <65 лет). В результате ряда экспериментов была сформирована информативная подсистема из 16 признаков, не уступающая по своей прогностической значимости исходным данным. При прогнозировании ИБС в большинство информативных систем признаков входят генетические маркеры, наиболее значимый из которых ГИ, представляющий собой суммарное количество имеющихся полиморфных маркеров + семейный анамнез.

Выводы. Использование коллективов из различных методов прогнозирования позволяет повысить надежность и точность прогноза. Прогнозирование с использованием методов распознавания по прецедентам может быть использовано для стратификации риска и поддержки принятия оптимальных решений о профилактике.

0330 СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.

Журавлев Ю.И., Назаренко Г.И., Рязанов В.В., Клейменова Е.Б., Гущина Н.Н.

Медицинский центр Банка России, Москва, Россия; Вычислительный центр им. А.А. Дородницына РАН, Москва, Россия

Цель. Сравнить прогностическую значимость результатов анализа данных с помощью программной системы «РАСПОЗНАВАНИЕ» и традиционных алгоритмов для оценки риска развития ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы. Обследован 131 пациент с диагнозом ИБС, верифицированным при коронарографии, и 159 человек — контрольная группа. В исходную информацию о каждом пациенте включались следующие параметры — традиционные факторы риска ИБС, лабораторные маркеры (липидный профиль, ЛП а, гомоцистеин, hsCRP, фибриноген, Д-димер, HbA1), структурные маркеры (% стеноза брахиоцефальных артерий, степень гипертрофии левого желудочка при ЭхоКГ, Са⁺ индекс при компьютерной томографии), генетические маркеры. Традиционные факторы риска оценивали по общепринятой методике и рассчитывали риск по шкале Framingham, PROCAM, SCORE. Анализ 29 полиморфизмов в 27 генах (ApoE(ε2, ε3, ε4), ApoCIII(S1/S2), PON1(Gln192Arg), eNOS(4/5), NOS1(n10/n14), AGT(M235T), ACE (I/D), AGTR1(1166A>C), AGTR2(3123 C>A), BKR2(-58 T>C), REN(19-83G>A), FV(R506Q), PAI-1(4G/5G), PLAT(I/D), GPIIa(196T>C), FII(20210G>A), FGB(455G>A), MTHFR(677C>T), MTRR(66A>G), ADRB1(R389G), ADRB2(48A>G и 81C>G), PPAR-α(2528G>C), PPAR-γ(34C>G, P12A), PPAR-Δ (+294T>C), UCP2 (G866A), DQB1(201/302), TNF α(-238G>A, -308G>A) проводили методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Полученные данные подвергались анализу при помощи системы «РАСПОЗНАВАНИЕ», которая для решения задач прогноза использует различные основные подходы и алгоритмы теории распознавания по прецедентам. Способность результатов обследования прогнозировать ИБС оценивалось с помощью характеристической кривой (A_{ROC}). Для сравнения различных алгоритмов рассчитывалась площадь под кривой (AUC ROC). Для количественного сравнения AUC ROC рассчитывался индекс «z». Статистический анализ проводили при помощи компьютерной программы SAS JMP7 by SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.

Результаты AUC ROC для риска Framingham составила 0,73±0,04 и была сопоставима с AUC ROC для PROCAM (0,75±0,04), индекс Z=0,44 (<1,96), что свидетельствует об отсутствии значимых различий между двумя алгоритмами. Разработчики алгоритма PROCAM предлагают калибровать результат расчета риска, учитывая данные ВОЗ. Фактор конверсии по шкале риска PROCAM для Москвы (Россия) составляет 1,82 для мужчин и 1,34 для женщин. Мы изучили влияние фактора конверсии на диагностическую значимость риска PROCAM у наших пациентов, что также не привело к заметному улучшению качества диагностики. Затем мы сравнили прогностическую значимость стандартных алгоритмов с точностью прогноза, полученного с применением программной системы «Распознавание». AUC ROC для алгоритма Фрамингем составила 77% по первому классу (контрольная группа) и 62% по второму классу (пациенты с ИБС), для алгоритма PROCAM эти показатели — 76% и 56%, для шкалы SCORE — 72% и 63% соответственно. AUC ROC, полученная при анализе результатов прогнозирования в программе «Распознавание» составила 92% по первому классу и 78% по второму, что значительно улучшило качество прогноза по сравнению со стандартными алгоритмами (индекс Z составил 3,26≥1,96, p<0,05).

Выводы. Использование программной системы «Распознавание» позволяет:

- повысить точность прогноза коронарных событий
- объединить результаты обследования в единую прогностическую модель риска
- оптимизировать количество изучаемых признаков и, соответственно, количество проводимых исследований для оценки коронарного риска.

0331 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ

Жусупова Г.К.

АО «Медицинский университет Астана», Астана, Казахстан

Цель исследования — оценить состояние систолической и диастолической функции миокарда у пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергшихся реваскуляризации посредством стентирования коронарных сосудов или аорто-коронарного шунтирования (АКШ) и сравнить показатели с результатами, полученными у пациентов получавших консервативную терапию.

Методы исследования — изучены показатели систолической и диастолической функции у 118 пациентов с различными клиническими формами ишемической болезни сердца. Средний возраст обследованных составил — $57,7 \pm 9,9$ лет, у мужчин — $56 \pm 10,2$ лет ($n=87$), у женщин — $59 \pm 8,8$ лет ($n=31$). Из 118 пациентов — 45 подверглись плановой реваскуляризации: 10-ым — проведено стентирование ветвей коронарных артерий, 35 подверглись кардиохирургической реваскуляризации — АКШ, 73 пациента получали консервативное лечение (бета-блокаторы, ИАПФ, статины, антиагреганты). Пациенты подверженные реваскуляризации после вмешательства также получали медикаментозное лечение. Функция миокарда оценивалась до проведения реваскуляризации, через один и через три месяца после реваскуляризации посредством эхокардиоскопии. Систолическая функция левого желудочка оценивалась по показателю фракции выброса (ФВ), диастолическая функция оценивалась по показателям пиковых скоростей трансмитрального потока (максимальная скорость раннего пика Е, максимальная скорость предсердной систолы А). Статистический анализ проводился с использованием программы Statistica, с оценкой средних статистических показателей, представленных в виде $M \pm \sigma$ (где σ — среднее квадратическое отклонение). Статистическая значимость различий оценивалась непараметрическими методами.

Полученные результаты. При оценке средних показателей ФВ в исследуемых группах выявлено, что в течение трех месяцев имеется тенденция к динамическому улучшению показателя фракции выброса во всех трех группах исследуемых. Так средний показатель в группе пациентов со стентированием до лечения этот показатель составил $57,3 \pm 6,6\%$, через месяц $61,5 \pm 9,3\%$, через 3 месяца $64,5 \pm 5,2\%$, в группе пациентов подвергшихся аорто-коронарному шунтированию эти показатели составили $54,3 \pm 7,2\%$, $54,5 \pm 9,6\%$ и $63,2 \pm 18,0\%$ соответственно, у пациентов получавших только консервативное лечение показатель ФВ составил $57,6 \pm 10,5\%$ до лечения, $59,3 \pm 8,2\%$ через месяц и $63,5 \pm 19,1\%$ через 3 месяца лечения. При этом в группе пациентов после аорто-коронарного шунтирования разница между показателем ФВ до проведения АКШ и через 3 месяца оказалась статистически значимой ($p < 0,05$). При анализе диастолических показателей статистически значимых различий не выявлено.

Выводы. Анализ, проведенный в данном исследовании, свидетельствует о том, что после процедуры реваскуляризации миокарда улучшается систолическая функция после АКШ через 3 месяца. Улучшение показателей систолической функции в других группах, а также улучшение диастолической функции, возможно происходит в более поздние сроки, в связи с чем необходимо проведение отсроченных исследований.

0332 ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ

Жухоров Л.С., Вороня Ю.Л.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Проблема внезапной сердечной смерти, прежде всего от ишемической болезни сердца (ИБС), определяет актуальность изучения вопросов, связанных с электрической нестабильностью миокарда. В отличие от различных морфологических, клинических, электрофизиологических и метаболических предикторов внезапной аритмической смерти, роль иммунологических факторов в

аритмогенезе изучена недостаточно. Вместе с тем признание иммунной системы наряду с нейро-эндокринной в качестве регулирующей многие гомеостатические функции в организме предполагает её участие в регуляции сердечной деятельности.

Цель исследования состояла в изучении неспецифической и специфической резистентности организма у больных ИБС с экстрасистолией различного прогностического значения. Обследовано 74 больных мужчин стабильной стенокардией напряжения 1-1У функционального класса без застойной сердечной недостаточности. Из них были сформированы 2 группы пациентов с доброкачественной экстрасистолией (желудочковая экстрасистолия I градации по Лауну, наджелудочковая экстрасистолия; 45 больных; средний возраст $50,8 \pm 1,09$ года) и со злокачественной экстрасистолией (11-1У градации по Лауну; 29 больных, средний возраст $53,4 \pm 1,29$ года). Комплексная оценка показателей иммунного статуса проводилась по общему содержанию лейкоцитов в крови и их процентному составу с расчетом лейкоцитарного индекса (ЛИ), лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), индекса сдвига лейкоцитов (ИСЛ), индекса соотношения лимфоцитов и СОЭ (ИЛСОЭ), лимфоцитарно-гранулоцитарного индекса (ИЛГ), общего индекса (ОИ), индексов соотношения нейтрофилов и лимфоцитов (ИСНЛ), нейтрофилов и моноцитов (ИСНМ), лимфоцитов и моноцитов (ИСЛМ), лимфоцитов и эозинофилов (ИСЛЭ) сдвига нейтрофилов (ИСНтр), по эффективности фагоцитарной активности крови, а также с помощью иммунологических тестов I уровня. Полученные результаты обрабатывали статистически, путём вычисления критерия Стьюдента.

Установлено, что у больных ИБС с доброкачественной экстрасистолией в отличие от пациентов со злокачественными экстрасистолами лейкоцитограмма крови характеризуется более высоким процентным содержанием базофилов и сегментно-ядерных нейтрофилов и меньшим количеством лимфоцитов. Кроме того у них оказались более высокими показатели ЛИИ, ИСЛ, ИСНЛ и низкими — ЛИ, ИЛСОЭ, ИЛГ, ОИ, ИСЛЭ. Различия в показателях фагоцитоза свидетельствуют об его активизации у лиц со злокачественными экстрасистолами. Особенности показателей Т- и В- систем иммунитета у больных хронической ИБС с различными видами экстрасистол касались соотношения Т-теофиллинрезистентных лимфоцитов к Т-теофиллинчувствительным лимфоцитам (ТР/ТЧ) и уровня IgM, которые были достоверно выше у обследованных с неблагоприятной в прогностическом отношении экстрасистолией. Обнаруженные особенности показателей иммунной системы у больных ИБС с различными в прогностическом отношении экстрасистолами могут свидетельствовать о возможном участии иммунных механизмов в развитии нарушений сердечного ритма.

0333 ПРЯМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ЧЕРЕЗ КАНАЛ HCN1_i

Загидуллин Н.Ш.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет РосЗДРАВА», Уфа, Россия

В последние годы было показано, что ионный канал I_h является проницаемым не только для ионов натрия и калия, но и кальция, однако, прямых подтверждений этому показано не было.

Цель. Получение доказательств проведения ионов кальция через I_h канал в экспериментальной модели и нативных кардиомиоцитах.

Материалы и методы. Вектор-плазмида pAdCGI-HCN2 была использована для трансфекции овариальных клеток китайских хомячков (ОККХ) линии K1. Ушки правых предсердий ($n=4$, 120 записей) были получены после проведения операции аортокоронарного шунтирования, а кардиомиоциты неонатальных крыс — после стандартной изоляции ($n=4$, 120 записей). Микроэлектродное исследование “patch clamp” в модификации «один канал» и запись I_f тока было выполнено в стандартных условиях. Одиночные каналы в патчах были деполаризованы на период 3 сек с потенциала покоя — 35 мВ. В экспериментах с применением ивабрадина клетки гиперполяризовались ($-90/-110$ или -130 мВ как указано с продолжительностью 150 мсек).

Результаты. Был показан одноканальный кальциевый ток с невысокой амплитудой — $0,87 \pm 0,06$ пА, низкой вероятностью откры-

тия $3,02 \pm 0,48\%$ (при -110 мВ, $n=6$, Ca^{2+} 2 ммоль) и проводимостью $8,9 \pm 1,2$ пС. HCN2- Ca^{2+} ток значительно активировался при добавлении цАМФ с увеличением вероятности открытия и подавлялся специфическим If-блокатором ивабрадином, подтверждая, что ток Ca^{2+} в самом деле проводился через HCN2 канал. Более того, был записан кальциевый ток, активирующийся при гиперполяризации в одноканальных экспериментах в неонатальных крысиных и человеческих предсердных кардиомиоцитах (Ca^{2+} проводимость человеческих кардиомиоцитов $9,19 \pm 0,34$ пС; амплитуда — $0,81 \pm 0,01$ пА; вероятность открытия $1,05 \pm 0,61\%$ при -90 мВ).

Выводы. Таким образом, впервые в прямых экспериментах было показано проведение ионов кальция через канал HCN/If, что важно для понимания предсердного аритмогенеза.

0334 АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ (ФУРОСЕМИД ПРОТИВ ТОРАСЕМИДА/ДИУВЕРА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Загравская И.А., Якушин С.С.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Росздрава», Рязань, Россия

Цель: сравнить эффективность, клиническую и биологическую эффективность, частоту нежелательных явлений (НЯ) при использовании различных петлевых диуретиков (диувер/фуросемид) при лечении декомпенсированной хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. Включено 80 больных с декомпенсированной ХСН II-IV ФК по NYHA (58 в группе диувера (Д), 22 в группе фуросемида (Ф)). Средняя доза Д 10 мг/сут, Ф 40 мг/сут. Результаты оценивались через 14 дней и 1 год наблюдения.

Результаты. Группы сопоставимы по возрастному (средний возраст в группе Д $65,2 \pm 3,6$ лет, в группе Ф $69,5 \pm 5,1$, $p > 0,05$), половому (доля мужчин в группе Д 46% , в группе Ф 48% , $p > 0,05$), основному заболеванию, приведшим к ХСН. Уровень Na в плазме в группе Д $145,00 \pm 9,91$ ммоль/л, в группе Ф $151,10 \pm 14,50$ ммоль/л ($p > 0,05$), K $4,31 \pm 0,47$ ммоль/л и $4,08 \pm 0,96$ ммоль/л, соответственно ($p > 0,05$), Mg $0,89 \pm 0,07$ ммоль/л и $0,93 \pm 0,10$ ммоль/л ($p > 0,05$). При включении в исследование средний ФК ХСН $3,20$ и $3,40$ ($p > 0,05$). Средняя дистанция, проходимая во время теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) в группе Д $248,43 \pm 12,14$ м, в группе Ф $244,24 \pm 14,02$ м ($p > 0,05$). Желудочковые нарушения ритма (ЖНР) по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ ЭКГ): одиночная желудочковая экстрасистолия (ОЖЭ) в группе Д $411,52 \pm 392,84$, в группе Ф $286,57 \pm 198,76$ ($p > 0,05$), парная монотормфная ЖЭ $2,94 \pm 6,28$ и $0,57 \pm 0,98$ ($p > 0,05$). После лечения через 14 дней лечения Д имела некоторая тенденция к сокращению времени наступления компенсации по сравнению с Ф ($8,8 \pm 2,32$ дня и $10,2 \pm 1,48$ дня соответственно), средний ФК ХСН $2,78$ и $2,96$ соответственно ($p > 0,05$), дистанция ТШХ $276,24 \pm 8,16$ м и $269,54 \pm 6,19$ м ($p > 0,05$). Уровень Na и Mg в плазме в обеих группах: Na $139,99 \pm 8,79$ ммоль/л в группе Д и $136,61 \pm 13,28$ ммоль/л в Ф ($p > 0,05$), Mg $0,91 \pm 0,12$ ммоль/л и $0,84 \pm 0,08$ ммоль/л соответственно ($p > 0,05$). Уровень K в группе Д $4,11 \pm 0,57$ ммоль/л, в Ф $3,45 \pm 0,69$ ммоль/л ($p > 0,05$), т.е. на фоне приема фуросемида отмечается большее снижение концентрации K (на $15,44\%$) по сравнению с Д (на $4,64\%$). ОЖЭ в группе Д $144,24 \pm 562,69$, в Ф — $66,43 \pm 162,4$ ($p > 0,05$), парная монотормфная ЖЭ $0,06 \pm 0,28$ и $1,29 \pm 4,811$ ($p > 0,05$), парная полиморфная ЖЭ $0,35 \pm 1,57$ и $2,64 \pm 9,33$ ($p > 0,05$). То., при 14-дневном применении диуретиков отмечается снижение частоты ОЖЭ и парной монотормфной ЖЭ в 3-4 раза. В обеих группах появилась парная полиморфная ЖЭ (4Б градации по Ryan), регистрировалась в 7,5 раз чаще на фоне приема фуросемида. НЯ в группе Ф: гипотония (2), судороги икроножных мышц (7), потребовавшие введения препаратов K, в группе Д: гипотония (3), не потребовавшая коррекции. На заключительном визите через 1 год средний ФК ХСН $3,1$ и $2,98$ соответственно ($p > 0,05$), дистанция ТШХ $281,24 \pm 8,16$ м и $273,64 \pm 11,09$ м ($p > 0,05$). Уровень Na и Mg в плазме в обеих группах: Na

$141,2 \pm 8,18$ ммоль/л в группе Д и $140,4 \pm 4,8$ ммоль/л в Ф ($p > 0,05$), Mg $0,92 \pm 0,14$ ммоль/л и $0,96 \pm 0,38$ ммоль/л соответственно ($p > 0,05$). Уровень K в группе Д $4,14 \pm 0,26$ ммоль/л, в Ф $3,96 \pm 0,41$ ммоль/л ($p > 0,05$), т.е. на фоне приема фуросемида отмечается большее снижение концентрации K по сравнению с Д. ОЖЭ в группе Д $303,58 \pm 411,62$, в Ф — $585,5 \pm 237,4$ ($p > 0,05$), парная монотормфная ЖЭ $0,33 \pm 2,27$ и $0,6 \pm 0,874$ ($p > 0,05$), парная полиморфная ЖЭ $0,42 \pm 0,79$ и $0,64 \pm 0,55$ ($p > 0,05$).

Выводы: 1. Использование торасемида (диувера) в качестве дегидратационной терапии при декомпенсированной ХСН позволяет добиться компенсации ХСН в такие же сроки, что и при использовании фуросемида. 2. Применение фуросемида приводит к более значимому выведению калия и достоверно более частому появлению желудочковых нарушений ритма высоких граций через 1 год терапии.

0335 РАЗРАБОТКА НОВОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕОВАЗОГРАФИИ

Заирова А.Р., Рогоза А.Н., Хеймец Г.И.

ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова, Москва, Россия

Цель: разработка метода оценки вазомоторной функции эндотелия (ВФЭ) с использованием регистрации реографических показателей пульсового кровенаполнения и сосудистого тонуса в пробе с реактивной гиперемией (РГ). Работа проводилась в два этапа. На первом этапе разработан оптимальный протокол исследования, определены критерии нарушения ВФЭ и воспроизводимость метода. На втором этапе проведена клиническая апробация метода в группе больных АГ I степени мужчин молодого возраста с определением чувствительности и специфичности.

Материалы и методы: обследовано 140 человек, из них: 34 больных АГ I-III ст. (жен. -19, муж. -15) 41-72 лет; 76 больных АГ I ст. мужчин 20-40 лет; 30 здоровых мужчин 20-40 лет с нормальным уровнем АД — группа контроля. Всем обследованным проводилась оценка ВФЭ традиционным ультразвуковым методом по D.S. Celermajer с определением зависимой от потока вазодилатации плечевой артерии (ЗПВД%) с использованием УЗ аппарата Vivid 7 (GE, США), а также новым методом — реовазографией кисти при пробе с постокклюзионной РГ с использованием реографа-полианализатора РГПА-6/12 с программным обеспечением «РЕАН-ПОЛИ» (НПКФ «МедикомМТД», г. Таганрог).

Результаты: на первом этапе работы у 86 обследованных при изучении динамического изменения показателей реовазограммы (РВГ) в ходе пробы с РГ в группах лиц с нормальной (ЗПВД $\geq 6\%$) и с нарушенной ВФЭ (ЗПВД $< 6\%$) по данным традиционного ультразвукового исследования, определены оптимальные «расчётные индексы» РВГ, отражающие состояние ВФЭ: $\Delta A\% - 1 = (A \text{ ср.знач. } 2\text{-}3 \text{ мин} - A \text{ исх.}) / A \text{ исх.} \times 100\%$ и $\Delta A\% - 2 = (A \text{ ср.знач. } 1\text{-}5 \text{ мин} - A \text{ исх.}) / A \text{ исх.} \times 100\%$, где A исх. — исходное значение амплитуды основной волны РВГ, A ср.знач. 2-3 мин — среднее значение амплитуды основной волны РВГ на 2-й и 3-й минуте постокклюзионной гиперемии, A ср.знач. 1-5 мин — среднее значение амплитуды основной волны РВГ в течение 5 минут постокклюзионной РГ. Применённый метод расчёта операционных характеристик показал, что оптимальными критериями для выявления нарушения ВФЭ являются значения $\Delta A\% - 1 \leq 23,2\%$ и $\Delta A\% - 2 \leq 11,4\%$. На втором этапе исследования метод апробирован в группе из 54 больных АГ I степени мужчин 20-40 лет, у 46,3% из которых по данным традиционного УЗ метода было выявлено нарушение ВФЭ. Чувствительность и специфичность нового метода в выявлении ВФЭ при использовании критерия $\Delta A\% - 1 \leq 23,2\%$ составили 78% и 75% соответственно, при использовании критерия $\Delta A\% - 2 \leq 11,4\%$ — 55% и 90% соответственно.

Выводы: метод оценки ВФЭ с использованием реовазографии кисти в пробе с реактивной постокклюзионной гиперемией с приемлемой чувствительностью и специфичностью может быть использован для выявления нарушения ВФЭ у больных АГ.

0336 ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I СТЕПЕНИ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ЕЁ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Заирова А.Р., Ощепкова Е.В., Рогоза А.Н.

ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Институт кардиологии им. А.Л.Мясникова, Москва, Россия.

Цель: изучение вазомоторной функции эндотелия (ВФЭ) у больных АГ I степени мужчин молодого возраста и определение её взаимосвязей с факторами риска ССЗ.

Материалы и методы: обследовано 76 больных АГ I степени мужчин 20–40 лет, среднего возраста $30,4 \pm 0,7$ лет, САД/ДАД $149,6 \pm 0,9/93,9 \pm 0,9$ мм рт.ст. и 30 здоровых мужчин 20–40 лет, среднего возраста $28,3 \pm 0,9$ лет с нормальным уровнем АД (САД/ДАД $125,4 \pm 1,1/76,2 \pm 1,0$ мм рт.ст.) — группа контроля. Всем обследованным проводилась оценка ВФЭ ультразвуковым методом в пробе с постокклюзионной реактивной гиперемией (РГ) по D.S. Celebmajer с определением зависимой от потока вазодилатации плечевой артерии (ЗПВД%) с использованием УЗ аппарата экспертного класса Vivid 7, GE (Medical Systems, США) с сосудистым датчиком M 12L. Проведено общеклиническое обследование больных АГ I степени мужчин с определением факторов риска ССЗ: наличие наследственной отягощённости по ранним ССЗ, курение, избыточный вес и ожирение, абдоминальное ожирение, малоподвижный образ жизни, нарушение липидного и углеводного обмена, метаболический синдром, наличие тревожно-депрессивного синдрома (по госпитальной шкале HADS);

Результаты: В группе контроля у 29 из 30 (96,7%) практически здоровых молодых мужчин с нормальным уровнем АД в периоде РГ наблюдалось расширение диаметра плечевой артерии и при колебаниях от 0% до 19,3%, в среднем значение ЗПВД составило $10,0 \pm 0,8\%$, что достоверно выше аналогичных показателей в группе больных АГ, где значения ЗПВД варьировали от -2,3% до 18,4% и в среднем составили $6,3 \pm 0,7\%$ ($p=0,0017$). У 5 больных АГ (6,6%) в периоде РГ наблюдалась патологическая вазоконстрикция. Нарушение ВФЭ (ЗПВД < 6%) выявлено у 51,3% (39/76) больных АГ и у 4-х практически здоровых, но курящих мужчин из группы контроля (13,3%), $p=0,0004$. Достоверно ($p<0,05$) более высокие значения ЗПВД% определялись у некурящих больных АГ по сравнению с курящими ($8,4 \pm 0,5$ vs $4,2 \pm 0,5$); у больных АГ с нормальным содержанием ХС-ЛПНП по сравнению с больными с повышенным уровнем ХС-ЛПНП ($7,8 \pm 0,4$ vs $5,1 \pm 0,5$) и у больных АГ без отягощённой наследственности по ранним ССЗ по сравнению с больными с отягощённой наследственностью ($8,1 \pm 0,5$ vs $5,4 \pm 0,3$). Выявлена достоверная ($p<0,05$) положительная корреляция между нарушением ВФЭ и курением ($r=0,4$), наследственной отягощённостью по ранним ССЗ ($r=0,3$) и повышением уровня ХС-ЛПНП ($r=0,3$).

Выводы: у 51% больных АГ I степени мужчин 20–40 лет выявляется нарушение вазомоторной функции эндотелия, которое взаимосвязано с отягощённой наследственностью по ранним ССЗ, курением и повышением уровня ХС-ЛПНП.

0337 ВЛИЯНИЕ ТЕВЕТЕНА И ЭНАЛАПРИЛА НА АКТИВНОСТЬ NO-СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q

Зайлобидинов О.Г., Зияев Ю.Н., Давлятова Л., Камилова Н.

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи МЗРУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: Поиск эффективных средств коррекции нарушенной эндотелиальной функции у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) остается одной из важных направлений современной кардиологии. Острота дискуссии сохраняется между двумя группами лекарственных средств влияющих на сосудистый эндотелий — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (АРА II). Влияние этих групп лекарственных средств на NO-систему в организме больных с ОИМ до конца не изучено, что определяет актуальность проблемы.

Цель исследования: Оценка эффективности теветена (АРА II) и эналаприла (иАПФ) в их сравнительном аспекте на динамику показателей NO-системы в крови больных с острым инфарктом миокарда без зубца Q.

Материалы и методы исследования: В исследование включены 80 больных с диагнозом острый инфаркт миокарда без зубца Q. Средний возраст больных $52,8 \pm 5,3$ года, мужчин было 55 (68,7%), женщин 25 (31,3%). Больные, методом случайной выборки были рандомизированно разделены на две группы. Первую группу составляли 50 больных, которые получали дополнительно к стандартной терапии препарат теветен по 600мг/сут, вторую — составляли 30 больных, которые получали дополнительно к стандартной терапии препарат эналаприл по 10мг/сут в течение 10 дней интенсивного лечения. В сыворотке крови утром натощак до и после курса интенсивного лечения на 5, 7 и 10 сутки определяли спектрофотометрическим методом на СФ-46 (Россия) уровень оксида азота (NOx) по основному его стабильным метаболитам (NO2 и NO3), активность ферментов его регуляции — NO-синтазы (NOS) и НАДФН-зависимой нитрат редуктазы (НР), уровень пероксинитрита ONOO- по окислению гидроксиламина. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц без признаков ИБС.

Результаты и обсуждения: До проводимой интенсивной терапии уровень NOx в сыворотке крови больных с ОИМ был ниже контрольной группы на 62%, активность NOS на 19,8%, на фоне гиперэкспрессии НР, которая превышала данные контроля на 85,7%, и увеличения уровня ONOO- 100%. Полученные данные свидетельствуют, что снижение NOx обусловлено низкой активностью NOS и чрезмерно высокой активностью НР, как возможно, компенсаторная реакция в ответ на снижение NOS. Избыток NOx может служить дополнительным фактором вазоконстрикторного эффекта и развития гипоксии, которая и так развивается у больных с ОИМ. В ответ на гипоксию усиливается процесс свободнорадикальных реакций с образованием супероксиданиона (O2-). Последний вступает в реакцию с NOx и образует ONOO-. Таким образом, возможным фактором снижения уровня NOx мы рассматриваем за счет снижения NOS и избыточного образования ONOO-. Назначение теветена и эналаприла в комплекс интенсивной терапии в разной степени влияли на показатели NO-системы в сыворотке крови больных с ОИМ в конце курса лечения. Теветен более эффективнее на 25,6% увеличивал уровень NOx, чем эналаприл за счет снижения ONOO- и активности НР на 28,8 и 33,2%. Эналаприл повышал уровень NOx путем воздействия на NOS, но в меньшей степени, через механизмы инактивации активности НР и уровня ONOO-. В целом по сравнению с данными до лечения при назначении теветена уровень NOx повышалась на 53,5% ($p<0,001$), а эналаприла на 39,8% ($p<0,001$), активность NOS на 9,3% ($p<0,05$) и 44,5% ($p<0,001$), скорость реакции НР снижалась на 88,6% и 59,1% ($p<0,001$), а уровень ONOO- уменьшился на 83,1% и 59,2% ($p<0,001$) соответственно.

Вывод: По эффективности увеличения уровня NOx оба препарата оказались идентичными. Однако, теветен увеличивает уровень NO в большей степени через механизмы подавления активности НР и образования ONOO-, а эналаприл за счет увеличения активности фермента NOS.

0338 ВЛИЯНИЕ ТЕВЕТЕНА И ЭНАЛАПРИЛА НА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ОКИСЛЕНИЯ И АКТИВНОСТЬ NO-СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q

Зайлобидинов О.Г., Зияев Ю.Н., Давлятова Л., Камилова Н.

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи МЗРУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: В последние годы предметом широкой дискуссии в кардиологии при разработке тактики интенсивной терапии больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) является выбор лекарственных средств между группами ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) и блокаторов рецепторов ангиотензина II (АРА II). Особое место в решении этой проблемы

отводится их влияние на тонкие механизмы эндотелиальной функции, метаболические процессы составляющие основу кардиоваскулярных осложнений и гипоксии миокарда.

Цель исследования: Изучить в динамике интенсивной терапии влияния теветена и эналаприла, в их сравнительном аспекте на процессы свободнорадикальных окислений (СРО), активность ферментов антиоксидантной системы (АОС) во взаимосвязи с уровнем активности NO-системы в сыворотке крови больных с ОИМ.

Материалы и методы исследования: В исследования включены 80 больных с диагнозом острый инфаркт миокарда без зубца Q. Средний возраст больных $52,8 \pm 5,3$ года, мужчин было 55 (68,7%), женщин 25 (31,3%). Больные, методом случайной выборки были рандомизированно разделены на две группы. Первую группу составляли 50 больных, которые получали дополнительно к стандартной терапии препарат теветен по 600мг/сут, вторую — составляли 30 больных, которые получали дополнительно к стандартной терапии препарат эналаприл по 10мг/сут в течение 10 дней интенсивного лечения. В сыворотке крови утром натощак до и после курса интенсивной терапии на 5, 7 и 10 сутки определяли интенсивность ПОЛ спектрофотометрическим методом на СФ-46 (Россия) уровень малонового альдегида (МДА), продуктов хемилюминисценции (ХЛ) на приборе ХЛМИЩ-01 (Россия), а также активность ферментов АОС — супероксиддисмутазы (СОД) и каталазы (КТ). Активность NO-системы оценивали по уровню основных стабильных метаболитов NO (NO₂ и NO₃) с помощью реактива Грисса, активность ферментов NO-синтазы (NOS) и НАДФН-зависимой нитратредуктазы (НР), а также уровень пероксинитрита (ONOO-) по окислению гидроксилamina. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц без признаков ИБС.

Результаты и обсуждения: До проводимого лечения у больных с острым инфарктом миокарда без зубца Q в сыворотке крови отмечено значительное увеличение продуктов свободнорадикальных окислений: МДА — на 256,4%, ХЛ — на 280,1%, угнетения активности фермента СОД — на 43,3%, КТ — на 51,1%, гиперэкспрессия НР — на 85,7% и концентрация ONOO- — на 100%. Эналаприл в большей степени снижал уровень МДА — на 80,5%, продуктов ХЛ — на 103,5%, чем теветен, однако в большей степени на 57,1% повышал активность фермента NOS. Эналаприл уступает по скорости снижения активности фермента НР и уровня в сыворотке крови ONOO- по сравнению с таковыми данными до лечения при назначении препарата теветен. В конце курса интенсивной терапии на 7-10 сутки в сыворотке крови больных, которым назначали иАПФ эналаприл содержание МДА, ХЛ снизилось на 85,8% и 103,6%, активность СОД и КТ повысились на 18,6% и 20,1% соответственно, уровень NO — на 39,8%, активность NOS — на 44,5%, а скорость реакции НР и содержание ONOO- снизилось — на 55,1% и 59,2% соответственно. Аналогичные данные, но более выражены, чем в предыдущей группе изменились показатели при назначении препарата АРА II теветен. Исключением явилось влияние теветена на фермент NOS который повысился к концу курса лечения лишь на 9,3% ($p < 0,05$).

Вывод: По эффективности влияния на снижения интенсивности процессов СРО, активность ферментов АОС, угнетения скорости активности НР, образования ONOO- эналаприл существенно уступает препарату теветен, но превосходит по повышению активности фермента NOS, что можно полагать, определяет их различное влияние на динамику лечения больных с острым инфарктом миокарда без зубца Q.

0339 СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Мурзина Т.А.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: изучить спектральные показатели вариабельности ритма сердца у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы: в настоящей работе представлены результаты обследования 46 больных хроническим простатитом

(ХП), средний возраст которых составил $28 \pm 3,6$ лет. Контрольную группу составили 30 здоровых мужчин. В исследование не включались пациенты старше 35 лет, имевшие различные заболевания сердца и воспалительные заболевания любой другой локализации. Вегетативный статус определялся с помощью вегетативной анкеты (по Wein) и вегетативного индекса Кердо. Всем больным проводилось холтеровское мониторирование по коротким (15 минут) участкам ЭКГ в покое и после проведения ортостатической пробы при помощи мониторингового комплекса „Astrocard” с одноименным программным обеспечением. Изучались спектральные (Tr, LF, HF, VLF, LF/HF) показатели вариабельности ритма сердца (BPC).

Результаты исследования: по результатам анкетирования все больные хроническим простатитом были подразделены на 3 группы: больные ХП с активацией симпатического отдела ВНС — 28 (60%), больные ХП — ваготоники — 4 (10%), больные ХП — эйтоники — 14 (30%)

При изучении основных параметров BPC было установлено, что у больных ХП — ваготоников и эйтоников показатели BPC существенно не отличались от аналогичных параметров лиц контрольной группы. У пациентов ХП — симпатотоников в покое наблюдалось более значительное снижение основных спектральных (HF) параметров BPC по сравнению с лицами контрольной группы и одновременное увеличение параметра LF и коэффициента LF/HF, отражающего баланс симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы ($p < 0,05$). После проведения ортостатической пробы среди спектральных показателей отмечается более значительное снижение общей мощности спектра (Tr), параметра VLF; при этом практически не происходило снижение показателя LF, отражающий тонус симпатической нервной системы, а параметр HF, напротив, имел тенденцию к более значительному снижению. Соответственно этому происходило значительное возрастание коэффициента LF/HF у больных хроническим простатитом.

Выводы: у больных хроническим простатитом в 70% случаев встречается синдром вегетативной дисфункции, преимущественно по гиперсимпатотоническому типу. При изучении основных параметров BPC в покое и при проведении ортостатической пробы отмечается нарушенная реактивность вегетативной нервной системы в виде недостаточного снижения показателя LF и значительного снижения HF с увеличением соотношения LF/HF.

0340 ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ- α И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Карамова И.М., Мусина Ф.С., Ключкова Г.Р.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель: установить роль экспрессии фактора некроза опухоли- α (ФНО- α) и ремоделирования миокарда в развитии стенокардии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. Под наблюдением находились 148 мужчин, больных ИБС, которые разделены на 3 группы. Первую группу составили 52 пациента со стенокардией I-II ФК, во 2-ю вошли 49 больных со стенокардией III ФК, в 3-ю — 47 пациентов со стенокардией IV ФК. Контрольную группу составили 55 здоровых мужчин — добровольцев. Методом эхо — и доплерэхокардиографии определены линейные и объемные параметры, индекс массы миокарда (ИММ), фракция выброса (ФВ), относительная толщина стенки (ОТС), индекс сферичности (ИС), миокардиальный стресс (МС) левого желудочка (ЛЖ), установлены типы ремоделирования ЛЖ. Уровень ФНО- α исследовали методом иммуноферментного анализа.

Результаты. При оценке состояния внутрисердечной гемодинамики у больных ИБС выявлено, что при стенокардии I-II ФК линейные и объемные показатели ЛЖ, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования значимо не отличались от контроля. По мере возрастания тяжести стенокардии объемные и линейные показатели,

ИММЛЖ прогрессивно увеличивались и достигали максимума при стенокардии IV ФК, величины которых существенно превышали данные контроля и стенокардии II ФК. Гемодинамические параметры ЛЖ при стенокардии III ФК имели промежуточные значения между данными стенокардии II и IV ФК. У больных стенокардией IV ФК отмечено наиболее значимое возрастание ИММ и снижение ФВ ЛЖ на фоне уменьшения ОТС и выраженной сферификации ЛЖ в виде существенного увеличения ИС, что свидетельствовало о преобладании эксцентрического типа гипертрофии ЛЖ, характерного для дезадаптивного ремоделирования ЛЖ. МС ЛЖ у больных стенокардией II ФК имел тенденцию к повышению, а максимальное его значение достигнуто при стенокардии IV ФК. Установлено, что уровень ФНО- α при стенокардии II ФК находился в пределах нормы и значимо возрастал по мере усиления тяжести стенокардии. Максимальное значение ФНО- α определено при стенокардии IV ФК, его показатель существенно отличался от данных контроля, стабильной стенокардии II и III ФК. При корреляционном анализе установлена тесная зависимость между содержанием ФНО- α и ИММ ЛЖ, значимые взаимосвязи определены между концентрацией ФНО- α и показателями ОТС, ИС и МС ЛЖ. Факт о наличии тесной взаимосвязи между уровнем ФНО- α и гемодинамическими параметрами, по-видимому, свидетельствует, что гиперэкспрессия цитокинов, в частности ФНО- α , в крови и миокарде может индуцировать процессы дезадаптивного ремоделирования миокарда.

Выводы. Гиперэкспрессия ФНО- α и процессы ремоделирования ЛЖ взаимосвязаны и играют важную роль в формировании клинического течения ИБС.

0341 ЭКСПРЕССИЯ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Карамова И.М., Ключкова Г.Р.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель: установить роль экспрессии молекул межклеточной адгезии и ремоделирования миокарда в развитии стенокардии у больных ИБС.

Методы исследования. Под наблюдением находились 148 мужчин, больных ИБС, которые разделены на 3 группы. В первую группу вошли 52 пациента со стенокардией I-ПФК, во 2-ю вошли 49 больных со стенокардией III ФК, в 3-ю – 47 пациентов со стенокардией IV ФК. В контрольную группу вошли 55 здоровых мужчин – добровольцев. Уровень молекул межклеточной адгезии (ICAM-1, VCAM-1, Е-селектин) определяли иммуноферментным методом. Для оценки состояния внутрисердечной гемодинамики анализировали линейные и объемные параметры, индекс массы миокарда (ИММ), относительную толщину стенок (ОТС), индекс сферичности (ИС), миокардиальный стресс (МС) левого желудочка (ЛЖ), определяли типы ремоделирования ЛЖ.

Результаты. Установлено, что при стенокардии I-ПФК линейные и объемные показатели ЛЖ, а также структурно-геометрические параметры ремоделирования ЛЖ были сопоставимы с контролем. Большинство больных I-ПФК имело концентрическое ремоделирование и концентрическую гипертрофию ЛЖ, а треть больных имела нормальную геометрию ЛЖ. По мере возрастания тяжести стенокардии линейные и объемные параметры, ИММЛЖ прогрессивно увеличивались и достигали максимума при стенокардии IV ФК, величины которых значимо отличались от контроля и стенокардии I-ПФК. У больных стенокардией IV ФК отмечено значимое возрастание ИММ и снижение ФВ ЛЖ на фоне уменьшения ОТС и выраженной сферификации ЛЖ в виде существенного увеличения ИС, что свидетельствует о преобладании у большинства пациентов (63,9%) эксцентрического типа ремоделирования ЛЖ. Выявлено, что показатели ICAM-1, VCAM-1, Е-селектина при стенокардии I-ПФК не имели существенных различий с контролем, а при стенокардии высоких ФК их активность возрастала, превышая данные контроля и стабиль-

ной стенокардии I-ПФК. При корреляционном анализе установлены взаимосвязи между ИММ ЛЖ и уровнем Е-селектина – адгезивной молекулы, которая экспрессируется только эндотелиальными клетками. Выявлена прямая зависимость МС ЛЖ от концентрации Е-селектина, а также определены отрицательные взаимосвязи между показателем интегрального систолического индекса ремоделирования и уровнем Е-селектина.

Выводы. Развитие дисфункции эндотелия, проявляющейся активацией молекул межклеточной адгезии, и процессы ремоделирования миокарда взаимосвязаны и играют важную роль в дестабилизации течения ИБС.

0342 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Закирова А.Н., Карамова И.М., Николаева И.Е., Хамидуллина Р.М., Фахретдинова Е.Р., Яруллина А.Р., Шмелева Г.А., Федорова Е.А.
Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель работы: оценить эффективность и безопасность применения ивабрадина у пациентов ишемической болезнью сердца с систолической дисфункцией левого желудочка, перенесших аортокоронарное шунтирование.

Материал и методы: в исследование включено 44 пациента, том числе мужчин – 39 человек, женщин – 5, страдавших ишемической болезнью и находящихся на стационарном лечении в кардиологическом отделении долечивания после аортокоронарного шунтирования через 5-6 дней после операции. Средний возраст больных составил $52,7 \pm 8,1$ лет, у 38 пациентов в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда, что было подтверждено данными Эхо-КГ и коронароангиографии. Все включенные в исследование пациенты после проведения коронароангиографии были прооперированы в плановом порядке. Послеоперационный период протекал без особенностей. Снижение глобальной сократимости имелося у всех пациентов после хирургического лечения. При электрокардиографическом исследовании были выявлены синусовая тахикардия со средней частотой сердечных сокращений (ЧСС) $84 \pm 10,8$ ударов в минуту. Критерием исключения были нарушения ритма (пароксизмы наджелудочковой и желудочковой тахикардии, мерцательная аритмия). По данным эхокардиографического исследования обнаружено увеличение полости левого желудочка, снижение сократительной способности его миокарда (выброса левого желудочка (ФВ) составила в среднем $40 \pm 1,7\%$). Все пациенты получили лечение, в которое были включены плавикс, статины, ингибиторы АПФ, β -блокаторы в рекомендованных дозах при отсутствии противопоказаний и ивабрадин 5 мг 2 раза в день. У 7 пациентов (25%) дозировка ивабрадина была увеличена до 7,5 мг 2 раза в день под контролем ЧСС и клинической переносимости. Через 3 недели и после санаторного этапа реабилитации всем пациентам были проведены суточное мониторирование ЭКГ и Эхо-КГ.

Результаты исследования. Через 3 недели у пациентов выявлены достоверное снижение ЧСС на $8,5 \pm 4,1$ уд/мин, не регистрировалось учащение уже имевшихся нарушений ритма и имела тенденция к увеличению ФВ на $1,3 \pm 0,56\%$. Через 2 месяца после хирургического лечения у всех пациентов по данным суточного мониторирования были достигнута ЧСС ниже 70 уд./мин. На эхокардиографическом исследовании выявлены увеличение ФВ на $1,9 \pm 0,78\%$. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия, повышение толерантности к физической нагрузке, отсутствие ангинозных болей. Побочных эффектов, требовавших отмены ивабрадина, в исследовании не зарегистрировано.

Заключение. Назначение ивабрадина в терапевтической дозировке от 5,0 до 7,5 мг 2 раза в день в комбинации с β -блокаторами и другими препаратами, рекомендованными для лечения ХСН, хорошо переносится и приводит к достоверному снижению ЧСС и улучшению функции левого желудочка. Ивабрадин может быть включен в медикаментозную терапию после операции аортокоронарного шунтирования у пациентов с ХСН.

0343 ПОВЫШЕНИЕ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ С ПОМОЩЬЮ ПРОИЗВОДНОГО БЕНЗИМИДАЗОЛА НА ФОНЕ КАТЕХОЛАМИНОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Замотаева М.Н., Инчина В.И., Чаиркин И.Н., Дроздов И.А.
ГОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель: изучить возможность повышения адаптации к физической нагрузке на фоне катехоламинового повреждения миокарда в эксперименте с помощью производного бензимидазола с лабораторным шифром Би-2м.

Методы исследования: эксперименты проводились на 92 нелинейных белых мышах. Использована модель катехоламинового повреждения миокарда и модель физической нагрузки — плавание. Исследовано 7 групп животных: интактные, мыши с катехоламиновым повреждением миокарда и воздействием физической нагрузкой до утомления без коррекции — контроль 1, с коррекцией Би-2м в дозах 25 и 50 мг/кг — опыт 1 и 2 соответственно, мыши с катехоламиновым повреждением миокарда и физической нагрузкой в течение 40 мин. без коррекции — контроль 2, с коррекцией Би-2м в дозах 25 и 50 мг/кг — опыт 3 и 4 соответственно. Исследованы уровень малонового диальдегида в экстракте из ткани миокарда, активность креатинфосфокиназы и аспаратаминоотрансферазы в плазме крови, уровень калия и кальция в плазме крови животных. Частота сердечных сокращений оценивалась по ЭКГ.

Результаты: В контроле 1 средняя продолжительность нагрузки составила $78,3 \pm 9,9$ мин. На фоне применения Би-2м в дозах 25 и 50 мг/кг толерантность к нагрузке достоверно увеличилась по сравнению с контролем 1 на 25,2% и 35,1% соответственно. Уровень МДА в контроле 2 составил $31,91 \pm 4,8$ мкмоль/л. При введении Би-2м в дозах 25 и 50 мг/кг уровень МДА достоверно снижался по сравнению с контролем 2 на 37,2% и 77,7% соответственно. В контроле 2 активность КФК повышалась до $1899,9 \pm 392,3$ ЕД/л. При использовании Би-2м в дозах 25 и 50 мг/кг активность КФК достоверно снизилась по сравнению с контролем 2 на 96,1% и 47,4% соответственно. Активность АСТ в контроле 2 составила $140,7 \pm 16,97$ ЕД/л. При введении Би-2м 25 мг/кг активность АСТ достоверно снизилась по сравнению с контролем 2 на 20%. При использовании Би-2м в дозе 50 мг/кг достоверного снижения активности АСТ не отмечалось. В контроле 2 уровень калия в плазме крови составил $8,4 \pm 1,85$ ммоль/л. Использование Би-2м в дозе 25 мг/кг и 50 мг/кг незначительно снижало выраженность гиперкалиемии. В контроле 2 происходило повышение кальция в плазме крови составил $1,37 \pm 0,09$ ммоль/л. При введении Би-2м в дозе 25 и 50 мг/кг уровень кальция достоверно возрос на 35,4% и 32,5% соответственно, приближаясь к исходному уровню. ЧСС в контроле 2 возрастала до $519,3 \pm 81,5$. При применении Би-2м в дозах 25 и 50 мг/кг ЧСС достоверно снизилась на 19,6% и 21,7% соответственно, приближаясь к исходным значениям.

Выводы: Применение производного бензимидазола Би-2м эффективно уменьшает рост перекисного окисления липидов, маркеров повреждения миокарда, устраняет электролитный дисбаланс в крови животных, уменьшает тахикардию, что ведет к повышению адаптации к физической нагрузке на фоне катехоламинового повреждения миокарда. Эти свойства соединения, вероятно, связаны с его антиоксидантной активностью. Эффекты носят дозозависимый характер.

0344 ОКИСЛЕННЫЕ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ БЕЛКИ В ГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 2

Занозина О.В., Боровков Н.Н., Щербатюк Т.Г.
Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Для больных сахарным диабетом типа 2 (СД 2) характерно 4-кратное повышение риска смерти от острой сердечно-сосудистой недостаточности, по сравнению с риском в общей популяции, что обусловлено ускоренным развитием атеросклероза у этой группы больных. Вероятно, что это обусловлено индуцированным гипергликемией окислительным и карбонильным стрессом, а также усиленным гликозилированием, что способствует атерогенной модификации липопротеидов низкой плотности у больных СД2.

Цель исследования: оценить составляющие окислительного и карбонильного стресса у больных СД 2 при наличии ишемической болезни сердца (ИБС) и без ишемической болезни сердца.

Методы исследования: обследованы 2 группы пациентов: 1 группа (n=16) — пациенты, страдающие СД2 и ИБС: стенокардией напряжения II КФК. 2-я группа (n=16) — пациенты, страдающие СД типа 2. По возрасту, длительности заболевания, степени компенсации, полу группы не различались ($p > 0,05$). Средний возраст больных составлял 61 год, длительность СД 2-8 лет, гликозилированный гемоглобин составил 7,0%. Оценивали выраженность интенсивности окислительного стресса, общую антиоксидантную активность плазмы крови, определяли молекулярные продукты перекисного окисления липидов (диеновые и триеновые конъюгаты, малоновый диальдегид), активность антиоксидантных ферментов (супероксиддисмутазы, каталазы). Активность карбонильного стресса оценивали с помощью реакции карбонильных группировок с 2,4-динитрофенилгидразином (2,4-ДНФГ) с образованием 2,4-динитрофенилгидразонов (ДНФГ). Карбонильные группировки аминокислотных остатков, образующиеся в результате окислительной модификации исследуемых белков, характеризовали степень их окислительной деструкции. Оценивали фенотип ГЛП.

Полученные результаты: В I группе больных (СД 2 и ИБС) по сравнению со II группой (СД2) достоверно отмечалось увеличение липидов ($0,47 \pm 0,26$ и $0,006 [0,005; 0,406]$, $p < 0,05$). Интенсивность свободнорадикального окисления и общая антиоксидантная активность в обеих группах статистически значимо не различались, однако уровень диеновых конъюгатов у больных, страдающих СД типа 2 и ИБС значительно превышал таковой у пациентов без ИБС ($0,091 \pm 0,055$ и $0,051 \pm 0,010$, $p = 0,000001$ vs). Аналогичным было и содержание модифицированных белков в указанных группах (в I группе $-0,00072 \pm 0,00039$, во II группе $-0,00043 \pm 0,000078$, $p = 0,000002$ vs). Найдена значительная корреляция модифицированных белков и общих липидов. Активность антиоксидантных ферментов статистически значимо не различалась в указанных группах.

Выводы: Процессы модификации белков у больных СД 2 и ИБС происходят на самых первых этапах окислительного стресса, даже при субкомпенсации сахарного диабета, потенцируя отрицательные последствия свободнорадикального окисления, инактивируя антиоксидантные ферменты.

0345 НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МОНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Запеева В.В., Заболотских Т.Б., Ремизова А.И., Звягинцева Ю.Г., Петрова И.Н.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Имея одинаковый фактор риска — курение, а также общность патогенеза ХОБЛ и ИБС (проблема окислительного стресса и воспаления), эти болезни, сочетаясь, взаимоотягощают друг друга, приводят к прогрессированию хронической сердечной недостаточности (ХСН), ранней инвалидизации и смерти. Вместе с тем, однозначно не определена безопасность применения ингибиторов АПФ, у больных с сочетанием этих двух грозных заболеваний.

Цель исследования: изучение динамики клинических проявлений, кардиогемодинамических параметров и частоты побочных явлений у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС на фоне применения моноприла.

В исследование были включены 49 пациентов, страдающих ХОБЛ в сочетании с ИБС. Пациенты первой группы (32 человека)

в составе комплексной терапии получали моноприл, начиная с 5 мг в сутки и последующим титрованием дозы до 10-20 мг/сут. Вторую группу составили 17 пациентов, у которых в комплексном лечении ХСН ингибиторы АПФ не использовались. Возраст пациентов колебался от 49 до 69 лет (в среднем $53,6 \pm 7,5$ лет). Группы сравнения были сопоставимы по возрасту, полу, продолжительности заболевания и тяжести клинических проявлений ХСН. Терапию ингибиторами АПФ начинали с минимальной терапевтической дозы под контролем гемодинамики, средняя доза моноприла составила 14,7 мг/сут. Оценка клинического состояния (по ШОКС модификации Мареева В.Ю., 2000 г. и по тесту 6-минутной ходьбы) проводилась через 1-6 месяцев, эхокардиографические параметры изучались через 6 месяцев. Тяжесть состояния больных оценивалась по ФК ХСН: I ФК отмечен у 2,8% больных, II ФК — у 44,4%, III ФК — у 47,8% и IV ФК — у 5,2% обследованных.

В процессе исследования установлено, что в группе больных, получавших моноприл, в 70,1% происходило достоверное улучшение состояния (уменьшение функционального класса ХСН, снижение баллов по ШОКС, достоверный прирост дистанции ходьбы на 28%), во второй группе больных клинический эффект был достигнут лишь у 35,2% пациентов. У больных, получавших моноприл, достоверно увеличивалась глобальная сократимость миокарда левого желудочка (ЛЖ), а у пациентов второй группы с систолической дисфункцией ЛЖ изменение фракции выброса (ФВ) было недостоверным. Прием моноприла у 72,3% пациентов позволил нормализовать диастолическую функцию ЛЖ, в то время как во второй группе этот показатель составил — 51,3%. В первой группе больных несколько чаще встречался такой побочный эффект ингибиторов АПФ, как кашель, и усиливались симптомы обструкции, однако, эти различия по сравнению со второй группой были недостоверны.

Таким образом, применение моноприла в комплексном лечении больных, имеющих ХОБЛ в сочетании с ИБС, приводит к уменьшению клинических проявлений ХСН, улучшению глобальной сократимости, диастолической функции ЛЖ. Моноприл является безопасным средством терапии для данной категории больных.

0346 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА

Затейщиков Д.А.¹, Затейщикова А.А.¹, Чумакова О.С.¹, Зотова И.В.¹, Мишукина Л.О.¹, Никитин А.Г.², Сидоренко Б.А.¹, Носиков В.В.²

¹ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; ²Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Целью работы было изучение в двухлетнем проспективном наблюдении ассоциации полиморфных маркеров генов, связанных с обменом и транспортом липидов, и генов, кодирующих элементы системы гемостаза, адсорбционные и ядерные рецепторы, регулирующие процессы метаболизма с течением ИБС у больных, имеющих высокий риск неблагоприятного исхода.

Материалы и методы: Обследовано 148 больных с нестабильной стенокардией, поступивших с ноября 1998 года по январь 1999 год и с марта 1999 года по июнь 1999 года в московскую больницу №51. (80 мужчин и 68 женщин). Средний возраст составил $66,7 \pm 0,87$ лет. В анамнезе имели инфаркт миокарда 56 больных (38,4%), инсульт 14 (9,6%), гипертоническую болезнь 130 (89%). 28 больных (19,2%) страдали сахарным диабетом, 30 (20,5%) курили, 33 (22,6%) имели впервые возникшую стенокардию. Период наблюдения составил 2 года. В течение 2 лет у 62 пациентов зафиксирован неблагоприятный исход из них 35 больных умерли, 16 перенесли нефатальный инфаркт миокарда, 2 — инсульт, 9 — АКШ. Генотипы полиморфных маркеров генов APOB, PROC, FGB, ADRB1, ADRB2, ADRB3, GNB3, PPARG2, PPARG3, PPARG, PPARGC1A, PARP1, PARG были определены с помощью ПЦР.

Результаты: Распределение частот аллелей и генотипов всех изученных полиморфных маркеров соответствовало равновесию Харди-Вайнберга.

Среди пациентов с неблагоприятным исходом чаще встречались сахарный диабет II типа (32,3% и 10,1% соотв., $p=0,004$), смещение

сегмента ST на ЭКГ (67,2% и 45,5% соотв., $p=0,026$). Неблагоприятный исход в течение 2 лет наблюдения ассоциировался с носительством аллеля A полиморфного маркера G(-455)A гена FGB (OR 2,23[1,04-4,80], $p=0,041$), генотипа II полиморфного маркера ID сигнального пептида гена APOB (OR 2,11[1,05-4,64], $p=0,027$), генотипа CC полиморфного маркера C1654T гена PROC (OR 2,00[1,05-4,22], $p=0,047$), генотипа Ser/Ser полиморфного маркера Gly482Ser гена PPARGC1A (OR 2,13[1,28-3,56], $p=0,004$), аллеля Gly полиморфного маркера Ser49Gly гена ADRB1 (OR 5,29[3,13-13,13], $p=0,001$). При проведении многофакторной регрессии Сох независимой прогностической значимостью в отношении риска развития неблагоприятных клинических событий у больных группы высокого риска обладали наличие у больного сахарного диабета (OR 3,14[1,76-5,62], $p=0,0001$), носительство генотипа CC полиморфного маркера C1654T гена PROC (OR 2,26[1,30-3,91], $p=0,004$), генотипа Ser/Ser полиморфного маркера Gly482Ser гена PPARGC1A (OR 1,57[1,07-2,31], $p=0,021$), аллеля Gly полиморфного маркера Ser49Gly гена ADRB1 (OR 1,74[1,10-2,78], $p=0,019$).

0347 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Захарова О.Ю., Чернов Ю.Н., Батищева Г.А., Сафонова А.Н.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: оценить влияние препарата группы антагонистов кальция амлодипина на состояние вегетативной регуляции и показатели липидного обмена у больных бронхиальной астмой (БА) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: проведено обследование 16 больных пульмонологического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Воронеж-1» ОАО «РЖД», страдавших БА средней степени тяжести, средний возраст $52,5 \pm 4,9$ лет. Всем пациентам, согласно международным рекомендациям GINA, 2006, в качестве базисной терапии БА были назначены ингаляционные кортикостероиды и В2-агонисты. Для коррекции повышенного уровня артериального давления больные получали амлодипин («Стамло М») в дозе 2,5-5 мг/сут. Контроль эффективности терапии проводился через 4 недели приема препаратов с регистрацией показателей суточного мониторирования АД (СМАД), функции внешнего дыхания (ФВД), липидного обмена и вариабельности сердечного ритма (ВСР).

Результаты: до начала терапии у больных БА была выявлена систоло-диастолическая гипертензия со среднесуточным САД $134,6 \pm 5,6$ мм рт.ст. и среднесуточным ДАД — $96,6 \pm 3,5$ мм рт.ст. Показатели ФВД соответствовали БА средней тяжести с объемом форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁) до $72,4 \pm 8,4\%$ и пиковой скоростью выдоха (ПСВ) — $61,2 \pm 8,9\%$. Контроль липидного обмена выявил повышение общего холестерина (ОХС) до $5,44 \pm 0,71$ ммоль/л, наряду с увеличением коэффициента атерогенности (КА) до $3,8 \pm 1,6$ усл.ед. Исследование ВСР у больных БА показало значительный вегетативный дисбаланс с увеличением парасимпатической активности, о чем свидетельствовало повышение SDNN до $79,3 \pm 17,2$ мс, суммарной мощности спектра Тр до $4,06 \pm 1,4$ мс²·1000, при уменьшении индекса централизации IC до $2,17 \pm 0,12$ усл. ед. На фоне проводимой терапии, при контрольном исследовании через 4 недели наблюдалось достоверное снижение среднесуточного САД до $128,4 \pm 3,4$ мм рт.ст. ($p<0,05$), ДАД до $84 \pm 2,4$ мм рт.ст. ($p<0,05$). При этом отмечено изменение вегетативного баланса с усилением активности симпатического звена регуляции. Это выражалось уменьшением SDNN на 30% ($p<0,05$), снижением Тр на 42% ($p<0,05$) и повышением IC на 33% ($p<0,05$). Кроме того, в результате лечения зарегистрировано улучшение показателей липидного обмена, что проявлялось достоверным снижением уровня ОХС до $4,86 \pm 0,42$ ммоль/л ($p<0,05$), уменьшением КА до $2,75 \pm 0,34$ усл. ед., наряду с повышением уровня липопротеидов высокой плотности с $1,1 \pm 0,15$ ммоль/л до $1,32 \pm 0,34$ ммоль/л. По результатам

оценки ФВД отмечено уменьшение бронхообструктивного синдрома с увеличением ПСВ на 15% и ОФВ₁ на 12%, что подтверждает позитивное влияние проводимой фармакотерапии на бронхиальную проводимость у больных БА.

Выводы: назначение препарата «Стамло М» у больных БА в сочетании с АГ, наряду с гипотензивным эффектом, способствует улучшению показателей липидного обмена с коррекцией вегетативного дисбаланса.

0348 ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Зборовский А.Б., Мартынянов В.Ф., Стажаров М.Ю.

Учреждение РАМН «НИИ клинической и экспериментальной ревматологии РАМН», Волгоград, Россия

Цель: выявление особенностей энзимного профиля крови больных с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) в периоды клинической ремиссии и обострения.

Методы: под наблюдением находились 37 больных ХРБС в стадии клинической ремиссии и 62 больных в фазе обострения, протекающего по затяжному, вялому варианту. В сыворотке крови с использованием спектрофотометрических методов определялась активность 7 энзимов пуринового метаболизма: ксантиноксидазы (КО), ксантиндегидрогеназы (КДГ), аденозиндезаминазы (АДА), гуаниндезаминазы (ГДА), гуанозиндезаминазы (ГЗДА), гуанозинфосфорилазы (ГФ) и пуриинуклеозидфосфорилазы (ПНФ).

Результаты: у больных в фазе клинической ремиссии (ФКР), по сравнению со здоровыми (30 чел.), выше активность АДА, КО, ПНФ, ГДА и ниже активность ГЗДА и ГФ (все $p < 0,001$). У больных с недостаточностью кровообращения (ФК-1), по сравнению со здоровыми, определялись лишь тенденции к повышению активности АДА, ПНФ, ГДА и снижению активности ГЗДА и ГФ. Чем выраженнее была хроническая сердечная недостаточность, тем выше активность АДА, КО, ПНФ, ГДА и ниже активность ГЗДА, КДГ и ГФ. Между всеми стадиями недостаточности кровообращения выявлены существенные энзимные различия.

У больных с затяжным течением, по сравнению со здоровыми, выше активность АДА, ПНФ, ГДА, ГФ, КО, КДГ и ниже ГЗДА ($p < 0,001$), а по сравнению с больными в ФКР, выше активность КО, КДГ, ПНФ, ГФ и ГДА (все $p < 0,001$), и чем выше ФК недостаточности кровообращения, тем выше активность ГДА, ПНФ, КО, АДА, ниже ГЗДА, ГФ, КДГ.

Сравнительные исследования показали более значительное влияние активности патологического процесса на энзимный профиль крови, чем недостаточности кровообращения, что проявилось более выраженными изменениями активности энзимов в количественном аспекте. В то же время в фазе клинической ремиссии, независимо от стадии недостаточности кровообращения, активность ГФ всегда или ниже уровня нормы, или не выходит за ее границы, и повышение активности ГФ в комплексе с клиническими данными свидетельствует об обострении ревматического процесса.

Выводы:

1. Энзимные профили крови у больных ХРБС в фазах обострения и клинической ремиссии имеют существенные различия, что способствует их идентификации.

2. Наиболее информативным показателем, способствующим разграничению фаз клинической ремиссии и обострения ревматического процесса является активность ГФ, которая в 100% случаев повышена при обострении процесса и снижена в фазе клинической ремиссии.

0349 ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ

Зволинская Е.Ю.

ФГУ «ГНИЦ ПМ», Москва, Россия

По данным ВОЗ за последние 10-20 лет смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди молодого (до 31 года) населения планеты возросла на 5-15%. В России число умерших молодых людей в возрасте 20-29 лет и 30-44 лет увеличилось с

1991 года по 2007 год в 2,6 и 1,6 раз, соответственно. По данным Кадыкова А.С. частота инсульта в молодом возрасте колеблется от 2,5 до 10% всех инсультов в российской популяции. Было доказано, что традиционные факторы риска (ФР) ССЗ, такие, как пол, липидный спектр крови, курение, артериальная гипертензия, ожирение и гипергликемия коррелируют с патологоанатомическими находками атеросклеротических бляшек в коронарных артериях и брюшной аорте у молодых людей 15-34 лет.

В проспективном исследовании была проанализирована прогностическая способность основных ФР ССЗ, таких как возраст, уровень общего ХС в крови, САД и курение в отношении смертности от ССЗ у мужчин в возрасте 18-39 лет. В группу сравнения входили мужчины 40-59 лет. Оказалось, что все основные ФР ССЗ значимо ассоциируются со смертью от ССЗ через 20 лет наблюдения как в группе 18-39-летних, так и в группе 40-59-летних. Возможность предсказать риск ССЗ у лиц молодого возраста на основе традиционных ФР ССЗ, половина из которых являются модифицируемыми, открывает новые перспективы в формировании стратегического подхода к ведению молодых людей с высоким риском.

На сегодняшний день существуют несколько шкал прогнозирования сердечно-сосудистого риска, включая Фрамингемскую шкалу, PROCAM, SCORE. Однако ни одна из них не в состоянии оценить сердечно-сосудистый риск у молодых людей. В 2005 году Алекс МакМахан с соавт. опубликовал шкалу для предсказания атеросклероза коронарных артерий и абдоминальной аорты у молодых людей. Однако, она создана на основании аутопсийного материала и имеет ряд ограничений, в виду того, что валидность ФР, измеренных посмертно, неубедительна.

Таким образом, получены достоверные данные о том, что у лиц молодого возраста существуют атеросклеротические изменения сосудов. Тот факт, что до начала клинических проявлений атеросклероза проходит нескольких десятилетий, дает клиницистам возможность выявить пациентов высоко риска и своевременно начать профилактические вмешательства. Правильная и четкая стратегия стратификации риска у молодых людей позволит приблизиться к решению проблемы заболеваемости и смертности от ССЗ в старшем возрасте.

0350 НАРУЖНЫЕ РАЗРЫВЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Зелтынь-Абрамов Е.М., Радзевич А.Э.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Москва, Россия

Цель. Выявление предикторов угрожающего наружного разрыва сердца (НРС) при тромболитической терапии (ТЛТ) острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Методы исследования. Ретроспективный анализ медицинской документации 253 больных с ОИМ, которым проводилось лечение в соответствии с действующими стандартами, включающее ТЛТ. Первая группа — истории болезни 156 пациентов с ОИМ без НРС. Вторая группа — 97 больных, умерших в результате НРС, подтвержденного на аутопсии. Анализ ЭКГ проводился двумя независимыми экспертами. Статистический анализ: вычисление абсолютных и относительных частот клинико-анамнестических, ЭКГ признаков. Сравнение частот встречаемости признаков проводили с использованием точного критерия Фишера. Сравнение групп по количественным признакам — методом Манна-Уитни.

Полученные результаты. Сравнительный анализ клинико-анамнестических данных обеих групп показал, что средний возраст пациентов с НРС составил $70,9 \pm 7,3$ лет против $59,0 \pm 8,7$ лет ($p < 0,001$). Относительная частота встречаемости лиц женского пола в группе с разрывом составила 72,2% против 37,8% ($p < 0,001$). НРС чаще встречался у больных с первичным ОИМ — 76,3% против 48,7% ($p < 0,001$). Частота встречаемости затяжного ангинозного приступа (болевого синдром продолжительностью более 90 минут, требующий применения наркотических анальгетиков не менее двух раз в указанный период времени) статистически значимо была выше у больных с исходом в НРС (64,9% против 11,5%, $p < 0,001$). В этой же группе достоверно чаще отмечалось рецидивирование болевого синдрома (56,7% против 8,3%, $p < 0,001$). Установлено, что наличие сформированной гипертонической болезни не предопределяет появление симптома артериальной гипертензии (АГ) в остром периоде ОИМ.

У трети пациентов с НРС (34,0%) в предразрывном периоде отмечалась АГ более 140/90 мм рт.ст., в группе сравнения этот симптом не наблюдался ($p < 0,001$). Подъем сегмента ST более 5 мм в двух и более смежных отведениях в группе больных с НРС встречается статистически значимо чаще (85,6% против 39,1%, $p < 0,001$). Элевация сегмента ST более 7 мм в 100% случаев ассоциировалась с НРС. Появление М-комплекса (признак MiG) в группе с НРС составило 44,3% против 10,9% в группе сравнения ($p < 0,001$), что позволяет отнести его к надежным предикторам НРС. В группе с НРС наблюдалась стойкая синусовая тахикардия > 90 уд. в мин., не поддающаяся медикаментозной коррекции, (71,1% против 52,6%, $p = 0,004$).

Выводы. Наружный разрыв миокарда чаще развивается при первичном ОИМ у больных женского пола пожилого возраста. Предразрывный период характеризуется затяжным ангинозным приступом, стойкой синусовой тахикардией и симптоматической АГ. Независимыми ЭКГ-предикторами НРС являются подъем сегмента ST > 5 мм и появление признака MiG в двух и более смежных отведениях. Таким образом, нами выявлена совокупность предикторов НРС из числа стандартных клинических и электрокардиографических данных, позволяющих использовать результаты исследования в практической работе отделений кардиореанимации.

0351 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРЕОЛОГИИ И СИСТЕМЫ NO-ЭНДОТЕЛИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Зорина Н.В., Гринева М.Р., Орлов Р.Б.

Россия, ИвГМА Росздрава РФ, Иваново, Россия

Целью исследования явилось изучение гемореологического профиля и оценка системы NO-эндотелий у пациентов с метаболическим синдромом (МС). В исследование включено 75 пациентов с МС, 20 человек с гипертонической болезнью (ГБ) без метаболических нарушений (МН), и 20 практических здоровых лиц (группа контроля). Всем пациентам проводилось клиническое обследование, а также исследование гемореологического профиля: вязкость крови и плазмы, агрегатометрия эритроцитов, цитоархитектоника эритроцитов. Система NO-эндотелий оценивалась по содержанию L-цитрулина в плазме крови. В исследуемой группе больных с МС показатели кажущейся вязкости крови достоверно отличались по сравнению с группой контроля и более значимо увеличивались при низких скоростях сдвига (10с^{-1}). Достоверно увеличивалась кессоновская вязкость и предельное напряжение сдвига. Уменьшалось время формирования агрегатов эритроцитов. При этом нами выявлено значимое увеличение силы сцепления эритроцитов между собой в группе больных МС — коэффициент когезии эритроцитов достоверно выше в группе больных МС, чем в контроле ($0,023 \pm 0,003$ отн.ед.; $0,012 \pm 0,002$ отн.ед. соответственно). Выявлена сильная корреляционная связь коэффициента когезии эритроцитов с предельным напряжением сдвига у больных МС, что объясняет необходимость в увеличении предельного напряжения сдвига для последующей достаточной дезагрегации крови и продвижения ее по сосудам малого калибра. У больных МС достоверно увеличивался средний размер агрегата (в группе МС — $6,16 \pm 0,7$; в контроле — $5,67 \pm 0,8$) и показатель агрегации ($1,82 \pm 0,2$ и $1,46 \pm 0,3$ соответственно), уменьшается доля неагрегированных эритроцитов (50,2% и 65,3% соответственно). У отдельных пациентов эта агрегация приобретает даже патологический характер с образованием глыбчатых агрегатов. Не установлено достоверных различий в параметрах цитоархитектоники эритроцитов, однако наблюдается тенденция к росту необратимых форм. Уровень L-цитрулина в исследуемой группе составил $3,73 \pm 0,7$ ммоль/л у больных МС, в группе контроля — $3,4 \pm 0,7$ ммоль/л. Отмечена взаимосвязь содержания L-цитрулина и ряда клинических характеристик — СОЭ, фибриноген, глюкоза в плазме крови, С-реактивный белок. Снижение содержания L-цитрулина коррелирует с увеличением агрегации эритроцитов.

Пациенты с МС имели достоверно более высокие, по сравнению с больными ГБ, показатели вязкости крови и плазмы, кессоновской вязкости, динамические и временные параметры агрегации эритроцитов. У пациентов с МС, в сравнение с больными ГБ без МН, более выражено увеличивался показатель агрегации и средний размер агрегата, уменьшалось содержание неагрегированных эритроцитов,

Таким образом, у больных МС реологические нарушения более выражены по сравнению с ГБ без МН, и затрагивают как параметры вязкости крови, так и агрегационные свойства эритроцитов.

0352 ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Зотова Л.А., Коротченко Е.В., Якушин С.С.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, ГЗ РОККД, Рязань, Россия

Актуальность. В настоящее время в реальной клинической практике медикаментозная терапия дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) является основным методом лечения. Лишь незначительное количество больных подвергается хирургическим и электрофизиологическим методам терапии. Вашему вниманию представляется клинический случай успешной трансплантации сердца (ТС) у больного ДКМП.

Пациент К., 1985 г.р. заболел в июне 2007г, когда после перенесенной ОРВИ появились одышка, сердцебиение. 22.08.2007 был госпитализирован в кардиодиспансер. Из анамнеза известно, что наследственность отягощена по ДКМП. При обследовании: на ЭКГ синусовый ритм с ЧСС 100 в мин, на УЗИ сердца ЛП 4,39 см, КДР ЛЖ 7,56 см, КСР ЛЖ — 6,44 см, ФВ 30%, выраженная гипокинезия стенок ЛЖ, ПЗР ПЖ 3,0 см, ПП 4,0 см., умеренная легочная гипертензия. Поставлен диагноз ДКМП вследствие инфекционно-аллергического миокардита. На фоне медикаментозной терапии (диуретики, ИАПФ, сердечный гликозид, НПВС, преднизолон) состояние больного несколько улучшилось. В октябре 2007г — прогрессирование сердечной недостаточности. В ноябре 2007г: консультирован в НИИТиО, рекомендована госпитализация для обследования по программе потенциального реципиента на ТС. В январе 2008г. перенес ОНМК ишемического типа. 11.02.2008г госпитализирован в НИИТиО. При поступлении на ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 103 в мин, НБЛНПГ. На УЗИ сердца ЛП 4,8 см, ПЖ 3,7 см, ПП 6,6х5,0см, диффузная гипокинезия стенок ЛЖ, ФВ 24%. 19.02.2008 больному выполнена ортотопическая ТС. В связи с дисфункцией синусового узла 27.02.2008 больному имплантирован ЭКС Сигма 303 SR с одним желудочковым электродом. Послеоперационный период протекал без осложнений. При выписке на ЭКГ синусовый ритм, ЧСС 93 в мин, ПБПНПГ, ЭКС в режиме «деманд» с частотой стимуляции 60 в мин. УЗИ пересаженного сердца ЛП 4,5 см, ПЖ 2,8 см, КДР ЛЖ 5,0 см, КСР ЛЖ 3,2 см, ФВ 65%. Последующее амбулаторное наблюдение за больным проводилось с интервалом 1-2 мес. В лабораторных показателях за весь период наблюдения отклонений не выявлено, на ЭКГ отмечалась ПБПНПГ и ПБВЛНПГ, синусовая тахикардия. По УЗИ сердца наблюдалась положительная динамика: уменьшение размеров ЛП, КДР, КСР ЛЖ, ПЗР ПЖ, сохранение нормальных показателей ФВ. Пациент постоянно получает програф, селсепт, метилпреднизолон, престариум, тромбо асс. На фоне лечения в мае 2008г. развилась ангина, потребовавшая госпитализации и антибактериального лечения. В последующем инфекционных осложнений не наблюдалось. В настоящее время пациент ведет активный образ жизни.

Выводы. Представлен клинический случай успешной ТС у больного с тяжелой формой ДКМП. На фоне медикаментозной терапии заболевания до ТС наблюдалось быстрое прогрессирование симптомов, развитие осложнений. Наблюдение в течение одного года за пациентом после ТС показало значительное улучшение качества жизни, отсутствие симптомов заболевания. Больной комплаентен, строго следует всем медикаментозным назначениям, проводится физическая реабилитация.

0353 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Зотова Л.А.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель исследования. Оценить уровень тревоги и депрессии, качество жизни у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материалы и методы. Обследовано 72 больных ДКМП (74% мужчин, 26% женщин) — средний возраст на момент обследования составил $46,2 \pm 2,4$ лет. Пациенты заполняли опросники: госпитальная шкала тревоги и депрессии, опросник оценки качества жизни SF-36.

Результаты. Тревожно-депрессивные расстройства характеризуются стойким падением настроения с ощущением тоски, апатии, снижением интереса к чему бы то ни было и побуждений к деятельности, тенденцией к пониженной самооценке, трудностями умственной деятельности, рассеянностью, а также наличием вегетативных расстройств. Депрессия нередко значительно снижает у больного мотивацию к лечению заболевания. У 52 больных ДКМП отмечено отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги, у 17 больных — субклинически выраженная тревога, у 3 больных — клинически выраженная тревога. Сходные данные получены и при оценке депрессии: у 58 больных отмечено отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии, у 10 — субклинически выраженная депрессия, 4 больных — клинически выраженная депрессия.

Качество жизни больного является суммарным показателем, оценивающим физическое, психологическое, эмоциональное и социальное его функционирование в обществе. При обследовании получены следующие данные:

1. Физическое функционирование — $68,82 \pm 0,63$
2. Рольное функционирование — $56,25 \pm 4,01$
3. Интенсивность боли — $66,78 \pm 0,66$
4. Общее состояние здоровья — $33,44 \pm 0,77$
5. Жизненная активность — $47,01 \pm 2,08$
6. Социальное функционирование — $77,1 \pm 1,24$
7. Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием — $37,96 \pm 3,63$
8. Психическое здоровье — $68,88 \pm 1,02$

Выводы. Таким образом, у 28% больных ДКМП отмечаются тревожно-депрессивные расстройства. На основании данных, полученных при обработке опросника качества жизни SF-36 можно отметить, что наибольший вклад в ограничение физической активности и повседневной деятельности вносит не физическое состояние пациента, а именно эмоциональное дезадаптирование, довольно низко пациенты оценивают свое состояние здоровья и собственный прогноз. Наличие депрессивных расстройств ухудшает функциональный статус пациента.

0354 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Зубеева Г.Н., Обухова С.В.

Нижегородская Государственная Медицинская Академия, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить показатели качества жизни у больных с алкогольной кардиомиопатией, осложненной фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы: Проводилось анкетирование 46 пациентов, поступивших в клинику с персистирующей формой ФП, возникшей на фоне злоупотребления алкоголем. Средний возраст пациентов — $44 \pm 2,1$ года.

Результаты: Тахисистолическая форма ФП наблюдалась у 54,1%, нормосистолическая форма у 45,9% пациентов. Основная группа пациентов 48,6% оценивали своё самочувствие и настроение как удовлетворительное. Самыми частыми жалобами были одышка при физической нагрузке (71,9%), сердцебиение при нагрузке (53,1%), боли в области сердца различного характера (ноющие — 46,9%; сжимающие и давящие — 53,1%). Ежегодно вынуждены лечиться 40,5% больных, а 24,3% из них — 2 и более раз в год. Большинство больных (94,6%) выписывается из стационара с улучшением; 43,2% пациентов вынуждены ограничивать физические усилия или занятия спортом, если таковыми занимались до заболевания; 37,8% — ограничивают ведение домашнего хозяйства, а 10,8% — поездки в транспорте. Примерно равный процент больных 21,4 и 21,7% вынуждены ограничивать себя в проведении досуга, половой жизни или питания. Не имели вышеперечисленные ограничения лишь 32,4% пациентов.

За период заболевания у основного процента больных не произо-

шло изменений в отношениях с окружающими, однако у 24,3% уменьшились контакты как с близкими, друзьями, так и сослуживцами.

Выводы: Таким образом, алкогольная кардиомиопатия, осложненная фибрилляцией предсердий, приводит к повышению социально-психологической дезадаптации и обуславливает неудовлетворенность жизнью у 67% пациентов. Поэтому терапия этой категории больных, помимо отказа от употребления алкоголя и лечения основного заболевания, должна включать и психологическую релаксацию.

0355 АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Зуйкова А.А., Большаева О.Е., Орлова Е.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, кафедра общей врачебной практики (семейной медицины), Воронеж, Россия

Адаптация — процесс приспособления организма к изменившимся условиям существования. Реакция адаптации касается в первую очередь, изменения деятельности таких мощных отделов организма, как сердечно-сосудистая и нервная системы.

Целью исследования стало выявление новых путей и механизмов адаптации у больных с ишемической болезнью сердца.

Объектом исследования стали больные с ишемической болезнью сердца (ИБС), ФК II-III, H2A, старше 65 лет — 24 человека, мужчины и женщины.

Всем обследуемым был произведен цифровой анализ биоритмов с комплексной оценкой адаптационных возможностей при помощи программно-аппаратного комплекса «Омега-M2».

Для каждого пациента было определено более 40 показателей, отражающих функциональное состояние и уровень адаптации, вегетативный статус, центральную регуляцию организма.

В результате анализа полученных данных, можно сделать заключение о том, что у пожилых больных с ИБС происходит достоверное изменение всех исследуемых величин, в том числе индекса вегетативного равновесия (ИВР) = $534,50 \pm 115,68$; индекса напряжения (ИН) = $342,11 \pm 88,51$, что может свидетельствовать, в первую очередь, о значительном снижении адаптации, истощении функциональных резервов, низком энергетическом обмене, значительном истощении центральной регуляции.

Выраженные изменения претерпели и такие показатели, как SDNN = $26,36 \pm 4,77$ и триангулярный индекс = $5,42 \pm 0,91$. Эти показатели, по данным многих авторов являются предикторами неблагоприятного прогноза для таких больных.

Известно, что в патогенезе развития ИБС важную роль играют гуморальный фактор и нейроциркуляторные расстройства, при этом вегетативная нервная система регулирует коронарное кровообращение, метаболические процессы в миокарде, т.е., получается, что срыв деятельности вегетативной нервной системы приводит к патологии деятельности сердца. В то же время наличие уже имевшейся патологии приводит к изменению вегетативной регуляции, что формирует «порочный круг». Наличие сопутствующих атеросклероза, дисциркуляции, гипоксии в старческом возрасте изменяет и способность ЦНС адекватно реагировать на внешние воздействия, в итоге имеет место снижение такого показателя, как количество кодов с нарушенной структурой (KcHapC) = $71,67 \pm 9,58$.

Учитывая вышеизложенное, пожилым больным с ИБС необходимо рекомендовать психические и физические тренировки с учетом индивидуальных особенностей каждого конкретного пациента в совокупности с назначением энерготропных лекарственных препаратов.

0356 ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Ибатов А.Д.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить влияние гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) на прогноз больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: Обследовано 197 больных ИБС и АГ в возрасте от 36 до 75 лет (средний возраст $57,4 \pm 0,6$ лет), у всех пациентов была стенокардия напряжения II-IV ФК. Больным проведено общеклиническое обследование, ЭКГ, нагрузочные пробы, эхокардиография с выявлением ГЛЖ и типа ремоделирования левого желудочка. Больные наблюдались в течение $24,7 \pm 0,38$ месяцев. За период наблюдения учитывались следующие конечные точки: наступление инфаркта миокарда (фатального и нефатального), проведение хирургических методов реваскуляризации миокарда (чрезкожной транслюминальной баллонной ангиопластики, операции аорто-коронарного шунтирования). В связи с небольшим количеством произошедших событий анализировали также две суммарные точки, первая из них включала в себя все нефатальные сердечно-сосудистые события и вторая — все сердечно-сосудистые события (включая смертность от ИБС). Для изучения влияния на выживаемость и сердечно-сосудистые события различных факторов использовали метод Каплана-Мейера (расчет кумулятивной выживаемости), статистическую достоверность различий определяли по F-критерию Кокса.

Полученные результаты: В наблюдаемой выборке зарегистрировано 36 учитываемых исходов, из них 4 случая острого инфаркта миокарда (2 случая фатального инфаркта миокарда и 2 случая нефатального), 14 случаев хирургической реваскуляризации миокарда, 2 случая смерти от ИБС, 6 случаев смерти, не связанных с сердечно-сосудистой патологией (смертность «от других причин»), 8 случаев смерти от всех причин (общая смертность). Нефатальные сердечно-сосудистые события составили 34 случая и все сердечно-сосудистые события — 36 случаев.

У больных, имеющих гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ), отмечалась тенденция к повышению общей смертности ($p=0,167$), по сравнению с больными без ГЛЖ. У больных ИБС с эксцентрическим типом ГЛЖ, по сравнению с больными с концентрическим типом ГЛЖ, была выше общая смертность ($p=0,032$), больше инфарктов миокарда ($p=0,032$), у них отмечалась тенденция к увеличению количества всех учитываемых сердечно-сосудистых событий ($p=0,189$).

Выводы: таким образом, гипертрофия левого желудочка ухудшает прогноз больных с артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца, при этом эксцентрический тип ремоделирования левого желудочка оказался прогностически более неблагоприятным, чем концентрический.

0357 ПОКАЗАТЕЛИ УПРУГОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА β_1 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ивакин В.Е., Князева Л.И., Степченко М.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы: изучение взаимосвязи между параметрами упругости сосудистой стенки и содержание трансформирующего фактора роста β_1 (ТФР- β_1) в сыворотке крови больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 68 больных АГ I-II ст., 1-3 ст., 1-3 ст. риска; из них 40 женщин и 28 мужчин в возрасте $48,6 \pm 3,5$ лет. В исследование не включали больных со вторичными формами хронической АГ. Группу контроля составили 24 клинически здоровых доноров. Уровень ТФР- β_1 определяли иммуноферментным методом (США). Оценку упруго-эластических свойств сосудистой стенки проводили с помощью суточного монитора АД компании «Петр Телегин» (Россия).

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием прикладного набора статистических программ «Statistica».

Результаты и их обсуждение. У больных АГ в сравнении с контролем определено повышение в сыворотке крови концентрации ТФР- β_1 ($86,7 \pm 6,2$ пг/мл, $p<0,01$), при этом у больных АГ 3 ст. уровень ТФР- β_1 был выше ($109,4 \pm 4,6$ пг/мл, $p<0,01$) в сравнении с его концентрацией при АГ 1 ст. ($71,2 \pm 4,3$ пг/мл,

$p<0,01$). При оценке упруго-эластических свойств сосудистой стенки у обследованных больных АГ определено достоверное снижение времени распространения пульсовой волны (РТТ) на 30% в сравнении с контролем ($164,8 \pm 3,8$ мс), при АГ 3 ст. РТТ превышал контрольные значения на 39% ($p<0,01$). Максимальная скорость нарастания АД (dP/dt)_{max}, отражающая нагрузку на стенки сосудов во время прохождения пульсовой волны, была снижена в 1,74 раза ($p<0,01$), при АГ 3 ст. — в 1,92 раза ($p<0,01$). Индекс ригидности (ASI) превышал контрольные значения у больных АГ 1 ст. на 15%, при 3 ст. АГ — на 48% ($p<0,01$). Индекс аугментации (A/x) также был увеличен у больных АГ (в 3,2 раза) по сравнению с контрольными показателями ($38,9 \pm 0,8\%$, $p<0,01$). В группе больных с АГ 3 ст. A/x был в 4,5 раза выше по сравнению с контролем. Данные изменения свидетельствуют о снижении упруго-эластических свойств артерий больных АГ. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), являющейся критерием жесткости сосудистой стенки, выявило следующие данные: СРПВ у больных АГ на 20% превышала контрольный уровень ($139,8 \pm 1,3$ см/с), при АГ 3 ст. — на 37% ($0,01$).

Таким образом, установлена большая жесткость сосудистой стенки у больных АГ в сравнении с контролем, прогрессирующая с тяжестью АГ. Определена прямая достоверная корреляционная связь между СРПВ и уровнем ТФР- β_1 ($r=0,73$, $p<0,01$); ASI и ТФР- β_1 ($r=0,61$, $p<0,01$); A/x и ТФР- β_1 ($r=0,49$, $p<0,01$). Обратная зависимость установлена между РТТ и ТФР- β_1 ($r=0,41$, $p<0,01$). Полученные данные косвенно подтверждают роль ТФР- β_1 в формировании нарушений механических свойств сосудистого русла у больных АГ.

0358 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Иванова Н.В., Пушкарева К.Р.

ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Росздрава», краевой госпиталь ветеранов войн, Краснодар, Россия

Цель: изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у больных гипертензивной болезнью (ГБ) в пожилом и старческом возрасте.

Материал и методы. Было проведено суточное мониторирование АД (СМАД) больным ГБ в первые 3 суток после поступления в стационар. СМАД проводилось с помощью монитора МПДП-НС-02 с использованием осциллометрической программы «Комплекс суточного мониторирования — СМАД, 2005, Lyte, версия 2,5 (С ООО «ДМС Передовые технологии»).

Результаты исследования. СМАД проведено 68 пациентам ГБ, женщин в этой группе было 44, средний возраст — $75,8 \pm 1,02$ лет, мужчин — 24, средний возраст — $71,3 \pm 4,84$ лет. У 40 женщин ГБ сопровождалась наличием ишемической болезни сердца (ИБС), в том числе у 14 в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда (ПИМ), у 12 наблюдалась фибрилляция предсердий (ФП). Из сопутствующих заболеваний следует отметить дисциркуляторную энцефалопатию (ДЭП) в 68,2%, сахарный диабет в 27,3% и узловой зоб с эутиреозом в 36,4% случаев. У мужчин ИБС встречалась реже (в 14 из 24 случаев), но ПИМ отмечался с большей частотой — в 41,7% случаев. ДЭП и сахарный диабет регистрировались в меньшем проценте случаев (в 50,0% и 16,7% соответственно). Длительность ГБ в среднем составила $18,6 \pm 2,05$ лет. Все пациенты при поступлении в стационар получали антигипертензивную терапию: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — в 82,4% случаев, β -адреноблокаторы — в 64,7%, мочегонные — в 58,8%, блокаторы кальциевых каналов — в 52,9%, антагонисты ангиотензина II — в 35,3% и агонисты имидазолиновых рецепторов — в 17,6% случаев.

Проведенное СМАД выявило следующую картину. У женщин физиологический тип изменений ночного АД («dippers») отмечен у 16 человек (36,4%), в том числе с резким подъемом АД

в 6 час (у 2) и в 8 час (у 6 пациенток). Чрезмерное снижение ночного АД ("over-dippers") было у 14 больных (31,8%), устойчивое повышение ночного АД ("night peakers") зарегистрировано у 8 женщин (18,2%) и недостаточное снижение ночного АД ("non-dippers") у 6 (13,6%). У мужчин при регистрации СМАД имелись некоторые отличия — "dippers" отмечался в 50,0% случаев, в том числе в 25,0% с резким утренним подъемом АД в 8 час, "over-dippers" и "night peakers" выявлялись с одинаковой частотой — в 25,0 % случаев.

Выводы. 1. Физиологический тип изменений ночного АД отмечен у 50,0% мужчин и 36,4% женщин, страдающих ГБ и получающих комбинацию антигипертензивных средств.

2. Патологические типы суточного ритма АД зарегистрированы у 63,6% женщин и 50,0% мужчин с ГБ на фоне лечения.

Таким образом, мы считаем необходимым рекомендовать проведение СМАД всем поступающим в стационар больным, страдающим ГБ, несмотря на проводимую антигипертензивную терапию с целью коррекции лечения.

0359 ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ

Иванов А.П., Эльгардт И.А., Аня О.К.

Тверская медицинская академия, Тверской кардиологический диспансер, Тверь, Россия

Цель исследования: оценить значение холтеровского мониторинга (ХМ) и эхокардиографии (ЭхоКГ) при наблюдении за больными с имплантированными электрокардиостимуляторами.

Материалы и методы. Амбулаторно наблюдались 28 пациентов средней возраст 69,3±8,7 года. Поводом для имплантации ИВР были синкопальные состояния, причиной которых у 19 больных явилась АВ-блокада III ст., у 9 — синдром слабости синусового узла (СССУ) на фоне ИБС. 21 пациенту имплантированы ЭКС-500, 7 — двухкамерные стимуляторы в режиме DDD. У всех больных в сроки наблюдения 1-3 года (в среднем 1,1±0,7 лет) отмечалось ухудшение состояния: появилась одышка, нарастанием общей слабости, в 4 случаях вновь отмечены обмороки, а у 5 — приступы аритмий. При проведении, рентгенографии дислокаций электродов не выявлено. Всем обследованным проведено ХМ (мониторы Кардиотехника 4000 фирмы ИНКАРТ, С-Петербург) и ЭхоКГ в В-режиме по стандартной методике.

Результаты исследования. На фоне нормальной работы ЭКС у 18 пациентов (64,3%) обнаружены следующие нарушения: нарушение функции синхронизации — 12 (42,8%), переход в асинхронный режим генерации импульсов — 2 (7,2%). Кроме того, у 24 пациентов (85,7%) регистрировались различные нарушения ритма: желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) — у 19 (67,8%); у 2 — пароксизмальная АВ-узловая реципрокная тахикардия (7,1%); у 1 — конкуренция ритмов (3,6%) и у 1 возникла фибрилляция предсердий (3,6%). Нами отмечено, что у больных с изолированной желудочковой стимуляцией уровень эктопической активности оказался в 1,4 раза выше, чем при двухкамерной стимуляции. При ЭхоКГ у 12 случаях (42,8%) отмечено парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Еще в 2 случаях (7,2%) при динамическом наблюдении выявлена рестриктивная диастолическая дисфункция левого желудочка. Примечательно, что последние осложнения имели место только при желудочковой стимуляции. Необходимость повторных наблюдений кардиохирургов возникли только у 2 (7,2%) пациентов, которым проводилось перепрограммирование ЭКС с изменением частоты стимуляции или амплитуды стимулирующего импульса.

Выводы: Холтеровское мониторирование и эхокардиография являются эффективными способами наблюдения за больными с имплантированными кардиостимуляторами.

Выявление нарушений ритма, чаще сопровождают изолированную желудочковую электрокардиостимуляцию, для которой так же характерно развитие диастолической дисфункции левого желудочка и нарушений в синхронности его сокращений.

0360 ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Иванова Т.М., Шаробаро В.И.

ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной терапии, Смоленск, Россия

Цели исследования. Выявить личностные особенности больных, предшествующие развитию приступа нестабильной стенокардии, наиболее часто встречающиеся факторы риска развития ИБС и их связь с клиническими особенностями пациентов.

Материалы и методы. 20 пациентам (из них 6-ти женщинам), госпитализированным с приступом нестабильной стенокардии, проведено тестирование по опроснику смысловых ориентаций (2000 г.). Средний возраст обследуемых составил 58±7,15 лет. Ответы пациентов были направлены на отрезок времени последних 2-3-х лет, предшествующих настоящей госпитализации. Особое внимание мы уделяли выявлению факторов риска развития ИБС. Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. При анализе результатов тестирования были выбраны лица с высоко- и низкорасположенным профилем личности (группы 1 (n=4) и 2 (n=4) соответственно). При сравнении факторов риска развития ИБС у пациентов этих двух групп было выявлено, что среди лиц с высокими значениями шкал теста преобладали мужчины, которые имели ИМ в анамнезе иотягощенную наследственность по ССЗ. Неблагоприятные социально-экономические особенности жизни в более молодом возрасте (до 18 лет) — пассивное курение, избыточная масса тела, перекармливание, неудовлетворенность материальными и жилищными условиями, ощущение дискомфорта в домашней обстановке — чаще встречались у пациентов с низкими шкальными показателями. Все пациенты первой группы состояли в единственном браке; во второй группе имелись сведения о расторжении брака (n=1), смерти супруга (n=2) и повторном браке (n=1). Из особенностей образа жизни анкетируемых обращало на себя внимание более частое указание на сон менее 8 часов (бессонница при отсутствии дневного сна) в группе исследуемых с низкими шкальными показателями.

Выводы. Имеется связь между степенью выраженности личностных особенностей и ФР развития и прогрессирования ИБС у пациентов с НС.

0361 ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Иванова Т.М., Шаробаро В.И.

ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной терапии, Смоленск, Россия

Цель исследования. Выявить связь между ФР, триггерными факторами развития ИБС и особенностями самоактуализации личности у больных с НС.

Материалы и методы. 20 больным (из них 8-ми женщинам), госпитализированным по поводу НС, проведено тестирование по опроснику самоактуализации Л.Я. Гозмана (2000 г.). Средний возраст пациентов составил 57,9±8,87. Ответы тестируемых были направлены на отрезок времени последних 2-3-х лет, предшествующих настоящей госпитализации. Суждения теста, затрагивая глубинные, бытийные процессы человеческого существования, предлагали обследованному задуматься над вопросами о природе человека, своем месте в мире, мировоззрении, проблемах взаимодействия с окружающими и др. Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. При анализе результатов тестирования были выбраны лица с высоко- и низкорасположенными показателями по всем шкалам опросника (группа 1 (n=4) и 2 (n=4)

соответственно). У пациентов первой группы средний возраст составил $50 \pm 12,44$ лет, второй — $58,5 \pm 5,92$ лет. При анализе неблагоприятных особенностей жизни в более молодом возрасте выявлено, что начало приема алкоголя у больных с высокими шкальными показателями приходилось на возраст $18,6 \pm 2,1$ лет, с низкими — $20,25 \pm 3,7$ лет. Средний возраст привлечения к тяжелому физическому труду составил $13 \pm 1,73$ лет ($n=3$) и $15,51 \pm 4,66$ лет ($n=4$) в первой и второй группах соответственно. Среди лиц с высокими значениями шкал теста половина больных имели высшее образование, среди лиц с низкими шкальными величинами высшего образования не имел никто. Большинство пациентов первой группы ($n=3$) состояли в единственном браке, во второй группе — один человек состоял в единственном браке, один — в повторном и два человека явились овдовевшими. Неудовлетворенность материальными и жилищными условиями, сон менее 8 часов (бессонница при отсутствии дневного сна) чаще встречались в группе № 1. Потеря близкого человека чаще являлась наиболее вероятной причиной, спровоцировавшей настоящий приступ НС у пациентов с низкими шкальными показателями ($n=3$ и $n=1$ соответственно).

У всех исследуемых пациентов ($n=20$) значения по шкале «Поддержка» значительно превышали таковые по всем другим шкалам. Лица, имеющие высокий балл по этой шкале, относительно независимы в своих поступках, стремятся руководствоваться в жизни собственными целями, убеждениями, установками и принципами, что, однако, не означает враждебности к окружающим и конфронтации с групповыми нормами. Они свободны в выборе, не подвержены внешнему влиянию («изнутри направляемые» личности).

Выводы. ФР развития ИБС, триггеры развития приступа НС и особенности самоактуализации личности у больных с НС, очевидно, взаимосвязаны между собой.

0362 ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ИХ СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ, ЕЕ ФАКТОРАМИ РИСКА, ТРИГГЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Иванова Т.М., Шаробаро В.И.

ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной терапии, Смоленск, Россия

Цель исследования. Выявить связь между изменениями ценностных ориентаций (ЦО) пациентов с ИБС и их связь с клиническими особенностями, триггерными факторами развития приступа НС.

Материалы и методы. 20 больным (из них 7-ми женщинам), госпитализированным по поводу НС, проведено тестирование по опроснику Г.Е. Леевик для определения целей жизни испытуемых и средств достижения этих целей. Средний возраст обследованных больных составил $57,2 \pm 8,1$ лет. Ответы пациентов были направлены на отрезок времени последних 2-3-х лет, предшествующих настоящему приступу НС. Математическую обработку результатов тестирования осуществили при помощи программного приложения Statistica 6,0 for Windows 2003.

Результаты исследования. При анализе результатов тестирования были выбраны лица с высоко- и низкорасположенными показателями по каждой из шкал опросника, и проведен анализ клинических особенностей, триггерных факторов развития НС и факторов риска возникновения ИБС.

Пациенты с высокими величинами ЦО на труд были старше по возрасту в среднем на 13 лет, начало развития ИБС у них было позже по сравнению с лицами, имеющими низкие шкальные показатели. У больных с низкими ЦО на труд в 2 раза чаще встречалось ожирение, переедание в возрасте до 18 лет. Начало употребления алкоголя приходилось на более поздний возраст; триггерными факторами НС чаще являлись физическое перенапряжение и (или) потеря близкого человека.

Лица с низкими оценками по шкале «ЦО на общение» были более молодыми, ИБС развивалась позже; у них чаще встречались психоэмоциональные стрессы, употребление алкоголя и более благополучное семейное положение по сравнению с противоположной группой, в которой чаще была отягощена наследственность по ССЗ и возраст начала приема алкоголя оказался более ранним.

Пациенты с низкими шкальными показателями на ОПД оказались достоверно моложе с более ранним началом у них ИБС. Больные чаще предъявляли жалобы на бессонницу, у них оказалась отягощена наследственность по ССЗ. Гиподинамия и ИМ в анамнезе достоверно чаще встречались у лиц с высокими показателями по этой шкале, они же стали раньше употреблять алкоголь и привлекаться к тяжелому физическому труду.

Больные с высокой ориентацией на материальные ценности оказались моложе, начало развития ИБС у них отмечалось позже, они раньше привлекались к тяжелому физическому труду в детстве и чаще отмечали напряженные психоэмоциональные отношения со сверстниками. Лица с низкими показателями по этой шкале чаще имели высшее образование.

Наиболее низкие показатели по шкале «ЦО на развитие нравственных качеств» выявлены у более молодых больных. В этой группе чаще встречались избыточная масса тела, пассивное курение и переедание в детстве, ранний возраст начала употребления алкоголя и привлечения к тяжелому физическому труду.

Высокие величины ЦО на развитие деловых качеств встречались у пациентов более старшего возраста с отягощенной наследственностью по ССЗ и имеющих высшее образование; низкие — у лиц, больше подверженных физическому перенапряжению, являвшихся в детстве пассивными курильщиками и имеющих в настоящее время более благополучное семейное положение.

Пациенты с низкими показателями на развитие волевых качеств раньше начали страдать ИБС, чаще переносили ранее ИМ, подвергались хроническому психоэмоциональному стрессу и имели проблемы на работе, но имели более благополучное семейное положение. Лица с высокими шкальными показателями чаще являлись активными курильщиками и раньше начали подвергаться тяжелому физическому напряжению в детстве.

Лица, имевшие напряженные отношения со сверстниками в детстве, симптомы ИБС в более раннем возрасте, активные курильщики, подверженные постоянному психоэмоциональному стрессу, недавно потерявшие близкого человека имели более высокие оценки ЦО на развитие моральных качеств. Противоположную группу составили пациенты с высшим образованием, ведущие малоподвижный образ жизни.

Выводы. Имеются клинические особенности течения ИБС и различные триггерные факторы развития приступа НС у пациентов с различными личностными особенностями.

0363 ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИБС, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ, И ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ ПРИСТУПА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Иванова Т.М., Шаробаро В.И.

ГОУ ВПО СГМА, кафедра госпитальной терапии, Смоленск, Россия

Цель исследования. Выявить факторы риска (ФР) возникновения ИБС, встречающиеся в молодом возрасте, и триггеры развития приступа НС.

Материалы и методы. Исследованы клинические особенности заболевания у 30 пациентов, госпитализированных в КБСМП по поводу ОКС (11 женщин (36,7%) и 19 мужчин (63,3%) в возрасте $58,04 \pm 8,73$ лет), у которых впоследствии диагностирована НС. Особое внимание уделяли детализированному выявлению ФР развития ИБС, имевшим место в жизни больных в более молодом возрасте (до 18 лет). Пациентов тщательно спрашивали об их собственной жизни до совершеннолетия и социально-экономических условиях их жизни указанного возрастного периода. Обращали отдельное внимание на триггерные факторы развития настоящего приступа НС и его продромальный период.

Результаты исследования. Наследственность оказалась отягощена у половины больных: смерть матери от ССЗ в возрасте до 55 лет выявлена у 1 (3,3%) пациента; у 15 (50%) — ближайшие родственники имели ССЗ в возрасте старше 55 лет; у 15 (50%) наследственность по ССЗ не отягощена.

При опросе выявлены следующие особенности больных, имеющих место в жизни пациентов до 18 лет. 5 (16,7%) пациентов в детстве имели избыточную массу тела; 16 (53,3%) — являлись пассивными

курильщиками; 5 (16,7%) отмечали систематическое злоупотребление соленой, жирной и жареной пищей; у 11 (36,7%) — основная масса потребляемой пищи приходилась на вечер, имело место переедание; средний возраст начала употребления алкоголя среди лиц, участвующих в анкетировании составил $19,8 \pm 3,5$ лет; 15 (50%) не были удовлетворены материальными, а 10 (33,3%) и жилищными условиями; 3 (10%) пациента вели малоподвижный образ жизни; 22 (73,3%) — всегда торопились, быстро передвигались, быстро ели; 19 (63,3%) — подвергались постоянному тяжелому физическому напряжению в среднем с $13 \pm 2,4$ лет; 17 (56,7%) — в детстве часто переносили ОРВИ; 6 (20%) периодически ощущали дискомфорт в домашней обстановке; 6 (20%) постоянно и 2 (6,7%) периодически испытывали напряженные психоэмоциональные отношения со сверстниками, старшими; у 2 (6,7%) пациентов имело место повышение АД в возрасте до 18 лет, в среднем с $14,5 \pm 0,7$ лет.

Последнему обострению предшествовали следующие симптомы: изменение настроения отмечали 13 пациентов (43,3%), нарушение сна — 22 (73,3%), общую слабость — 10 (33,3%), головные боли, боли в области спины — 15 (50%), симптомы вегетативной дисфункции (сухость во рту, тремор, потливость) — 13 (43,3%), изменение аппетита — 9 (30%), дискомфорт в животе — 2 (6,7%), проявление ринита — 5 (16,7%).

Из наиболее вероятных причин, спровоцировавших последний приступ, явившийся причиной настоящей госпитализации, больные отмечали: изменение уровня физической активности — 20 (66,7%) пациентов; изменение метеорологических условий — 14 (46,7%); подъем АД, хроническое беспокойство и депрессию — по 11 (36,7) человек; геомагнитные дни и потерю близкого человека — по 9 (30%) больных; более холодную погоду, несоответствие вознаграждения интенсивности работы, продолжение работы при плохом самочувствии — по 7 (23,3%) пациентов; проблемы у детей, разочарование, связанное с несбывшимися ожиданиями — по 6 (20%) человек; монотонный однообразный труд — 5 (16,7%). Несколько реже анкетиремые отмечали проблемы с ВДП (перенесли ОРВИ), острое понижение настроения 4 (13,3%) и употребление пищи по — 4 (13,3%) больных; потребление большого количества алкоголя — 3 (10%); ожидание отпуска, высокое напряжение, связанное с установленным конечным сроком выполнения задачи, неудачи в личной жизни — по 2 (6%) пациента; переезд, отсутствие отпуска более года, приближение праздника, предстоящее путешествие, необходимость куда-то лететь в самолете, ненамеренную потерю работы, недавнее увольнение — по одному (3%) больному.

Выводы. Некоторые общепринятые ФР возникновения ИБС присутствовали у больных до 18 лет их жизни. Продромальный период выявлен у 27 (90%) пациентов. У большинства протестированных лиц был типичный ангинозный статус, спровоцированный самыми разнообразными триггерными факторами. Большинство больных — 24 (80%) — имели одновременно сочетание более трех триггерных факторов; один, два и три таких фактора имели по 2 (6,7%) пациента соответственно.

0364 СИМВАСТАТИН И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛИПИДЕМИИ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

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

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: Изучить эффективность и безопасность совместного применения урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) и симvastатина в лечении дислипидемии и неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Обследовано 40 пациентов с МС (27 мужчин, средний возраст 48 ± 13 лет; ИМТ $= 33,6 \pm 5,2$ кг/м²; обхват талии $113,2 \pm 11,1$ см) с подтвержденным клинико-лабораторными, ультразвуковыми данными наличием НАЖБП и лабораторно доказанной дислипидемией. Неалкогольный стеатогепатит (НАСГ) выявлен у 18 пациентов на основании повышенного уровня АСТ, АЛТ, у части больных с НАСГ (n=10) диагноз верифицирован морфологически по результатам биопсии печени. Все пациенты получали УДХК в дозе 15 мг/кг/д и симvastатин 20 мг/д. в течение 6 мес

Результаты: На фоне лечения через 6 мес в группе НАСГ уровень АСТ снизился с $87,2 \pm 46,5$ до $35,1 \pm 15,3$ МЕ/л, АЛТ с $77,9 \pm 34,4$ до $33,9 \pm 16,3$ МЕ/л (p<0,0003). Через 4 недели не было зафиксировано ни одного случая увеличения уровня АСТ, АЛТ при совместной терапии симvastатином и УДХК. 94,5% пациента (n=17) с НАСГ достигли нормализации уровня сывороточных трансаминаз. У всех 40 пациентов с МС снизился уровень ОХ с $232,1 \pm 48,7$ до $170,2 \pm 23,3$ мг/дл, триглицеридов с $263,7 \pm 121,6$ до $160,3 \pm 49,4$ мг/дл, ЛПНП с $130,9 \pm 49,7$ до $82,8 \pm 23,7$ мг/дл, уровень ЛПВП увеличился с $40,9 \pm 14,1$ до $48,2 \pm 11,7$ мг/дл в конце исследования (p<0,000006).

Выводы: Значимое снижение уровня сывороточных трансаминаз и улучшение показателей липидного спектра было достигнуто при совместном применении симvastатина и УДХК у больных с МС и НАЖБП. Эти результаты указывают, на эффективность и безопасность комбинации симvastатина и УДХК при лечении дислипидемии и НАЖБП у больных с МС. Таким образом, статины и УДХК могут быть рекомендованы при НАЖБП и МС в отсутствии противопоказаний при регулярном контроле уровня сывороточных трансаминаз во время лечения.

0365 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

Ивашова С.С.

МУ «Городская поликлиника», Нижневартовск, Россия

Цель исследования: изучить особенности структуры, распространенности и возможности коррекции факторов риска (ФР) неинфекционных заболеваний (НЗ) в неорганизованной популяции (НП) северного города, сформированной при дополнительной диспансеризации (ДД) в ходе реализации ПНП «Здоровье».

Задачи. 1. Охарактеризовать структуру, распространенность и динамику основных ФР в НП работающих в условиях Севера и дать оценку фактического питания в зависимости от пола, возраста, социально-экономического статуса и наличия ФР. 2. Выделить приоритеты первичной медицинской профилактической помощи по коррекции фактического питания НП работающих в условиях Севера.

Материалы и методы. Обследованы 1000 работающих, относящихся к I (здоровые лица) и II (лица, имеющие ФР) диспансерным группам. Из них 648 (64%) женщин (ж) и 352 (36%) мужчин (м), из которых 536 (53%) в возрасте от 20 до 30 лет, 373 (37%) — от 30 до 40 лет, 91 (10%) — от 40 до 45 лет. Всем проведены: общеклиническое обследование, включая измерение АД, роста, веса, определение ИМТ, биохимический анализ крови (глюкоза крови натощак, общий холестерин), ЭКГ, анкетирование по выявлению ФР по программе CINDI, уровня стресса по вопроснику Reeder L.G., тревоги и депрессии по госпитальной шкале HADS (Zigmond A.S., Snaith P.P., 1983 г.), оценка качества жизни по опроснику SF-36 (Ware J.E., et al., 1992 г.) и фактического питания (институт питания РАМН).

Результаты. Выявлены наиболее распространенные ФР: курение — 68% человек (м — 58%, ж — 52%), избыточная масса тела (ИМТ 25–30) — 32% (м — 28%, ж — 72%), ожирение (ИМТ > 30) — 7% (м — 20%, ж — 80%), гиперхолестеринемия — 31% (м — 27%, ж — 73%), низкая физическая активность (ФА) — 56% (м — 36%, ж — 64%), низкое потребление фруктов и овощей (<400 г/день) — 49% (м — 48%, ж — 52%), высокое потребление чистого алкоголя в день (>20 г/день) — 16% (м — 68%, ж — 32%). Высокие уровни стресса — 42% (м — 36%, ж — 64%), тревоги — 53% (м — 29%, ж — 71%), депрессии — 18% (м — 21%, ж — 79%), энергетическая суточная потребность не соответствовала интенсивности ФА — 46% (м — 39%, ж — 61%), отсутствие сбалансированности питания — 74% (м — 54%, ж — 56%). Сочетание более трех ФР имели 42% (м — 42%, ж — 58%).

Выводы. Распространенность основных ФР среди здоровых лиц достаточно высокая. Наиболее частое сочетание избыточной ИМТ, низкой ФА и не соответствие энергетических потребностям пропорционально несбалансированности питания в условиях Севера, и наоборот. Коррекция фактического питания требует изменения образа жизни, исключения ФР и изменения пищевых привычек.

0366 ПРЕССОРНЫЕ ФАКТОРЫ И СУТОЧНЫЕ ПРОФИЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Игонин В.А., Глотов Д.А., Стажковский А.Н., Лиферов Р.А., Фисун А.Я.
ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Вишневого МО РФ», Красногорск, Россия.

Целью настоящего исследования явилось изучение активности ренина плазмы (АРП), концентрации альдостерона плазмы (КАП), показателей суточного мониторирования АД (СМАД) и суточных профилей АД (СПАД) у больных с артериальной гипертонией на рабочем месте (стресс-индуцированной артериальной гипертонией — СИАГ), условия профессиональной деятельности которых признаны опасными.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 32 больных СИАГ с низким риском (I группа), 67 больных СИАГ со средним риском (II группа), 118 больных СИАГ с высоким риском (III группа), 94 больных СИАГ с очень высоким риском (группа IV), а также 20 лиц контрольной группы, у которых АД не превышало нормальных величин.

Результаты исследования. Показано, что у больных с СИАГ в группе I и в группе II отмечено преимущественное повышение АРП при нормальных показателях КАП. У больных с СИАГ в группе III и в группе IV достоверное повышение АРП было сопряжено со снижением КАП, при ПТБ, в большинстве наблюдений, повышение КАП сочеталось со снижением АРП.

При проведении корреляционных сопоставлений у больных с СИАГ выявлены взаимосвязи между выраженностью разностороннего «прессорного сдвига» и степенью повышения общей, реактивной и личностной тревожности, выраженностью и длительностью гипертензивного синдрома, величинами гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и величиной суточной протеинурии (СП). Кроме того, у больных с СИАГ и «прессорным сдвигом» отмечено изменение показателей СМАД характеризующих «нагрузку давлением».

Наиболее значимыми при этом являлись показатели средне-суточного индекса времени систолического АД (САД) и средне-суточного индекса времени диастолического АД (ДАД), средне-суточного индекса площади САД и ДАД, а также суточного индекса САД.

Вне зависимости от направленности «прессорного сдвига» происходило и увеличение доли лиц с прогностически неблагоприятными СПАД — non-dippers, over-dippers, night-peakers.

Выводы. У больных с СИАГ, имеющих опасные профессии, формируются закономерные изменения прессорных факторов, участвующих в сердечно-сосудистом ремоделировании, их выраженность напрямую зависит от категории стратифицированного риска, показателей тревожности, определяет варианты СПАД, степень ГЛЖ и СП.

0367 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Иевлева Г.И., Биктимирова Д.М., Буяк М.А., Киклевич А.В., Тесля Е.Ф.
ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН, Надым, Россия

В настоящее время помимо традиционных факторов риска сердечно-сосудистых осложнений у больных артериальной гипертонией (АГ) интенсивно изучаются другие лабораторные маркеры, определяющие прогноз АГ. Одним из таких маркеров является алиментарно-зависимый фактор гомоцистеин (ГЦ). Предпосылками для изучения роли ГЦ в прогрессировании «северной» АГ послужили данные о раннем развитии сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ и наличии дисбаланса витаминов (снижены уровни потребления фолиевой кислоты, тиамина, пиридоксина) у жителей Крайнего Севера.

Целью исследования являлось изучение уровня ГЦ у больных АГ во взаимосвязи с другими факторами риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

Методы исследования. Обследовано 90 человек (43 женщины и 47 мужчин), страдающих АГ 2 — 3 степени, среднего и высокого риска (ВНОК, 2008). Средний возраст пациентов — 50,8±6,2 года, средняя продолжительность заболевания — 10,0±7,4 года, длительность проживания на Крайнем Севере — 27,0±8,1 года. Содержание ГЦ определялось в сыворотке крови, взятой утром натощак при условии предварительного (за сутки) исключения богатой белками пищи, методом иммуноферментного анализа («Axis-Shield», Норвегия).

Результаты. Концентрация ГЦ в сыворотке крови у больных АГ составила 11,9±6,4 мкмоль/л (у мужчин — 12,1±7,2 и у женщин 11,8±4,9 мкмоль/л, $p>0,05$). При этом 21% больных АГ имели уровень ГЦ, превышающий критические значения. Во всех этих случаях гипергомоцистеинемия (гГЦ) определялась как умеренная. Сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей больных АГ с гГЦ и с нормальным уровнем ГЦ подтвердил неблагоприятное влияние избытка ГЦ на механизмы, участвующие в регуляции сосудистого тонуса. Так, у больных АГ с гГЦ эндотелий-зависимая вазодилатация была в два раза ниже, чем у больных АГ с нормальным уровнем ГЦ ($p<0,01$). Нами выявлены высокодостоверные зависимости между уровнем ГЦ и нарушениями эндотелиальной функции ($r_s=0,3$, $p<0,001$), микроциркуляции ($r_s=0,4$ при $p<0,01$). Нами установлено, что в группе больных АГ с умеренной гГЦ достоверно чаще регистрировались «липидные» факторы риска, абдоминальное ожирение (у женщин) и повышенные значения глюкозы плазмы натощак. Умеренно повышенный уровень ГЦ в сыворотке крови ассоциировался с более частым поражением сосудов — в 78% случаев против 30% случаев у больных АГ с нормальным уровнем ГЦ. Поражение других органов мишеней (почки, гипертрофия левого желудочка) были высоки в обеих сравниваемых группах и не различались по частоте выявления.

Выводы. Полученные в исследовании результаты демонстрируют возможные пути контроля риска сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ, проживающих в условиях высоких широт. Однако для решения вопроса эффективности снижения уровня ГЦ с целью предотвращения прогрессирования «северной» АГ необходимы дальнейшие исследования.

0368 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И АПОПТОЗ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ильин М.В., Хрусталева О.А., Романов В.А.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель: Исследовать показатели кислородзависимого метаболизма, продукции оксида азота, апоптоза нейтрофилов и состояния системы антиоксидантной защиты плазмы крови при некоторых ревматических заболеваниях, осложненных развитием хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы: Обследовано 245 пациентов, страдающих системными заболеваниями соединительной ткани, осложненными ХСН, в том числе 50 больных системной красной волчанкой (СКВ), 32 пациента с системной склеродермией (ССД), 82 пациента с анкилозирующим спондилитом (АС) и 81 больной с ревматической болезнью сердца (РБС). Контрольную группу составили 25 относительно здоровых добровольцев. Выделение нейтрофилов проводили путем центрифугирования на двойном градиенте плотности фикола-урографина. Состояние кислородзависимого метаболизма нейтрофилов исследовали хемилюминесцентным методом, используя в качестве индукторов хемилюминесценции люминол (иХЛл) и люцигенин (иХЛлн). О потенциале системы антиоксидантной защиты судили по результатам хемилюминесценции плазмы крови, индуцированной перекисью водорода. Суммарное содержание стабильных метаболитов оксида азота в среде инкубации нейтрофилов определяли спектрофотометрическим методом с использованием реактива Грисса. Для изучения уровня экспрессии проапоптозного

гомолога семейства bcl-2 как нейтрофилами применяли стрептавидин-биотинный метод.

Результаты: У больных ревматическими заболеваниями, осложненными развитием хронической сердечной недостаточности, наблюдается снижение уровня экспрессии антигена как нейтрофилами, свидетельствующее об уменьшении склонности клеток к спонтанному апоптозу, которое в большей степени характерно для ССД. Фактором, объединяющим изучаемые заболевания, является снижение производства оксида азота нейтрофилами, наиболее выраженное при СКВ. В сравнительном аспекте для изучаемых заболеваний характерна разнонаправленность изменений показателей кислородзависимого метаболизма нейтрофилов. Наиболее высокий уровень продукции активных форм кислорода характерен для пациентов, страдающих АС. В этой группе отмечено максимальное повышение синтеза супероксид-аниона нейтрофилами, сопровождающееся ростом резерва его производства, по данным иХЛлн, и увеличением антиоксидантного потенциала плазмы крови, что, вероятно, ассоциировано с высоким уровнем окислительного стресса нейтрофилов. Наиболее значительное, в сравнении с контрольными результатами, увеличение резервного потенциала (иХЛлн) демонстрируют нейтрофилы, выделенные у больных ССД. Минимальные резервные возможности клеток наблюдаются в группе больных АС. Наиболее низкий резерв производства нейтрофилами супероксидного анион-радикала характерен для больных ССД.

Выводы: При системных заболеваниях соединительной ткани, осложненных развитием хронической сердечной недостаточности, наблюдается снижение уровня спонтанного апоптоза нейтрофилов, сопровождающееся уменьшением синтеза оксида азота, значительным ростом образования активных форм кислорода и разнонаправленным изменением показателей резервных возможностей клеток.

0369 ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Ильямакова Н.А. Горбунов В.В.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: изучение показателей вариабельности ритма сердца у пациентов с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) в зависимости от преобладания тонуса вегетативной нервной системы.

Материалы и методы: Было обследовано 54 мужчин (средний возраст $24,4 \pm 2,45$ года), больных НЦД. Диагноз выставлялся на основании диагностических признаков по В.И. Маколкину и С.А. Аббакумову, 1996. Пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ посредством кардиомонитора Astrocord® Holter System-2F. Для оценки вегетативного баланса рассчитывали временные и спектральные показатели вариабельности ритма сердца. На основании данных анкетирования по Вейну, показателей вариабельности ритма сердца больные НЦД были разделены на две группы: в первую вошли пациенты с преобладанием тонуса симпатической нервной системы 23 человек (средний возраст $24,5 \pm 5,1$ года), вторую составили 21 человек (средний возраст $23,1 \pm 4,54$ года) с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы. Контрольная группа — 20 здоровых мужчин (средний возраст $23 \pm 3,9$ года). Полученные результаты обработаны с помощью статистической программы Statistica 6.

Результаты: При анализе временных показателей установлено, что SDNN достоверно снижен во второй группе больных НЦД по сравнению с контрольной группой на 3,6% ($p < 0,05$). Данный показатель в группе исследуемых с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы на 2,1% ниже, чем в контроле. При анализе SDANN выявлено достоверное снижение показателя во второй и первой группах больных с НЦД на 4,06% и 4,08% по сравнению с контролем соответственно ($p < 0,05$). Выявлено достоверное повы-

шение рNN50 в группе больных с преобладанием тонуса парасимпатической нервной системы, по сравнению с пациентами первой группы на 8,6% ($p < 0,05$). Среди спектральных показателей выявлены следующие изменения. Показатель ULF в обеих группах больных НЦД достоверно не отличался, но был достоверно ниже на 3,75% в первой группе и на 3,84% во второй группе по сравнению с контролем ($p < 0,05$). В группе больных с преобладанием тонуса симпатической нервной системы зафиксирован наиболее высокий уровень LF: он на 3,15% и 1,44% статистически незначимо превышает значение, выявленного во второй группе больных и контрольной группе, соответственно. У пациентов первой группы отмечалось достоверное снижение уровня HF на 5,89% по сравнению с контролем ($p < 0,05$). У исследуемых с преобладанием тонуса симпатической нервной системы значение показателя LF/HF на 27,34% и 36,7% достоверно выше уровня зафиксированного у пациентов второй и контрольной групп, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: В группе больных НЦД с преобладанием тонуса симпатической нервной системы выявлены изменения показателей вариабельности ритма сердца, свидетельствующие о снижении активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и повышении тонуса симпатической нервной системы. У исследуемых с НЦД второй группы выявлено снижение показателей, свидетельствующих об общей активности ВНС (SDNN, SDANN), среди остальных показателей достоверного отличия от контрольной группы не выявлено.

0370 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Инарокова А.М., Кодзоев З.М., Анзорова З.А., Сакиева Д.Н., Екажеева М.Я., Дидигова Р.Т.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель работы: изучение взаимосвязи динамики ритма сердца с эпизодами ишемии и вариабельности ритма сердца (ВСР) в 3-х группах водителей автотранспорта. Подбор терапии с максимальным эффектом под контролем холтеровского мониторирования, не влияющей на концентрацию внимания.

Материалы и методы. В исследование вошли 543 профессиональных водителей автотранспорта (ВА) в возрасте от 24 до 58 лет (средний возраст составил 41 год), с диагнозом стабильная стенокардия напряжения 1-2 функциональный класс, подтвержденный велоэргометрическим тестом. Учитывая специфичность профессиональной группы приоритеты в фармакотерапии были отданы препаратам с пролонгированным, селективным эффектами и минимальным влиянием на концентрацию внимания. Это дилтиазем ретард — антагонист кальция пролонгированного действия и небиволол — селективный β -адреноблокатор.

Холтеровское мониторирование проводилось на системе «Кардиотехника 4000» в выходной день, во время вождения и после 15 дней от начала лечения. Запись считалась достоверной при наличии не более 10 % помех. В первую группу вошли ВА, у которых в свободные от вождения сутки зарегистрированы эпизоды ишемии с фиксированной ЧСС. Показатели временного и спектрального анализов указывали при этом на четкое повышение симпатической и снижение парасимпатической активности. Во вторую группу вошли ВА, у которых эпизоды ишемии наблюдались только во время вождения, а суточные колебания ЧСС при возникновении депрессии сегмента S-T составили от 12 до 18 ударов, т.е. пороговая ЧСС не являлась фиксированной к эпизодам ишемии. Третью группу составили ВА без эпизодов ишемии, но сниженными параметрами ВСР.

Результаты. Через 15 дней от начала терапии в первой группе эпизоды ишемии зарегистрированы у 32%, во второй группе с вариабельным порогом ишемии у 44%, и отмечалось восстановление показателей ВСР временной области. Из показателей ВСР временной области наиболее чувствительным оказался gMSSD, при

снижении которого снижались показатели спектральной области LF и HF отражающие влияние вегетативной регуляции на сердце.

Выводы: 1. Холтеровское мониторирование — наиболее приемлемый метод в дифференциальной диагностике ИБС. 2. Повышенная концентрация внимания ВА является провоцирующим фактором в развитии приступов ишемии в период вождения и, по-видимому, обусловленными вазоспастическим компонентом. 3. Эпизоды ишемии у ВА в период вождения в большинстве случаев обусловлены повышением симпатических и парасимпатических влияний на миокард. 4. Дифференциальный подход к лечению на ранних стадиях развития ИБС — залог успешного лечения и сохранения трудоспособности пациентов, а также безопасности дорожного движения.

0371 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Инарокова А.М., Оракова Ф.Х., Анзорова З.А., Сакиева Д.Н., Екажеева М.Я., Дидигова Р.Т.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение показателей среднесуточного мониторирования артериального давления (АД) в группах больных пожилого и среднего возраста с артериальной гипертензией, выявление вариабельности артериального давления.

Материалы и методы. В работе использованы результаты обследования лиц пожилого возраста — 60–80 лет, среди которых 23 женщины (средний возраст 68,06±4,7 года) и 22 мужчины (средний возраст 68,12±4,7 года) с АГ I–II стадии, высокого риска (1-я группа). 2-ю группу составили лица среднего возраста — 20 женщин (средний возраст 52,5±3,3 года) и 21 мужчина (средний возраст 50,8±4,8 года), сопоставимые по степени АГ с 1-й группой. Исключались больные с симптоматическими и злокачественной формами АГ, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения и инфаркт миокарда, с аортальным стенозом, хронической недостаточностью кровообращения III–IV ФК, нарушениями сердечного ритма, сахарным диабетом, тремором верхних конечностей, психическими заболеваниями. Использовалось 24-часовое мониторирование АД и частоты пульса с измерением АД в дневное время с интервалом 15 мин и в ночное время — 30 мин. Определялось среднесуточные и средненочные значения систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), пульсовое АД (ПАД), вариабельность систолического АД (ВСАД), вариабельность диастолического АД (ВДАД), вариабельность пульсового АД (ВПАД), вариабельность частоты сердечных сокращений (ВЧСС).

Результаты. При сравнении показателей САД больных АГ обеих групп выявлено более выраженное повышение САД в дневное время у пожилых. Эти изменения достоверны в группе мужчин, САД у пожилых 153,4±8,7 мм рт.ст., соответственно в группе среднего возраста — 145,3±6,8 мм рт.ст. При оценке параметров ДАД достоверных различий не выявилось. В ночной период САД повышалось по мере увеличения возраста больных в группах. У больных среднего возраста количественное выражение было достоверно меньше, чем у больных старше 60 лет. В 1-й группе САД у женщин составляло 151,75±12,5 мм рт.ст., 2-й группы — 139,2±17,4 мм рт.ст. В 1-й группе САД у мужчин составляло 149,4±12,6 мм рт.ст., во 2-й — 135,4±8,02 мм рт.ст. Средние дневное, ночное и суточное ПАД у больных пожилого возраста были достоверно выше, чем у лиц среднего возраста. С увеличением возраста нарастала разница между систолической и диастолической АГ как днем, так и ночью. В группе мужчин пожилого возраста выявлено достоверное увеличение вариабельности САД и ДАД в дневное время, в группе женщин достоверных различий не выявлено.

Выводы. Исследование показало, что для пожилых характерно увеличение среднесуточных, средненочных САД, среднесуточного ПАД, что является неблагоприятным предиктором сердечно-сосудистых осложнений; повышение вариабельности АД у лиц пожилого возраста, по сравнению с пациентами среднего возраста, что может привести к поражению органов-мишеней.

0372 ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА АССОЦИИРУЕТСЯ С ОКИСЛИТЕЛЬНОМ СТРЕССОМ, НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Исикова Х.В., Виллевадьде С.В., Гудалис Н.И., Кобалава Ж.Д.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: Пациенты с сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) характеризуются выраженностью неспецифического воспалительного компонента. Цель исследования — выявить связь между уровнем гликемии, липидным профилем и маркерами окислительного стресса с выраженностью маркеров неспецифического воспаления у пациентов СД 2 типа.

Методы: у 158 пациентов с нелеченным СД2т (82 мужчины, 56,2±0,7 лет ($M \pm m$), ИМТ 31,5±0,5 кг/м², 30% курили, длительность СД 2,3±0,2 года, гликемия натощак 9,1±0,2 ммоль/л, инсулин 110,1±6,3 пкмоль/л, НОМАIR 6,1±0,4, HbA1C 7,8±0,1%, АД 138,3±2,2/83,0±0,7 мм рт.ст., общий холестерин (ОХ) 5,84±0,09 ммоль/л, ЛНП 3,62±0,08 ммоль/л, ЛВП 1,27±0,03 ммоль/л, триглицериды (ТГ) 2,43±0,14 ммоль/л) определялся уровень ФНО α , ИЛ6, ИЛ1 β , ИЛ4. В зависимости от концентрации провоспалительных цитокинов и противовоспалительного коэффициента ИЛ4/ИЛ6 пациенты были разделены на 6 групп отличавшихся выраженностью воспалительного компонента. Для статистического анализа использовался тест Манна-Уитни. Значение $p < 0,05$ считалось статистически значимым.

Результаты: Референсные значения ФНО α были превышены в 100% (1,50±0,07 нг/л), ИЛ6 в 92% (2,31±0,20 нг/л), ИЛ1 β в 60,1% (1,17±0,29 нг/л). Низкая и высокая выраженность воспалительного компонента наблюдалась у 25 и 22% соответственно. Пациенты с низкой и высокой выраженностью воспалительного компонента различались уровнем инсулина (111,4±20,4 vs 99,0±24,8 пкмоль/л, $p < 0,05$), НОМАIR (5,19±0,51 vs 7,80±0,99, $p < 0,05$), длительностью СД 2 типа (0,89±0,11 vs 3,14±0,67 лет, $p < 0,05$), HbA1c (7,6±0,4 vs 8,1±0,6%, $p < 0,05$), ТГ (1,73±0,29 vs 2,84±0,79 ммоль/л, $p < 0,05$), диастолическим АД (77,3±1,6 vs 87,0±2,0 мм рт.ст., $p < 0,01$), адипонектином (6,79±0,66 vs 4,01±0,57 мкг/мл, $p < 0,05$), МДА (37,3±5,4 vs 45,1±3,7 мкмоль/л, $p < 0,05$), SH-группой (338,1±19,6 vs 300,5±37,7 мкмоль/л, $p < 0,05$).

Заключение: Исследование выявило гетерогенность воспалительного статуса у пациентов с артериальной гипертензией и нелеченным СД 2 типа. Выраженность неспецифического воспалительного компонента ассоциировалась с инсулинорезистентностью, дислипидемией и окислительным стрессом.

0373 СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Ишманова А.Р., Закирова А.Н., Николаева И.Е., Карамова И.М., Янбаева С.М., Яруллина Г.К.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: оценить функциональное состояние эндотелия и проявления метаболического синдрома (МС) у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в менопаузе.

Материалы и методы: в исследование включены 50 женщин с АГ и МС, в возрасте 54,2±3,8 лет, длительность менопаузы составила от 1 года до 8 лет.

В контрольную группу вошли 25 женщин в менопаузе с артериальной гипертензией без метаболического синдрома.

Всем пациенткам проводилась антропометрия, исследование липидного спектра, стандартный глюкозотолерантный тест (ГТТ).

Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра пле-

чевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией, а также по уровню продукции метаболитов оксида азота.

Результаты: среди включенных в исследование женщин 87% пациенток имели 3 и более признаков метаболического синдрома: ожирение ($\text{ИМТ} \geq 30 \text{ кг/м}^2$) с преобладанием абдоминального жира (окружность талии более 88 см), гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, патологический ГТТ или сахарный диабет 2 тип. У всех женщин, вошедших в исследование, была АГ 1–2 степени.

Установлено, что средняя масса тела составила $98 \pm 6,4 \text{ кг}$, $\text{ИМТ} 37,2 \pm 7 \text{ кг/м}^2$, длительность ожирения 10 лет. Гиперхолестеринемия была выявлена у 92% женщин, гипертриглицеридемия у 54%, патологический ГТТ у 14 человек, сахарный диабет 2 типа у 24 женщин с артериальной гипертензией и метаболическим синдромом в менопаузе.

При проведении пробы с реактивной гиперемией прирост диаметра плечевой артерии у женщин в менопаузе с МС оказался в 1,9 раз меньше по сравнению с контрольной группой.

Уровень суммарной продукции оксида азота у женщин с МС был в 2,1 раза ниже, чем в группе контроля.

Выводы: У женщин в менопаузе с артериальной гипертензией и МС выявлено снижение эндотелийзависимой вазодилатации и уменьшение продукции оксида азота эндотелием сосудов, установлены существенные изменения в липидном и углеводном спектре. Выявленные проявления эндотелиальной дисфункции и наличие метаболических нарушений у данной категории больных, способствуют развитию атеросклероза.

0374 ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ АМПРИЛАН (РАМИПРИЛ) В ДОЗЕ 10 МГ/СУТ И ТЕНОКС (АМЛОДИПИН) В ДОЗЕ 5 МГ/СУТ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Ишманова А.Р., Закирова А.Н., Карамова И.М., Николаева И.Е., Янбаева С.М., Яруллина Г.К.

ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: Оценить гипотензивный эффект и безопасность применения комбинации препаратов Амприлан (рамприл) в дозе 10 мг/сут и Тенос (амлодипин) в дозе 5 мг/сут у женщин с артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС) в период менопаузы в амбулаторных условиях.

Методы: В исследование включены 30 женщин с АГ II степени. Степень АГ определяли на основе повторных измерений АД и результатов предыдущих методов обследований. До начала исследования пациенты не получали систематической гипотензивной терапии. Средний возраст больных $54,2 \pm 3,8$ лет.

Лечение проводилось в течение 12 недель. Визиты осуществлялись на 4, 12 неделе приема препарата. Во время каждого визита проводилось измерение АД, Эхо-КГ, ЭКГ, определяли калий, натрий, холестерин, ЛПВП, триглицериды, глюкозу, креатинин, мочевины.

Результаты: Исходно уровень САД составил $174,5 \pm 1,8$ мм рт.ст., ДАД $106,4 \pm 1,3$ мм рт.ст. После 4 недельного приема Амприлана в дозе 10 мг 1 раз в сутки уровень АД нормализовался у 8 женщин (26,7%). У тех пациенток, у которых не был достигнут целевой уровень АД к лечению был добавлен препарат Тенос в дозе 5 мг/сут. После 8 недель лечения была достигнута нормализация АД у 29 больных.

На фоне приема этих препаратов не отмечалось утренних подъемов АД. Побочный эффект в виде легкого головокружения отмечался у 2 пациенток. «Гипотония первой дозы» не отмечалась ни у одного из пациентов. Также не было достоверных изменений показателей креатинина, мочевины, калия, натрия, глюкозы крови, холестерина, ЛПВП.

Заключение: Таким образом, комбинация препаратов Амприлан в суточной дозе 10 мг и Тенос в дозе 5 мг/сут, оказывает хороший гипотензивный эффект, удобна в применении, обладает хорошей переносимостью, метаболически нейтральна и может быть рекомендована для лечения АГ 2 степени в амбулаторных условиях.

0375 МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ У ДЕТЕЙ (СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)

Каган Н.Н.

Областная детская клиническая больница, Оренбург, Россия

Цель: проанализировать сложное и редкое у детей нарушение ритма сердца — мерцательную аритмию.

Методы исследования: стандартная электрокардиография (ЭКГ) в 12 отведениях, суточное мониторирование ЭКГ, эхокардиография с доплеркардиографией и цветным доплеровским картированием.

Полученные результаты: с 1966 по 2008г в кабинете функциональной диагностики Областной детской клинической больницы мерцательная аритмия выявлена у 28 детей: трепетание предсердий у 15 (54%), фибрилляция предсердий — у 13 (46%). По возрасту: первого года жизни — четверо детей, с 10 до 15 лет 24 ребенка (86%). Преобладали мальчики — 16 (57%), девочек было 12 (45%). Наибольшую группу составляют дети старшего возраста с органическими заболеваниями сердца — 20 (79%): после коррекции тетрады Фалло — 1, протезирования митрального и аортального клапанов сердца — 2, с дилатационной кардиомиопатией — 3, с гипертрофической кардиомиопатией — 1, с врожденным пороком сердца (вторичным ДМПП) — 1, с тяжелыми поражениями ЦНС в терминальной стадии — 2, с ревматическими пороками сердца — 12. У новорожденных и детей дошкольного возраста — 6 пациентов (21%) органических заболеваний сердца выявлено не было. Мерцательная аритмия у детей представлена в основном трепетанием предсердий. Фибрилляция предсердий наблюдалась преимущественно у девочек 12–14 лет с ревматическим поражением сердца на фоне непрерывно-рецидивирующего течения с митральным стенозом и недостаточностью митрального клапана. До появления фибрилляции предсердий на ЭКГ отмечалось нарушение деятельности предсердий — «P-mitral», замедление до 0,14" внутрисердечной проводимости. ЭКГ признаки фибрилляции предсердий: выраженная аритмия, вместо зубца «P» регистрируются множественные волны «F» (частота 400–600 имп/мин.) отсутствует изоэлектрическая линия в отведении V_1 — «зубья пилы» — более крупные волны, напоминающие трепетание предсердий. У всех больных была постоянная форма фибрилляции предсердий. Трепетание предсердий: на ЭКГ отсутствие зубца «P», отсутствие изоэлектрической линии между зубцами «P», более крупные волны «F» в виде зубьев пилы. Частота сокращения предсердий была 210–350 имп/мин. Частота сокращения желудочков меньше частоты сокращения предсердий в связи с функциональной АВ-блокадой 2:1, или 3:1 (у 9 детей), 4:1 и 1:1 (у 6 детей). Трудности в диагностике представляет трепетание предсердий 1:1, суточное мониторирование ЭКГ помогает правильно оценить нарушение ритма сердца в разное время суток. При проведении ЭхоКГ у детей без структурных заболеваний сердца в 8 случаях была выявлена аритмогенная кардиомиопатия.

Выводы: 1) Мерцательная аритмия у детей встречается реже, чем у взрослых, чаще у мальчиков. 2) За 42 года в Областной детской клинической больнице выявлено 28 детей, из них 14 (50%) в 1996 — 1999гг. 3) мерцательная аритмия преимущественно представлена трепетанием предсердий. 4) Преобладают больные старшего возраста (12–14 лет). 5) У 79% детей с мерцательной аритмией диагностируется органическое заболевание сердца.

0376 ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА ИВАБРАДИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СИНУСОВОЙ ТАХИКАДИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА

Кадиева И.А., Гафурова Р.М., Абдуллаев А.А., Каллаева А.Н., Исламова У.А., Хабчабов Р.Г.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель: оценить эффективность ивабрадина в профилактике прогрессирования ремоделирования сердца у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и синусовой тахикардией, перенесших Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ).

Методы исследования: В данное исследование включили 98 пациентов с ХСН II А стадии, ФК II-III, согласно классификации ВНОК (2005), и с синусовой тахикардией (ЧСС — 70–100 в 1 мин) в возрасте от 42 до 70 лет (мужчин — 89, женщин — 9), перенесших Q-ИМ. Не включали в исследование пациентов с повторным инфарктом миокарда. Методом случайной выборки пациенты были рандомизированы в две группы: в 1-й группе 50 пациентов получали эналаприл — эднит («Hedeon Richter», Венгрия) в дозе 2,5–5 мг/сут в сочетании с бисопрололом — конкором («Nuscomed», Норвегия) в дозе 5 мг/сут; во 2-й группе 48 пациентов использовали эднит в той же дозе в сочетании с ивабрадином — кораксаном (компания «Servier», Франция) в дозе 10 мг/сут. Сравнимые группы были сопоставимы по возрасту, полу и характеру поражения сердца. Лечение в группах соответствующими медикаментозными препаратами проводили амбулаторно в течение трех месяцев. Процессы ремоделирования сердца, состояние систолической и диастолической функций изучали методом эхокардиографии аппаратом «Aloka SSD 2200» по стандартной методике в динамике — исходно и через три месяца лечения.

Результаты: В обеих группах через три месяца наблюдения происходило увеличение размеров левого желудочка: в 1-й группе — на +3,2%, во 2-й группе — на +3,5% конечный диастолический размер (КДР); на +6,5% и +8,4% соответственно в каждой группе — конечный систолический размер (КСР). Через шесть месяцев все эти показатели незначительно нарастали: на +5,1% и +5,9% (КДР) и на +8,2% и +10,1% (КСР) — соответственно в каждой группе наблюдения. ФВ в динамике уменьшалась: на 2,7% и -3,3% соответственно в каждой группе.

Выводы: Ивабрадин (кораксан) и бисопролол (конкор) одинаково эффективны в профилактике прогрессирования ремоделирования сердца у пациентов с ХСН, перенесших Q-ИМ, что, по-видимому, связано с уменьшением частоты сердечных сокращений обоими препаратами.

0377 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Кадыров Б.К., Батыралиев Т.А., Шульженко Л.В., Карбен З.А., Фетцер Д.В., Преображенский Д.В., Груздев А.К., Пя Ю.В., Рамазанов Д.М., Сидоренко Б.А.

Sani Konukoglu Medical Center, Gaziantep, Turkey; УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Преамбула: лечение больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне имеющихся хронических обструктивных заболеваний легких (ХОБЛ) имеет значительные отличия по сравнению с лечением пациентов, не имеющих легочной патологии. Однако до настоящего времени не выработано рекомендаций по особенностям ведения больных с ОИМ и ХОБЛ, что затрудняет их эффективное лечение.

Цель настоящей работы состояла в выявлении признаков, влияющих на непосредственную эффективность и безопасность механической (катетерной) реперфузии при ОИМ на фоне ХОБЛ, и связанных с отдаленным прогнозом.

Методы исследования: С октября 2002 года по сентябрь 2005 года в катетерной лаборатории было пролечено 126 больных с ОИМ на фоне ХОБЛ. Для сравнения были взяты данные 252 последовательно инвазивно пролеченных пациентов с ОИМ без ХОБЛ. Всем пациентам была назначена терапия аспирином, клопидогрелом, во время чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) по показаниям вводились блокаторы $\text{P}_{2\text{Y}_{12}}$ /IIIa гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов. ЧКВ выполнялось бедренным доступом, баллонная ангиопластика завершалась стентированием при любом результате преддилатации.

Результаты: Большинство наблюдаемых больных в обеих группах были мужчинами (299, 79%) в возрасте от 43 до 59 лет (средний возраст 52,1±5,1 лет). Исходные клинические и инструментальные данные не имели значимых различий между группами, за исключением степени дыхательной недостаточности, которая была значимо выше в группе ОИМ+ХОБЛ ($p<0,001$). Локализация настоящего ОИМ не имела межгрупповых различий. Чаше были пролечены

ОИМ передне-боковой локализации (61% в группе ХОБЛ и 68% в группе без ХОБЛ), реже всего — ОИМ задне-базальной локализации (13% в обеих группах). Госпитальная летальность составила 11% в группе ХОБЛ и 4% в группе без ХОБЛ ($p=0,023$). При анализе причин более высокой летальности в группе ХОБЛ независимым предиктором оказалось время нахождения больного на операционном столе в катетерной лаборатории (ОР 2,17 на каждые 20 минут, 95% ДИ 1,53±5,29).

Выводы: Лечение больных с ОИМ на фоне ХОБЛ связано с повышенной летальностью из-за сопутствующей дыхательной недостаточности и более тяжелого статуса пациентов. Одной из причин увеличения летальности при инвазивном лечении ОИМ на фоне ХОБЛ является временной фактор, при увеличении продолжительности пребывания больного на операционном столе на каждые 20 минут госпитальная летальность возрастает более чем в 2 раза.

0378 ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Казакова Н.Ю.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель работы — определить предикторы эффективности электроимпульсной терапии (ЭИТ) при персистирующей форме фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы исследования. Обследован 61 больной с АГ, осложнившейся ФП (мужчин — 38 и женщин — 23, возраст от 40 до 77 лет). Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование, с определением индекса массы миокарда (ИММЛЖ), конечного диастолического объема левого желудочка (КДОЛЖ) и его фракции выброса (ФВЛЖ). С помощью цветного М-модального режима оценивали диастолическую функцию (ДФ) миокарда ЛЖ, измеряя скорость волны распространения раннего диастолического наполнения (V_r). До и после ЭИТ измерялся максимальный передне-задний размер левого предсердия (РЛП). По кровотоку в легочных венах рассчитывалась систолическая фракция (СФ), отражающая КДД ЛЖ, и определялось давление в ЛП (ДЛП). После ЭИТ оценивали скорость восстановления эффективной механической систолы ЛП. Для этого определяли пиковую предсердную скорость трансмитрального кровотока наполнения ЛЖ. Больные были распределены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 33 пациента, у которых ЭИТ привела к восстановлению СР и его удержанию более полугода, во 2-ю — 28 человек, сохраняющих СР после ЭИТ менее полугода.

Результаты. Между больными 1-й и 2-й групп не выявлено достоверных различий в структурном состоянии ЛЖ: ИММЛЖ ($125,6\pm0,6$ и $129,9\pm0,3$ г/м²), КДО ЛЖ ($91,5\pm0,6$ и $91,1\pm0,3$ мл) и ФВ ЛЖ ($58,6\pm0,6$ и $58,9\pm0,5\%$). Однако только во 2-й группе до ЭИТ отмечалось нарушение ДФ ЛЖ (V_r $45,3\pm0,0$ см/с, $p<0,05$), в 1-й V_r соответствовал норме ($70,0\pm0,6$ см/с). У пациентов 1-й группы РЛП составил $4,2\pm0,1$ см, ДЛП — $11,9\pm0,2$ мм рт.ст. и СФ — $55,8\pm0,5\%$. Во 2-й группе эти показатели РЛП и ДЛП ($4,4\pm0,1$ см и $14,7\pm0,3$ мм рт.ст.) были достоверно ($p<0,05$) больше, а СФ ($46,7\pm0,7\%$) меньше, чем в 1-й группе. После восстановления СР у больных 1-й группы наблюдалось статистически значимое ($p<0,05$) уменьшение РЛП ($4,0\pm0,1$ см) и ДЛП ($6,6\pm0,2$ мм рт.ст.) и увеличение СФ ($68,2\pm0,3\%$). У лиц 2-й группы после ЭИТ динамики РЛП не отмечалось, однако показатели ДЛП ($9,4\pm0,1$ мм рт.ст.) и СФ ($64,9\pm0,6\%$) достоверно улучшились. У пациентов 1-й группы эффективная систола ЛП восстановилась после проведения кардиоверсии в первые трое суток (в среднем к $1,4\pm0,3$ суток), у больных 2-й группы в среднем к концу первой недели после ЭИТ ($7,5\pm0,5$ суток).

Выводы. Прогностическим благоприятным критерием длительного удержания синусового ритма является быстрота восстановления эффективной механической систолы левого предсердия в первые трое суток после кардиоверсии. Длительность эффекта саннирования зависит от состояния дисфункции левого желудочка.

0379 МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Казакова Т.В., Рашид М.А., Карпова Н.Ю., Шостак Н.А., Пискунов Д.В.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; Городская клиническая больница № 55 ДЗ, Москва, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Медико-социальные аспекты состояния сердечно-сосудистой и костной систем в пожилом возрасте при пороках сердца» № 09-06-00476а

Цель. Изучить частоту встречаемости и выраженность митральной регургитации (МР) у больных пожилого возраста с кальцинированным аортальным стенозом (КАС) в сопоставлении с данными других показателей внутрисердечной гемодинамики.

Объект и методы исследования. Основную группу (320 пациентов) составили больные КАС, контрольную группу — 100 пациентов без признаков поражения клапанного аппарата сердца, страдающих ИБС и/или артериальной гипертензией (ИБС). Всем больным проведено 2ДЭхоКГ исследование.

Результаты. Частота встречаемости МР в группе КАС (50,0%) и ИБС (46,2%) достоверно не отличалась. В зависимости от тяжести аортального стеноза она также распределялась равномерно — 41,2%, 58,7% и 58,8% в группах с легкой, средней и тяжелой формой заболевания. В 41,9% случаев отмечена МР 2-ой и выше степени тяжести. Установлена достоверная связь тяжести МР с выраженностью кальциноза митрального клапана ($p < 0,0001$), тяжестью легочной гипертензией ($p = 0,032$) и значениями пиков Е/А ($p = 0,0036$). Группа с МР отличалась более высокими значениями показателей КДР ЛЖ (54 и 51 мм; $p = 0,004$), КСР ЛЖ (40 и 37 мм; $p = 0,005$), КДО ЛЖ (135 и 124 мл; $p = 0,016$), КСО ЛЖ (66 и 58 мл; $p = 0,008$), продольным размером левого предсердия (52 и 48 мм; $p = 0,01$). Толщина МЖП и ЗСЛЖ достоверно не отличались. В данной группе отмечены более низкие значения фракции выброса (51 и 53%; $p = 0,003$), фракции укорочения (26 и 27%; $p = 0,005$), а также все случаи нарушений локальной сократимости, соответствовавшие перенесенным Q-образующим инфарктам миокарда по анамнезу и данным ЭКГ-исследования. Зависимость фракции выброса от тяжести аортального стеноза (пиковой транс-аортальной скорости) установлена исключительно в группе с наличием МР ($r = -0,29$; $p = 0,001$). Выраженность МР не зависела от тяжести аортального порока.

Выводы. Полученные данные не соответствуют классической концепции «митрализации» аортального стеноза и позволяют расценивать наличие митральной регургитации как компонент сопутствующей ИБС у больных КАС в пожилом возрасте.

0380 ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Казаковцева М.В., Лайкова Т.С., Позолотина С.В.
ГОУ ВПО Кировская ГМА, Киров, Россия

Актуальность: в последние годы повышается научный интерес к изучению взаимного влияния патологий, как маркера неблагоприятных исходов. По данным литературы более 50% пациентов с легочной патологией имеют сердечно-сосудистые заболевания, из них 34% страдают артериальной гипертензией и 58% имеют признаки хронической сердечной недостаточности. При сочетанной легочной и сердечно-сосудистой патологии летальность в популяции существенно возрастает. Индекс коморбидности Charlson был предложен авторами для оценки прогноза больных при динамическом наблюдении. При его расчете, возможно, оценить прогноз выживаемости больных.

Цель исследования: изучение и расчет индекса коморбидности у пациентов бронхиальной астмой в сравнении с пациентами, имеющими бронхиальную астму в сочетании с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 80 пациентов, из них 50 человек имеют бронхиальную астму в сочетании с артериальной гипертензией и 30

пациентов только бронхиальную астму. В группе исследования 54 женщины (возраст $47,7 \pm 1,8$ лет), 26 мужчин ($49,5 \pm 1,9$ лет). 57% пациентов страдают бронхиальной астмой средней степени тяжести, с тяжелым течением бронхиальной астмы 43%. У 20% исследуемых имеются вредные привычки, у 55% отягощен аллергологический анамнез (из них 15% мужчин и 40% женщин), отягощенная наследственность по сердечно-сосудистой патологии у 50%, профессиональные вредности имеют 18% изученных нами пациентов.

Результаты исследования: в среднем число патологий на отдельно взятого пациента составило $4,76 \pm 0,21$. Средний индекс коморбидности при бронхиальной астме с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией $4,9 \pm 0,17$, а без сердечно-сосудистой патологии $1,8 \pm 0,01$. Видимая разница при расчете индекса коморбидности возрастает у пациентов с наличием артериальной гипертензии и хронической сердечной недостаточности ($p < 0,0001$). Разность индекса коморбидности между группой пациентов с бронхиальной астмой, имеющих сердечно-сосудистую патологию и пациентов страдающих только бронхиальной астмой составила $3,12 \pm 0,25$.

Выводы: таким образом, у группы пациентов с бронхиальной астмой, имеющих сопутствующую сердечно-сосудистую патологию определяется значительно более высокий индекс коморбидности, а следовательно и значительно худший прогноз в сравнении с пациентами с бронхиальной астмой без сопутствующей патологии, что клинически важно и должно учитываться врачом при ведении больного.

0381 КАРДИОРЕНАЛЬНОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Казанцева Т.А., Александрия Л.Г., Ефремовцева М.А., Дмитрова Т.Б., Моисеев В.С., Кобалава Ж.Д.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель. Изучение распространенности анемии в сочетании с почечной дисфункцией у пациентов с тяжелой сердечной недостаточностью, а также оценка эффективности терапии в/в препаратами железа у данной категории больных.

Материалы и методы. Были обследованы 73 пациента (женщин 46, мужчин 27) с ХСН III-IV функциональных классов по NYHA в возрасте 44-84 года (средний возраст $69,36 \pm 8,1$) со стабильным течением ХСН. Причиной развития ХСН была ишемическая болезнь сердца и/или артериальная гипертензия. Анемию диагностировали согласно критериям ВОЗ при уровне гемоглобина у мужчин < 130 г/л, у женщин < 120 г/л. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) оценивали по формуле MDRD. 16 пациентам, получавшим оптимальную терапию ХСН, проводилась терапия в/в препаратами железа в течение 24 недель, до и после лечения был выполнен бмин тест с хольбей (бтх).

Результаты. Анемия выявлена у 42 (57,5%) пациентов, среди которых 36 (85,7%) имели дефицит железа. Абсолютный дефицит железа отмечался у 19 пациентов, у 17 пациентов был выявлен латентный дефицит железа. Хроническая почечная недостаточность (ХПН) (СКФ менее 60 мл/мин) диагностирована в 61,6% случаев. Средний уровень СКФ в группе больных с ХСН составил $53,63 [41,4; 65]$ мл/мин. Кардиоренальноанемический синдром (КРАС) наблюдался у 12 пациентов (16,4%). Получена достоверная прямая связь между уровнем гемоглобина и СКФ ($p = 0,03$) и обратная зависимость между уровнем гемоглобина и длительностью ХСН ($p = 0,003$). На фоне в/в терапии препаратами железа отмечалась тенденция к увеличению дистанции по результатам бтх в сравнении с результатами теста, проведенного до начала терапии ($260,94 \pm 80,55$ и $207,0 \pm 58,97$ соответственно, $p = 0,58$).

Выводы. У пациентов с ХСН выявлен КРАС в 16,4% случаев. Анемия чаще всего обусловлена дефицитом железа. На фоне заместительной терапии препаратами железа увеличилась толерантность к физическим нагрузкам. Незначительно увеличилась СКФ, однако эти данные не были достоверными.

0382 ЗНАЧИМОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Казьмина В.Ю., Лаптева Г.Ф., Писанко М.А., Кочеткова Л.Г., Смирнова Н.И.

ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, Новосибирск, Россия

Известно, что в настоящее время отмечается рост частоты встречаемости артериальной гипертензии, высока распространенность хронического пиелонефрита. В условиях холодного климата болезни почек являются актуальнейшей проблемой. Среди практических врачей остаются дискуссионными вопросы необходимости использования антибактериальных препаратов в схемах противорецидивного лечения у больных с хроническим пиелонефритом, протекающим без каких-либо ярких обострений. Однако, стойкое высокое артериальное давление, необходимость использования больших доз антигипертензивных препаратов с очень неустойчивыми результатами у таких больных заставляют рассматривать вопросы необходимости проведения максимально эффективной и осторожной ликвидации хронического бактериального процесса в почках при пиелонефрите. Это особенно актуально, так как характер болезни с тенденцией к прогрессированию, к поддержанию высокого артериального давления, требует особой осторожности в ведении больных в таких климатических условиях, как в Сибири, с частыми острыми респираторными вирусными и бактериальными инфекциями.

Целью нашего исследования было проведение анализа результатов лечения больных с хроническим пиелонефритом в анамнезе, наблюдающихся амбулаторно с артериальной гипертензией (АГ).

В исследование было включено 184 пациента в возрасте от 44 до 86 лет (112 женщин и 72 мужчин). АГ 1 степени отмечалась в 24,5% (у 31 женщины и 14 мужчин), АГ 2 степени в 45,1% (у 63 женщин и 20 мужчин), АГ 3 степени в 30,4% (у 18 женщин и 31 мужчины). У всех больных с АГ когда-либо в прошлом был выставлен диагноз хронического пиелонефрита, который в дальнейшем протекал без ярких клинических признаков обострений бактериального процесса и, как правило, не лечился. У этих больных отмечалось нарушение соотношения дневного и ночного диуреза в 100%, умеренно выраженное нарушение концентрационной функции почек в 58,1% случаев (41 женщина и 19 мужчин с АГ 2 степени, 16 женщин и 31 мужчина с АГ 3 степени). Ни у одного больного ранее не были достигнуты целевые цифры артериального давления. Всем пациентам было проведено противорецидивное лечение по поводу хронического пиелонефрита, включающее антибактериальные препараты в средних терапевтических дозах и растительные уросептики, 2-4-х месячными курсами.

Результаты показали улучшение общего состояния больных, достоверное снижение артериального давления: целевые цифры артериального давления были достигнуты у 34,6% больных, у 53,3% снизилась степень АГ в процессе наблюдения, у 12,6% больных оказалось возможным снижение доз антигипертензивных препаратов.

Таким образом, использование противорецидивных схем лечения хронического пиелонефрита, включающих антибактериальные препараты у больных с АГ, способствует достижению целевых цифр артериального давления, снижению степени АГ в процессе диспансерного наблюдения.

0383 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Калев О.Ф., Стрелова В.С.

ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», Челябинск, Россия; ГОУ ДПО «УГМАДО Росздрава», Челябинск, Россия

Цель: Оценить показатели липидного обмена, перекисного окисления липидов, эндотелиальной функции, свертывающей

системы крови у мужчин с изолированными и сочетанными формами кардиальной и цереброваскулярной патологии при артериальной гипертензии (АГ).

Методы исследования: Обследовано 515 мужчин в возрасте 30–59 лет (средний возраст $45,3 \pm 0,7$). На основании критериев ВНОК (2008) АГ разделена на три стадии. У 108 диагностирована АГ без признаков хронической цереброваскулярной патологии (ХЦВП), у 370 АГ, в сочетании с ранними формами ХЦВП (243 с начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ), 127 с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии (ДЭП I); группа контроля — 37 здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением (АД). Исследованы: суточное мониторирование АД и ЭКГ, ритмокардиография, велоэргометрия, эхокардиография, транскраниальная доплерография, ультразвуковая диагностика магистральных артерий головы и шеи, липидограмма, гемостазиограмма, перекисное окисление липидов, уровень оксида азота (NO). Статистическая обработка результатов в рамках программы Statistica for Windows, версия 6, включая регрессионный многофакторный анализ.

Результаты. АГ I стадии, без клинических, ЭКГ и эхокардиографических признаков гипертрофии левого желудочка, характеризуется достоверным повышением частоты дислипидемий, первичных продуктов свободнорадикального окисления, снижением пероксидазы, умеренной гипокоагуляцией и увеличением растворимых фибрин-мономерных комплексов. С увеличением стадии АГ повышаются триглицериды, нарастает содержание первичных продуктов перекисного окисления липидов, увеличиваются каталаза и пероксидаза, при снижении церулоплазмينا, усиливаются процессы гиперкоагуляции со снижением активности противосвертывающей системы и достоверным повышением уровня NO. При АГ I стадии в сочетании с НПНКМ повышаются первичные и вторичные продукты перекисного окисления липидов, пероксидаза и снижается церулоплазмин, усиливаются процессы гиперкоагуляции с повышением растворимых фибрин-мономерных комплексов при снижении эуглобулинового фибринолиза. При АГ I стадии в сочетании с ДЭП I ст. повышается уровень церулоплазмينا, гиперкоагуляция сопровождается повышением эуглобулинового фибринолиза и антитромбина III. НПНКМ развиваются по механизму кардио-церебральной недостаточности с компенсаторным увеличением уровня оксида азота, а ДЭП I ст. — по механизму прогрессирующей кардио-церебральной недостаточности в сочетании с дефицитом оксида азота.

Выводы: Развитие изолированных кардиальных, цереброваскулярных и сочетанных форм АГ ассоциируется с особенностями нарушений липидного обмена, перекисного окисления липидов, гемостаза, эндотелиальной функции, зависящие от стадии АГ.

0384 КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНАЛАПРИЛА И ГИПОТИАЗИДА

Калинина В.Л., Кляшев С.М., Кляшева Ю.М.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Цель исследования: провести сравнительную клиническую и фармакоэкономическую оценку эффективности лечения больных артериальной гипертензией фиксированным препаратом энап НЛ и комбинацией эналаприла с гипотиазидом в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений города Тюмени.

Материалы и методы: проанализирована 41 история болезни пациентов, проходивших лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Тюмени с использованием комбинированного препарата энап НЛ и комбинацией эналаприла с гипотиазидом на протяжении 6 месяцев. Критериями включения в исследование явились: мужчины и женщины в возрасте до 60 лет с артериальной гипертензией I-III степени. Критериями исключения были: хроническая сердечная недостаточность II-IV функциональных классов по NYHA, хронические заболевания печени, почек, легких в стадии декомпенсации, тяжелые нарушения ритма и проводимости сердца, ожирение III-IV степени, черепно-мозговые травмы в анамнезе, психические заболевания. После отбора документации, отвечающей

требованиям исследования, проводилась клиническая и фармакоэкономическая оценка эффективности лечения. Критерием клинической эффективности лечения являлись снижение систолического артериального давления до 139 мм рт.ст. и менее и снижение диастолического артериального давления до 89 мм рт.ст. и менее от исходного. Фармакоэкономическая оценка эффективности лечения проводилась с использованием метода «затраты — эффективность».

Результаты исследования: в результате шестимесячного лечения фиксированным препаратом энал НЛ клинической эффективности лечения достигли 44,4% больных, а на фоне комбинированной терапией эналаприла с гипотиазидом — 85,7% больных. При проведении фармакоэкономического анализа выявлено, что коэффициент «затраты-эффективность» на фоне комбинации эналаприла с гипотиазидом составил 12,4 усл.ед., что было достоверно ниже коэффициента экономической эффективности коэффициента фиксированного препарата энал НЛ (49,9 усл.ед.; $p < 0,001$).

Выводы: при оценке клинических и экономических результатов лечения артериальной гипертензии с использованием комбинированной терапии, включавшей ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и диуретик в амбулаторно-поликлинических учреждениях города Тюмени была выявлена более высокая клиническая и экономическая эффективность сочетания эналаприла с гипотиазидом по сравнению с фиксированной комбинацией энал НЛ. Несмотря на более удобную лекарственную форму фиксированного препарата, предпочтение при выборе терапии следует отдавать комбинированной терапии с использованием двух самостоятельных препаратов, что позволит провести коррекцию дозы в каждой индивидуальной клинической ситуации.

0385 ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Калинина С.Г.

Уральский Институт кардиологии, Екатеринбург, Россия

Основой терапии острого инфаркта миокарда является реперфузионная терапия, целью которой является восстановление проходимости инфаркт-зависимой коронарной артерии (ИЗА).

Целью работы было рассмотреть особенности тромболитической терапии (ТЛТ) в клинической практике в современных условиях.

Материалы и методы. Для анализа были использованы все случаи ТЛТ, которые имели место в клинике в 2008 году ($n = 240$). Все пациенты были разделены на 4 группы. 1 группа ($n = 103$) получила ТЛТ стрептокиназой в клинике, в дальнейшем коронарография (КАГ) и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) не проводились. 2 группа ($n = 52$) получила в клинике ТЛТ стрептокиназой, но в течение первых суток проведена КАГ, а при необходимости ЧКВ. Больные 3 группы ($n = 24$) получили ТЛТ метализой на догоспитальном этапе, КАГ им не проводились. Больные 4 группы ($n = 61$) получили ТЛТ метализой на догоспитальном этапе, в течение 24 часов им проведена КАГ, при необходимости ЧКВ. По полу в разных группах больные распределились следующим образом: в 1 группе мужчины составили 51,5%, женщины — 48,5%; во 2 — соответственно 65,4% — 34,6%; в 3 — 79,2% — 20,8%; в 4 — 93,4% — 6,6%. В 1 группе больные 61–80 лет составили 62,2%, старше 81 года — 18,4%. Во 2 группе больные в возрасте 51–70 лет составили 65,4%. В 3 группе больные в возрасте 61–80 лет составили 58,3%. В 4 группе основной возраст 41–60 лет — 70,5%. Оценивались результаты КАГ, эффективность проведенной ЧКВ, летальность во всех группах, ее причины.

Результаты. Летальность в 1 группе составила 9,7%, причиной смерти у 30% умерших была ОСН, у 70% — наружный разрыв миокарда. 40 больным 2 группы проведено ЧКВ. До проведения ЧКВ проходимость ИЗА ТИМІ — III была у 65% больных, ТИМІ — 0 — у 32,5%. После проведения ЧКВ проходимость артерии стала ТИМІ — III у 92,5% больных. Только КАГ проведена 12 больным 2 группы, проходимость ИЗА у 75% больных была ТИМІ — III. ЧКВ не проведено из-за многососудистого поражения у 66,7%, из-за отсутствия значимых стенозов у 33,3%. Летальность во 2 группе составила 7,7%, причиной смерти стала ОСН. В 3 группе летальность составила 8,3%, причиной смерти стал наружный разрыв миокарда во всех случаях. В 4 группе ЧКВ проведено 48 больным. Проходимость ИЗА ТИМІ — III была

у 64,6% больных, ТИМІ — 0 у 22,9%. После проведения ЧКВ у 95,8% больных проходимость ИЗА стала ТИМІ — III. 13 больным проведена только КАГ. Проходимость ИЗА в 84,6% случаев была ТИМІ — III. ЧКВ не проведено из-за многососудистого поражения (61,5%), из-за отсутствия значимых стенозов (30,8%), из-за выявления аневризмы коронарной артерии (7,7%). Летальность в 4 группе составила 3,3%, причиной летальных исходов в 50% случаев стала ОСН, в 50% — забрюшинная гематома.

Выводы. ТЛТ активно проводится в различных возрастных группах, как в клинике, так и на догоспитальном этапе. После ТЛТ проводится КАГ и ЧКВ в течение первых 24 часов. Снижение летальности наблюдается во всех группах, рассмотренных нами, но наиболее низкие цифры летальности имели место при сочетании ТЛТ на догоспитальном этапе с проведением ЧКВ в дальнейшем.

0386 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Каменева О.А., Искендеров Б.Г., Казанцева Л.В., Ветрова И.П.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить эффективность операции радиочастотной абляции (РЧА) аритмогенных зон в предсердиях во время выполнения кардиохирургических вмешательств у больных с постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы. Обследовано 12 больных (7 мужчин и 5 женщин), страдающих постоянной формой ФП давностью от 2 до 4 лет, в среднем 3,2 года. Из них у 8 больных по поводу приобретенных клапанных пороков сердца в условиях искусственного кровообращения выполнялись различные корригирующие операции (протезирование и пластика). При этом у 2 больных одновременно проводилась коррекция двух клапанов, у 7 больных — трех клапанов и у 3 больных наряду с коррекцией пороков проводилась хирургическая реваскуляризация миокарда: маммарно-коронарное и/или аортокоронарное шунтирование. В дооперационном периоде у всех больных купировалось явление застойной хронической сердечной недостаточности. Интраоперационно производилась катетерная РЧА устьев легочных вен и ушка правого предсердия.

Результаты. В 10 случаях (83,3%) после РЧА восстановился синусовый ритм. Однако из них у 9 больных в ближайшие послеоперационные сутки рецидивировали пароксизмы аритмий: у 3 больных выявлен пароксизм ФП, у 6 больных — трепетание предсердий. У трех больных также диагностировались желудочковая экстрасистолия и замедление атриовентрикулярного проведения. Для купирования пароксизма аритмий использовали внутривенно инфузию новокаинамида, кордарона в дозе 300 мг, пероральный прием кордарона в быстром темпе насыщения (в дозе 1200 мг/сут) в комбинации с дигоксином (в дозе 0,25–0,5 мг/сут). В 4 случаях трепетания предсердий проводили чреспищеводную электростимуляцию левого предсердия в сверхчастом режиме, и во всех случаях наблюдалась трансформация его в ФП. После купирования первого пароксизма аритмий больным назначали профилактическую антиаритмическую терапию с кордароном, сотагексалом в комбинации с дигоксином или аллопинином. За период стационарного наблюдения в течение 3–4 недель частота пароксизмов аритмий составила от одного до трех. Анализ возможных причин нарушений сердечного ритма показал, что основными предикторами возникновения пароксизмальных наджелудочковых тахикардий являются изменения состояния внутрисердечной гемодинамики с нарастанием нагрузки на предсердия, модификация предсердий при больших его размерах и удаление пристеночных тромбов из предсердий, что приводят к повреждению предсердий и развитию так называемых инцизионных тахикардий. Также имеют значение анемия, гидропектикард и гипокалиемия.

Заключение. Показана высокая эффективность операции РЧА аритмогенных зон в предсердиях у больных с постоянной формой ФП. В то же время кардиохирургические вмешательства

порождают принципиально новые инцизионные предсердные тахикардии. В связи с этим становится актуальным проведение адекватной антиаритмической терапии.

0387 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, ОСЛОЖНИВШИЕ РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Каменева О.А., Дочева М.В., Попылькова О.В., Искендеров Б.Г.
Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: изучить выявляемость и причины возникновения нарушений сердечного ритма (НСР) в раннем послеоперационном периоде после кардиохирургических вмешательств.

Материал и методы. В течение 1 месяца госпитального этапа наблюдения после кардиохирургических вмешательств из 92 больных у 71 (77,2%) были диагностированы различные НСР (1-я группа) и у 21 больного (22,8%) НСР отсутствовали (2-я группа). У 54 больных проводились операции реваскуляризации миокарда: аортокоронарное шунтирование (АКШ) — у 20 больных, маммарно-коронарное шунтирование (МКШ) — у 12 больных и сочетание АКШ и МКШ — у 22 больных. У 38 больных выполнялись различные корригирующие операции (пластика и/или протезирование клапанов) при врожденных и приобретенных клапанных пороках сердца. В 78 случаях (84,8%) операции осуществлялись в условиях искусственного кровообращения. Для выявления недокументированных НСР и их количественной оценки проводили холтеровское мониторирование ЭКГ.

Результаты. Необходимо отметить, что в 1-й группе НСР до операции выявлялись у 60,6% больных и во 2-й группе — у 47,6% больных. Показано, что в 1-й группе возраст больных достоверно превышает таковой во 2-й группе: $57,8 \pm 2,3$ и $48,5 \pm 1,7$ года соответственно ($p < 0,01$). По гендерному признаку сравниваемые группы сопоставимы. Выявлено, что в 1-й группе операции с использованием искусственного кровообращения проводились в 91,5% случаев, а во 2-й группе — в 71,4% случаев и лишь в двух случаях НСР не отмечалось. По сравнению со 2-й группой в 1-й группе преобладали операции реваскуляризации миокарда: в 42,9 и 83,3% случаев соответственно. По частоте гипокалиемии (сывороточный калий ниже $3,9$ ммоль/л), а также по среднему показателю калия в плазме между группами различие недостоверно. Однако значение гипокалигемии (снижение внутриклеточного калия) как проаритмический фактор неоспорим. Также, в 1-й группе уровень гемоглобина ниже, а частота анемии выше ($95,4 \pm 4,1$ г/л и $57,7\%$ соответственно) по сравнению со 2-й группой ($105,3 \pm 4,3$ г/л; $47,6\%$). По выраженности хронической сердечной недостаточности (ХСН) с учетом функционального класса сравниваемые группы существенно не отличались. Хотя, усредненный балл функционального класса ХСН во 2-й группе оказался выше, чем в 1-й группе: $2,9 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,2$ соответственно. Также установлено, что НСР чаще выявлялись (в 55,4% случаев) при наличии большего объема жидкости в перикарде, т.е. при сепарации листков более 20 мм (перикардиотомный синдром).

Заключение. Показано, что НСР диагностируются более чем у 2/3 кардиохирургических больных и обусловлены как последствиями выполненной операции, так и дооперационным статусом этих больных, что должно учитываться при оптимизации эффективности антиаритмической терапии.

0388 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Камилова У. К., Рашидова Г. Б., Муллабаева Г. У., Сайфидинова Н. Б., Алиева Т. А., Шукурджанова С. М.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение прогностической значимости N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pto BNP) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы. Обследовано 60 больных мужского пола диагнозом Q-ИМ, средний возраст которых составил $51,5 \pm 8,2$ лет.

Диагноз подтверждался на основании критериев ВОЗ. Определение уровня NT-pto BNP в плазме крови проводилось на 5-7 сутки заболевания конкурентным иммуноферментным методом с использованием реактивов Biomedica (Австрия). Контрольную группу составили 14 здоровых добровольцев мужского пола, сопоставимого возраста. Статистическая обработка данных проводилась с использованием статистического пакета STATISTICA (версия 6,0).

Результаты: Нами выявлено, что на 5-7 сутки ОИМ уровень NT-pto BNP составил $765,20 \pm 82,9$ фмоль/мл, который превышает значение показателей контрольной группы (здоровых лиц) в 3,2 раза. Среди обследованных больных у 41 (68,3%) больного диагностирован ИМ передней локализации. Уровень NT-pto BNP у этих больных составил $825,7 \pm 79,6$ фмоль/мл. У 36,6% обследованных больных выявлены нарушения ритма сердца в виде желудочковых аритмий (ЖА), у которых значения NT-pto BNP составили $834,1 \pm 74,3$ фмоль/мл. Фибрилляция желудочков имела у 3,3% больных, уровень NT-pto BNP у которых составил $901,6 \pm 75,6$. Высокий уровень NT-pto BNP ассоциировался с желудочковыми аритмиями высоких градаций.

Выводы: Определение уровня NT-pto BNP на ранних стадиях ОИМ имеет клиничко-прогностическую значимость.

0389 ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Камилова У. К., Туляганова Д. К.

РСНПЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Цель работы — изучение продолжительности интервала QT у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС) и влияние агониста имидазолиновых рецепторов — физиотенза (моксонидин Solvay-Pharma).

Материал и методы. Обследовано 68 пациентов с АГ II-III степени с МС с избыточной массой тела (индекс Кетле = $34,3 \pm 0,8$ кг/м²), в возрасте $54,4 \pm 1,1$ года и продолжительностью заболевания $12,5 \pm 1,5$ лет. Больные разделены на 2 группы: I (основная) группа — 32 человека в течение 6 месяцев принимала физиотенз в дозе 0,2-0,4 мг/сут., II группа (сравнения) — 29 человек принимала гипотензивную терапию, не включающую агонист имидазолиновых рецепторов. Всем пациентам регистрировалась ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, с записью последовательных пяти сердечных циклов. Эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование проводилось на аппарате Shimadzu-500 А (Япония). Рассчитывались показатели индекса массы миокарда (ИММ) левого желудочка (ЛЖ) и относительной толщины стенки (ОТС) ЛЖ, был определен тип ремоделирования ЛЖ. Проведен анализ изменений дисперсии интервала QT (QTd) и расчет QT корригированного (QTcd) по формуле Базетта.

Полученные результаты. Динамическое наблюдение за артериальным давлением (АД) в течение 6 месяцев свидетельствовало о достоверном снижении систолического (АДс) и диастолического (АДд) АД в основной группе на 23,7% и 16,2% ($p < 0,001$), в группе сравнения на 19,9% и 8,7% ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ (в зависимости от ИММЛЖ и ОТС) у больных АГ II степени выявлена концентрическая гипертрофия ЛЖ (КГЛЖ) у 18 человек (29,5%), у 2 человек (3,3%) — концентрическое ремоделирование ЛЖ (КРЛЖ); больные АГ III степени 14 человек (22,9%) имели эксцентрическую гипертрофию ЛЖ (ЭГЛЖ) и 27 человек (44,3%) — КГЛЖ. Наблюдалась корреляция между QTcd и ИММЛЖ ($r = 0,61$; $p < 0,05$) и QTcd и уровнем АДс ($r = 0,58$; $p < 0,05$). По данным ЭКГ в группе больных АГ III степени отмечено увеличение частоты желудочковых нарушений ритма (одиночная и парная желудочковая экстрасистолия) на 27% по сравнению с больными АГ II степени. На фоне 6-месячной терапии физиотензом у больных основной группы наблюдалось снижение ИММЛЖ на 15,2% ($p < 0,05$) и уменьшение показателей QTd и QTcd. Достоверного изменения показателей ИММЛЖ, QTd и QTcd в группе сравнения не отмечалось.

Выводы. Таким образом, прогрессирование АГ у больных с метаболическими нарушениями ассоциируется с увеличением

продолжительности интервала QT, дисперсией QTc и увеличением частоты желудочковых нарушений ритма. На фоне шестимесячной терапии физиотензом наблюдался достоверный гипотензивный эффект, сопровождающийся уменьшением гипертрофии ЛЖ, продолжительности интервала QT и QTc, а также уменьшением частоты желудочковых аритмий.

0390 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ И РИСК РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ

Каминный А.И., Шувалова Ю.А., Мешков А.Н., Самко А.Н., Широков Р.О., Кухарчук В.В.

ФГУ «РКНПК Федерального агентства высоких технологий», Москва, Россия

Цель: изучение связи генотипов восьми полиморфизмов генов шести антиоксидантных ферментов (генов CAT, PON-1, eNOS, GPx-1, GSTP, NAD(P)H) с развитием рестеноза после стентирования коронарных артерий стентами без лекарственного покрытия.

Материалы и методы: больные ИБС мужского пола, перенесшие стентирование коронарных артерий с использованием непокрытых стентов и контрольную коронароангиографию в среднем через 6 месяцев. У всех пациентов были определены генотипы полиморфизмов -262 C/T гена CAT, L55M и Q192R гена PON-1, Glu298Asp и -786C/T гена eNOS, Pro198Leu гена GPx-1, Ile105Val гена GSTP и C242T гена NAD(P)H, активность CAT, SOD и GPx в эритроцитах и уровень первичных и вторичных продуктов ПОЛ.

Результаты: в исследование был включен 101 пациент: группа с рестенозом (n=44) и группа без рестеноза (n=57). По клинико-ангиографическим характеристикам группы были сопоставимы. Распределение генотипов всех полиморфизмов подчинялось закону Харди-Вайнберга. Носители минорного аллеля (Asp) полиморфизма Glu298Asp гена eNOS чаще встречались в группе пациентов с рестенозом (54,5% против 28%, $p=0,008$) по сравнению с группой без рестеноза, минорный аллель ассоциирован с риском развития рестеноза (ОШ=1,9; 95% ДИ: 1,18-3,19). Носители минорного аллеля (Leu) полиморфизма Pro198Leu гена GPx-1 также чаще встречались в группе пациентов с рестенозом (61% против 35%, $p=0,0085$) и степень рестенозирования у них была выше на 21% ($p=0,01$), минорный аллель ассоциирован с риском развития рестеноза (ОШ=3,2; 95% ДИ: 1,4-7,21). Для остальных изученных полиморфизмов частоты встречаемости носителей минорного аллеля в группах достоверно не различались. Генотипы полиморфизма Pro198Leu гена GPx-1 коррелировали с активностью эритроцитарной GPx ($r=0,4$; $p=0,001$): носительство минорного аллеля сопровождалось снижением активности эритроцитарной GPx на 17% ($p=0,005$), а также с увеличением уровня первичных ($r=0,43$; $p=0,0002$) и вторичных продуктов ПОЛ ($r=0,29$; $p=0,014$).

Выводы: Полиморфизмы Pro198Leu гена GPx-1 и Glu298Asp гена eNOS могут применяться в клинической практике как маркеры риска развития рестеноза после стентирования коронарных артерий с использованием непокрытых стентов у лиц мужского пола.

0391 ХАРАКТЕР ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИКО- МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кантур Т.А.

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

Дислипидемия (ДЛП) признана наиболее важным модифицирующим фактором риска и прогрессирования артериальной гипертензии (АГ). Изучение характера межсистемных взаимодействий расширяет представления о патогенетических механиз-

мах и метаболических факторах, определяющих течение АГ на фоне липидных нарушений, что позволяет обосновать стратегию целенаправленного контроля.

Целью работы явилась оценка межсистемных взаимодействий параметров липидного, углеводного метаболизма, коагуляционного потенциала крови, процессов липопероксидации, факторов риска у больных АГ с ДЛП.

Под наблюдением находилось 288 больных с АГ I-II стадии в возрасте от 30 до 60 лет ($47,82 \pm 1,49$), из них 109 (37,8%) мужчин и 179 (62,2%) женщин. С учетом состояния липидного обмена больных сформировано две группы наблюдения: 1-я группа – 55 больных АГ без липидных нарушений; 2-я группа – 233 больных АГ, имеющие ДЛП. Комплекс исследований включал методы, предусмотренные стандартом обследования больных АГ, дополнительно определяли уровень фибриногена, аполипопротеидов А и В, инсулина, рассчитывали индекс инсулинорезистентности НОМА, показатели системы липопероксидации. Для установления влияния липидных нарушений на характер межсистемных взаимодействий у больных АГ проведено информационно-аналитическое моделирование внутри- и межсистемных функциональных связей, используя модуль «парные и частные корреляции Пирсона».

После отбора корреляционных связей при уровне значимости $p < 0,05$ в 1-ой группе выделились 40 корреляционных пар преимущественно средней ($r=0,50-0,69$) и умеренной ($r=0,30-0,49$) силы связи. В группе больных АГ с ДЛП корреляционных пар ($p < 0,05$) образовалось в два раза больше по сравнению с 1-й группой (79 пар). При этом сила связи имела умеренный и слабый ($r=0,49-0,2$) характер.

При ДЛП наблюдается усложнение взаимодействий как внутри, так и между системами. Характерны взаимосвязи наиболее атерогенных фракций липопротеидов с показателями абдоминального ожирения, инсулинорезистентности, липопероксидации, гемостаза. Увеличение числа межсистемных связей у больных АГ с липидными нарушениями, можно расценить как нестабильность системы и включение большего числа механизмов, направленных на ее стабилизацию. Выявленные зависимости позволяют утверждать, что липидный обмен становится главным звеном, приводящим данную систему к дисбалансу, а значит прогрессированию заболевания. Полученные нами данные позволяют полагать, что липидные нарушения у больных АГ, можно рассматривать как одно из патогенетических звеньев метаболического синдрома, при котором происходит взаимное усугубление и дальнейшая разбалансировка гомеостатических систем организма.

0392 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Капелювич В.Ю.*, Татарченко И.П.*, Купаева Р.А.**, Чадаева М.И.**, Тиханова Н.П.**, Руденко О.П.**

*ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», Пенза, Россия; **ГКБ СМП им. Г.А. Захарьина, Пенза, Россия

Цель работы: проспективное динамическое наблюдение в течение трёх лет пациентов, перенесших первый в жизни инфаркт миокарда с зубцом Q (Q-ИМ) для выявления взаимозависимости между выраженностью митральной регургитации (МР) и степенью сердечной недостаточности (СН) в постинфарктном периоде.

Материалы и методы. Нами были обследованы 115 больных (68 мужчин и 47 женщин) без СН в анамнезе, находившихся на лечении по поводу острого Q-ИМ, в возрасте от 25 до 66 лет (средний возраст $52,31 \pm 0,42$ лет), у которых была выявлена МР. Для диагностики ИМ мы пользовались общепризнанными критериями ВОЗ. Эхокардиография (ЭхоКГ) с целью выявления и оценки степени МР была выполнена во время пребывания больных в стационаре (в среднем – в первые 2-4 дня госпитализации) и затем проводилась в динамике в течение всего периода наблю-

дения через 6 месяцев. МР ранжировалась по степени в соответствии со стандартными рекомендациями.

Полученные результаты. ЭхоКГ в стационаре выявила МР легкой степени у 65%, средней — у 27% и тяжелой — у 8% больных. При анализе было отмечено, что пациенты с более высокими степенями МР были старше; чаще женщины, чем мужчины; были курильщиками; чаще имели в анамнезе сахарный диабет и артериальную гипертонию; демонстрировали более низкие значения показателей систолической функции левого желудочка.

Анализ при повторных ЭхоКГ в постинфарктном периоде показал, что даже у больных с МР легкой степени СН сформировалась в 32% случаев. СН была документирована у 68% больных с МР средней степени и у 97% — с МР тяжелой степени. При дальнейшем сравнительном анализе была получена достоверная корреляция между степенью выраженности МР и частотой госпитализаций по поводу декомпенсации СН, повторных ИМ и случаев кардиальной смерти.

Выводы. Выявление МР при ЭхоКГ у пациентов, перенесших Q-ИМ, является фактором повышения риска развития СН. Определение степени МР играет роль независимого предиктора неблагоприятного клинического течения в постинфарктном периоде.

0393 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Карабинская Н.В.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Вариабельность сердечного ритма (ВСР) отражает симпатопарасимпатическое взаимодействие на уровне синусового узла и может характеризовать процессы адаптации, изучение особенностей которых у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) в зависимости от клинической формы ишемии миокарда явилось целью данного исследования.

Обследовано 143 больных ПИКС (мужчин — 50, женщин — 8; возраст $54,8 \pm 2,2$ года) в средне-раннем периоде восстановительного лечения (через 8-10 недель после перенесенного Q-образующего инфаркта миокарда). Использовались холтеровское мониторирование и 5-минутная регистрация электрокардиограммы с программным анализом ВСР. Были выделены три группы наблюдения: 1-я — 60 больных без признаков ишемии миокарда, 2-я — 41 больной с эпизодами безболевой ишемии миокарда (ББИМ), 3-я — 42 больных со стенокардией.

Для больных с рубцовыми изменениями миокарда был характерен усредненный симпатический сдвиг (увеличение, по сравнению с принятыми нормальными параметрами ВСР, в 2 раза Мо, АМо, ИН, ПАПР, ИВР, RMSSD, TF, LF при LF/HF > 1,0 и уменьшение SDNN в 3 раза; $p < 0,001$). При ПИКС и отсутствии ишемии миокарда симпатическое напряжение было умеренным (по сравнению с нормой, двукратное увеличение АМо, ИН, ПАПР, ИВР, VLF, LF, при LF/HF > 1,0 и уменьшение SDNN в 3 раза; $p < 0,001$) при параллельном усилении вагусной активности (увеличение RMSSD в 2 раза, HF в 7 раз; $p < 0,001$), что отражало феномен “акцентированного антагонизма”, обеспечивающего мобилизацию резервных возможностей системы кровообращения и формирование адаптивных сердечно-сосудистых реакций. При ББИМ отмечалось более выраженное симпатическое доминирование (увеличение, по сравнению с нормой, в 2,5 раза ИН, ПАПР, ИВР, TF, VLF, в 4 раза — LF при LF/HF > 1,0 и уменьшение SDNN в 3,5 раза; $p < 0,001$) с формированием синдрома “рассогласования симпатических и парасимпатических реакций” (одновременное увеличение АМо и ВР), что указывало на диссоциацию вегетативных влияний. При стенокардии парасимпатическое доминирование и ослабление симпатической активности свидетельствовали о формировании синдрома “акцентированного синергизма” (увеличение, по сравнению с нормой, в 2 раза ВР, ПАПР, RMSSD, в 12 раз — HF при LF/HF < 1,0 и уменьшение, по сравнению со 2-й группой, в 1,5 раза АМо, ИН, ИВР, TF, в 4 раза — VLF, LF; $p < 0,001$), что отражало прогностически высокий риск нарушения адаптации.

Таким образом, у больных постинфарктным кардиосклерозом смена умеренной симпатикотонии при отсутствии ишемии миокарда на выраженное симпатическое доминирование с рассогласованием вегетативных реакций при ББИМ и последующее парасимпатическое доминирование при стенокардии указывают на направление прогрессирующей дезадаптации и позволяют рассматривать “немую” ишемию миокарда как предстadium стенокардии.

0394 АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА

Каражанова Л.К., Есимбекова Э.И., Нурбекова Э.С.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель работы. Улучшение результатов лечения инфаркта миокарда с антифосфолипидным синдромом (АФС) на основе целенаправленной коррекции системы гемостаза, иммунных нарушений.

Методы исследования. В рамках клинического скрининга частоты АФС, проводимого на основании гемостазиологических, иммунологических обследований и анализа анамнестических данных, обследовано 520 больных с инфарктом миокарда. Комплексное клиническое обследование и лечение осуществлено у 98 больных с диагностированным на основании комплекса клиничко-лабораторных данных АФС, из них 53 — с крупноочаговым, 45- с мелкоочаговым инфарктом миокарда (ИМ). Все больные ИМ с АФС были распределены на численно равные подгруппы. В первую были включены 32 больных, получавшие традиционную терапию: антиагрегантную, антиаритмическую, антиагрегантную с применением НМГ — (фраксипарин) 0,6 мл подкожно 2 раза в день в течение 7-10 дней и антикоагулянт непрямого действия варфарин в дозе 5 мг со снижением дозы до 2,5 мг в течение 2 недель. Во вторую подгруппу были включены 35 больных, получавшие традиционную терапию, НМГ, АНД и дополнительно препарат системной энзимотерапии (СЭТ) флогэнзим по схеме по 2 таблетки 3 раза в течение месяца. Третью составили 31 больных (больные с ТЭЛА, ТИА, флеботромбозами), которым назначали сочетания фраксипарин, варфарина, флогэнзима и плазмафереза путем ежедневных эксфузий 300 мл плазмы в течение 3 суток. Для антиагрегантной терапии во всех группах использован кардиомагнил 75 мг. Повторный курс СЭТ проводился через 12 недель. Для диагностики АФС использовали определение волчаночного антикоагулянта (ВА), определение аутоантител к кардиолипину (АКЛ), показатели системы гемостаза, методы иммунологического исследования.

Результаты исследования: Данные лабораторного исследования маркеров АФС свидетельствуют, что у больных ИМ они имелись значительно чаще, чем у лиц контрольной группы. Частым клиническим признаком у больных с АФС явилась артериальная гипертония. Несмотря на относительно молодой возраст больных ИМ с АФС, в анамнезе у них было выявлено значительно большее количество острых форм ИБС — предшествующих ИМ (главным образом, мелкоочаговых) и эпизодов прогрессирующей стенокардии.

Выводы: В обследованных группах с проведением СЭТ и плазмафереза снижалось число пациентов с положительным содержанием в крови ВА (при комбинированной терапии — до 56% и АКЛ — до 43%). Вдвое на фоне применения флогэнзима и вчетверо — его сочетания с плазмаферезом — уменьшилась частота синдрома Дресслера. Значительно уменьшалась при использовании СЭТ и плазмафереза частота развития ранней постинфарктной стенокардии.

0395 РОЛЬ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН

Каражанова Л.К., Абилямажинова Г.Д.

Семипалатинская государственная медицинская академия, Семей, Казахстан

В прошлом веке было предложено как минимум несколько десятков гипотез, объясняющих происхождение и прогрессиру-

ние атеросклеротического процесса. Однако до настоящего времени ни одна из них, даже самая популярная и аргументированная, не является общепризнанной и окончательно доказанной.

Цель исследования: выявление нарушений иммунного статуса при ишемической болезни сердца (ИБС) у женщин среднего возраста и определение их патогенетической значимости в развитии заболевания.

Материалы и методы: в исследование включены 105 пациентов с ИБС, из них: с мелкоочаговым инфарктом миокарда (МИМ) (58) и нестабильной стенокардией (НС) (47). Возраст исследуемых находился в пределах от 35 до 64 лет (средний возраст — $51,5 \pm 2,7$ лет). В контрольную группу вошли 35 здоровых женщин с отсутствием в анамнезе данных о наличии ИБС и повышении АД. Нами проводился анализ некоторых параметров, характеризующих функциональную активность клеточного звена иммунной системы (определение числа Т-лимфоцитов, их хелперной — Т_{гфр} и супрессорной — Т_{гфч} субпопуляций, иммунорегуляторного индекса (ИРИ) — Т_{гфр}/Т_{гфч}), показателей гуморальных факторов иммунной системы: уровня В-лимфоцитов, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), интерлейкина-6, а также неспецифического фагоцитарного звена с помощью осуществления теста с нитросиним тетразолием (НСТ-тест). Также проведено суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера на системе «Кардиотехника-4000».

Результаты. В качестве основных клинических признаков, характеризующих особенности течения ИБС у больных с различным функциональным состоянием иммунной системы были избраны: для МИМ — частота нарушений ритма; рецидивирующее течение. В качестве контрольных использовались следующие показатели: ИРИ; содержание в крови ЦИК; показатель индекса стимуляции НСТ-теста; содержание ИЛ-6. Из данных, полученных в ходе исследования, выявлено, что частота аритмий сердца при МИМ имеет определенную зависимость от уровня иммунологических нарушений. Так, среди обследованных больных с выраженными нарушениями ИРИ доля пациентов с прогностически серьезными нарушениями сердечного ритма была на 73,7% больше, чем без таковых, при значительном повышении содержания ЦИК в крови — в 4,4 раза и при резком снижении индекса стимуляции в НСТ-тесте — на 47,5%. Аналогично, отмечалось значительное превышение частоты нарушений ритма при резко повышенном содержании в крови ИЛ-6, притом, что подгруппы с повышенным и нормальным содержанием практически не имели различий.

Выводы: таким образом, представленный анализ некоторых клинических показателей у больных ИБС в зависимости от состояния иммунной системы свидетельствует о наличии существенно негативного влияния его нарушений на течение заболевания. При сравнительном анализе показателей клинического течения заболевания и исследованных иммунологических параметров у женщин среднего возраста с ИБС были получены данные, свидетельствующие о наличии значительного повышения частоты таких осложнений мелкоочагового инфаркта, как нарушения сердечного ритма у больных с выраженными отклонениями от нормы показателей Т-клеточного и фагоцитарного звеньев.

0396 УПРАВЛЕНИЕ АЛИМЕНТАРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ССЗ В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ

Карамнова Н.С., Калинина А.М.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, Москва, Россия

Алиментарно-обусловленным факторам риска ССЗ: избыточной массе тела (МТ) и абдоминальному ожирению (АО), а также ассоциированным с ними нарушениям липидного и углеводного обменов отводится основная роль в формировании кардиометаболического риска, что обосновывает их приоритетность в профилактических технологиях. Формирование комплексного подхода в управлении факторов риска является оптимальным в условиях организованного коллектива, позволяя приблизить к потребителю и реализовать превентивные технологии непосредственно на рабочем месте, обеспечив преемственность многофакторного вмешательства и оптимизируя контроль эффективности.

Цель: оценить эффективность образовательно-мотивационной технологии коррекции алиментарно-обусловленных ФР ССЗ, разработанную и реализованную в коллективах педагогов 4-х общеобразовательных школ и медицинских работников (МР) 4-х поликлиник СЗАО г.Москвы.

Материалы и методы: Первичное медико-профилактическое обследование включало: антропометрию, измерение АД, определение уровня холестерина и глюкозы, опрос на определение объема потребности и готовности к коррекции алиментарно-зависимых факторов риска (ФР). Адаптация образовательно-мотивационной технологии профилактики ССЗ «Школы Здоровья», реализация ее в условиях работающего коллектива, оценка эффективности через 12 месяцев по результатам повторного медико-профилактического обследования.

Результаты: Обследовано 190 педагогов, средний возраст $47,9 \pm 12,2$ лет; и 348 МР (159 врачей и 189 лиц среднего медицинского персонала), средний возраст $46,9 \pm 11,3$ лет. Отклик составил 90,4% и 86,4%. Избыточную МТ и ожирение имели — 32,9% и 27,8% педагогов; 41,1% и 19,8% МР соответственно. АО установлено у 45,3% педагогов и 28,1% МР. Гиперхолестеринемия выявлена у 64,2% учителей и 64,6% МР, нарушения углеводного обмена у 2,7% и 3,5% соответственно. Артериальная гипертензия установлена у 36,3% педагогов и 43,7% МР. Распространенность кардиометаболического риска оценивалась по частоте сочетаний факторов его формирующих: частота сочетаний двух ФР установлена у 25% педагогов и 23% МР, сочетания трех и более ФР — у 36% и 26,3% соответственно. Желание снизить МТ отметили 76,9% педагогов и 63,8% МР, помощь специалистов в этом необходима 40% и 49,1% соответственно. Готовность к участию в групповой модели профилактики выявлена у 83,2% респондентов. Приоритетными направлениями названы: изменение привычек питания (75,2%), навыки купирования стресса (47,6%). Эффективность технологии профилактики оценена через 12 месяцев и представлена в % изменений от исходных характеристик: 5,3% снижение массы тела; 16,1% — общего холестерина, 10,7% — диастолического и 11,5% — систолического АД. Уменьшилась доля педагогов, имеющих три и более ФР с 36% до 26%, увеличилась доля педагогов, не имеющих ФР с 23% до 33%.

Выводы. Подход к управлению алиментарно-обусловленными ФР ССЗ через образовательные технологии в организованном коллективе является оптимальным, социально-значимым и эффективным.

0397 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Карамова И.М., Закирова А.Н., Фахретдинова Е.Р., Хамидуллина Р.М., Яруллина А.Р., Шмелева Г.А., Федорова Е.А.

БГМУ, Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность комбинированной терапии амлодипином и ателенолом больных гипертонической болезнью 1-2 степени. В исследовании принимало участие 30 пациентов. Все пациенты с гипертонической болезнью 2 стадии 1-2 степени. Среди них 6 мужчин и 24 женщины, средний возраст $47 \pm 12,39$ лет. Диагноз гипертонической болезни был верифицирован на основании осмотра, данных ЭКГ, Эхо-КГ, осмотра невролога. Пациенты с нарушением функции почек, печени, а также страдающие ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом в исследовании включены не были. Нами при первичном осмотре были выявлены следующие параметры: средние АД систол. $162,8 \pm 9,74$ мм рт.ст. и АД диаст. $98,0 \pm 7,15$ мм рт.ст., ЧСС $81 \pm 9,07$ в мин. Результаты биохимического исследования: глюкоза $5,07 \pm 0,68$ ммоль/л, общий холестерин $5,3 \pm 0,37$ ммоль/л, триглицериды $1,51 \pm 0,15$ ммоль/л, Х-ЛПНП $2,73 \pm 0,19$ ммоль/л, Х-ЛПВП $1,22 \pm 0,39$ ммоль/л. Всем больным был назначен тенолок в дозе 1 т в день (в состав 1 таблет-

ки входит амлодипин 5 мг и атенолол 50 мг). Пациентам с гиперлипидемией были назначены статины (тулип, вазилип). После достижения целевого уровня АД всем к лечению добавлялся аспирин 0,125 мг. Все пациенты были осмотрены вначале и через 15, 30 и 60 дней после начала лечения. Увеличена доза препарата до 2 таб. у 5 пациентов (не достигнут целевой уровень АД), требовалось уменьшить дозу до ½ таб. у 3 больных (урегание ЧСС ниже 50 в мин.). Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, выявлено не было. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия после начала лечения Теночексом. Побочных эффектов, требующих отмены препарата не выявлено. На ЭКГ в динамике существенных изменений не отмечалось. В результате лечения были достигнуты следующие параметры: средние АД систол. $126,8 \pm 5,86$ мм рт.ст. и АД диаст. $75,1 \pm 2,65$ мм рт.ст., ЧСС $73,7 \pm 4,07$ в мин. При этом отличные результаты (снижение уровня АД до 135/85 мм рт.ст. и ниже) были получены у 24 пациентов (80%), хорошие результаты (снижение уровня АД менее, чем на 20% от исходного) у 5 человек (17%), удовлетворительный результат (снижение уровня АД менее чем на 10%) — 1 больной (3%). На фоне комбинированной терапии амлодипином и атенололом показатели липидного и углеводного обмена существенно не менялись. Через 60 дней лечения получены результаты биохимических исследований: глюкоза $4,76 \pm 0,44$ ммоль/л, общий холестерин $4,9 \pm 0,29$ ммоль/л, триглицериды $1,44 \pm 0,25$ ммоль/л, Х-ЛПНП $2,69 \pm 0,29$ ммоль/л, Х-ЛПВП $1,28 \pm 0,66$ ммоль/л, что достоверно не отличалось от исходного уровня. Причем показатели липидного обмена имели тенденцию к улучшению.

То., комбинированная терапия амлодипином и атенололом эффективно и безопасно снижает давление до целевого уровня уже в дозе 1 т. в сутки, при этом не оказывает существенного влияния на липидный и углеводный обмен (колебания показателей липидного и углеводного обмена статистически не достоверны), хорошо комбинируется с другими препаратами. Препарат может быть использован в лечении больных гипертонической болезнью 2 стадии, 1-2 степени на амбулаторном этапе лечения.

0398 ПРИМЕНЕНИЕ ИАПФ ЗОКАРДИСА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Карамова И.М., Николаева И.Е., Закирова А.Н., Мухамедрахимова А.Р., Фахретдинова Е.Р., Хмелевских Н.А., Кильмаматова В.В., Прудько Е.Л., Казиева З.А.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия; Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: повысить эффективность фармакотерапии у больных, перенесших инфаркт миокарда, на госпитальном этапе реабилитации.

Материалы и методы: под наблюдением находились 49 пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Средний возраст больных составил $48,1 \pm 5,7$ лет. У 28 больных был крупноочаговый инфаркт миокарда, у 21 — мелкоочаговый. 12 человек перенесли повторный инфаркт миокарда. 20 пациентов, включенных в исследование, до инфаркта состояли на диспансерном учете с гипертонической болезнью различной степени.

Наряду с другими препаратами (аспирин, гепарин, нитраты, β-блокаторы, статины) традиционно входящими в схему лечения инфаркта миокарда, к лечению уже в первые сутки острого инфаркта миокарда был добавлен ингибитор АПФ зокардис. Доза препарата подбиралась индивидуально. Для пациентов без гипертонической болезни доза составляла 7,5 мг в день. Для больных с повышенным давлением доза зокардиса титровалась от 7,5 до 30 мг в день. Эффективность препарата оценивалась по субъективному самочувствию больных, количеству эпизодов ишемии по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ, уровню артериального давления по данным СМАД и уровню работоспособности по данным велоэргометрии.

Результаты: Самочувствие и состояние больных оценивалось ежедневно на стационарном этапе лечения и каждые 14 дней после выписки в течение 3 месяцев. Нами установлено, что у 24 больных после проведенного лечения отсутствовали жалобы на ангинозные приступы. Эпизодов ишемии по результатам мониторирования ЭКГ выявлено не было. Кроме того, из нарушений ритма выявлялись только редкие наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы. Все пациенты достигли уровня работоспособности в 150 кг/мин (по результатам ВЭМ). У 43 больных АД стабилизировалось на уровне 90-120/80-60 мм рт.ст., у 5 пациентов АД снизилось по сравнению с исходным уровнем, но не достигло оптимальных значений. У 1 человека препарат оказался не эффективен. В нашем исследовании лучший гипотензивный эффект был получен в случае сочетания зокардиса с мочегонными препаратами, в частности индапамидом. На санаторном этапе реабилитации препарат также хорошо переносился больными и не требовалось изменение дозы. Из побочных действий отмечалась гипотония у 5 больных. У всех снижением дозы препарата этот эффект был нивелирован. Побочных эффектов, требующих отмены препарата нами не наблюдалось.

Выводы: Таким образом, зокардис хорошо переносится больными и в дозе 7,5 мг может быть в комбинированной терапии больных после острого инфаркта миокарда. Кроме того, у пациентов с сопутствующей гипертонической болезнью различной степени еще и эффективно снижает артериальное давление в дозе от 15 до 30 мг. Полученные данные позволяют рекомендовать применение зокардиса не только в стационаре, но и на амбулаторный этап реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда.

0399 ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАКСОЛОЛА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Карамова И.М., Фаткуллина З.С., Туктарова Ф.С., Фахретдинова Е.Р., Нигматуллина Р.Х.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Целью исследования было оценить эффективность и безопасность терапии бетаксололом женщин, больных гипертонической болезнью 1-2 степени.

Методы: В исследовании принимало участие 32 пациентки. Все пациенты с гипертонической болезнью 2 стадии 1-2 степени. Средний возраст которых $46 \pm 6,8$ лет. Среди них 24 женщины в период ранней менопаузы и 8 поздней. Диагноз гипертонической болезни был верифицирован на основании объективного осмотра, данных ЭКГ, ЭхоКГ, осмотра невролога. Пациенты с нарушением функции почек, печени, страдающие ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом, а также с гипертонической болезнью 3 степени, в исследование включены не были.

Результаты: Нами выявлены при первичном осмотре следующие параметры: При первичном осмотре средние АД систол $153,8 \pm 9,74$ мм рт.ст. и АД диаст. $96,0 \pm 7,05$ мм рт.ст. ЧСС $84 \pm 9,07$ в мин. Результаты биохимических исследований глюкоза $5,07 \pm 0,68$ ммоль/л, общий холестерин $5,3 \pm 0,37$ ммоль/л, триглицериды $1,51 \pm 0,15$ ммоль/л, Х-ЛПНП $2,73 \pm 0,19$ ммоль/л, Х-ЛПВП $1,22 \pm 0,39$ ммоль/л. Всем больным был назначен бетаксолол («локрем») в дозе 5 мг. Затем доза препарата титровалась. Пациентам с гиперлипидемией были назначены статины (Симвастатин, симло, вазелип). После достижения целевого уровня АД всем к лечению добавлялся аспирин 0,125 мг.

Все пациенты были осмотрены вначале ежедневно (находясь в стационаре) и через 15,30 и 60 дней после начала лечения. Увеличена доза препарата до ½ таб. у 25 пациентов (не достигнут целевой уровень АД), требовалось увеличить дозу до 1 таб. у 7 больных. Побочных эффектов, требовавших отмены препарата, выявлено не было. На ЭКГ в динамике существенных изменений не отмечалось. В результате лечения были достигнуты следующие параметры: средние АД систол $126,8 \pm 5,86$ мм рт.ст. и АД диаст. $75,1 \pm 2,65$ мм рт.ст., ЧСС $73,7 \pm 4,07$ в мин. При этом отличные результаты (снижение уровня АД до 135/85 мм рт.ст. и ниже) были получены у 24 пациентов (75%), хорошие результаты (снижение уровня АД менее, чем на 20% от исходного) у 7 человек

(22%), удовлетворительный результат (снижение уровня АД менее, чем на 10%) — 1 больной (3%), неудовлетворительных результатов получено не было. На фоне терапии бетаксололом показатели липидного и углеводного обмена существенно не менялись. Все пациенты отмечали улучшение самочувствия после начала лечения бетаксололом. Кроме того 22 пациентки (69%) отметили уменьшение потливости, снижение интенсивности «приливов», улучшение сна. Побочных эффектов, требующих отмены препарата не выявлено.

Выводы: Т.о., бетаксолол в виде монотерапии у женщин в период менопаузы эффективно и безопасно снижает давление до целевого уровня уже в дозе 10 мг в сутки, при этом не оказывает существенного влияния на липидный и углеводный обмен и улучшает качество жизни.

0400 ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА

Карамова И.М., Хайретдинова Т.Б., Червякова К.В., Зинатуллина К.Р., Хабибуллина А.Р.

БГМУ, РКД г. Уфа, Уфа, Россия

Структура кардиоваскулярной патологии в неонатальном периоде представлена: врожденными пороками сердца и постгипоксическим поражением в виде синдрома дезадаптации сердечнососудистой системы (СД ССС), либо их сочетанием. Гипоксия, перенесенная во время беременности, приводит к формированию СД ССС, характеризующийся рядом функциональных, метаболических и гемодинамических нарушений, повышением кардиоспецифических ферментов. К основным факторам риска развития СДССС относятся: гипоксия, перенесенная во время беременности и родов, острая вирусная инфекция в первом триместре беременности, внутриутробная инфекция.

Материалы и методы: Нами был проведен анализ данных эхокардиографии 40 новорожденных детей с факторами риска развития СДССС с целью исключения патологии сердечнососудистой системы. Наиболее характерным проявлением всех клинических вариантов СДССС у новорожденных детей является гипертрофия миокарда желудочков сердца с преимущественной гипертрофией правого желудочка, легочная гипертензия и функционирование фетальных коммуникаций.

Результаты: В нашем наблюдении гипертрофия миокарда ПЖ встретилась у 40 детей (100%), гипертрофия ЛЖ у 26 детей (65%). Толщина миокарда ПЖ составила 4,8–5,9 мм, толщина миокарда ЛЖ 4,0–5,0 мм соответственно. Дилатация полости ПЖ на фоне неонатальной легочной гипертензии и персистенции фетальных коммуникаций наблюдалась у 34 детей (87%). Дилатация полости ЛЖ наблюдалась в основном при транзиторной постгипоксической ишемии миокарда у 26 детей (67%). При этом конечно-диастолический размер (КДР) ПЖ находился в диапазоне 13,7–16,3 мм, КДР ЛЖ от 8,6 до 11,4 мм. Снижение показателей систолической функции желудочков наблюдается при транзиторной постгипоксической ишемии миокарда и характеризуется уменьшением ударного объема, фракции выброса. Так, среднее значение показателей ФВ ЛЖ в нашем исследовании составило $47,8 \pm 11\%$, УО $7,38 \pm 0,3$ мл. Межпредсердное сообщение диагностировано нами у всех новорожденных детей с СДССС, ОАП наблюдался у 8 детей (21%). Поддержанию высокой легочной сосудистой резистентности способствуют первичные ателектазы и участки гиповентиляции в легких, а также прямое повреждающее действие гипоксии и ацидоза на сосудистую стенку. Неонатальная легочная гипертензия способствует замедлению темпов закрытия ОАП.

Выводы: 1. Детям, перенесшим хроническую внутриутробную и перинатальную гипоксию, с симптомами постгипоксического поражения сердца, требуется диспансерное наблюдение кардиолога как минимум до трехлетнего возраста. 2. Диспансерное наблюдение должно включать ЭКГ 1 раз в 3 месяца, ЭхоКГ — 1 раз в 6 месяцев, консультации кардиолога, невролога и курс энергетически-метаболической терапии.

0401 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, РКД г. Уфа, 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 должностную массу тела, а 66% имели дефицит массы тела разной степени ($p > 95\%$). 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 ($p > 95\%$). 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 поликлинике и обязательно в семье больного ребёнка с психолого-педагогической помощью и создание комплекса санаторно-курортного лечения с совместным пребыванием мамы и ребёнка.

0402 ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СТЕНОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Карбузов М.В. Брыксин С.А.

Г Б № 2 им В. В. Баныкина, Тольятти, Россия

Атеросклероз основная причина стеноза и окклюзии брахиоцефальных сосудов, с преимущественным поражением зоны бифуркации внутренней сонной артерии, которая становится основным источником либо дистальной микроэмболизации, либо тромбоза сосуда с развитием нарушений мозгового кровотока. Зачастую, атеросклероз брахиоцефальных сосудов сочетается с артериальной гипертензией, в результате чего нарушается

ауторегуляция мозгового кровотока. Каротидная эндартэктомия и восстановление адекватного кровотока по внутренней сонной артерии, повышается риск развития выраженной полусферной гиперперфузии.

Цель: подбор медикаментозной терапии, с целью профилактики нарушения мозгового кровотока, в результате синдрома гиперперфузии головного мозга.

В исследование вошло 42 пациента с гемодинамически значимым стенозом внутренней сонной артерии — более 70%. Средний возраст пациентов составил $64,7 \pm 5,3$ года. Из них 27 мужчин и 15 женщин. ГБ II стадии диагностирована у 31 человека, III стадии у 11. Среди пациентов с ГБ III стадии у 8-и пациентов в анамнезе транзиторная ишемическая атака. У 7 пациентов выявлен сахарный диабет 2 типа. Всем пациентам проводили определение липидного спектра, определение морфологии атеросклеротической бляшки, мониторинг артериального давления. Предоперационная подготовка включала в себя гипотензивную (Са-, β-блокаторы, иАПФ). Интраоперационно, до пережатия внутренней сонной артерии, проводили инфузию сульфата магния и эуфиллина, вводили актовегин, малые дозы фентанила; непосредственно на время пережатия внутренней сонной артерии, создавали управляемую гипертензию путем инфузии фенилэфрина, до достижения артериального давления на 20-25% больше исходного. После снятия зажимов — постепенно снижали артериальное давление до исходного, с последующей продленной инфузии магния сульфата. В дальнейшем, лечение корректировалось до достижения целевого артериального давления.

Из 42 пациентов в 23 случаях выполнена эверсионная КЭ, в 19 случаях открытая каротидная эндартэктомия с использованием заплаты; у 5 пациентов КЭ выполнили с использованием временного шунта.

Результаты: у 12 пациентов наблюдали головные боли и еще у 5 пациентов головокружение, шум в голове. У 18 пациентов, в постоперационном периоде, наблюдали тенденцию к гипертензии. К 3 послеоперационному дню головная боль купирована у всех пациентов, АД находилось в целевом диапазоне. За время госпитализации у 2 пациентов диагностирована транзиторная ишемическая атака, неврологическая симптоматика купирована в течение 24 часов, у 1 интраоперационное повреждение возвратного нерва, с восстановлением функций к 7-му дню. Среди пациентов с комбинацией клопидогреля и аспирина возникли 2 случая образования гематомы, с последующей ее эвакуацией.

Выводы: адекватно подобранная медикаментозная терапия в предоперационном и продолженная в постоперационном периоде, у пациентов с атеросклерозом брахиоцефальных сосудов, уменьшает риск развития нежелательных последствий в условиях нарушенной ауторегуляции мозгового кровотока.

0403 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Каретникова В.Н., Осокина А.В., Бельникова Ю.А., Барбараш О.Л. ГОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия», Кемеровский кардиологический диспансер, Кемерово, Россия

Цель: определить влияние сахарного диабета 2 типа на клинико-функциональные особенности больных с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Методы: обследовано 65 больных с Q-образующим инфарктом миокарда, поступивших в инфарктное отделение Кемеровского кардиологического диспансера. 14,1% пациентов страдали сахарным диабетом 2 типа; из них у 2,3% больных диагноз сахарного диабета впервые установлен в период госпитализации.

Результаты: в группе сахарного диабета несколько чаще (различия недостоверны) регистрировались жизнеопасные желудочковые нарушения ритма (50% vs 44%). При проведении велоэргометрии (раннего нагрузочного теста — на 10-12 сут после ИМ) у больных с СД отмечена более низкая толерантность к физической нагрузке ($37,5 \text{ Вт}$ vs $41,6 \text{ Вт}$). При анализе показателей систолической функции миокарда ЛЖ существенных различий в госпитальном периоде выявлено не было. Результаты коронарографии выявили преобладание много-

сосудистого и диффузного характера поражения коронарного русла на фоне СД. Меньший процент больных (41% vs 62%) был подвергнут эндоваскулярному вмешательству по экстренным показаниям.

Несмотря на имеющиеся убедительные данные о неблагоприятном влиянии производных сульфонилмочевины на ближайший и отдаленный прогноз у больных с ИМ, 82% пациентов в качестве сахароснижающего препарата принимали манинил, 2% — диабетон, 8% проводилась инсулинотерапия, 7% комбинированная сахароснижающая терапия, у 1% больных компенсация СД достигалась диетой.

Выводы: таким образом, можно предположить, что не только СД является фактором, ухудшающим прогноз больных ИМ, но также использование сахароснижающих препаратов — производных сульфонилмочевины — может оказывать неблагоприятное влияние на течение ИМ.

0404 СИСТЕМНЫЙ ОБМЕН КАЛЬЦИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ

Карпова Н.Ю., Рашид М.А., Ядров М.Е., Шостак Н.А., Казакова Т.В., Румянцев О.Н.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; Городская клиническая больница № 55 ДЗ, Москва, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Медико-социальные аспекты состояния сердечно-сосудистой и костной систем в пожилом возрасте при пороках сердца» № 09-06-00476а

Цель. Изучить состояние системного обмена кальция и его взаимосвязь с показателями внутрисердечной гемодинамики у больных кальцинированным аортальным стенозом (КАС).

Материал и методы. У 77 пациентов (средний возраст $76,1 \pm 4,1$ лет) с верифицированным КАС по данным 2ДЭхоКГ-исследования изучены сыровоточные концентрации: витамина Д (25ОНД_3), паратиреоидного гормона (ПТГ), общего кальция (СА) и общей щелочной фосфатазы (ЩФ).

Результаты. Умеренная гипокальциемия ($1,72\text{--}1,78 \text{ ммоль/л}$) установлена в 75%, Д-дефицит ($<50 \text{ нмоль/л}$) — в 76,3% и гиперпаратиреоз ($>65 \text{ пг/мл}$) — в 35,5% случаев. Д-дефицит сопровождался достоверным повышением ПТГ ($54,0$ и $20,9 \text{ пг/мл}$; $p=0,02$) и был более выражен у женщин ($33,0$ и $48,7 \text{ нмоль/л}$; $p=0,03$). Концентрация витамина Д ассоциировалась с возрастом ($r=-0,26$; $p=0,02$), площадью поверхности тела ($r=0,25$; $p=0,03$), а дефицит витамина Д не оказывал влияния на состояние внутрисердечной гемодинамики. В то же время повышение концентрации витамина Д ($r=-0,34$; $p=0,003$) и ЩФ ($r=-0,25$; $p=0,03$) сопровождалось снижением относительной толщины стенки миокарда ЛЖ, отражающей его способность к адаптивному концентрическому ремоделированию. Гиперпаратиреоз сочетался с расширением камер сердца ($p<0,05$), снижением фракции выброса (52 и 55% ; $p=0,03$) и увеличением массы миокарда ЛЖ (346 и 297 г ; $p=0,03$).

Выводы. Полученные данные демонстрируют неблагоприятное влияние изменений показателей системного обмена кальция на состояние внутрисердечной гемодинамики у больных кальцинированным аортальным стенозом в пожилом возрасте.

0405 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА И ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Карпова С.А., Максимов Н.И., Мультиановский Б.Л., Павлова Л.Н. Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель исследования: Вариабельность ритма сердца (ВРС) считается достоверным маркером функционального состояния вегетативной нервной системы, поэтому изучение последней путем

анализа параметров ВРС, в частности, их взаимосвязи с гемодинамикой при физической нагрузке при различных уровнях нормального артериального давления, является оправданным и может представлять практический интерес.

Материалы и методы. Исследовали ВРС у 60 мужчин 20-30 лет, из них у 30 человек (1-я группа) было нормальное АД, у 30 (2-я группа) — высокое нормальное АД (по классификации ВНОК, 2008). Из частотных показателей определяли мощности очень низких, низких и высоких частот, общую мощность спектра (TP), индексы вагосимпатического взаимодействия (ИВСВ) и централизации (ИЦ), показатели относительной вагусной и сосудодвигательной активности (соответственно ПОВА и ПОАС), из временных показателей — среднеквадратичное отклонение интервалов RR (SDNN) и межинтервальных различий (RMSSD), долю смежных интервалов с различиями свыше 50 мс (pNN50), показатель относительной симпатической активности (ПОСА). Всем больным проведена велоэргометрическая проба (ВЭП), определялись толерантность к физической нагрузке (ТФН), хронотропный (ХРС) и инотропный (ИРС) резервы сердца, индексы эффективности прессорной реакции и гемодинамики (соответственно ИЭПР и ИЭГ).

Результаты. При анализе частотных показателей не выявлено достоверных различий между группами как по TP, так и по мощности в отдельных диапазонах, ПОАС и ИЦ в группах также не различались; в то же время ИЦ в группе 1 был достоверно ($p < 0,05$) ниже, а ПОВА — достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе 2. При анализе временных показателей не выявлено достоверных межгрупповых различий SDNN, RMSSD и pNN50, однако (ПОСА) в группе 2 был достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе 1. При анализе результатов ВЭП не выявлено межгрупповых различий ТФН и ХРС, в то же время ИРС в группе 1 был достоверно ($p < 0,05$) ниже, чем в группе 2 а параметры, характеризующие реакцию сердечно-сосудистой системы на физическую нагрузку, свидетельствовали о снижении ее гемодинамического обеспечения у обследованных с высоким нормальным АД, т.е. в группе 2, где ИЭПР и ИЭГ были достоверно ниже, чем в группе 1. При корреляционном анализе выявлена достоверная обратная зависимость между SDNN и ИРС.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что у лиц с высоким нормальным АД имеются отличия регуляторных механизмов, сводящиеся к ослаблению автономных и усилению центральных влияний. Подобный дисбаланс регуляторных механизмов, по-видимому, имеет дезадапционный эффект, что проявляется в более выраженной реакции на физическую нагрузку. В то же время характер этих изменений, их роль в формировании АГ и прогностическая значимость требуют дальнейшего изучения.

0406 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕРОПРИЯТИЯМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Карпова Э.С., Котельникова Е.В., Лямина Н.П.

ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий», Саратов, Россия

В настоящее время чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) стали одним из доступных методов терапии для больных ИБС, но качество жизни пациента после ЧКВ во многом определяется степенью прогрессирования коронарного атеросклероза, поэтому реабилитация и вторичная профилактика ИБС в настоящее время у больных перенесших ЧКВ это важные мероприятия, которые могут предупредить прогрессирование коронарной болезни сердца.

Целью исследования явилось изучение приверженности пациентов ИБС перенесших ЧКВ к мероприятиям вторичной профилактики.

В исследование было включено 303 больных перенесших ЧКВ (средний возраст $52,3 \pm 5,6$ лет): среди них 107 больных, имели в анамнезе инфаркт миокарда, 143 больных стенокардию напряжения I — IIФК и 53 больных стенокардию напряжения IIIФК. Больные были рандомизированы в две группы: контрольную ($n = 206$) и основную ($n = 97$). Пациенты контрольной группы

получали медикаментозную терапию и выполняли рекомендации врача по изменению образа жизни, пациенты основной группы помимо медикаментозной терапии и соблюдения рекомендаций по модификации образа жизни выполняли контролируемые умеренные физические тренировки 3 раза в неделю на велотренажере в течение 9 месяцев.

В начале исследования после выполненного ЧКВ и проведения реабилитационно-профилактических мероприятий нами был проведен анализ приверженности к проводимым мероприятиям. В первые 3 месяца наблюдения в контрольной группе приверженность к медикаментозной и немедикаментозной терапии составила 91%, в основной 94%. Через 6 месяцев в контрольной группе отмечалась тенденция к снижению приверженности к лекарственной терапии и выполнению рекомендаций врача по изменению образа жизни и составила 50%, а через 9 месяцев приверженность составила 45% соответственно, в основной группе пациентов через 6 и 9 месяцев приверженность к лекарственной терапии оставалась на высоком уровне и составила 95%. Также в основной группе пациентов на фоне выполнения регулярных физических тренировок отмечалась высокая приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций по изменению образа жизни, что привело к минимизации количества модифицируемых факторов риска в данной группе пациентов, по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, включение дополнительно немедикаментозных мероприятий (контролируемых физических тренировок) в организацию реабилитации и вторичной профилактики ИБС у больных, перенесших ЧКВ способствует повышению приверженности к медикаментозной терапии и рекомендациям врача по изменению образа жизни, что приводит к минимизации модифицируемых факторов риска.

0407 ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗЕРВА КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СТЕНОЗИРОВАНИЯ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Карпов Р.С., Бощенко А.А., Врублевский А.В., Рыбальченко Е.В.

НИИ кардиологии Сибирского отделения РАМН, Томск, Россия

Цель работы: Целью нашего исследования явилась трансторакальная доплеровская оценка резерва коронарного кровотока (КР) в правой коронарной артерии (ПКА) у больных ИБС с односторонним поражением ПКА $> 50\%$ и больных без стенозирующего поражения ПКА.

Материал и методы: Трансторакальное исследование КР проведено у 63 больных ИБС (средний возраст 48 ± 13 лет; 51 мужчина и 12 женщин) с синусовым ритмом, фракцией выброса левого и правого желудочков $> 50\%$ на ультразвуковой диагностической системе Vivid 7 GE Healthcare с помощью фазированного датчика M3S без эхоконтрастного усиления. Дистальную треть ПКА (дПКА), представленную задней межжелудочковой артерией, визуализировали из апикального доступа в модифицированной двух- или трехкамерной позиции. Допплеровский спектр коронарного кровотока регистрировали в исходе и на максимуме действия дипиридамола (через 2 минуты после окончания внутривенной инфузии препарата в дозе $0,56$ мг/кг). Коронарный резерв в ПКА рассчитывали как отношение гиперемической пиковой диастолической скорости коронарного кровотока к базальной. Коронарную ангиографию (КАГ) выполняли из феморального доступа по стандартной методике на ангиографическом комплексе COROSKOP Plus («Siemens», Германия) в течение 1 недели после трансторакальной эхокардиографии. Анализировали локализацию стенозов, процент сужения диаметра сосудов. В последующий статистический анализ селективно включали больных с односторонним поражением ПКА $> 50\%$, которые составили 1 группу, и больных, не имеющих стенозов ПКА $> 50\%$, которые составили 2 (контрольную) группу.

Результаты: Трансторакальная доплерографическая оценка КР в дПКА была корректной у 51 (81%) из 63 больных, включенных в исследование: у 15 из 20 больных 1 группы и 38 из 43 больных 2 группы. В исходном состоянии в 1 группе выявлена более высокая пиковая диастолическая скорость коронарного кровотока, чем во

2 группе (41 ± 19 см/с и 25 ± 7 см/с, соответственно; $p < 0,001$), тогда как на максимуме действия препарата скорости кровотока в группах были сопоставимы (50 ± 21 и 67 ± 16 см/с, 1 и 2 группы, соответственно; $p < 0,01$). Это обусловило достоверно более низкий коронарный резерв в ПКА у больных ИБС со стенозами ПКА $> 50\%$, чем у больных без стенозирования сосуда ($1,47 \pm 0,81$ и $2,76 \pm 0,86$ в 1 и 2 группах, соответственно, $p < 0,001$). Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь между процентом стенозирования диаметра ПКА и КР в артерии ($r = -0,66$, $p < 0,001$). КР в ПКА < 2 являлся предиктором стенозирования ПКА $> 50\%$ с чувствительностью 87% и специфичностью 84%.

Заключение: Коронарный резерв в дистальной трети ПКА $< 2,0$ является чувствительным и специфичным маркером стенозирования ПКА $> 50\%$, при этом снижение КР в ПКА зависит от степени стенозирования сосуда.

0408 ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ КРАЕВОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Карпунина Н.С., Глебова С.А.

ГОУ ВПО "ПГМА им.ак.Е.А. Вагнера Росздрава", Пермская крайняя клиническая больница, Пермь, Россия

Цель: оценить эффективность работы школы здоровья на госпитальном этапе реабилитации пациентов с гипертонической болезнью.

Методы: аудитория представлена 128 пациентами, из которых 79 — женщины, госпитализированных по поводу гипертонической болезни II–III стадии. Средний возраст больных составил $61 \pm 4,2$ года. Часть пациентов страдала также ишемической болезнью сердца. За время госпитализации больные посетили 7 занятий в школе здоровья, которые были посвящены основным представлениям об артериальной гипертонии, рациональному питанию, борьбе с факторами риска, в том числе, ожирением, курением, стрессом, низкой физической активностью. Отдельно разбирались вопросы индивидуальной лекарственной терапии. Пациенты получали небольшие "домашние задания", например: оценить уровень своего холестерина и глюкозы по данным истории болезни, рассчитать индекс массы тела, составить пищевой дневник, и дневник измерений артериального давления.

Слушатели школы заполняли анкеты установленного образца с перечнем вопросов о качестве и доступности представляемых данных, собственной информированности по вопросам профилактики гипертонии, ее осложнений, подбору и возможным побочным эффектам медикаментозной терапии. В конце цикла в письменной форме пациенты тестировались по изученным проблемам с целью определения уровня их подготовленности и качества усвоения материалов каждого занятия.

Результаты: проведенный анализ позволяет констатировать стабильно высокую посещаемость школы среди женщин и более низкую среди мужчин. За время работы "домашнего задания" не выполнил практически ни один пациент, мотивируя свои действия либо отсутствием времени, либо нежеланием. Между тем, все больные указывают на полезность проводимых занятий, расширение представлений о своей болезни. Самым трудным для понимания разделом остается медикаментозная терапия и способы борьбы с лишним весом. По результатам тестового контроля процент правильных ответов колебался в диапазоне 72–76%.

Выводы: в целом опыт работы школы здоровья в условиях кардиологической клиники следует признать позитивным, при этом крайне низка мотивация и посещаемость среди трудоспособных лиц, особенно молодого возраста с неосложненной гипертонией. Во-вторых, отмечено слабое взаимодействие между пациентом, врачом школы и лечащим врачом и, как следствие, недоверие пациента к своему врачу. В-третьих, несмотря на постоянную работу с врачами края, ответственными за обучение больных, недостаточно развита преемственность между стационарным и амбулаторным этапами, что, несомненно, снижает "выживаемость" полученных знаний. В этой связи представляется целесообразным расширение работы за счет ведения бесед с работоспособным населением на предприятиях, а также в ходе повторных госпитализаций в клинику с целью оценки приверженности больных к лечению.

0409 ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНО–ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАЗВИТИЕ РАЗРЫВОВ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В КРАСНОЯРСКЕ

Карпунина Е.О.

ГОУ ВПО Красноярская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию России, Красноярск, Россия

Внешний разрыв сердца (РС) остается тяжелейшим осложнением острого инфаркта миокарда (ИМ) и занимает второе место в структуре летальных исходов при данном заболевании. В проведенном нами ранее исследовании (1976–1993гг) по материалам ГБСМ г. Красноярска и материалам Краевого бюро судебно-медицинской экспертизы, г. Красноярска было выявлено, что РС являются частой причиной смертельных исходов ИМ как в стационаре, так и среди скоропостижно умерших.

Цель работы. ИМ осложнился развитием РС в стационаре в 12,58% случаев, на догоспитальном этапе — в 12,73%. Представляло интерес проследить частоту развития РС при ИМ при динамическом наблюдении.

Материалы исследования. Изучено 3432 истории болезни больных ИМ, проходивших лечение в инфарктном отделении стационара и 981 протокол судебно-медицинского вскрытия, умерших от острого ИМ за период 2003–2008гг.

Полученные результаты: В стационаре от ИМ умерло 384 пациента. РС среди них диагностированы в 42 случаях, что составило 10,94%. Среди скоропостижно умерших от РС было 135 человек (13,76%). Среди умерших в стационаре РС чаще развиваются у женщин с первичным ИМ, в возрасте старше 60 лет. Первичные ИМ, среди умерших скоропостижно выявлены в 91,11% случаев, среди женщин — 90,41% случаев, среди мужчин — 91,94%. Среди скоропостижно умерших мужчин было 62 человека, женщин — 73. В возрасте до 60 лет у мужчин, умерших скоропостижно, РС возникли в 43,55% случаев, что опровергает имеющиеся в литературе высказывания о том, что РС возникают преимущественно в пожилом возрасте, то есть старше 60 лет и у женщин. Среди женщин в возрасте до 55 лет РС выявлены в 6,85% случаев. Во всех случаях ИМ был трансмуральным или крупноочаговым на фоне стенозирующего атеросклероза коронарных артерий. Только в 2 случаях, среди умерших скоропостижно, РС произошел в донекротическую стадию ИМ, в остальных случаях — в некротическую стадию ИМ. В 82,61% случаев смерть наступила в результате тампонады сердца, в 10,87% случаях морфологически выявлен отек легких, в 2,17% — кардиогенный шок, в 4,35% случаев — сочетание отека легких и кардиогенного шока.

Выводы. РС являются частотой причиной летальных исходов, как в стационаре, так и на догоспитальном этапе. Совершенствование кардиологической службы на этапе оказания скорой медицинской помощи привело к снижению летальных исходов от ИМ в стационаре до 10,94%. В результате РС при ИМ, произошедших на догоспитальном этапе, до пенсионного возраста не доживает 23,7% больных, при этом во всех случаях выявлена разная, но чаще значительная, степень стенозирования коронарных сосудов. В 5 случаях смерть произошла в приемном отделении стационаров города, что подтверждает необходимость разработки мер, направленных на своевременное выявление ИБС и предупреждение развития ИМ и РС при данном заболевании.

0410 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА И ТРИМЕТАЗИДИНА НА ПРОТЕОМНЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ СТАНДАРТНОГО РЕЖИМА ТЕРАПИИ

Карташова Е.А., Кастаная А.А., Мишашинович З.И.

Рост ГМУ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель настоящего исследования проанализировать механизмы эффективности применения милдроната и триметазидина (предуктал МВ) на фоне стандартного режима терапии (СРТ) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования: В исследование было включено 30 пациентов от 45 до 70 лет с диагностированной стабильной стенокардией напряжения I-III функционального класса. Все больные были разделены на 3 равные группы. Первая группа получала стандартную терапию ИБС, включающую применение нитратов, бета-блокаторов, антагонистов кальция, иАПФ, дезагрегантов, во второй группе к СРТ добавляли милдронат в дозировке 1000 мг в сутки, в третьей группе добавляли триметазидин (предуктал МВ) в дозе 70 мг/сутки. Контрольная группа — 10 человек (здоровые люди). Исследование продолжалось 6 месяцев. Пациентам проводился масс-спектрометрический анализ плазмы крови до и после лечения. Получение масс-спектрограмм выделенных белков, полипептидных цепей и пептидов выполняли на основе MALDI-TOF-MS (прибор Autoflex II, Bruker, США).

Полученные результаты: Отмечены следующие достоверные изменения в количестве пациентов 1 исследуемой группы с повторяющимся спектром белков на фоне СРТ: снизилось количество пациентов с наличием белка С на 77%, линеоил — КоА — десатуразы на 89%, миозина Х на 75%, гамма-бутирбетаин — гидроксиды на 71%, белка 2, регулирующего ишемическое preconditionирование в миокарде на 33%, аполипопротеина D на 75 %, НАДН-убихинон — оксидоредуктазы на 75%, каспазы -10 на 84,6%, эндотелиальной липазы на 84%, активатора морфогенеза 1 на 70%, домен-содержащей гекокиназы 1 на 85,7%, цАМФ-зависимой протеинкиназы А на 77,8%. Добавление милдроната и триметазидина к СРТ ИБС во II и III исследуемых группах пациентов сопровождалось следующими достоверными изменениями: отмечено увеличение количества пациентов с экспрессией дигидролипоамид — S- ацетилтрансферазы (II-50%, III — 70,4%), линеоил — КоА — десатуразы (II-50%, III — 62,5%), миозина Х (II-63,6%, III — 71,4%), белка 2, регулирующего ишемическое preconditionирование в миокарде (II-83,3%, III — 88,9%), аполипопротеина D (II-78,5%, III — 65,2%), каспазы -10 (II-82,6%, III — 57,8%), эндотелиальной липазы (II-77,8%, III — 42,8%), домен-содержащей гекокиназы 1 (II-57,9%, III — 68%), белка GCN5 (II-61%, III — 61,1%), легкой цепи миозинкиназы (II-73,9%, III — 57,1%).

Выводы: Масс-спектрометрический анализ биомаркеров в плазме крови позволил выявить интенсивность пептидных и белковых маркеров и их полиморфизм при ИБС на фоне приема СРТ, а также режимов лечения милдронатом и триметазидином, что способствовало созданию новой системы оценки молекулярных диагностических маркеров ИБС и эффектов лекарств на молекулярном уровне. Гены-кандидаты, которые обеспечивают экспрессию обнаруженных нами белков, могут быть рекомендованы для анализа одиночных нуклеотидных полиморфизмов (SNP) при определении показаний к проведению терапии цитопротекторами пациентами с ИБС.

0411 ПОЗДНИЕ СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА

Касаткина С.Г., Панова Т.Н., Казачкова Н.В.

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава», Астрахань, Россия

Цель работы: изучить частоту субклинического гипотиреоза (СГ) у больных сахарным диабетом (СД) 2-го типа и его влияние на поздние сосудистые осложнения.

Методы исследования: обследованы 99 больных сахарным диабетом 2-го типа, осложненным диабетической макроангиопатией различной степени выраженности. Средний возраст — 58,3±1,9 лет, стаж СД — 7,8±1,4 лет. У 10(10,1%) пациентов СД 2 типа компенсировался диетой, 54 (54,5%) — получали терапию пероральными сахароснижающими препаратами, 14 (14,2%) больных находились на комбинированном лечении, у 21 (21,2%) пациента инсулинотерапия.

Методы исследования включали определение уровня гормонов щитовидной железы и ТТГ в сыворотке крови, титра АТ-ТПО, суточное мониторирование ЭКГ и АД, УЗИ щитовидной железы. Оценивался в динамике уровень гликемии натощак, постприандиальной гликемии, показатели липидного спектра.

Результаты: СГ диагностирован у 21 (21,2%) больных СД 2 типа. Исходный уровень ТТГ от 5,2 до 11,9 мЕд/л. В этой группе у 8 пациентов определялся повышенный уровень АТ-ТПО. Объем ШЖ составил 28,7±0,18мл. У данных больных уровень гликемии натощак — 8,8±0,6ммоль/л, постприандиальная — 9,5±0,58 ммоль/л., HbA1c 10,9±1,4%, холестерин-7,8±0,6 ммоль/л, триглицериды-2,96±1,2 ммоль/л. У 29 (30,1%) больных уровнем ТТГ от 2,5—5,0 мЕд/л. Из них у 12 пациентов определялся повышенный уровень АТ-ТПО. Объем ШЖ составил 23,4±0,37 мл. Уровень гликемии натощак 7,5±0,4ммоль/л., постприандиальная — 8,1±0,7, HbA1c 7,9±0,8%, холестерин-6,7±0,6 ммоль/л, триглицериды-2,34±1,1 ммоль/л. У 54 (54,5%) пациентов уровень ТТГ колебался от 0,25-2,5 мЕд/л. АТ-ТПО обнаружены у 17 больных. Объем ШЖ составил 19,8±0,45 мл. Уровень гликемии — натощак 7,1±0,3 ммоль/л., постприандиальная — 7,9±0,6ммоль/л., HbA1c 7,7±0,7%, холестерин- 5,7±0,8 ммоль/л, триглицериды- 2,01±1,1 ммоль/л.

По данным суточного мониторирования частота наджелудочковых и желудочковых экстрасистол в группе больных СД 2-го типа с СГ была на 32% выше, чем у больных без СГ.

Выводы: СГ у больных СД 2-го типа выявляется в 21,2% и способствует ухудшению показателей углеводного и липидного обмена, что приводит к прогрессированию сосудистых осложнений.

0412 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Каскаева Д.С., Тарганеева Н.П., Петрова М.М.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России», Красноярск, Россия; ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», Томск, Россия

Цель: провести сравнительную оценку психологических особенностей личности мужчин с артериальной гипертонией и высоким сердечно-сосудистым риском на фоне антигипертензивной терапии ингибиторами АПФ рамиприлом (хартил) и фозиноприлом (фозикард).

Материал и методы: Обследовано 89 мужчин с артериальной гипертонией II-III стадии в возрасте от 32 до 61 года (средний возраст 46,5±0,35 года). Методом открытого рандомизированного исследования больные разделены на две группы. Первой группе больных (n=45) был назначен ингибитор АПФ рамиприл (хартил), второй группе (n=44) — моноприл (фозикард). Психологический статус больных изучали с помощью сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ), состоящего из 71 утверждения, позволяющих оценивать особенности личности больного и уровень его невротизации (в Т-баллах).

Результаты: Больные обеих групп статистически значимо не различались по возрасту, полу, длительности АГ, индексу массы тела. Усредненный профиль личности пациентов первой и второй групп характеризовался повышением по шкалам, отражающим уровень невротических реакций (1 шкала ипохондричности, 2 — депрессии), 7 — психастении (тревоги), и составил по шкале 1 — 55,16±0,95 Т-балла и 56,56±0,72 Т-балла соответственно, по шкале 2 — 49,02±1,02 Т-балла и 48,14±0,92 Т-балла и по шкале 7 — 55,14±0,61 Т-балла и 54,76±1,10 Т-балла, что подтверждалось выявленными взаимосвязями (p<0,05). Также отмечено повышение по шкале 6 (ригидность) 51,02±0,78 и 50,34±0,68 Т-баллов и понижение по шкале 9 (оптимистичность) 44,75±0,83 и 45,23±0,92 Т-баллов соответственно. Психологические особенности свидетельствуют о наличии склонности к уходу в болезнь, неуверенности в своих силах, тенденции к преувеличению тяжести имеющихся заболеваний. Пациенты с АГ и высоким сердечно-сосудистым риском характеризуются повышенным вниманием к себе и своим ощущениям, озабоченностью состоянием своего здоровья, недостаточной активностью. Через 6 месяцев терапии ингибиторами АПФ проведено повторное психологическое обследование больных, позволившее установить статистически значимые различия показателей усредненного профиля личности. Так, в первой группе достоверно снизились показатели СМОЛ по шкале 2

— 48,17±1,11 балла, по шкале 7 — 52,31±0,50 Т-балла и шкале 6 — 48,19±1,26 Т-балла, отмечено повышение по шкале 9 — 46,70±1,17 Т-балла по сравнению с исходным уровнем ($p<0,05$). Во второй группе значимые различия, наблюдаемые в динамике, получены по шкале 6 — 47,07±0,98 Т-балла ($p<0,05$).

Заключение: по данным СМОЛ больные АГ с высоким сердечно-сосудистым риском отличались высоким уровнем невротизации, склонностью к возникновению неприятных соматических ощущений и тревожно-депрессивным реакциям, снижением активности. В динамике на фоне терапии рамиприлом отмечалось достоверное снижение по шкалам 2, 7 и 6, и повышение по шкале 9. Полученные результаты следует учитывать при разработке мер комплексной медикаментозной профилактики и психологической реабилитации больных АГ с высоким риском.

0413 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Кастанаян А.А., Фахрутдинова Р.А.

РостГМУ кафедра внутренних болезней №2, Ростов-на-Дону, Россия

Хронотропный ответ — показатель увеличения ЧСС в ответ на физическую нагрузку. По литературным данным, низкий хронотропный ответ (хронотропная недостаточность) — снижение максимальной ЧСС относительно прогнозируемых величин — является независимым прогностически значимым фактором сердечнососудистых осложнений.

Цель работы: определить прогностическую значимость показателя хронотропного ответа при ишемической болезни сердца (ИБС), а также установить наличие корреляции между этим и другими прогностическими показателями (индексом Дюка, «двойным произведением», толерантностью к физической нагрузке).

Методы исследования: ретроспективный анализ 306 карт пациентов, которым выполнялась функциональная проба с физической нагрузкой на тредмиле по протоколу Брюса (стандартному или модифицированному).

Полученные результаты:

Частота низкого хронотропного ответа ($\leq 0,8$) была значительно выше у пациентов с положительной пробой на физическую нагрузку (25,3%) в отличие от пациентов с отрицательной пробой (2,6% соответственно). При этом среднее значение хронотропного ответа составляло 1,1 в обеих группах. Прогностическая значимость показателя хронотропного ответа совпала с результатами оценки по другим показателям. Так, по результатам расчета индекса Дюка у пациентов с положительной пробой преобладал средний риск сердечно-сосудистых осложнений, а с отрицательной — низкий (68,2% и 83%, соответственно). Толерантность к физической нагрузке оказалась средней у пациентов с положительной пробой и высокой и средней — у пациентов с отрицательной пробой. При расчете ФК по «двойному произведению» имело место преобладание III ФК у пациентов с положительной и практически равное соотношение III и II ФК у пациентов с отрицательной пробой.

Выводы: Таким образом, хронотропный ответ может найти практическое применение для оценки прогноза сердечно-сосудистых осложнений ИБС наравне с индексом Дюка, «двойным произведением» и показателем толерантности к физической нагрузке.

0414 ОСЛОЖНЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ИТОГАМ 20-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Касумова Ф.З.

Азербайджанский Государственный институт усовершенствования врачей им. А.Алиева, кафедра внутренних болезней II, Баку, Азербайджан

Артериальная гипертензия (АГ) — один из факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) и острого ишемического

инсульта (ИИ), в связи с чем, лечение АГ является одновременно и профилактикой ИБС и ИИ.

Цель: провести анализ отдаленных результатов (конечных точек) длительной непрерывной антигипертензивной терапии в течение 20-летнего наблюдения у больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ).

Материал и методы: Проанализированы все случаи осложненной АГ, а также смертность от последствий ЭГ или не связанную с ней у 138 мужчин в возрасте 20-59 лет, которые наблюдались с 1986 года по 2006 год и получали антигипертензивную терапию (АГТ) на протяжении всего 20-летнего периода наблюдения.

Результаты: Общая смертность за весь период исследования составила 13,8% (19 больных), из них 3 умерли от рака желудка, остальные 16 — от осложнений ЭГ: 2,2% — от несвязанных с АГ причин, а 11,6% непосредственно от осложнений АГ. Среди последних, у 10-ти диагностирована ИБС (7,2%), а у 6-ти (4,3%) — ИИ, причём у 10 человек, умерших от кардиальных причин, в 3-х случаях причиной смерти была сердечная недостаточность (2,2%), у остальных 7-ми — развился фатальный инфаркт миокарда (5,1%). Из 6-ти человек, умерших от церебральных причин, только у одного (0,7%) развился геморрагический инсульт, у остальных 6-ти (4,3%) — ИИ. Средний возраст умерших составил 52,6±2,0 года (38-68 лет), длительность ЭГ — от 3-х до 23 лет (11,5 ± 0,5 лет).

Уровень систолического артериального давления (САД) была в пределах 138-220 мм рт.ст. (158,0±20,5 мм рт.ст.), уровень диастолического артериального давления (ДАД) — 96-130 мм рт.ст. (108,0±8,5 мм рт.ст.). Продолжительность лечения колебалась от 1 года до 12 лет, составив в среднем 6,2±2,7 лет.

Выводы: Основные факторы, оказавшие отрицательное влияние на исход течения ЭГ — это длительность течения АГ ≥ 10 лет, возраст больных ≥ 50 лет. Также факторы как уровень САД или ДАД до лечения, а также характер лечения — моно- или комбинированное — существенно не влияли на исход ЭГ.

0415 ВЛИЯНИЕ МЕТЕОФАКТОРОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Касумова Ф.З., Мустафаев И.И., Мамедова Р.Н., Касумова Ф.Н.

Азербайджанский Государственный институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, Баку, Азербайджан

Известно, что биологические ритмы — один из факторов адаптации организма к окружающей среде, а десинхронос — это компонент общего адаптационного стресс-синдрома. В последние годы в клиническую практику внедряется хронотерапия артериальной гипертензии (АГ), что позволяет улучшить адаптивные возможности организма с учетом воздействия внешне-средовых факторов, в частности гелиометеорологических условий окружающей среды.

Цель: Изучить корреляционные связи основных показателей гормонального гомеостаза с метеофакторами, на фоне длительной антигипертензивной терапии антагонистами кальция.

Материалы и методы: Изучены корреляционные связи между метеофакторами и адаптогенным гормоном коры надпочечников кортизолом методом наложенных эпох на фоне длительной монотерапии АК у 92 мужчин с АГ в сравнении с плацебо-периодом.

Результаты: У больных с АГ в период плацебо выявлена отрицательная связь между температурой воздуха и кортизолом ($r_{\text{т. корт.}} = -0,46$, $p<0,01$). На фоне монотерапии АК эта связь приобретает прямой характер, т.е. в ответ на повышение температуры выброс кортизола увеличивается и, наоборот. Учитывая, что кортизол относится к одним из адаптогенных гормонов, следует расценить его участие в поддержании физиологических адаптивных реакций как позитивный фактор приспособления к меняющимся погодным условиям, в частности, к одному из чувствительных элементов — температуре воздуха.

Вероятно, эти компенсаторные механизмы, восстановившись на фоне монотерапии АК, приближаясь к таковым у здоро-

вых лиц, обеспечивают сохранность гормонального профиля, АД и ЧСС, снижая метеочувствительность больных с АГ.

Об этом свидетельствует отсутствие достоверных корреляционных связей между метеофакторами с АД, как с систолическим, так и диастолическим, а также ЧСС.

Выводы: Антагонисты кальция при длительной монотерапии снижают метеочувствительность больных с АГ, способствуя усилению адаптивных реакций к меняющимся условиям внешней среды.

0416 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЕЁ ФОРМ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г.СУМГАИТ

Касумова Ф.Н., Магеримова С.С.

Азербайджанский Государственный институт Усовершенствования врачей им.А.Алиева, Баку, Азербайджан

Эпидемиологические исследования Американской ассоциации сердца продемонстрировали, что смертность от ишемической болезни сердца (ИБС) среди женщин вдвое превышает таковую от всех других болезней, включая онкологические.

Целью исследования явилось: изучение распространенности ИБС и различных её форм среди женского населения, в возрасте 20-59 лет.

Материалы и методы: Было проведено одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование 952 женщин в возрасте 20-59 лет, проживающих в г.Сумгаит. Все обследуемые прошли анкетирование для выявления определённой и возможной ИБС. Определенная ИБС включала: определённый инфаркт миокарда (ИМ), стенокардию напряжения (по кардиологическому опроснику ВОЗ) и безболевого форма ИБС. Возможная ИБС включала: возможную ИБС по ЭКГ и возможный перенесенный ИМ в анамнезе.

Полученные результаты: Проведенное нами исследование продемонстрировало, что среди 952 обследуемых женщин ИБС была выявлена у 228 женщин (23,9±1,4%), причем определенная её форма отмечалась у 194 человек (20,4±1,3%), а возможная её форма у 34-х (3,6±0,6%).

Среди всех осмотренных стенокардия напряжения (СН) была выявлена у 146 женщин-15,3±1,2%. СН + ЭКГ наблюдалась у 9 обследуемых, что составило 0,9±0,3%. Безболевого форма ИБС среди данного контингента отмечалась у 31 женщины-3,3±0,6%. Определенный ИМ среди всей популяции встречался в 8-ми случаях, что составило 0,8±0,3%. Возможная ИБС по ЭКГ встречалась у 19 женщин (2,0±0,5%), а возможный ИМ у 15-ти человек, что составило 1,6±0,4%.

Т.о. по результатам анализа распространенности ИБС выявлено преобладание определённых её форм, особенно стенокардии напряжения.

Выводы: В данной популяции женщин отмечалась высокая распространённость ИБС, что свидетельствует о неблагоприятной эпидемиологической ситуации. Приоритетной задачей врачей на сегодняшний день является концентрация всех усилий для оказания помощи лицам с явными признаками ИБС, а также людям, имеющим высокий риск её возникновения.

0417 ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Касумова Ф.Н., Насирова Н.В., Гаджиева Г.К.

Азербайджанский Государственный институт Усовершенствования врачей им. А.Алиева, Баку, Азербайджан

Известно, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) у женщин чаще встречается в пре- и постменопаузе, что связано с гормональной перестройкой женского организма. Однако, не редки случаи возникновения ИБС у женщин в молодом возрасте. В то же время, в литературе очень мало данных о гормональном статусе у этого контингента больных.

Цель исследования: Изучить состояние половых гормонов у женщин с ИБС в молодом возрасте в сравнении с контрольной группой здоровых лиц.

Материалы и методы: Нами обследованы 36 женщин в возрасте 30-39 лет, из которых у 16 выявлена ИБС, а 20 человек составили контрольную группу здоровых лиц. У всех женщин изучались половые гормоны: эстрадиол, прогестерон, тестостерон и соотношение эстрадиола к тестостерону. Гормоны определялись на 6-8 день в фолликулиновую фазу.

Полученные результаты: Проведенное исследование показало, что у женщин с ИБС достоверно повышается уровень прогестерона $-2,1 \pm 0,8$ ng/ml в сравнении с контрольной группой $-0,46 \pm 0,11$ ng/ml ($p < 0,05$). В то же время существенно снижается уровень эстрадиола $16,5 \pm 2,5$ против $45,6 \pm 3,8$ pg/ml ($p < 0,001$). Тестостерон имеет тенденцию к некоторому повышению, не достигая статистической значимости, $1,28 \pm 0,7$ против $0,34 \pm 0,05$ ng/ml ($p > 0,05$). При этом соотношение эстрадиол : тестостерон значительно снижается $32,4 \pm 13,3$ против $221,3 \pm 43,9$ ng/ml ($p < 0,001$).

Таким образом, у лиц с ИБС наблюдается существенная гормональная перестройка организма: снижается уровень эстрадиола, повышается прогестерон и тестостерон.

Выводы: У молодых женщин с ИБС наблюдается изменения гормонального статуса, схожие с женщинами, находящимися в пре- и постменопаузальном периоде.

0418 ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Катман Е.С., Тоголашвили Н.Г., Бритых Т.Н., Литвиненко М.В., Винокурова Э.П., Новгородцева Н.Я.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью исследования было изучение частоты желудочковых нарушений ритма сердца, у больных в течение года после инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы: Обследовано 174 человека в течение года после ИМ; 125 мужчин и 49 женщин. Средний возраст обследованных мужчин составил $56 \pm 0,76$ лет, средний возраст обследованных женщин составил $65 \pm 1,1$ лет. У 55,7% обследованных больных имел место Q-инфаркт, у 44,2% больных — по Q-инфаркт. У мужчин Q-инфаркт встречался в 64,1% случаев, у женщин — в 42,9%. В течение первых трех месяцев после ИМ обследовано 65 человек (37,3%), от четырех до шести месяцев — 34 человека (19,5%), от семи до девяти месяцев — 24 человека (13,7%), от десяти до двенадцати месяцев — 44 человека (25,2%).

Всем больным проводилось анкетирование, измерение АД, ЧСС, запись однократной ЭКГ и суточное холтеровское мониторирование с использованием кардиорегистраторов Schiller MT-100, MT-101. Холтеровское мониторирование (ХМ) проводилось на фоне получаемой терапии: ингибиторы АПФ получали 74,1% обследуемых, бета-блокаторы — 81%, антиагреганты — 87,9%, блокаторы Са-каналов — 12,6%, статины — 55,2%, мочегонные — 32,2%, нитраты — 40,8%, цитопротекторы — 12,1%, антагонисты рецепторов ангиотензина II I типа — 4,6%.

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто отмечались артериальная гипертония (98,2%), сахарный диабет (2,9%) больных.

По данным однократной регистрации ЭКГ желудочковые нарушения ритма регистрировались у 2,3% больных. Единичные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ) отмечались у 1,5% больных, у 0,8% больных наблюдалась парная ЖЭ.

По результатам ХМ желудочковые нарушения ритма наблюдались у 77,1% обследованных. Данные нарушения достоверно чаще регистрировались у мужчин (82,4%), по сравнению с женщинами (63,3%) ($p = 0,007$). Желудочковые аритмии несколько чаще наблюдались у больных перенесших Q-инфаркт (79,2%), чем у больных с по Q-инфарктом в анамнезе (73,9%), однако достоверных различий в данном случае не наблюдалось ($p = 0,26$). Среднее количество ЖЭ у

всех обследуемых составило $367,6 \pm 113,9$ (нижний квартиль 8,0, верхний квартиль 212). Редкие ЖЭ (менее 30 в час) встречались у 64,9% человек, частые ЖЭ (более 30 в час) регистрировались у 9,2%. Высокие градации ЖЭ по V.Lowp, M.Wolf (3, 4A, 4B) встречались у 45 человек (25,9%); в том числе ЖЭ 3 градации – в 0,6%, 4A – в 24,7%, 4B – в 8,05 % случаев. У больных, не принимающих бета-блокаторы, ЖЭ высоких градаций регистрировались чаще (33,3%), чем у больных принимающих бета-блокаторы (21,4 %).

Таким образом, как по данным однократной регистрации ЭКГ, так и по данным ХМ наиболее часто регистрировалась ЖЭ низких градаций, значительно реже регистрировалась ЖЭ высоких градаций. По данным ХМ желудочковые аритмии достоверно чаще наблюдались у мужчин, по сравнению с женщинами. Достоверных различий в частоте данных нарушений у больных с Q-инфарктом и non Q-инфарктом не отмечалось.

0419 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Каулина Е.М.

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

Цель: оценка качества медицинской реабилитации у больных артериальной гипертензией (АГ) старше 55 лет в амбулаторных условиях.

Методы исследования. Проводилась оценка реальной практической деятельности врачей по амбулаторным картам (АК) их пациентов АГ старше 55 лет. В группу исследования вошло 10 врачей, все женщины; распределение по возрасту: моложе 30 лет – 10%, 30-39 лет – 20%, 40-49 лет – 60%, 60 лет и старше – 10%; среднегрупповой стаж работы – 11,2 года. Было отобрано 100 АК больных АГ: 37% мужчин, 63% женщин, средний возраст 68,8 года.

Полученные данные представлены в динамике за период 2000 – 2008гг.

Полученные результаты. Пациентам АГ в 2000-2008гг в 100% случаях назначалась комбинированная антигипертензивная терапия (АГТ). Динамика частоты назначения врачами диуретиков пациентам АГ старше 55 лет по данным анализа АК за период 2000-2008гг: 40% – 64% – 65,3% – 77,2% – 78,1% – 89,6% – 90,1% – 90,4% – 92,1%. Динамика частоты назначения врачами ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) по данным анализа АК за период 2000-2008 гг.: 76% – 79% – 88,6% – 79,8% – 100% – 97,8% – 93% – 94% – 92,6%. Динамика частоты назначения врачами β -адреноблокаторов за период 2000-2008гг: 75% – 65% – 74,1% – 73,4% – 67,2% – 79,2% – 71,5% – 69,8% – 65,9%. Динамика частоты назначения врачами антагонистов кальция за период 2000-2008гг: 10% – 19% – 31,4% – 45,6% – 54,8% – 50,8% – 51,6% – 50,2% – 49,3%.

Несмотря на то, что всем пациентам АГ по данным АК была назначена АГТ, не у всех был достигнут целевой уровень артериального давления (АД). В ходе исследования была отмечена следующая динамика среднегрупповых значений АД у пациентов АГ.

Динамика среднегрупповых значений систолического АД у пациентов АГ старше 55 лет по данным анализа АК за период 2000-2008гг: 170,2 мм рт.ст. – 162,7 мм рт.ст. – 160,9 мм рт.ст. – 163,3 мм рт.ст. – 152,5 мм рт.ст. – 150,9 мм рт.ст. – 142,7 мм рт.ст. – 146,3 мм рт.ст. – 144,7 мм рт.ст. Динамика среднегрупповых значений диастолического АД за период 2000-2008гг: 95,5 мм рт.ст. – 93,7 мм рт.ст. – 92,9 мм рт.ст. – 93,3 мм рт.ст. – 95,7 мм рт.ст. – 92,4 мм рт.ст. – 94,8 мм рт.ст. – 93,9 мм рт.ст. – 93,7 мм рт.ст.

Выводы. Анализ полученных в ходе исследования данных свидетельствует, что у врачей амбулаторной практики при выборе АГП у пациентов АГ старше 55 лет приоритетной является группа ИАПФ. За период наблюдения не у всех пациентов удалось достигнуть целевого уровня АД, что свидетельствует о недостаточной интенсивности амбулаторной медицинской реабилитации, проводимой у пациентов АГ в выбранной возрастной группе.

0420 ДИНАМИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ

Каулина Е.М., Киселева Л.А.

Филиал Сочинского государственного университета туризма и курортного дела, Нижний Новгород, Россия; МЛПУ «Городская поликлиника №51», Нижний Новгород, Россия

Цель: оценка динамики приверженности больных артериальной гипертензией (АГ) к проведению мероприятий по изменению образа жизни (ИОЖ) в амбулаторных условиях. Мероприятия по ИОЖ включали в себя: увеличение физической нагрузки, модификацию диеты, снижение потребления алкогольных напитков, отказ от курения.

Методы исследования. Проводилась оценка уровня приверженности больных АГ старше 55 лет к проведению мероприятий по ИОЖ и медикаментозной антигипертензивной терапии (АГТ) по разработанному критерию (в баллах). Группа исследования была сформирована методом случайной выборки, в нее вошли 100 больных АГ: мужчин 39%, женщин 61%. Средний возраст участников 64,6 года; среднегрупповой стаж заболевания АГ – 11,9 лет. Анализировались результаты за период 2000 – 2008гг.

Полученные результаты. Исходно (2000г) среднегрупповой уровень приверженности больных к мероприятиям по ИОЖ составил 37,8 балла (для сравнения: уровень приверженности к медикаментозной АГТ составил 37,8 балла). В 2001г к мероприятиям по ИОЖ – 40,2 балла (к АГТ – 76,7); в 2002г к мероприятиям по ИОЖ – 40,9 баллов (к АГТ – 78,8); в 2003г к мероприятиям по ИОЖ – 43,1 балла (к АГТ – 77,6); в 2004 г. к мероприятиям по ИОЖ – 40,7 баллов (к АГТ – 66,4); в 2005г к мероприятиям по ИОЖ – 41,2 балла (к АГТ – 67,4); в 2006г к мероприятиям по ИОЖ – 44,6 балла (к АГТ – 67,6); в 2007г к мероприятиям по ИОЖ – 45,1 балла (к АГТ – 72,9). В 2008г среднегрупповая приверженность пациентов АГ к мероприятиям по ИОЖ составила 44,3 балла (приверженность к медикаментозной АГТ – 73,3 балла).

В ходе исследования была выявлена прямая корреляционная связь ($r=0,54$) между уровнем приверженности больных АГ к назначенной врачом АГТ и выполнению мероприятий по ИОЖ.

Таким образом, за период исследования наблюдалась достоверно большая приверженность больных АГ к выполнению рекомендаций по АГТ. Причем, если приверженность к медикаментозной АГТ за период исследования достоверно возросла на 93,9% с 37,8 до 73,3 балла ($p<0,05$), то приверженность к мероприятиям по ИОЖ увеличилась только на 17,2% (с 37,8 до 44,3 балла), $p>0,05$.

Выводы. Анализ полученных в ходе исследования данных свидетельствует, что амбулаторные больные АГ отдают приоритет выполнению назначенной врачом медикаментозной АГТ, и значительно меньшее значение придают мероприятиям по ИОЖ. В ходе исследования была определена прямая корреляционная связь между уровнем приверженности больных к медикаментозной АГТ и мероприятиям по ИОЖ.

0421 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ГИПОТЕНЗИВНОГО ПРЕПАРАТА ЭКВАТОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНЬЮ

Кахраманова С.М., Бахшалиев А.Б., Насруллаев Н.С.

Научно-Исследовательский Институт кардиологии им. Дж. Абдуллаева, Баку, Азербайджан

Как известно, вариабельность сердечного ритма (ВСР) – это изменчивость сердечного ритма относительно определенной величины. Проблема изучения ВСР у больных гипертонической болезнью (ГБ) посвящено большое количество публикаций, в большинстве которых отмечено о снижении ВСР при ГБ. Пониженная ВСР свидетельствует о нарушении вегетативного контроля сердечной деятельности и служит мощным предиктором смертности и аритмических событий. Поэтому современная гипотензивная терапия,

наряду с эффективным снижением артериального давления, должна быть направлена на увеличение ВСР.

Цель исследования: изучить спектральные параметры ВСР у больных ГБ I-II степени (по классификации ВНОК 2004 г.) на фоне лечения комбинированным гипотензивным препаратом экватором (лизиноприл 10 мг; амлодипин 5 мг, Гедеон Рихтер, Венгрия).

Материал и методы: в исследование вошли 25 больных ГБ I-II степени в возрасте от 29 до 72 лет, проходивших амбулаторное лечение в НИИ кардиологии. Всем больным в качестве базового антигипертензивного препарата назначили экватор по 1 таблетке 1 раз в день утром в течение 12 недель. Для изучения ВСР в спектральной области использовали метод суточного мониторирования электрокардиограммы по Холтеру с помощью кардиомониторной системы ECG pro Holter. Изучались следующие показатели: TP — общая мощность спектра; VLF — мощность спектра в области очень низких (мера гуморальной регуляции), LF — низких, HF — высоких частот, отражающие соответственно симпатические и парасимпатические влияния на сердце; соотношение мощности низкочастотной и высокочастотной областей спектра (LF/HF), отражающее симпатопарасимпатический баланс. Через 12 недель лечения экватором общая мощность спектра (TP) достоверно не изменилась, но наблюдалось перераспределение вкладов LF и HF в общую TP. Так, LF достоверно уменьшилась на 19,1% ($p < 0,05$), а HF увеличилась на 22,3% ($p < 0,05$). В результате достоверно уменьшился симпатопарасимпатический баланс (LF/HF) на 35,1%, $p < 0,01$. Таким образом, у больных ГБ I-II степени при лечении экватором наблюдаются благоприятные сдвиги в показателях вариабельности сердечного ритма, сопровождающиеся увеличением активности парасимпатической и ослаблением деятельности симпатической части вегетативной нервной системы.

0422 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Капиталан В.В.

Учреждение РАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава, Кемерово, Россия

Частота сочетанных поражений различных артериальных бассейнов может достигать от 25 до 90% среди больных с ИБС. Особенно важен этот факт для пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМСПСТ). Имеются клинические данные о возможности развития сопутствующих инфаркту миокарда острых тромбозов магистральных артерий нижних конечностей, локализованных на «некритических» стенозах. Однако до сих пор отсутствуют данные о частоте выявления, клинической и прогностической значимости сопутствующего мультифокального атеросклеротического поражения у пациентов с ИМСПСТ.

Целью настоящего исследования явилась оценка распространенности, клинической и прогностической значимости мультифокального атеросклеротического поражения у пациентов с ИМСПСТ.

Материал и методы: в настоящем исследовании представлены результаты работы регистра за 2008 год. Всего с января по декабрь 2008 г. в регистр включено 529 больных. Наблюдение включало госпитальный и постгоспитальный период в течение 1 года. К марту 2009 г. оценен госпитальный период у всех 529 больных, годового периода наблюдения достигли 64 пациента. 371 (70,0%) больным при поступлении была проведена экстренная коронароангиография (КАГ). Выполнялись ультразвуковые исследования для оценки атеросклеротического поражения экстракраниальных и артерий нижних конечностей.

Результаты и обсуждение: у 255 (60,0%) пациента не было выявлено атеросклеротических поражений других сосудистых бассейнов, у 123 (28,9%) — выявлены стенозы экстракраниальных артерий или артерий нижних конечностей менее 50%, и у 47 (11,1%) выявлены стенозы магистральных артерий более 50%. Выявлены достоверные различия при сравнении среднего балла по TIMI у пациентов без стенозов магистральных артерий (медиана (25; 75

процентиля) — 3,0 (2; 5)) и с гемодинамически значимыми стенозами (4,0 (3; 6)) ($p = 0,0044$) и у больных с «незначимыми» (4,0 (2; 6)) ($p = 0,0137$). Таким образом, пациенты с наличием стенозов некоронарных бассейнов до 50% и более по данным ультразвуковых исследований характеризуются достоверно более высоким риском неблагоприятного раннего исхода ОКС по шкале TIMI, чем пациенты без мультифокального атеросклероза. Двенадцатимесячный период наблюдения завершен у 64 больных. Выявлено, что у 36 (56,2%) пациентов развились сердечно-сосудистые события, из них у 16 (25%) зарегистрирован летальный исход как осложнение повторного инфаркта миокарда.

Выводы: выявлено, что более чем у 10% пациентов с ОКС выявляются «значимые» поражения магистральных артерий, что может определять вероятность неблагоприятного течения заболевания в раннем госпитальном и позднем периоде наблюдения.

0423 РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Капиталан О.А., Пристром М.С.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Цель исследования: выявление прогностических показателей у беременных женщин в оценке течения беременности.

Методы исследования. Исследование проходило в 2 этапа, обследовано 150 пациенток (18-35 лет). На 1 этапе обследовано 105 женщин: основная группа ($n = 46$) — беременные с гестозом легкой, средней степени тяжести в III триместре, контрольная ($n = 29$) — физиологическая беременность, группа сравнения ($n = 30$) — практически здоровые небеременные женщины. Наряду с общеклиническими методами исследования проводились эхокардиография (Эхо-КГ), холтеровское мониторирование. Для оценки циркадной динамики ЧСС вычисляли циркадный индекс (ЦИ = Средняя ЧСС_{днем} / средней ЧСС_{ночью}). На 2 этапе дважды проведено обследование ($n = 48$) в I и начале III триместров беременности. Две пациентки (самопроизвольный выкидыш) исключены из исследования. Ретроспективно сформированы группы: первая ($n = 15$) — беременные, у которых гестоз развился; вторая ($n = 13$) — физиологическая беременность; третья ($n = 15$) — беременные женщины с появившимися после обследования воспалительными заболеваниями. Определяли также провоспалительные Th_1 (TNF α — фактор некроза опухоли α) и противовоспалительные Th_2 (IL-4 — интерлейкин-4) цитокины с помощью иммуноферментного анализа с логарифмической нормализацией данных.

Статистическая обработка данных проведена непараметрическими методами статистического анализа (Statistica 6,0). Результаты представлены в виде цифр: медиана — нижний квартиль — верхний квартиль (25% — Med — 75%).

Полученные результаты. На 1 этапе выявлены достоверные различия у женщин с гестозом и физиологической беременностью: снижение временных (SDNN: 76-83-95 и 108-121-136, $p = 0,0001$; ЦИ ЧСС: 1,14-1,17-1,18 и 1,23-1,26-1,29, $p = 0,0001$) и спектральных показателей ВРС (HF: 156-281-526 и 244-495-931, $p = 0,001$), увеличение объема левого предсердия (ЛП, мл): 53,2-55,3-59,9 и 38,5-49,1-42,4; $p = 0,0001$, ударного объема левого желудочка (УО ЛЖ, мл): 85,4-95,9-105,2 и 66,8-79-82,6, $p = 0,001$), уменьшение отношения Е/А (1,22-1,29-1,34 и 1,54-1,58-1,62, $p = 0,001$), за счет увеличения пика А.

На 2 этапе обследования беременных в I триместре достоверных различий не выявлено. Интерес представляют данные III триместра у женщин с развившимся впоследствии гестозом (1 группа) в сравнении с физиологической беременностью (2 группа). Выявлены увеличение УО ЛЖ: 82,5-91,1-99 и 66,7-74,1-79,0; $p = 0,01$, объема ЛП: 45,9-48,6-49,6 и 33,9-36,1-42,4; $p = 0,001$, митральной регургитации: 1,3-2,9-3,9 и 0,2-0,4-2,0, мм; $p = 0,02$, снижение отношения Е/А: 1,2-1,3-1,4 и 1,4-1,5-1,6; $p = 0,01$. Отмечено уменьшение ВРС: SDNN (79-90-101 и 101-108-118, $p = 0,001$), ЦИ (1,18-1,19-1,2 и 1,23-1,24-1,27, $p = 0,0001$), за счет увеличения ночной ЧСС (77-82-87 и 64-70-70 уд./мин., $p = 0,002$). Наблюдались более низкие значения TNF α (-0,1-0,2-0,7 и 0,4-0,6-0,8; $p = 0,04$) и повышение TNF α (0,8-0,9-1,2 и 0,3-0,6-0,8,

$p=0,01$). Выявлена корреляция между ЦИ и КСР ЛЖ ($r=0,51$; $p=0,049$), ЦИ и диаметром ЛЖ ($r=0,69$; $p=0,01$), IL-4 и УО ЛЖ ($r=0,6$; $p=0,02$).

Выводы. Развитие гестоза сопровождается снижением Th_2 -цитокинов на фоне повышения уровня Th_1 -цитокинов, снижением ВРС: SDNN<100 мс, ЦИ <1,2, увеличением ударного объема левого желудочка, размеров левого предсердия.

0424 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Керимкулова А.С., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Омарбаев А.С.

Семипалатинская Государственная медицинская академия, Семей, Казахстан; КГКП «Патологоанатомическое бюро», Семей, Казахстан; Новгородский государственный университет, Великий Новгород, Россия

Цель: изучить изменения размеров левого и правого желудочков в зависимости от пола по данным патологоанатомических протоколов вскрытий, проведенное КГКП «Патологоанатомическое бюро» г.Семей ВКО РК.

Материалы и методы. Проанализированы данные патологоанатомических протоколов вскрытий умерших за 10 лет (начиная с 1999 года по 2008 годы) КГКП «Патологоанатомического бюро» г.Семей, страдавших при жизни артериальной гипертензией. В группу включения для проведения анализа вошли, данные протоколов вскрытия умерших остро в результате нарушения мозгового кровообращения, смерти от острого инфаркта миокарда в течение суток, смерти при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Из них по г.Семей всего было отобрано 117 протоколов вскрытия, (из них 56 мужчин и 61 женщин, средний возраст $53,9 \pm 10,3$; мужчины — $54,1 \pm 10,2$, женщины — $53,7 \pm 10,5$). Критериями не включения в анализируемую группу было: наличие заболевания органов дыхания, пороки сердца, ожирение, сердечная недостаточность. Таким образом, отобраны протоколы вскрытий умерших, у которых при жизни, помимо АГ, не было сопутствующей патологии, самостоятельно приводящей к ремоделированию правого желудочка.

На момент вскрытия при изучении параметров левого желудочка за нормальную толщину стенки левого желудочка (без папиллярных мышц) принимались значения: 0,7-1,2 см, правого желудочка — 0,2-0,3 см.

Результаты. Нормальные размеры левого желудочка определены у 1 умершего мужчины (0,9%); ГЛЖ отмечалась в 99,1% случаев. Изменение параметров правого желудочка в исследуемой группе определились следующим образом, нормальные размеры в 53,8% случаев (63 умерших в возрасте $52,9 \pm 11,2$); ГПЖ в 46,2% случаев. Из них 48% женщины и 52% мужчины. Толщина стенок левого желудочка у мужчин составила $1,69 \pm 0,59$; у женщин $1,90 \pm 0,32$ ($p=0,012$); соответственно толщина правого желудочка $0,34 \pm 0,14$ и $0,39 \pm 0,15$ ($p>0,05$). Также взяты во внимание показатели массы сердечной мышцы, для всей группы, составившие $451,5 \pm 111,4$; у мужчин $424,3 \pm 165,64$, у женщин $441,8 \pm 112,6$. В группе мужчин обнаружена сильная корреляционная связь между параметрами левого и правого желудочка ($r=0,76$, $p<0,0001$); левого желудочка и массы миокарда ($r=0,86$); правого желудочка и массы миокарда ($r=0,7$, $p<0,0001$). В группе женщин отмечены менее выраженные связи между параметрами левого и правого желудочка, левого желудочка и массы миокарда, правого желудочка и массы миокарда (соответственно: $r=0,27$, $p=0,038$; $r=0,59$, $r=0,56$ $p<0,0001$)

Выводы. Анализ протоколов вскрытия показал, что гипертрофия левого желудочка отмечалась почти во всех случаях (за исключением 1 случая), более выражено у лиц женского пола. Тогда как в половине случаев выявлена ГПЖ, по изменению параметров правого желудочка достоверных изменений по половому признаку не обнаружено. Выявлена выраженная корреляционная связь в группе мужчин между параметрами левого и правого желудочка и массы миокарда, по сравнению с женщинами.

0425 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Керимкулова А.С., Вебер В.Р., Рубанова М.П., Жмайлова С.В., Маркабаева А.М.

Семипалатинская Государственная медицинская академия, Семей, Казахстан; Новгородский государственный университет, Великий Новгород, Россия

Цель: изучить изменения размеров левого и правого желудочков по данным патологоанатомических протоколов вскрытий, проведенное КГКП «Патологоанатомического бюро» г.Семей ВКО Республики Казахстан и г.Великий Новгород России.

Материалы и методы. Нами были проанализированы данные патологоанатомических протоколов вскрытий умерших за 10 лет (начиная с 1999 года по 2008 годы) КГКП «Патологоанатомического бюро» г.Семей и г.Великий Новгород, страдавших при жизни артериальной гипертензией (АГ). В группу включения для проведения анализа вошли, данные протоколов вскрытия умерших остро в результате нарушения мозгового кровообращения, смерти от острого инфаркта миокарда в течение суток, смерти при острой хирургической патологии органов брюшной полости. Из них по г.Семей всего было отобрано 117 протоколов вскрытия (из них 61 мужчин и 63 женщины, средний возраст $53,9 \pm 10,3$; мужчины — $54,1 \pm 10,2$, женщины — $53,7 \pm 10,5$). Соответственно по г.Великий Новгород: 33 протоколов вскрытия лиц, страдавших АГ (из них 20 мужчин и 13 женщин, средний возраст $60,9 \pm 3,4$). Критериями не включения в анализируемую группу было: наличие заболевания органов дыхания, пороки сердца, ожирение, сердечная недостаточность, т.е. не было сопутствующей патологии, самостоятельно приводящей к ремоделированию правого желудочка.

На момент вскрытия при изучении параметров левого желудочка за нормальную толщину стенки левого желудочка (без папиллярных мышц) принимались значения: 0,7-1,2 см, правого желудочка — 0,2-0,3 см. Гипертрофия стенок левого и правого желудочков условно была разделена на 2 степени: гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ): I степень — 1,3-2,0 см, II степень — 2,1 и более; гипертрофия правого желудочка (ГПЖ): I степень — 0,4-0,6 см, II степень — 0,7 см и более.

Результаты: нами выявлено, по г.Семей, нормальные размеры левого желудочка определены у 1 умершего (0,9%); ГЛЖ отмечалась в 99,1% случаев, I степень ГЛЖ в 80,3% случаев (94 умерших в возрасте $54,2 \pm 10,6$); II степень ГЛЖ в 18,8% случаев (22 умерших в возрасте $54,3 \pm 9,9$). Изменение параметров правого желудочка в исследуемой группе определились следующим образом, нормальные размеры в 53,8% случаев (63 умерших в возрасте $52,9 \pm 11,2$); ГПЖ в 46,2% случаев. Тогда как, I степень определена в 41,9% случаев (49 умерших в возрасте $55,4 \pm 9,5$); II степень в 4,3% случаев (5 умерших в возрасте $55,4 \pm 11,6$). По г. Великий Новгород ГЛЖ отмечалась в 100% случаев, в 45% выявлена ГПЖ, в том числе в 21% — выраженная.

Выводы: анализ протоколов вскрытия показал, что гипертрофия левого желудочка отмечалась почти во всех случаях (за исключением 1 случая), тогда как в половине случаев выявлена ГПЖ, что еще раз подтверждает возможности формирования различных вариантов ремоделирования при АГ, связанные со многими факторами, требующие дальнейшего изучения.

0426 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ (МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ) ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Килин Д.А., Пименов Л.Т., Капачинская Н.Е., Кожевников Г.С.

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

Цель: оценить динамику качества жизни (КЖ) больных стабильной стенокардией (СК) с безболевыми ишемией миокарда (БИМ) на фоне комбинированной антиангинальной терапии с включением магния лактата, триметазидина и периндоприла.

Методы: анализ общего количества эпизодов и продолжительности БИМ и определение КЖ при помощи Сизтлского опросника по стенокардии проведены 63 больным СК II или III функционального класса (ФК) и ХСН II или III ФК по NYHA в возрасте $59,6 \pm 2,74$ года. Пациенты были рандомизированы на две группы, не различающиеся по исходным характеристикам заболевания и возрасту. Больные 1-ой группы (32 человек) дополнительно к стандартной терапии ХСН в течение 3 месяцев назначали магния лактат (промагсан) в дозировке 1200 мг/сут, триметазидин-МВ (предуктал-МВ) по 35 мг 2 раза в сутки и периндоприл (престариум) по 4 мг 1 раз в сутки. Больные 2-ой (контрольной) группы (31 человека) лечились только базисными препаратами.

Результаты: установлено достоверное уменьшение количества приступов БИМ в 1-ой группе на $68,18 \pm 3,5\%$ (с $3,6 \pm 0,5$ до $0,9 \pm 0,4$; $p < 0,001$) и во 2-ой — на $35,89 \pm 3,6\%$ (с $3,9 \pm 0,5$ до $2,5 \pm 0,5$; $p < 0,01$). Одновременно наблюдалось снижение суммарной продолжительности эпизодов БИМ у пациентов обеих групп: на $88,42 \pm 4,2\%$ в 1-ой и на $42,72 \pm 4,3\%$ во 2-ой ($p < 0,01$). По результатам тестирования на фоне терапии магния лактатом, триметазидином и периндоприлом итоговый показатель КЖ вырос в первой группе на $52,51 \pm 4,36\%$, а в контрольной — на $36,35 \pm 2,59\%$, соответственно ($p < 0,01$). Установлена прямая корреляция между снижением количества и суммарной продолжительности БИМ и КЖ ($p < 0,01$).

Выводы: включение миокардиального цитопротектора триметазидина, периндоприла и магния лактата в комбинированную антиангинальную терапию достоверно улучшает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и вызывает значительное улучшение качества жизни больных стабильной стенокардией.

0427 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2 СТЕПЕНИ

Кириченко А.А., Дмитриев А.А., Осипова М.В.

НУЗ ЦКБ №1 ОАО «РЖД», РМАПО, Москва, Россия

Цель: Оценить влияние терапии препаратом эналаприл у больных, находящихся на программном гемодиализе, с разной сохранностью остаточной функции почек на ремоделирование миокарда ЛЖ.

Материалы и методы: Обследовано 90 стационарных и амбулаторных больных обоего пола, находящихся на программном гемодиализе. 60 больных составили 1 группу. Артериальная гипертензия до лечения $140-169/90-109$ мм рт.ст. Возраст больных от 32 до 65 лет. Больным назначена терапия эналаприлом. Контрольную группу составили 30 больных, получающие только программный гемодиализ. Артериальная гипертензия до лечения $140-169/90-109$ мм рт.ст. Возраст больных от 34 до 60 лет. Срок наблюдения от 12 месяцев до 5 лет. В динамике лечения определяли АД по методу Короткова, проводили суточное мониторирование АД. Доза эналаприла оставалась минимальной после достижения больными «сухого» веса и нормотонии и составляла 1,25 и 2,5 мг утром. Оценивали динамику снижения АД исходно, через 1,3,6,12 месяцев. Оценка структурно-функционального состояния миокарда проводилась методом эхокардиографии исходно, через 6, 12 месяцев наблюдения. Измеряли толщину межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка в диастолу, определяли конечный диастолический и конечный систолический размер левого желудочка, диаметр левого предсердия, фракцию выброса. Диастолическую функцию левого желудочка оценивали в режиме импульсной доплерографии по методике L. Hatle, B. Angelsen. Гемодиализ проводили 3 раза в неделю по 210 ± 30 мин на аппарате «Фрезениус» 4008E; диализатор с полисульфоновыми мембранами. Поток диализата 500 мл/мин , скорость кровотока $265 \pm 10 \text{ мл/мин}$; skt/v $1,47 \pm 0,06$. Диализат содержал 140 ммоль/л натрия, $1-3 \text{ ммоль/л}$ калия, $1,5-1,75 \text{ ммоль/л}$ кальция, $33-36 \text{ ммоль/л}$ бикарбонатов, 1 г/л глюкозы. Использовалось профолирование по концентрации натрия в диализирующем растворе, а так же по ультрафильтрации. $\text{Kt/v} = 1,3 \pm 0,6$.

Результаты: У больных 1 группы динамика АД была следующей: $163 \pm 2,1/102 \pm 1,8$ мм рт.ст., $154 \pm 3,4/93 \pm 8$ мм рт.ст., $140 \pm 5,8/82 \pm 5$ мм рт.ст., $135 \pm 6,2/80 \pm 5$ мм рт.ст., $125 \pm 5,5/80 \pm 5$ мм рт.ст. Нормотонии достигли 75% больных. ММЛЖ достоверно уменьшилась $13,8\%$ на ИММЛЖ на $9,3\%$. Отмечалось повышение ФВ, чему могло способствовать улучшение диастолической функции ЛЖ в процессе терапии. При анализе изменений показателей ДФЛЖ на фоне терапии эналаприлом выявлено, что прием препарата приводил к изменениям показателей скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ с нормализацией среднего соотношения VE/VA и улучшением соотношения VE/VA на $7,1 \pm 0,7\%$. У больных 2 группы динамика АД была следующей: $162 \pm 2/101 \pm 2,9$ мм рт.ст., $154 \pm 1,2/95 \pm 5$ мм рт.ст., $150 \pm 5/90 \pm 5$ мм рт.ст., $144 \pm 5/85 \pm 5$ мм рт.ст., $135 \pm 6/80 \pm 5$ мм рт.ст. Нормотонии достигли 65% больных. К 12 месяцам наблюдения отмечено достоверное увеличение ММЛЖ на $9,8\%$, ИММЛЖ $16,6\%$, ухудшение соотношения VE/VA на $9,8 \pm 0,1\%$ за счет изменения показателей скорости позднего диастолического наполнения ЛЖ.

Выводы: У больных с нормотонией, достигаемой исключительно заместительной почечной терапией, нарастают негативные изменения в структуре миокарда. Они проявляются увеличением ММЛЖ и ИММЛЖ. Терапия эналаприлом оказывает положительное влияние на геометрию левого желудочка, уменьшает ИММЛЖ, ММЛЖ а также улучшает диастолическую функцию миокарда.

0428 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Киричьева Г.Н.

ГОУВПО «СамГМУ Росздрава», Самара, Россия

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) остается мало изученным заболеванием, вариabельным по темпам прогрессирования и прогнозу. Недостаточная осведомленность в данной области нередко приводит к серьезным ошибкам в диагностике и лечении, как в сторону гипо, так и гипердиагностики.

Цель работы: Изучить ошибки в постановке диагноза ГКМП для улучшения ранней диагностики и адекватного лечения данного заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 236 историй болезни пациентов, проходивших курс лечения в отделении факультетской терапии клиник СамГМУ, в период с 1983 года по 2006 год. Средний возраст больных составил пятьдесят лет. Из них женщин — 79 человек (34%), мужчин — 157 человек (67%). У 137 больных (58%) был установлен диагноз ГКМП. Симметричная ГКМП, без обструкции 13 человек (10%), а асимметричная ГКМП, с обструкцией у 37 человек (27%). Проанализированы анамнез, данные физикального обследования, эхокардиологические (ЭхоКГ) параметры, ЭКГ.

Получены следующие результаты. Из 236 пациентов у 57 пациентов (24%) направительный диагноз совпал с клиническим диагнозом, у 179 человек (76%) направительный диагноз отличался от клинического, причем гипердиагностика у 82 человек (35%), гиподиагностика у 97 человек (41%). ГКМП вместо гипертонической болезни сердца в нашем отделении был поставлен 11 больным (13%), а диагноз гипертоническая болезнь вместо ГКМП — 16 больным (17%). Диагноз приобретенные пороки сердца вместо ГКМП был поставлен 23 пациентам (24%). ГКМП вместо приобретенных пороков сердца был поставлен 13 больным (16%). Наличие систолического шума привело к ошибочному диагнозу. Ишемическая болезнь сердца вместо ГКМП был поставлен 12 пациентам (12%). ГКМП вместо ИБС был поставлен 22 пациентам (27%), у них отмечался болевой синдром, одышка при нагрузке.

Диагноз дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) вместо ГКМП был ошибочно поставлен 20 пациентам (8%), ГКМП вместо ДКМП — 18 (8%). Было не учтено, что для ДКМП характерно при рентгенологическом исследовании, значительное увеличение размеров сердечной тени, эхокардиологическими проявлениями является резкая дилатация полостей сердца, снижение сократимости миокарда, гипокинезия стенок.

Выводы. Прогноз при ГКМП весьма серьезный. Реальной угрозой у данных больных является внезапная смерть. Раннее выявление и правильная постановка диагноза ГКМП позволяют улучшить про-

гноз жизни у данных пациентов. ЭхоКГ является основным методом верификации диагноза ГМКП, поскольку позволяет установить наличие, степень и локализацию гипертрофии миокарда, визуализировать признаки обструкции выносящего тракта ЛЖ.

0429 ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Кисляк С.В., Резник И.И., Идов Э.М., Зайцева Л.Н., Беликов Е.С. ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1»; ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Екатеринбург, Россия

Цель. Проанализировать факторы, влияющие на частоту и структуру тромбозноэмболического (ТЭ) синдрома при инфекционном эндокардите (ИЭ).

Методы. С 2003 по 2007 гг. изучено 225 случаев ИЭ естественных и искусственных клапанов сердца (165 клинических наблюдений и 60 материалов аутопсий).

Результаты. Одним из патогномоничных признаков ИЭ всегда считался тромбозноэмболический (ТЭ) синдром. По нашим данным частота ТЭ синдрома при анализе аутопсий снизилась с 80% в 80-е гг. до 42,5% в 2000-е ($P < 0,05$). При общем снижении частоты ТЭ изменилась их структура: увеличилось число полиорганных эмболий (с 27% в 80-е годы до 56% в 2000-е, $P < 0,05$), а также эмболеных инфарктов миокарда (с 4 до 11%, $P < 0,05$), и ишемических инсультов (с 6 до 11%, $P < 0,05$), что нашло отражение в увеличении удельного веса ТЭ в структуре причин смерти (с 11% до 27%, $P < 0,05$). Таким образом, ТЭ синдром остается одним из важных факторов определяющих непредсказуемость исходов ИЭ. Анализируя факторы, влияющие на частоту и структуру ТЭ синдрома, мы не выявили четкой взаимосвязи развития этого осложнения с этиологией ИЭ, определенной клапанной локализацией, а также размерами и подвижностью вегетаций. У нас возникло предположение об участии в механизме развития этого осложнения антител к фосфолипидам и возможном сочетании ИЭ и антифосфолипидного синдрома (АФС), так как АФС представляет собой особый вид тромбофилии, основным морфологическим субстратом которого является тромбоз. На наличие циркуляции антител к кардиолипину (АКЛ), обследовано 107 больных ИЭ, из них сформированы четыре группы: без циркуляции АКЛ – 60 человек (56%), нестойкая циркуляция АКЛ (однократное обнаружение АКЛ) – 30 человек (28%), устойчивая циркуляция АКЛ – 17 человек (15,8%). Среди больных со стойкой циркуляцией АКЛ сочетание основных клинических критериев АФС (тромбозы и/или акушерская патология) со средним уровнем циркуляции АКЛ встретилось у шести пациентов (5,6%), что позволило установить им диагноз АФС. В группе с устойчивой циркуляцией АКЛ обнаружение ишемических инфарктов во внутренних органах наблюдалось более чем в половине случаев – 59% (28% у больных без АКЛ, 16,7% у больных с нестойкой циркуляцией АКЛ, $P < 0,05$), у каждого второго больного они были множественные в различных сосудистых бассейнах. У больных с АФС ТЭ синдром встречался у пяти человек (83%), у трех ТЭ были множественные в различные сосудистые бассейны. Можно предположить два механизма возникновения инфарктов у этой категории больных. Один из них – эмболеный, другой – тромбоз *in situ* как проявление тромботического васкулопатии при АФС.

Выводы. При общем снижении частоты ТЭ изменилась их структура: увеличилось число полиорганных эмболий, а также эмболеных инфарктов миокарда и ишемических инсультов, что нашло отражение в увеличении удельного веса ТЭ в структуре причин смерти. Частота и структура ТЭ синдрома не коррелируют с этиологией ИЭ, клапанной локализацией, а также размером и подвижностью вегетаций. Устойчивая циркуляция АКЛ и сочетание ИЭ и АФС ассоциируется с более частым развитием тромбозноэмболического синдрома.

0430 КАРДИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ

Клименко И.С., Глотова Н.А., Фонакин А.В., Танащан М.М. Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучить состояние сердца у больных с атеросклеротическим поражением сонных артерий.

Методы. Обследовано 72 больных (средний возраст – 64,4±8,5 лет) с атеросклерозом сонных артерий различной степени выраженности (от 30% до 90%), при этом у 25 (35%) пациентов определялся асимптомный, а у 47 (65%) больных – симптомный стеноз внутренних сонных артерий. У 29 (40%) больного в анамнезе имелось острое нарушение мозгового кровообращения, у 13 (18%) транзиторные ишемические атаки, у остальных пациентов диагностировались начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга и дисциркуляторная энцефалопатия 1-2 стадии. Всем пациентам проводили терапевтический и неврологический осмотр, дуплексное сканирование магистральных артерий головы, трансторакальную эхокардиографию (ТТЭ).

Результаты. Артериальная гипертензия (АГ) разной степени была зарегистрирована у 68 (94%) больных. Среди всех пациентов у 39 (54%) больных обнаружены хронические формы ИБС: у 23 пациентов – стенокардия напряжения, у 10 – постинфарктный кардиосклероз, пароксизмальная форма мерцательной аритмии – у 4, безболевого форма ишемии миокарда – у 2 больных. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) выявлена у 33 (46%) больных, из них ХСН I стадии в виде изолированной диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) диагностирована у 11 пациентов, IIa стадии – у 17, а ХСН IIb стадии – у 5 больных. Выявленная патология с одинаковой частотой регистрировалась как у симптомных, так и асимптомных больных. У 8 (11%) больных эти заболевания были диагностированы впервые. По данным ТТЭ фракция выброса ЛЖ составила 67,0±7,1%, конечно-систолический размер ЛЖ – 3,1±0,6 см, конечно-диастолический размер ЛЖ – 5,0±0,57 см, ударный объем ЛЖ – 79,3±19,2 мл, минутный объем сердца – 5,5±1,1 л/мин. Уплотнение стенок аорты выявлено у 40 (58%) больных, кальциноз аортального кольца – у 9 (13%) пациентов, стеноз устья аорты выявлен у 2 (3%) больных, аортальная регургитация отмечалась у 4 (6%) больных. Кальциноз митрального кольца был выявлен у 2 (3%) больных, а митральная регургитация – у 19 (26%) пациентов. Диастолическая дисфункция ЛЖ определялась у 36 (50%) пациентов, а гипертрофия ЛЖ – у 22 (31%) больных.

Выводы. Наличие каротидного атеросклероза сочетается с АГ и ассоциируется с развитием коронарной патологии и ХСН вне зависимости от симптомности и формы церебрального поражения. Учитывая, что большинству пациентов с каротидным атеросклерозом предполагается выполнение реконструктивных операций на сонных артериях, необходимо проведение тщательного кардиологического обследования больных с целью выявления и адекватной коррекции имеющейся сердечно-сосудистой патологии для уменьшения риска периперационных кардиальных осложнений.

0431 АНАЛИЗ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА И ДИСЛИПИДЕМИИ

Климова С.В., Рахматулов Ф.К., Рахматулов А.Ф., Пчелинцева С.А. Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить суточный профиль артериального давления и показатели липидного спектра крови у больных артериальной гипертензией (АГ) I-II стадии на фоне субклинического гипотиреоза (СГ) и дислипидемии.

Материалы исследования: Всего обследовано 40 больных, которые были разделены на две группы. Первая группа – больные АГ I-II стадии на фоне СГ и дислипидемии. Их количество составило 26 человек: 19 женщин и 7 мужчин. Средний возраст пациентов – 60,9±1,5 лет. По этиологии СГ у 7 (26,9%) больных послеоперационный, у 9 (34,6%) – на фоне узлового зоба, у 10 (38,5%) – на фоне аутоиммунного тиреоидита.

Во вторую группу вошли 14 пациентов, страдающих АГ I-II стадии на фоне дислипидемии без патологии щитовидной железы (ЩЖ), сопоставимые по полу и возрасту. У данных больных АГ I степени была диагностирована у 7 (50%) человек, АГ II степени – у 7 (50%).

Результаты исследования: В результате анализа полученных данных СМАД нами было выявлено, что у пациентов первой группы с АГ I степени в сравнении с аналогичными пациентами второй группы среднесуточное систолическое артериальное давление (САД) выше на 6,2% ($p>0,05$), среднесуточное диастолическое артериальное давление (ДАД) — на 7,6% ($p<0,001$), при этом средненочное ДАД увеличилось на 12,1% ($p<0,001$). У пациентов первой группы с АГ II степени уровень среднесуточного САД в сравнении с аналогичными пациентами второй группы увеличился на 2,7% ($p>0,05$), среднесуточного ДАД — на 6,2% ($p<0,001$), средненочного ДАД — на 10,9% соответственно ($p<0,001$).

При анализе липидного спектра крови выявлено, что у больных первой группы концентрация общего холестерина (ОХС) в плазме крови выше на 8,5% ($p<0,001$), чем у больных второй группы, концентрация холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) у больных первой группы выше на 12,3% ($p<0,001$), концентрации триглицеридов (ТГ) в первой группе выше на 16,8% ($p<0,001$) соответственно. Уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) среди пациентов первой группы ниже на 20,8% ($p<0,001$) в сравнении с аналогичным показателем у пациентов второй группы. В зависимости от степени АГ различий в характере концентраций липидов у больных обеих групп выявлено не было.

Заключение: При наличии СГ степень тяжести АГ достоверно увеличивается, преимущественно за счет повышения среднесуточного ДАД. У больных с СГ степень дислипидемии достоверно более выражена, преимущественно за счет повышения концентрации ОХС, ЛПНП и ТГ, а также большего снижения концентрации ХС ЛПВП в сравнении с пациентами без сопутствующих нарушений функции ЩЖ.

0432 СУММАРНЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА

Климова Т.М.

ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия

Цель работы: оценка 10-летнего суммарного сердечно-сосудистого риска среди работников горнодобывающей предприятия Якутии для разработки программ укрепления и сохранения здоровья на рабочем месте.

Материал и методы: стандартизованное обследование проведено среди работников одного из подразделений горнодобывающего предприятия п. Айхал Республики Саха (Якутия). Всего обследовано 407 человек в возрасте 20-65 лет, из них 203 мужчины, 204 женщины.

Для оценки коронарного риска в ближайшие 10 лет использована шкала PROCAM. Выделяли следующие группы расчетных рисков: низкий риск — <10%; умеренный риск — 10-20%; высокий риск — более 20%. За критерий артериальной гипертензии (АГ) принят уровень артериального давления $\geq 140/90$ мм рт.ст. В группу лиц с АГ также были включены лица, принимавшие гипотензивные препараты в период обследования или прекратившие их прием менее чем за 2 недели до обследования. Для диагностики метаболического синдрома использованы критерии Международной диабетической федерации. Статистический анализ данных проведен с использованием пакета Statistica 8.0.

Результаты исследования: средний возраст мужчин и женщин составил 44 года. Мужчины по сравнению с женщинами имели более высокие показатели артериального давления, липидов сыворотки крови ($p=0,001$). Курили 38% мужчин и 18% женщин ($p=0,001$). Распространенность АГ в группе мужчин составила 49%, среди женщин 33% ($p=0,001$). МС выявлен у 16% мужчин и 13% женщин. Не выявлено различий по полу в частоте нарушений углеводного обмена и отягощенной наследственности по инфаркту миокарда. Таким образом, мужчины имели более неблагоприятный профиль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. При оценке суммарного коронарного риска установлено, что среди всех обследованных мужчин низкий риск ишемических событий имели 93%, умеренный — 6%, высокий — 1%. Среди женщин 97% имели низкий риск, средний — 4%, не выявлено лиц с высоким риском. При наличии МС доля лиц со средним и высоким коронарным

риском была выше в 6 раз, по сравнению с группой без МС. Среди женщин, при наличии МС, доля лиц со средним риском увеличивается в 11 раз (1 и 9% соответственно). Наличие АГ увеличивает долю лиц со средним риском у мужчин в 2 раза, у женщин в 9 раз.

Выводы: для снижения сердечно-сосудистого риска у работников данного предприятия, необходимо основное внимание уделять контролю основных факторов риска, в частности пропаганде отказа от курения, адекватному контролю артериального давления, коррекции дислипидемии и модификации образа жизни (снижению массы тела и увеличению физической активности).

0433 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Кляшев С.М., Скрипникова О.В., Кляшева Ю.М., Кузьмина Е.Н., Кортусова С.А.

ГОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития РФ, Тюмень, Россия

Целью исследования являлось изучение особенностей внутрисердечной и мозговой гемодинамики у больных системной красной волчанкой (СКВ) с наличием артериальной гипертензии (АГ).

Обследовано 77 больных СКВ женского пола с наличием АГ I и II степени. Средний возраст больных составил $42,1 \pm 1,4$ года, длительность СКВ — $7,4 \pm 0,7$ года, длительность АГ — $5,1 \pm 0,5$ года. Все больные получали базисную терапию: преднизолон 10-15 мг в сутки и циклофосфан 200 мг еженедельно. В исследование не включались больные с III степенью активности СКВ и имеющие сопутствующую патологию (ишемическая болезнь сердца, клапанные поражения сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, туберкулез, эндокринные заболевания). Всем обследуемым проводилась эхокардиография в М- и В-режимах, доплерэхокардиография, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) магистральных сосудов головы и шеи.

По результатам нашего исследования нормальная геометрия левого желудочка (ЛЖ) отмечена у 5 (6,5%) больных, концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ — у 53 (68,8%) больных, концентрическое ремоделирование миокарда ЛЖ — у 4 (5,2%) пациентов и у 15 (19,5%) лиц наблюдалась эксцентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ. Исследование диастолической функции желудочков сердца выявило, что у больных СКВ с наличием АГ отмечалось изменение скоростных показателей и временных параметров диастолической функции левого и правого желудочков сердца. Так у 60 (77,5%) больных СКВ с наличием АГ выявлено нарушение диастолической функции ЛЖ, у 46 (60,0%) больных наблюдалось нарушение диастолической функции правого желудочка (ПЖ). Нарушения диастолической функции ЛЖ и ПЖ отмечались по первому типу (типу замедленной релаксации).

По данным УЗДГ магистральных сосудов головы и шеи было отмечено снижение пиковой систолической скорости кровотока (V_s) в средней мозговой артерии (СМА): V_s в СМА справа составила $79,8 \pm 2,7$ см/с, V_s в СМА слева — $82,1 \pm 3,4$ см/с; максимальная диастолическая скорость (V_d) в СМА справа — $37,2$ см/с, V_d в СМА слева — $42,9 \pm 2,6$ см/с. В средней мозговой артерии отмечалось снижение индексов резистивности (RI), так RI в СМА справа составил $0,53 \pm 0,01$, RI в СМА слева — $0,51 \pm 0,01$.

Таким образом, у больных СКВ с наличием АГ отмечались ремоделирование миокарда левого желудочка, нарушение диастолической функции желудочков сердца, а также снижение мозгового кровотока.

0434 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К НАЗНАЧЕНИЮ БЛОКАТОРОВ СА-КАНАЛОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Клима М.А.

ГОУ ВП О СГМА, Смоленск, Россия

Цель исследования: С помощью метода импедансной кардиографии сравнить изменение показателей центральной гемодинамики при достижении целевого уровня АД у больных АГ базовой терапией у которых являются блокаторы Са — каналов.

Материалы и методы: В исследование было включено 22 больных в возрасте от 31 до 60 лет, имеющих АГ 1-2 ст. До назначения блокаторов Са-каналов, всем пациентам с АГ были исследованы исходные параметры центральной гемодинамики методом импедансной кардиографии при помощи реографа «Диамант Р»: МОК, УИ, ОПСС. У всех больных было выявлено значительное повышение исходного уровня ОПСС, в связи с чем данным гипертоникам был назначен — прием блокаторов Са-каналов, на протяжении 6 месяцев с индивидуальным подбором дозы препарата. 14 пациентов до лечения имели гиподинамический тип кровообращения со сниженным УИ, 5 пациентов — нормодинамический тип кровообращения и 2 — гипердинамический. Была выделена группа, средний возраст которой составил $45,8 \pm 14,6$ лет. После проведенного лечения все больные были повторно обследованы.

Полученные результаты: Исходные значения в данной группе составили: систолическое АД (САД) $-169,72 \pm 17,28$ мм рт.ст., диастолическое АД (ДАД) $-99,1 \pm 12,38$ мм рт.ст., ЧСС $-76,11 \pm 12,65$, МОК $-5,94 \pm 1,56$ л/мин, УИ $-31,92 \pm 8,437$ мл/м², ОПСС $-1799,95 \pm 179,81$ Ом. В течение 6 месяцев, гипертоники принимали «нормодипин», после чего были повторно обследованы. После лечения, были установлены следующие показатели: САД снизилось на 28,3% и составило $121,69 \pm 4,97$ мм рт.ст., ДАД снизилось на 28,5% и составило $70,8 \pm 4,08$ мм рт.ст., ЧСС увеличилось на 6,5% и составило $81,12 \pm 6,13$ уд/мин, УИ увеличился на 19,9% и составил $38,26 \pm 5,41$ мл/м², ОПСС снизилось на 27,1% и составило $1311 \pm 116,15$ Ом.

Выводы: После лечения гипертоников данной группы, достижение оптимального уровня АД было установлено, за счет влияния нормодипина на основные параметры гемодинамики. При лечении больных нормодипином произошло статистически значимое снижение ОПСС, что приводит к снижению АД. У больных, имеющих исходный гиподинамический тип кровообращения, УИ увеличился по механизму обратной связи, за счет существенного снижения ОПСС. МОК статистически значимо увеличился. Это обусловлено тем, что препарат повысил ЧСС и увеличил УИ. У 7 гипертоников из 14, имеющих исходный гиподинамический тип кровообращения после приема блокаторов Са-каналов тип кровообращения стал нормодинамическим, у 2 из 14 — стал гипердинамический, а у 5 — остался гиподинамический. У больных, с гипердинамическим типом кровообращения — после лечения нормодипином, тип нормодинамический тип кровообращения, в результате лечения изменился на гипердинамический. Исходя из вышеуказанных данных, можно сделать вывод, о том что нормодипин в большей степени показан больным с АГ, имеющим исходный гиподинамический тип кровообращения с низким УИ и повышенным ОПСС.

0435 ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАНОВЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ИБС

Кнышова С.А., Инюткина Е.А., Кышов Ю.Ф.

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

Хирургические вмешательства вообще и полостные операции в частности, выполняемые у больных, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС), часто имеют высокий риск интра- и послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Как правило, в комплекс проводимой медикаментозной терапии включаются средства, препятствующие ишемическому повреждению миокарда во время проведения анестезии и способствующие профилактике приступов стенокардии в раннем послеоперационном периоде.

Целью нашего исследования являлось изучение целесообразности включения препарата милдронат (метаболический предшественник карнитина) в комплекс медикаментозной предоперационной подготовки больных, страдающих ИБС.

Материалы и методы: обследован 21 пациент, планировавший на оперативное лечение (холецистэктомия, грыжесечение), 14 мужчин и 7 женщин в возрасте 52-70 лет. У всех больных в результате анализа анамнестических данных и результатов

клинико-инструментального обследования установлен диагноз: ИБС: стенокардия напряжения, ФКП. Всем больным в предоперационном периоде проводилась плановая терапия стенокардии напряжения (нитраты, бета-блокаторы, антагонисты кальция) в сочетании с приемом милдроната в суточной дозе 0,75 г.

Группу сравнения составили 15 сопоставимых по половому-возрастному признаку больных стенокардией напряжения ФКП, в ходе предоперационной подготовки которых милдронат не применялся.

Динамическое ЭКГ исследование проводили при поступлении в стационар, на 7 сутки предоперационной подготовки и через 24 часа после проведения планового хирургического вмешательства. Также учитывали объективное состояние и субъективную самооценку.

Результаты и обсуждение: при поступлении в стационар у всех больных на ЭКГ были выявлены диффузные изменения миокарда левого желудочка в результате коронарной недостаточности. На 7 сутки терапии у 16 больных (76,2 %) изучаемой группы отмечалась положительная ЭКГ-динамика в виде значительного уменьшения проявлений коронарной недостаточности, у 5 больных (23,8 %) динамика ЭКГ не выражена, субъективно отмечали снижение частоты стенокардитических приступов. Через 24 часа после операции ЭКГ соответствовала предоперационным данным у всех больных.

В группе сравнения на 7 сутки предоперационной подготовки положительная динамика ЭКГ отмечена у 5 пациентов (33,3%), субъективное улучшение состояния отметили 7 человек (46,7%). Через сутки после оперативного вмешательства сохранялась положительная ЭКГ-динамика у 5 больных (33,3%), у 2 пациентов (13,3%) нерезко выраженная отрицательная динамика (признаки нарушений реполяризации в миокарде левого желудочка), у остальных — ЭКГ-динамика не выражена (53,4%).

Таким образом, включение милдроната в плановую предоперационную подготовку пациентов с ИБС, стенокардией напряжения, ФКП повышает толерантность к операционному стрессу.

0436 ФЕНОТИПЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

Кобзев Р.Ю., Котовская Ю.В., Кобалева Ж.Д.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель. С использованием повторных клинических измерений и суточного мониторирования артериального давления (АД) изучить фенотипы АД у молодых мужчин в возрасте 18-25 лет с анамнезом повышения АД при случайных измерениях.

Материалы и методы. В связи с выявлением повышенного АД при случайных измерениях обследованы 194 молодых мужчины в возрасте 18-25 лет (средний возраст $21,0 \pm 2,1$ года). Клиническое АД оценивалось при повторных измерениях в положении сидя в одно и то же время

в течение 5 последовательных дней. Суточное мониторирование АД выполнялось по стандартной методике. Классификация уровня и фенотипа АД осуществлялась в соответствии с рекомендациями Европейского общества по АГ 2007г.

Результаты. Оптимальное клиническое АД было выявлено у 13 (6,7%), нормальное — у 20 (10,3%), высокое нормальное — у 24 (12,4%), стабильная АГ у 107 (55,2%) молодых людей. АГ I степени имели 81 человек (41,8%), АГ II степени — 20 (10,3%), АГ III степени — 6 (3,1%). Среди обследованных со стабильным повышением клинического АД частота изолированной систолической АГ составила 70 (65,4%), систоло-диастолической 28 (6,1%), изолированной диастолической — 9 (8,4%). При сопоставлении уровня клинического АД и суточного мониторирования (СМАД) гипертонию белого халата имели 34 (17,5%), истинную АГ — 73 (37,6%), скрытую АГ — 13 (6,7%). Уровень клинического САД оказался единственным предиктором скрытой АГ. Среди обследованных 1 дополнительный фактор риска имели 40 (20,6%), 2 фактора риска — 57 (29,4%), 3 и более 34 (17,5%), метаболический синдром — 61 (31,4%). Не установлено ассоциации между количеством факторов риска, наличием метаболического синдрома и фенотипом АД. Гипертрофия левого желудочка выявлялась у 27,4% пациентов с истинной АГ и у 15,2% — со скрытой АГ.

Выводы. Доминирующим типом АГ у молодых мужчин является изолированная систолическая АГ. Полученные данные свидетельствуют о важности СМАД для установления фенотипа АГ у молодых людей с нормальным и высоким нормальным клиническим АД.

0437 ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С РАЗНЫМИ ФЕНОТИПАМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Кобзев Р.Ю., Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель. Сравнить показатели центрального артериального давления (АД), оцененного на основании анализа пульсовой волны, у молодых мужчин в зависимости от фенотипа АД, установленного на основании повторных клинических измерений и суточного мониторирования АД (СМАД).

Материалы и методы. Сравнение характеристик центральной пульсовой волны было выполнено у 12 мужчин с нормальным АД, 36 — с АГ по данным клинического измерения и СМАД, и 17 — с гипертонией белого халата (ГБХ) (средний возраст $21,0 \pm 2,1$ года). Анализ пульсовой волны выполнялся методом аппланационной тонометрии лучевой артерии с преобразованием в центральную с использованием трансформирующей функции. Автоматически рассчитывались уровни АД в аорте, давление аугментации, аугментационный индекс и время появления отраженной волны, амплификация периферического ПД. Выполнялось измерение скорости распространения пульсовой волны между сонной и бедренной артериями.

Результаты. Различия по уровню ПД между группами с АГ ($39,4 \pm 6,1$ мм рт.ст.) и ГБХ ($36,4 \pm 5,5$ мм рт.ст.) выявлялись только на уровне аорты ($p < 0,05$). Обследованные с нормальным АД и ГБХ не различались по таким характеристикам центральной пульсовой волны как индекс прироста и время появления отраженной волны. Обследованные с АГ, подтвержденной СМАД, характеризовались достоверно большей аугментацией центрального ПД ($100,0 \pm 12,6\%$ против $96,6 \pm 11,8\%$ у лиц с нормальным АД и $95,6 \pm 15,0\%$ с ГБХ, $p < 0,05$), более ранним появлением отраженной волны ($149,2 \pm 18,9$ мс против $160,6 \pm 16,2$ и $160,3 \pm 28,6$ мс, соответственно, $p < 0,05$), большей СРПВ ($8,6 \pm 1,2$ м/с против $7,2 \pm 1,2$ и $7,0 \pm 1,7$ м/с). Амплификация ПД была сопоставима в трех группах.

Выводы. Полученные данные показали, что у молодых мужчин в возрасте 18-25 лет наличие АГ, подтвержденной СМАД, ассоциируется с повышением центрального САД и ПД и более высокими значениями маркеров как ригидности аорты, так и ремоделирования периферического сосудистого русла.

0438 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ

Ковалев Д.В.¹, Скибицкий В.В.², Курзанов А.Н.²

¹МУЗ Городская больница №2 “КМЛДО”, Краснодар, Россия;

²Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Не будет преувеличением сказать, что к началу XXI века распространенность артериальной гипертензии (АГ) в нашей стране, как и во всем цивилизованном мире, приобрела характер эпидемии. Артериальное давление (АД) повышено у 40% взрослого населения. С нашей точки зрения, важно выделение из нормы группы лиц с высоким нормальным АД (ВНАД), так как, с одной стороны, именно за счет данного контингента происходит постоянное пополнение когорты больных АГ, а с другой — эффект от проведения лечебно-профилактических мероприятий в группе лиц с ВНАД, по-видимому, должен быть наиболее ощутим.

Нарушения ритма сердца (НРС) достаточно часто встречаются при АГ, так как повышение АД запускает различные механизмы аритмогенеза. НРС существенно меняют клиническую картину заболевания, влияют на выбор терапии и прогноз. Вместе с тем, встречаемость аритмий и механизмы аритмогенеза в группе ВНАД являются недостаточно изученными.

Цель: выявление, качественная и количественная характеристика НРС у лиц с ВНАД.

Материал и методы. Обследовано 50 человек с ВНАД ($37,3 \pm 4,8$ лет, 23 женщины). Контрольную группу составили 35 человек с оптимальным и собственно нормальным АД, достоверных отличий по возрастному-половому составу между группами не было. Всем обследуемым проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) в течение 24 часов.

Результаты. По результатам ХМ ЭКГ у части обследованных в обеих группах была выявлена наджелудочковая (СВЭС) и желудочковая (ЖЭС) экстрасистолия. При этом количество лиц с числом экстрасистол более 100 за сутки оказалось следующим. В группе ВНАД: СВЭС — у 16 (32,0%), ЖЭС — у 15 (30,0%) человек, тогда как в контрольной группе: СВЭС — у 4 (11,4%), ЖЭС — у 3 (8,6%) человек. Таким образом, лиц как со СВЭС, так и с ЖЭС в группе ВНАД было достоверно больше, чем в контрольной группе ($p = 0,0375$ и $p = 0,0290$ соответственно, точный критерий Фишера, двусторонний вариант). Все СВЭС были предсердными, за исключением одного мужчины из контрольной группы, у которого экстрасистолы исходили из атрио-вентрикулярного соединения.

Заключение. Несмотря на то что лица с ВНАД формально относятся к категории нормального АД, у них выявлена более высокая предсердная и желудочковая эктопическая активность по сравнению с группой оптимального и собственно нормального АД. Учитывая ранее нами показанное отсутствие статистически значимых отличий в геометрии левых отделов сердца, систолической и диастолической функции левого желудочка у лиц с ВНАД по сравнению с группой нормального АД, следует полагать, что кардиальные механизмы аритмогенеза, работающие у больных АГ, вряд ли имеют место при ВНАД. Поэтому можно предположить, что у лиц с ВНАД ведущую роль в аритмогенезе играют нарушения центральных регуляторных механизмов.

0439 ТРАНСФОРМАЦИЯ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ГИПЕРТонию: МОГУТ ЛИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА БЫТЬ ПРЕДИКТОРОМ?

Ковалев Д.В.¹, Скибицкий В.В.², Курзанов А.Н.²

¹МУЗ Городская больница №2 “КМЛДО”, Краснодар, Россия;

²Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Лица с высоким нормальным артериальным давлением (ВНАД) — это, по-видимому, неоднородная в прогностическом отношении группа, из которой происходит пополнение рядов больных артериальной гипертензией (АГ). Поэтому, с нашей точки зрения, выделение признаков, ассоциированных с повышенной вероятностью трансформации ВНАД в АГ, и выявление их у лиц с ВНАД имеет немаловажное значение, так как позволяет определить группу риска и, возможно, своевременно начать проведение превентивных лечебно-профилактических мероприятий.

Нами было установлено, что у лиц с ВНАД наблюдается более высокая предсердная и желудочковая эктопическая активность по сравнению с группой оптимального и собственно нормального АД. Целью настоящей работы было выяснение, имеет ли связь выраженность данных аритмий с вероятностью развития у пациентов в дальнейшем АГ.

Материал и методы. В течение пяти лет наблюдались 50 человек с исходно ВНАД ($37,3 \pm 4,8$ лет, 23 женщины). Обследованным в начале и конце периода наблюдения было проведено холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) в течение 24 часов.

Результаты. При исходном ХМ ЭКГ у 16 человек была обнаружена предсердная экстрасистолия (ЭС), а у 15 — желудочковая (ЖЭС) с числом ЭС не менее 100 за сутки. Через пять лет у 34 человек из обследуемой когорты была диагностирована АГ (I группа), у остальных 16 уровень АД по-прежнему соответствовал критериям ВНАД (II группа). Оказалось, что по возрасту I и II группы достоверно не отличались. При анализе данных ХМ ЭКГ, проведенного исходно, в первой группе и предсердная, и желудочковая ЭС встречалась достоверно чаще, чем во второй ($p = 0,0354$ и $p = 0,0321$).

соответственно, точный критерий Фишера, двусторонний вариант): 20 (58,8%) человек против 4 (25,0%) и 18 (52,9%) человек против 3 (18,8%) соответственно.

ХМ ЭКГ, выполненное пациентам с ЭС по окончании пятилетнего периода наблюдения, выявило те же ЭС в сопоставимом или большем количестве. Кроме того еще у двух пациентов с предсердной ЭС была выявлена исходно не регистрировавшаяся ЖЭС.

Заключение. Предсердная и желудочковая эктопическая активность у лиц с ВНАД ассоциирована с повышенной вероятностью развития АГ в ближайшие пять лет. Есть основания предполагать, что в основе данных явлений лежат единые механизмы и их роднит общность патогенеза. Можно думать о вовлечении в патологический процесс нарушений центральной нервной регуляции на уровне вегетативных центров, а возможно, и более высокого (коркового?) уровня.

0440 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Ковалевская Н.А., Бушмакина А.В., Козилова Н.А.

Городская поликлиника № 2, Медицинская академия им. академика Е.А.Вагнера, Пермь, Россия

Цель: оценить гендерные особенности сочетанного поражения органов-мишеней у больных артериальной гипертензией (АГ) трудоспособного возраста.

Методы: представлен фрагмент одномоментного когортного скринингового клинического исследования. Обследовано 50 больных АГ трудоспособного возраста: мужчины 32 (64,0%), женщины 18 (36,0%) человек. Средний возраст больных составил $48,8 \pm 6,7$, из них у мужчин — $49,0 \pm 7,3$, женщин — $48,8 \pm 5,7$ лет. Оценка клинического поражения сердца проводилась по данным эхокардиографии с определением признаков гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ). Для оценки клинического поражения почек определяли уровень креатинина крови, количество белка в суточной моче, клиренс креатинина (КК) по формуле Кокрофта-Голта. Оценка клинического поражения сосудов осуществлялась при помощи дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий с определением толщины комплекса интимы-медиа (ТИМ) и/или наличием атеросклеротических бляшек. Группы мужчин и женщин были сопоставимы по сопутствующей патологии и медикаментозной терапии.

Результаты: среди мужчин гипертоников ГЛЖ отмечалась у 71,0% случаев, среди женщин — в 29,0% случаев ($p=0,08$). Индекс массы миокарда левого желудочка у мужчин составил $161,0 \pm 44,9$ г/м², у женщин — $139,6 \pm 29,1$ г/м² ($p=0,199$). Протеинурии и повышения креатинина крови не выявлено ни у одного из обследованных больных АГ. Среди мужчин гипертоников снижение КК выявлено у 72,4% случаев, среди женщин — у 27,6% случаев ($p=0,07$). КК у мужчин составил $74,2 \pm 11,7$ мл/мин, среди женщин — $72,9 \pm 6,5$ мл/мин ($p=0,770$). У женщин, страдающих АГ, трудоспособного возраста поражение сонных артерий отмечалось в 30,0% случаев, у мужчин — в 70,0% случаев ($p=0,114$). Средний показатель ТИМ сонных артерий составил $1,1 \pm 0,1$ мм в обеих группах. Среди женщин сочетанное поражение сердца и почек встречалось в 20,8% случаев, у мужчин — в 79,2% случаев ($p=0,03$). У женщин сочетанное поражение сердца и сосудов встречалось в 24,0% случаев, у мужчин — в 76,0% случаев ($p=0,05$). Среди женщин поражение почек и сосудов отмечалось в 20,0% случаев, среди мужчин — в 80,0% случаев ($p=0,02$). Сочетанное трехкомпонентное поражение органов-мишеней выявлено у 17,4% женщин и у 82,6% мужчин ($p=0,02$).

Выводы: частота встречаемости и маркеры клинически выраженного поражения органов-мишеней у больных АГ трудоспособного возраста не зависят от половой принадлежности. Среди мужчин АГ трудоспособного возраста достоверно чаще встречаются двух и трехкомпонентное клинически выраженное поражение органов-мишеней в сравнении с женщинами гипертониками аналогичной возрастной категории.

0441 ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА КАРДИОЛОГА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Кожурина А.О., Кузнецов В.А., Плюснин А.В., Гуляева Е.П.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Для пациентов с артериальной гипертензией гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) является предиктором основных кардиоваскулярных событий и фактором, абсолютно определяющим начало медикаментозной терапии. Эхокардиография (ЭхоКГ) является наиболее точным из доступных в широкой клинической практике методом диагностики ГЛЖ. Однако остается неясным, возможно ли использовать портативную ультразвуковую технику и сокращенный протокол ЭхоКГ в диагностике ГЛЖ в условиях рутинного поликлинического кардиологического приема.

Цель исследования было определить возможности лимитированной ЭхоКГ, выполненной на портативном ультразвуковом аппарате врачом-кардиологом в течение консультативного поликлинического приема, диагностировать ГЛЖ у пациентов с артериальной гипертензией

Материалы и методы. Было обследовано 24 человека, 10 мужчин (41,7%) и 14 женщин (58,3%), средний возраст $56,5 \pm 9,7$ года, обратившиеся за амбулаторной консультацией к кардиологу по поводу повышения артериального давления. Всем пациентам после сбора анамнеза, физикального осмотра проводилась ЭхоКГ на портативном ультразвуковом аппарате по сокращенному (лимитированному) протоколу, включающего, в том числе, качественную оценку наличия утолщения миокарда левого желудочка. Полученные данные сопоставили с данными стандартной ЭхоКГ и ЭКГ. По ЭКГ наличие ГЛЖ определяли путем подсчета индекса Соколова-Лайона и Корнельского произведения.

Результаты. По данным ЭхоКГ, выполненной по стандартному протоколу, ГЛЖ была выявлена у 21 (87,5%) пациентов, лимитированная Эхо-КГ верно определила наличие ГЛЖ также у 21 пациента, но был зарегистрирован 1 ложноположительный результат, ложноотрицательных результатов не было. Чувствительность метода составила 100%, специфичность 66,7%, отрицательная предсказывающая ценность 100%, положительная предсказывающая ценность 95,5%, предсказывающая точность 95,8%. По данным ЭКГ признаки ГЛЖ были выявлены лишь у 5 пациентов (23,8%), был зарегистрирован 1 ложноположительный результат, 17 ложноотрицательных. Чувствительность ЭКГ в диагностике ГЛЖ составила 19%, специфичность 66,6%, отрицательная предсказывающая ценность 10,5%, положительная предсказывающая ценность 80%, предсказывающая точность 25%.

Выводы. Лимитированная ЭхоКГ более эффективна в диагностике ГЛЖ у пациентов с артериальной гипертензией, чем ЭКГ, и может использоваться с этой целью непосредственно на консультативном кардиологическом приеме.

0442 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА

Козлова Е.С., Бухарина Е.Б., Кайед Т.В., Немчук Ф.А., Лопатин Ю.М.

Волгоградский Государственный Медицинский Университет, Волгоград, Россия; Волгоградский Областной Клинический Кардиологический Центр, Волгоград, Россия

Цель: Оптимизация лечения больных с нарушениями ритма сердца (НРС) путем включения в комплексную терапию аторвастатина.

Методы исследования: обследовано 60 пациентов с частыми пароксизмами фибрилляции предсердий (ФП) на фоне ишемической болезни сердца (ИБС), не получавших ранее регулярную гиполипидемическую терапию. Средний возраст пациентов составил $56,4 \pm 7,3$ года. Всем пациентам проведено базовое

обследование: биохимическое исследование крови, липидный спектр крови, ЭКГ, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, исследование вариабельности ритма сердца (ВРС). Обследование проводилось исходно, через 3 и через 6 месяцев наблюдения. По данным ХМ ЭКГ анализировались — частота рецидивирования и длительность пароксизмов ФП, количество пароксизмов суправентрикулярной и желудочковой тахикардии (СВТ и ЖТ), количество суправентрикулярных и желудочковых экстрасистол (СВЭ и ЖЭ) и количество ишемических депрессий сегмента ST. По ЭКГ проводилось сравнение длительности скорректированного интервала QT (QTc). Все пациенты принимали антиаритмические препараты 3-го класса — амиодарон 200 мг/сутки, 5 дней в неделю после насыщения или соталол — 120-240 мг/сутки ежедневно, периндоприл — 4 мг/сутки, аспирин — 100 мг/сутки. Пациенты были рандомизированы на 2 группы, численностью по 30 пациентов каждая. Первой группе (группе активного лечения) дополнительно к вышеизложенной терапии был назначен аторвастатин (Липтонорм, фирмы «Фармстандарт», Москва) в начальной дозе 10 мг/сутки, с увеличением дозы до обеспечивающей достижение целевого уровня холестерина ЛПНП < 2,5 ммоль/л. Вторая группа (без приема статинов) составила группу сравнения.

Полученные результаты: включение в схему лечения аторвастатина в течение 6 месяцев при сопоставлении с результатами группы сравнения характеризовалось следующими достоверными ($p < 0,05$) результатами: снижением частоты рецидивирования пароксизмов ФП на 41%, уменьшением длительности пароксизмов ФП на 20% и количества пациентов с гемодинамически значимыми пароксизмами ФП на 56%, снижением частоты пароксизмов СВТ на 64%, количества СВЭ на 24% и ЖЭ на 36%, уменьшением количества ишемических депрессий сегмента ST на 45%. При анализе показателей ВРС обнаружено возрастание показателей: SDNN на 18% ($p < 0,05$), RMSSD на 33% ($p < 0,02$), TP на 42% ($p < 0,03$), HF — на 65% ($p < 0,01$) и снижение соотношения LF/HF на 37% ($p < 0,01$). Также отмечено недостоверное уменьшение количества пробежек ЖТ на 13%, длительности интервала QTc на 7%, мощности низкочастотной составляющей спектра — LF на 28% и увеличение циркадного индекса на 18%. Осложнений, требующих отмены лечения аторвастатином выявлено не было.

Выводы: полученные результаты демонстрируют положительное влияние аторвастатина на уменьшение предсердных и желудочковых НРС, а также на стабилизацию вегетативного баланса миокарда, что может являться механизмом антиаритмического действия статинов.

0443 СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КУПИРОВАНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ

Козловский В.И., Бакалец Н.Ф., Дроздов О.В., Сорокина В.Г.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь; Медицинский университет, Гомель, Беларусь

Цель. Оценка некоторых факторов, ассоциированных с повышением риска развития осложнений и эффективности программ купирования кризов.

Материал и методы. Оценены результаты купирования 4742 криза в Витебске и 5010 в Гомеле. Инсульты и инфаркты регистрировали на основании результатов клинического обследования. Результаты обработаны с помощью персональной ЭВМ и стандартного пакета прикладных программ Статистика 6.0.

Результаты. Определено, что частота гипертонических кризов в разное время суток меняется в десятки раз. Наиболее выражен пик в утреннее время, в 8-11 часов. Второй пик — в 16-23 часа. Меньшее число кризов возникает в ночное время, в 0-4 часа. Во время кризов у 8,6 % больных развивались инсульты, у 1,2 % — инфаркты миокарда.

Развитие инсультов или инфарктов находилось в линейной зависимости от длительности повышения артериального давления. Чем раньше была начата гипотензивная терапия, тем реже отмечалось развитие осложнений. Существенно ниже число инсультов было у больных попытавшихся самостоятельно снизить АД по сравнению с группой надевавшихся только на скорую помощь.

Уровень АД относительно мало коррелировал с числом инсультов или инфарктов миокарда у людей до 50 лет. У людей старше 60 лет отмечалась практически линейная зависимость частоты развития инсультов от уровня АД.

Для купирования кризов в настоящее время применяются программы быстрого снижения артериального давления, в основном при некоторых осложнениях, средней интенсивности (снижения АД за 1,5-3 часа) и медленное снижение АД (за 4-8 часов). В настоящее время в Витебске для купирования кризов как скорой помощью, так и в стационарах применяли программы средней интенсивности у 36,6 % больных, медленное снижение АД — у 63,4 %. Следует отметить, что управляемая гипотензия выполнялась лишь у единичных больных. При применении программ средней интенсивности отмечалось достоверное (на 25,4 %, $p < 0,05$) снижение числа осложнений по сравнению с медленным снижением АД.

Отмечено, что у 7,8% больных артериальной гипертензией при купировании кризов АД снижается избыточно. У больных со снижением систолического АД до 160 мм рт.ст. осложнений не отмечалось. При снижении АД до 120 мм рт.ст. и ниже у всех больных было головокружение, слабость, у 26,8% больных появлялись признаки ишемии миокарда (опущение сегмента ST на ЭКГ), у 16,9% — экстрасистолия, у 26,9% — пароксизмы мерцательной аритмии, у 8 % — синкопальные состояния, у 6% больных (все старше 65 лет) прогрессировали проявления энцефалопатии.

Вывод. Для купирования кризов рациональным является применение программ средней интенсивности. Следует поощрять попытки больных самостоятельно купировать криз, на что следует обратить особое внимание в школах больных АГ. Необходим тщательный контроль за состоянием больных после снижения артериального давления.

0444 ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ, АКТИВАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Козловский В.И., Акулёнок А.В., Соболев С.М.
Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Исследовать число циркулирующих эндотелиальных клеток [ЦЭК] и их скоплений [ЦЭК-с], адгезию лейкоцитов, агрегацию лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии [ЛТС] при метаболическом синдроме (МС) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 18 больных АГ I-III степени (возраст — 57 ± 10 лет). Больные АГ были разделены на 2 группы: А — без МС ($n=9$), В — в сочетании с МС ($n=9$). При гипертоническом кризе и в конце стационарного лечения проводили исследование числа ЦЭК по методу [Hladovec J., 1978], показателя адгезии лейкоцитов на волокнистом субстрате, степени (S) и скорости (V) агрегации ЛТС — по методу [Born G., 1962] с помощью агрегометра «СОЛАР», содержания иммунореактивного инсулина (ИРИ) в сыворотке крови — методом радиоиммунологического анализа (набор радио-ИНС-ПГ-¹²⁵I, Беларусь). В контрольную группу включено 7 здоровых людей без признаков МС (возраст 47 ± 3 лет). Статистическая обработка проведена пакетом программ «Statistica 6.0».

Результаты. В крови у здоровых обнаруживали 60 ± 11 ЦЭК/100 мкл., $7,3 \pm 5,7\%$ ЦЭК в составе скоплений, S составила $11,4 \pm 1,3\%$, V — $6,6 \pm 1,8$ %/мин, показатель АЛ — $3,4 \pm 1,1$ ед., ИРИ — $33,6 \pm 12,7$ пмоль/л. У больных АГ обеих групп комбинированная гипотензивная терапия (эналаприл или лизиноприл в сочетании с атенололом) сопровождалась статистически значимым ($p < 0,05$) снижением систолического АД [САД] (с 184 ± 23 до 138 ± 14 мм рт.ст.) и диастолического АД [ДАД] (с 106 ± 14 до 84 ± 6 мм рт.ст.), числа ЦЭК (А: с 164 ± 31 до 141 ± 31 ; В: с 178 ± 42 до 150 ± 40 ЦЭК/100 мкл) и ЦЭК-с (А: с $11 \pm 6,1$ до $7,9 \pm 4,7$; В: с $17 \pm 5,2$ до $12,8 \pm 5,8\%$ ЦЭК), адгезии лейкоцитов (А: с $5,7 \pm 2,3$ до $4,7 \pm 1,2$; В: с $8,8 \pm 3,3$ до $6 \pm 2,1$ ед.). Изменения агрегации ЛТС (А: S с $18,7 \pm 4,9$ до $12,3 \pm 3,8\%$, V с $8,7 \pm 1,9$ до $7,8 \pm 1,8\%$ /мин; В: S с $17,9 \pm 3,3$ до $13,7 \pm 4,6\%$, V с $8,8 \pm 3,4$ до $7,1 \pm 3,2\%$ /мин) и содержания ИРИ (А: с $53,7 \pm 18,5$ до $54 \pm 11,2$; В: с $100 \pm 10,9$ до $119,9 \pm 53,5$ пмоль/л) статистически незначимы ($p > 0,05$). Число ЦЭК-с и адгезия лейкоцитов достоверно отличались в группах А и В ($p < 0,05$). Число ЦЭК и их скоплений, адгезия

лейкоцитов, агрегация ЛТС, уровень ИРИ у больных АГ при поступлении и в конце стационарного лечения достоверно выше, чем у здоровых ($p < 0,01$). Выявлены достоверные ассоциации ($p < 0,05$) между числом ЦЭК и возрастом ($r = 0,48$), ИРИ ($r = 0,62$), адгезией лейкоцитов ($r = 0,61$), САД ($r = 0,66$), ДАД ($r = 0,70$). Адгезия лейкоцитов достоверно ($p < 0,05$) коррелирует с возрастом ($r = 0,44$), ИМТ ($r = 0,54$), ИРИ ($r = 0,75$), САД ($r = 0,60$), ДАД ($r = 0,64$).

Выводы. Число ЦЭК в составе скоплений и адгезия лейкоцитов достоверно выше у больных АГ во время гипертонического криза при наличии МС.

Число ЦЭК и адгезия лейкоцитов положительно коррелируют с АД, возрастом, наличием гиперинсулинемии, что подтверждает взаимосвязь повреждения эндотелия и активации лейкоцитов с патогенетическими компонентами МС.

Проводимая в течение 9 ± 4 дней комбинированная гипотензивная терапия не сопровождалась статистически значимыми изменениями уровня ИРИ в сыворотке крови у больных АГ вне зависимости от наличия или отсутствия МС.

0445 ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ ЗАДАЧЕЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ?

Козловский В.И., Печерская М.С.
ВГМУ, Витебск, Беларусь

Цель. Оценка частоты и выраженности ортостатических реакций у больных артериальной гипертензией II степени при достижении целевых уровней АД.

Материалы и методы. Обследовано 209 больных артериальной гипертензией (АГ) II степени. Стадия заболевания устанавливалась согласно классификации ВОЗ, 1999. Из них было 91 женщин и 118 мужчин. Средний возраст — $53,8 \pm 12,9$ лет. Средняя продолжительность АГ составила $9,7 \pm 7,6$ лет.

Всем пациентам проводилась комплексная медикаментозная терапия, включающая ежедневный прием различных гипотензивных препаратов (эналаприл 20–40 мг/сут, лизиноприл 10–20 мг/сут, метопролол 50–100 мг/сут, гипотиазид 25–100 мг/сут, индап 2,5 мг/сут, амлодипин 5–10 мг/сут). У всех пациентов было достигнуто снижение АД менее 140/90 мм.рт.ст.

Ортостатические реакции (ОР) оценивались во время активной ортостатической пробы. Регистрировали АД, ЧСС исходно, на 5 минуте горизонтального, 1 и 5 минуте вертикального положения. Проба проводилась в 8, 12, 15, 18 и 22 часа. Во время проведения пробы оценивали жалобы церебрального, вегетативного и кардиального характера. При невозможности находиться в вертикальном положении из-за выраженной слабости, головокружения, предобморочного состояния проба прекращалась. Ортостатическая гипотензия (ОГ) регистрировалась при снижении систолического (более 20 мм рт.ст.) и/или диастолического (более 10 мм рт.ст.) артериального давления при переходе в вертикальное положение.

Результаты. В среднем АД в группе оказалось САД $127,9 \pm 8,9$ мм рт.ст., ДАД $79,4 \pm 7,4$ мм рт.ст. ОГ регистрировалась в разное время суток у 73 больных АГ (34,9%). Определено, что у 32 больных АГ отмечено избыточное снижение систолического, у 20 диастолического АД, у 21 пациента снижение систолического и диастолического АД. Клинические проявления отмечались у 29 больных. Однократное избыточное снижение АД во время АОП регистрировалось у 42 больных, двукратное у 19, трехкратное у 5 больных и у 7 пациентов ОГ регистрировалась во время всех исследований в течение суток. В утренние часы ОГ регистрировалась значительно чаще. Так у 42,5% больных с ОГ регистрировалась в 8–12 часов, у 26% в 12–15 часов, у 8,2% в 15–18 часов, у 23,3% больных в 18–22 часа.

Сравнили приверженность к гипотензивной терапии в течение 1 месяца наблюдений. Оказалось, что в группе снижения АД без ОГ регулярный прием гипотензивных препаратов был у 92% больных, у больных с патологическими ОР — у 52% больных.

Вывод. У 34,9% больных артериальной гипертензией II степени традиционный выбор гипотензивной терапии, обеспечивающий снижение АД до целевого уровня сопровождается выраженными ортостатическими реакциями и низкой приверженностью к терапии.

При гипотензивной терапии необходимо не только достигать целевого уровня артериального давления, но и обеспечить отсутствие патологических ортостатических реакций.

0446 ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козловский В.И., Сероухова О.П., Быкова Н.В., Макеева Е.В.
ВГМУ, Витебск, Беларусь

Цель. Оценить изменения деформируемости эритроцитов (ДЭ), степени и скорости агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) у больных артериальной гипертензией II–III степени (АГ) под влиянием комплексной медикаментозной терапии, включающей прием гипотензивных, а также метаболитических препаратов (эмоксипин, тиотриазолин, милдронат) в ранний посткризовый период.

Материалы и методы. Обследовано 115 больных АГ II–III ст., поступивших в стационар в связи с гипертоническим кризом (ГК) и получавших традиционную гипотензивную терапию. Случайным образом они были разделены на 2 группы: контрольную ($n = 40$) и основную ($n = 75$), в которой было выделено 3 подгруппы. Первую подгруппу составили пациенты, получавшие дополнительно к гипотензивной терапии тиотриазолин ($n = 25$), вторую — милдронат ($n = 20$), третью — эмоксипин ($n = 30$). Метаболическая терапия проводилась на протяжении 5–7 дней стационарного лечения. Пациенты контрольной группы ($n = 40$) получали только гипотензивную терапию. Средний возраст больных в группах достоверно не отличался. Деформируемость эритроцитов оценивали по скорости прохождения суспензии по пористым фильтрам. Адреналин-индуцированная (конечная концентрация $5 \cdot 10^{-5}$ г/л) агрегация ЛТС исследовалась с помощью агрегометра «СОЛАР». Материал обработан с помощью пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты. Определено, что при применении метаболитической терапии в лечении больных АГ наблюдается достоверное улучшение агрегационных и реологических свойств крови. На фоне повышенного артериального давления (в первые сутки поступления в стационар) у пациентов основной группы 1-ой подгруппы ($n = 25$) ДЭ в бестромбоцитарной плазме $45,7 \pm 9,9\%$, деформируемость отмытых эритроцитов $21,7 \pm 3,7\%$, степень и скорость агрегации ЛТС составили соответственно $32,8 \pm 16,1\%$ и $17,5 \pm 8,8\%$ /мин. На 7–8 сутки стационарного лечения при стабилизации артериального давления ДЭ у пациентов 1-ой подгруппы достоверно улучшилась — $39,8 \pm 5,3\%$ ($p = 0,06$), в физиологическом растворе $19,1 \pm 4,5\%$ ($p = 0,005$). Выявлено также достоверное улучшение агрегационных свойств ЛТС: степень агрегации была $21,3 \pm 14,1\%$ ($p = 0,0014$), скорость агрегации имела лишь тенденцию к снижению. У пациентов 2-й подгруппы ($n = 20$) на 7–8 сутки стационарного лечения ДЭ достоверно улучшилась в плазме крови $38,3 \pm 5,1\%$ ($p < 0,05$). У пациентов 3-й подгруппы ($n = 30$) также было выявлено достоверное улучшение ДЭ в плазме крови $39,1 \pm 7,2\%$ ($p = 0,001$). Достоверного улучшения показателей микроциркуляции у больных контрольной группы проведенный анализ не выявил.

Вывод. У больных АГ II–III ст. назначение метаболитических препаратов (тиотриазолин, милдронат, эмоксипин) в дополнение к гипотензивной терапии в раннем посткризовом периоде позволяет достоверно улучшить состояние ДЭ.

Применение тиотриазолина в лечении больных АГ II–III ст. в раннем посткризовом периоде достоверно снижает степень агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии.

0447 МНОГОКРАТНЫЙ КОНТРОЛЬ АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козловский В.И., Сероухова О.П.
ВГМУ, Витебск, Беларусь

Цель. Оценить изменения степени и скорости агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) у больных АГ II–III степени под влиянием гипотензивной терапии на 3, 5, 7, 10 сутки стационарного лечения в ранний посткризовый период.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных АГ II-III ст., поступивших в кардиологическое отделение Центральной городской клинической больницы г. Витебска в связи с гипертоническим кризом (ГК). Средний возраст больных составил $58,7 \pm 14,2$ лет. Мужчин было 15, женщин — 24. Стаж АГ составил $13,8 \pm 8,5$ лет. Адреналин-индуцированная (конечная концентрация в кювете $5 \cdot 10^{-5}$ г/л) агрегация ЛТС исследовалась с помощью агрегометра «СОЛАР» в 1-е сутки поступления пациента в стационар и на 3, 5, 7, 10 сутки стационарного лечения. Изменения агрегации клеточных элементов регистрировали в том случае, если они превышали 15 % от исходного уровня. Материал обработан с помощью пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты. У больных артериальной гипертензией II-III ст. при поступлении в кардиологическое отделение уровни систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления составляли соответственно $193,5 \pm 27,4$ и $108 \pm 14,2$ мм рт.ст. Прием гипотензивных препаратов у больных АГ сопровождался снижением САД до $132,4 \pm 7,5$ мм рт.ст. ($p < 0,001$) и ДАД до $82 \pm 5,3$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Степень и скорость агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии у больных артериальной гипертензией II-III ст. при поступлении составили соответственно $21,8 \pm 10,6\%$ и $11,1 \pm 5\%$ /мин., при выписке степень и скорость агрегации ЛТС в целом по группе имели тенденцию к снижению и составили соответственно — $19,9 \pm 9,7\%$, $11 \pm 5,8\%$ /мин.

На основании динамики показателей агрегации ЛТС на 3, 5, 7, 10 сутки стационарного лечения было выделено 3 группы больных: 1 группа — постепенное достоверное снижение показателей агрегации ЛТС (19 пациентов), 2 группа — отсутствие изменений показателей агрегации ЛТС (9 пациентов), 3 группа — повышение показателей агрегации ЛТС (11 пациентов). Различий в количестве, дозах, комбинациях назначаемых гипотензивных препаратов в группах выявлено не было. Полученные данные показывают возможность выделения группы больных, которым рационально назначение дезагрегантов в профилактике поражения сердечно-сосудистой системы.

Вывод. В процессе гипотензивной терапии в ранний посткризовый период у 51,3% больных АГ II-III ст. не отмечается изменений или ухудшаются показатели агрегации ЛТС.

Обоснована необходимость включения в стандартные протоколы лечения больных АГ на стационарном этапе препаратов для коррекции агрегации клеточных элементов крови.

Многочисленные исследования агрегации клеточных элементов в процессе лечения может быть использовано для выделения той группы пациентов, которой требуется терапия дезагрегантами.

0448 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ ПРИ РАЗВИТИИ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМА КОРРЕКЦИЯ АГРЕГАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ

Козловский В.И., Дубас И.О.
ВГМУ, Витебск, Беларусь

Цель. Определение агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии (ЛТС) у больных АГ II степени после внегоспитальной пневмонии (ВП) и частоты гипертонических кризов (ГК) у больных АГ II степени в период до и после перенесенной ВП.

Материал и методы. Основная группа состояла из 130 больных ВП, страдающих АГ II степени, средний возраст был $55,3 \pm 9,7$ лет. В контрольной группе было 25 здоровых лиц, средний возраст — $51,8 \pm 8,6$ лет. Пациенты основной группы получали антибактериальную (препараты группы пенициллинов, цефалоспоринов, макролидов, фторхинолонов) и гипотензивную (ингибиторы АПФ (эналаприл, лизиноприл), блокаторы кальциевых каналов (дилтиазем, амлодипин), диуретики (гидрохлортиазид), β -адреноблокаторы (метопролол)). Агрегацию ЛТС изучали на агрегометре «СОЛАР» на 2-3, 11-15 сутки стационарного лечения ВП и через 1,3 и 6 месяцев после выписки из отделения. Число (ГК) устанавливалось за 6 мес. до и 6 месяцев после госпитализации по поводу ВП, а также параметры артериального давления (АД) во время этих кризов. Обработка данных проведена с помощью пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты. У здоровых людей степень агрегации ЛТС составила $11,2 \pm 2,9\%$, скорость — $5,6 \pm 2,2\%$ /мин. В основной группе в начале заболевания степень и скорость агрегации ЛТС достоверно превышали аналогичные показатели у здоровых ($p < 0,01$) и составили соответственно $33,5 \pm 18,1\%$ и $13,8 \pm 10,1\%$ /мин. В конце стационарного лечения выявлена тенденция к снижению степени и скорости агрегации ЛТС до соответственно $31,5 \pm 16,9\%$ и $12,6 \pm 5,4\%$ /мин ($p > 0,05$). Исследования через 1,3 и 6 месяцев после перенесенной ВП установили следующую динамику изучаемых показателей: 1-ый месяц — $28,5 \pm 13,9\%$ и $11,4 \pm 5,1\%$ /мин, 3-й месяц — $23,4 \pm 13,4\%$ и $9,8 \pm 4,4\%$ /мин, 6-ой месяц — $16,2 \pm 12,1\%$ и $7,8 \pm 4,1\%$ /мин соответственно. Таким образом, длительность сохранения повышенной агрегации ЛТС после пневмонии у больных АГ II степени составляет 3 месяца.

Частота и число кризов после перенесенной пневмонии (86 кризов) достоверно превышали показатели до заболевания (54, $p = 0,028$). Уровни АД во время кризов до и после ВП достоверно не отличались (соответственно $182,7 \pm 19,2/100,4 \pm 11$ мм рт.ст. и $186,1 \pm 20,1/102,5 \pm 12$ мм рт.ст.; $p > 0,05$). С помощью корреляционного анализа производилась оценка связи частоты ГК после ВП и различных факторов: тяжесть пневмонии ($r = 0,32$; $p < 0,05$), лейкоцитоз ($r = 0,28$; $p < 0,05$), СОЭ ($r = 0,35$; $p < 0,05$), степень агрегации ЛТС ($r = 0,48$; $p < 0,05$), возраст ($r = 0,19$; $p < 0,05$), уровень диастолического АД ($r = 0,49$; $p < 0,05$).

Заключение. У больных АГ II степени в период развития ВП отмечается достоверное повышение агрегации ЛТС, которое длится до 3 месяцев.

Обоснована необходимость коррекции агрегации клеток крови у больных АГ II степени в период лечения ВП и ранний постпневмонический период с целью предупреждения развития у них сосудистых событий.

0449 СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ И СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кокорин В.А., Люсов В.А., Волов Н.А., Дударева А.В., Сытник Н.В.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава кафедра госпитальной терапии №1, Москва, Россия

Цель исследования: изучить активность ренин-ангиотензин-альдостероновой (РААС) и симпато-адреналовой (САС) систем у больных с наличием или отсутствием признаков сердечной недостаточности (СН) и/или систолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) в отдаленном периоде первичного инфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы: в исследование было включено 77 пациентов с первичным Q-образующим ИМ (59 мужчин и 18 женщин, средний возраст $61,9 \pm 1,2$ года). Больные были распределены на 3 группы, сопоставимые по полу, возрасту, локализации ИМ и сопутствующим заболеваниям: первую группу составили 40 больных без признаков СН и систолической дисфункции ЛЖ после ИМ; вторую группу (20 человек) — пациенты с систолической дисфункцией ЛЖ (фракция выброса (ФВ) $< 40\%$ по данным эхокардиографии) без симптомов СН; третью группу (17 человек) — пациенты с наличием симптомов СН (II-III ФК по NYHA). Всем больным перед выпиской из стационара и через 6 месяцев проводились: оценка клинического состояния, эхокардиография с определением ФВ ЛЖ, суточное мониторирование ЭКГ с определением количества желудочковых экстрасистол (ЖЭ) за сутки, определение уровней ренина, ангиотензина I, альдостерона в сыворотке крови и экскреции адреналина и норадреналина в суточной моче.

Результаты: за время наблюдения произошло 4 летальных исхода: в первой и второй группе умерло по одному больному (2,5 и 5%, соответственно), а в третьей группе — двое больных (12%). За период наблюдения повторно госпитализировались 1 больной из 2 группы и 4 — из 3 группы с явлениями прогрессирующей СН.

ФВ ЛЖ нарастала у пациентов с исходно сниженной ФВ ($p < 0,03$) и достоверно не изменялась у больных 1 и 3 групп.

Количество ЖЭ снизилось в первой группе и имело тенденцию к повышению в 3 группе больных.

При оценке уровня ренина в сыворотке крови отмечено его увеличение у пациентов 3 группы ($p<0,05$). При анализе активности ангиотензина 1 отмечено, что у больных второй группы наблюдалось ее повышение через 6 месяцев в 1,8 раза по сравнению с остальными группами ($p<0,01$). Активность альдостерона в исследуемых группах имела тенденцию к повышению по сравнению с исходным уровнем. Достоверной разницы в уровне экскреции адреналина в исследуемых группах не наблюдалось. Наиболее высокие показатели суточной экскреции норадреналина с мочой отмечались у больных третьей группы ($p<0,05$).

Выводы: 1. У больных с сохраненной ФВ ЛЖ без признаков СН в постинфарктном периоде показатели активности РААС и САС достоверно не изменяются.

2. У больных со сниженной ФВ (меньше 40%) в постинфарктном периоде наблюдается прогрессивное повышение концентрации ангиотензина 1 по сравнению с другими исследованными группами.

3. У пациентов с клиническими проявлениями СН в постинфарктном периоде отмечается достоверное увеличение уровня ренина в сыворотке крови и суточной экскреции норадреналина в моче.

0450 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ МАССЫ ТЕЛА

Колбасников С.В. Кононова Е.С.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Изучить особенности суточного профиля артериального давления у больных артериальной гипертензией (АГ) с различными формами хронической сосудисто-мозговой недостаточности в зависимости от величины массы тела.

Материалы и методы. Обследовано 106 больных (мужчин — 28, женщин — 78) АГ. В зависимости от величины индекса Кетле обследованные были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 18 (17,0%) пациентов с нормальной массой тела (ИК — $23,5 \pm 0,2$ кг/м², средний возраст — $52,3 \pm 0,1$ года), 2-ю — 42 (39,6%) с избыточной массой тела (ИК — $27,8 \pm 0,2$ кг/м², $58,1 \pm 1,2$ лет), 3-ю — 46 (43,4%) с ожирением (ИК — $35,0 \pm 0,6$ кг/м², $53,3 \pm 1,2$ года). Суточное мониторирование артериального давления осуществлялось на фоне плановой гипотензивной терапии, с расчетом: среднего систолического и диастолического АД (САД, ДАД), вариабельности САД, ДАД (ВСАД, ВДАД) в дневное и ночное время, суточного индекса АД.

Результаты. В 1-ой группе начальные признаки недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) регистрировались у 9 (50%), дисциркуляторная энцефалопатия I-II стадии (ДЭ) — у 9 (50%). Среднее АД днем было $125,4/79,4 \pm 2,1/2,3$ мм рт.ст., ночью — $123,8/72,3 \pm 5,4/3,6$ мм рт.ст. Повышенная ВСАД днем ($16,5 \pm 1,1$ мм рт.ст.) и ночью ($12,9 \pm 2,1$ мм рт.ст.), ВДАД соответствовала нормальным значениям ($13,4 \pm 1,1$ мм рт.ст. и $8,5 \pm 1,0$ мм рт.ст. соответственно). В структуре суточного ритма САД преобладали найт-пикеры (45,4%), реже (27,3%) дипперы и нон-дипперы (27,3%); по ДАД — дипперы (27,3%), овер-дипперы (27,3%), найт-пикеры (27,3%), реже (18,1%) нон-дипперы. Во 2-ой группе НПНКМ отмечались у 6 (14,3%), ДЭ I-II стадии — у 36 (85,7%). Средний уровень АД соответствовал $127,4/78,5 \pm 2,4/1,6$ мм рт.ст., ночью — $119,0/68,4 \pm 3,2/1,6$ мм рт.ст. В дневные часы отмечалась повышенная ВСАД ($15,5 \pm 1,0$ мм рт.ст.), ВДАД соответствовала норме ($11,9 \pm 0,9$ мм рт.ст.), ночью — избыточная ВСАД ($12,5 \pm 1,8$ мм рт.ст.) при нормальной ДАД ($10,5 \pm 1,0$ мм рт.ст.). Преобладали нон-дипперы (53,1%), затем (25,0%) дипперы, найт-пикеры (12,5%) и овер-дипперы (9,4%); по ДАД — дипперы (43,8%), затем нон-дипперы (28,1%), реже овер-дипперы (21,8%), найт-пикеры (6,3%). В 3-й группе больных НПНКМ встречались у 4 (8,7%), ДЭ I-II стадии — у 42 (91,3%). Средний уровень АД днем был $137,7/86,0 \pm 2,3/1,7$ мм рт.ст.,

($p=0,008$), в ночное время — $124,1/80,4 \pm 3,1/2,2$ мм рт.ст. Кроме того, днем регистрировалась избыточная ВСАД ($15,3 \pm 0,7$ мм рт.ст.) и нормальная ВДАД ($11,3 \pm 0,6$ мм рт.ст.); ночью — повышенная ВСАД и ВДАД ($15,4 \pm 0,9$ мм рт.ст. и $13,8 \pm 0,8$ мм рт.ст. соответственно, $p=0,04$). В структуре СПАД преобладали нон-дипперы (47,1%), затем (26,5%) дипперы, найт-пикеры (20,6%) и овер-дипперы (5,8%); по ДАД — дипперы (53,0%), затем нон-дипперы (17,6%), реже овер-дипперы (17,6%), найт-пикеры (11,8%).

Выводы. У больных АГ с нарастанием массы тела увеличивается тяжесть цереброваскулярных расстройств, а в суточном профиле АД преобладает патологическая вариабельность и недостаточное снижение САД ночью.

0451 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХАРАКТЕРИСТИК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТОВ ДВУХФАЗНОГО РИТМА ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Колесникова И.А., Трошина А.А., Караулова Ю.Л., Моисеев В.С.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: Сравнить показатели центральной пульсовой волны у больных с неосложненной ранее не леченной артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от характера двухфазного ритма пульсового артериального давления (ПАД).

Методы: Обследовано 57 больных (30 мужчин), средний возраст $49,7 \pm 13,3$ лет, с неосложненной ранее нелеченной АГ. Всем пациентам проводилась суточное мониторирование АД (СМАД) по стандартной методике и анализ пульсовой волны с использованием аппланационной тонометрии лучевой артерии с применением трансформирующей функции для получения центральной пульсовой волны. Варианты двухфазного ритма САД выделяли по величине суточного индекса (СИ): СИ ПД >0 (группа 1): 32 больных (15 мужчин), средний возраст $49,9 \pm 13,9$ лет; СИ ПД <0 (группа 2): 24 больных (14 мужчин), средний возраст $49,7 \pm 13,8$ лет. В выделенных подгруппах больных сравнивали характеристики центральной пульсовой волны: систолическое и пульсовое аортальное давление, индекс прироста, амплификацию пульсового давления, скорость распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты: Выделенные группы пациентов оказались сопоставимы по полу, возрасту и уровню АД. В группе 1: АД-24ч $134,4 \pm 11,4/82,4 \pm 7,9$ мм рт.ст.; дневное АД $131,1 \pm 11,4/82,3 \pm 7,4$ мм рт.ст.; ночное АД $131,5 \pm 11,8/80,1 \pm 8,3$ мм рт.ст. В группе 2: АД-24ч $128,7 \pm 10,3/81,1 \pm 10,6$ мм рт.ст., дневное АД $131,8 \pm 9,9/85,8 \pm 10,9$ мм рт.ст., ночное АД $122,6 \pm 14,1/72,1 \pm 11,9$ мм рт.ст. Не выявлено различий между группами по уровню САД в аорте: в группе 1 — $134,1 \pm 15,5$ мм рт.ст., 2 — $136,5 \pm 12,4$ мм рт.ст.; по уровню пульсового АД в аорте: $45,4 \pm 14,2$ мм рт.ст., $45,2 \pm 11,2$ мм рт.ст. соответственно; по индексу прироста: $11,7 \pm 8,4\%$, $12 \pm 8,6\%$, соответственно; амплификации пульсового давления: $131,8 \pm 19,3\%$, $134 \pm 21\%$, соответственно; по СРПВ: $11,6 \pm 3,1$ м/с, $10,9 \pm 2,7$ м/с соответственно.

Выводы: Таким образом, у пациентов с неосложненной ранее не леченной АГ не выявлено различий характеристик ригидности аорты и характеристик отраженной волны в зависимости от варианта двухфазного ритма пульсового АД.

0452 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Колов С.А., Кривцов А.Г.

ГУЗ «Волгоградский областной клинический госпиталь ветеранов войн», Волгоград, Россия

Введение. Исследования подтверждают распространенность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и его высокую коморбидность с депрессией, тревогой, с физическими

заболеваниями у ветеранов локальных войн. Отмечается также повышенная и ранняя смертность комбатантов, страдающих ПТСР, от сердечно-сосудистых заболеваний. При этом механизмы влияния ПТСР и других психопатологических состояний на сердечно-сосудистую систему остаются плохо понятыми. В том числе остается дискуссионным вопрос о значении уровня холестерина и его взаимодействия с психопатологическими и нейроэндокринными факторами.

Целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи показателей липидного спектра, личностных характеристик и психопатологических симптомов у ветеранов локальных войн, страдающих артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Было обследовано 31 участника войн (средний возраст $41,26 \pm 1,37$), страдающих артериальной гипертензией. У всех пациентов определяли показатели липидного спектра: концентрацию в крови общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ХС липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), ХС липопротеинов низкой плотности (ЛПНП). Наличие симптомов и уровня ПТСР выявляли с помощью «Миссисипской шкалы посттравматических стрессовых реакций (военный вариант)», депрессии (Д) — опросником депрессии Бека, тревоги — тестом ситуативной (СТ) и личностной тревожности (ЛТ) Спилбергер, изменение личностных характеристик оценивалось «Я — структурным тестом» (ISTA) G.Ammon. Был проведен корреляционный анализ полученных показателей по Спирмену.

Результаты. Показатели липидного профиля: ОХ- $5,33 \pm 0,19$ ммоль/л, ЛПВП - $1,25 \pm 0,18$ ммоль/л, ЛПНП- $2,69 \pm 0,21$ ммоль/л, ТГ - $2,22 \pm 0,41$ ммоль/л. ПТСР- $80,29 \pm 2,94$, Д- $22,84 \pm 2,66$, СТ- $36,29 \pm 1,32$, ЛТ- $46,94 \pm 1,97$, деструктивная тревога (ДеТ) — $2,16 \pm 0,43$, дефицитарная тревога (ДфТ) — $4,87 \pm 0,42$, деструктивный нарциссизм (ДеН)- $3,62 \pm 0,4$. Уровень ОХ положительно коррелировал с выраженностью ПТСР ($p < 0,01$), Д ($p < 0,05$), СТ ($p < 0,01$), а также ДеТ ($p < 0,05$) и ДфТ ($p < 0,05$). Уровень ЛПВП положительно коррелировал с ПТСР ($p < 0,05$), ДфТ ($p < 0,05$) и ДеН ($p < 0,05$). У ТГ выявилась положительная устойчивая связь с ДеТ ($p < 0,05$). Не было выявлено никаких взаимосвязей с показателями ЛПНП.

Выводы. Таким образом, выявлена взаимосвязь выраженности ПТСР, депрессии, реактивной тревожности и деструктивно-дефицитарных показателей личности участников войн (тревоги и нарциссизма) с показателями ОХ, ЛПВП и ТГ. Это может свидетельствовать о существовании общих механизмов, опосредующих как тип личностных изменений и психопатологию у комбатантов, так и неблагоприятные уровни липидного профиля, что способствует увеличению риска повышенной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у ветеранов боевых действий.

0453 РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ВЫСОКОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Комарова М.Г., Волкова Т.Г., Попонина Т.М.

НИИ кардиологии СО РАМН, ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, Томск, Россия

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в популяции г.Томска и оценить эффективность профилактических мероприятий, стратегии высокого риска, проводимых на амбулаторном этапе, у пациентов с артериальной гипертензией.

Методы. Материалом послужили анкеты второго этапа мониторинга эпидемиологической ситуации в отношении артериальной гипертензии (АГ) в г. Томске в 2006г. Проанализировано 927 анкет жителей г.Томска. Результаты обследования были занесены в форму 140-1/у. Динамика коронарных ФР была изучена по результатам телефонного опроса выборки из 116 пациентов с документированной АГ, сформированной по результатам второго этапа мониторинга. Опрос был проведен по анкете CINDI. Отклик составил 84%. Оценивались ФР, а также конечные точки (частота развития сердечно-сосудистой смерти, нефатальных и фатальных инфарктов миокарда (ИМ), мозговых инсультов) в течение трех лет (2006-2009гг). Частота острого ИМ, как одной из конечных точек, была изучена по Регистру острого инфаркта миокарда по г.Томску.

Результаты. Частота курения в мужской популяции составила 57,8%, в женской — 14,5%. Интенсивность курения (менее 10, от 10 до 20 и более 20 сигарет в сутки) в популяции составила соответственно 21%, 45,8% и 33,2%. По результатам телефонного опроса ни один пациент не отказался от курения за истекший период. Распространенность гиперхолестеринемии (уровень общего холестерина > 5 ммоль/л) составила 41,2%. Опрос пациентов показал, что только 28,1% из них были осведомлены о величине этого показателя. Средний уровень систолического АД (САД) в популяции составил 131 ± 17 мм рт.ст. У 33,6% респондентов выявлена АГ различных степеней. Гипотензивную терапию получали 89%, целевые уровни АД были достигнуты лишь у 19,3%.

Избыточная масса тела (индекс массы тела $= 25 - 29,9$) выявлена у 37,3% жителей г.Томска, ожирение различных степеней (индекс массы тела $> 29,9$) — у 24,5%.

Согласно записям в амбулаторных картах, консультации по контролю повышенного АД на врачебном приеме получали 37,4% пациентов, о необходимости отказа от курения — 33%, увеличения физической активности — 31%, по правильному питанию — 37,6%. Однако, согласно опросу пациентов, были даны рекомендации по контролю АД лишь 11,2% из них, по питанию — 19,1%, необходимости отказа от курения — 14,6%. За истекший период острый ИМ развился у 4,3%, мозговой инсульт — у 2,3%, умерло по причине сердечно — сосудистых заболеваний 2,3%. Частота госпитализаций в результате обострения сердечно — сосудистых заболеваний за 2008г составила, в среднем, 12,4% в год.

Выводы. Таким образом, на территории г. Томска наблюдается значительная распространенность основных факторов риска развития сердечно — сосудистых заболеваний. Данные о частоте проведения профилактических консультаций во время амбулаторного приема, полученные в результате опроса пациентов, не соответствуют данным, выкопированным из амбулаторных карт. Анализ конечных точек позволяет оценить вклад врачей поликлинического звена в реализацию стратегии высокого риска.

0454 ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ЭПРОСАРТАНА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Комиссарова С.М., Вайханская Т.Г., Устинова И.Б., Севрук Т.В., Петровская М.Е.

ГУ РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель исследования: изучить эффективность и переносимость комбинированной терапии β -адреноблокатора — бисопролола (Merk, Германия) и блокатора ангиотензин II рецепторов (А-II) эпросартана (Solvay Pharma, Германия) у больных с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: за период 2006—2008гг в ГУ РНПЦ «Кардиология» обследованы 107 больных с первичной ГКМП, обструктивная форма выявлена у 28 (26,2%) больных, латентная — у 12 (11,2%), необструктивная — у 67 (62,6%) больных. Из них отобраны 45 (42%) больных (средний возраст $42,9 \pm 8,9$ лет, 28 мужчин и 17 женщин) с наличием сопутствующей артериальной гипертензии (АГ) II — III степени. Всем больным проводилась ЭКГ, эхокардиография (ЭхоКГ) по разработанному протоколу, холтеровское мониторирование (ХМ ЭКГ), суточное мониторирование АД. Все пациенты получали бисопролол в дозе 5 мг/сут как препарат «первой линии» в лечении ГКМП. Пациентам с наличием сопутствующей АГ подключали к лечению эпросартан в дозе 600 мг/сут в один прием в течение 2-х недельного стационарного лечения и 6-месячного лечения на амбулаторном этапе.

Результаты: в результате лечения наблюдалось улучшение субъективного состояния, уменьшение головной боли, головокружения, одышки и чувства тревоги. Выявлено достоверное снижение среднесуточного систолического и диастолического АД у 87% пациентов, снижение индекса времени САД и ДАД и благоприятное влияние на типы суточных кривых АД без пиков подъема в ночные часы. Имело место уменьшение частоты (с $6,8 \pm 1,9$ до $0,24 \pm 0,2$) и суммарной про-

должительности ишемических эпизодов ($135,6 \pm 43,3$ до $24,5 \pm 9,2$ мин) по данным ХМ ЭКГ. По данным ЭхоКГ достигалось торможение прогрессирования гипертрофии ЛЖ — уменьшение индекса массы миокарда (ИММ с $187 \pm 12,5$ до $162 \pm 14,3$ г/м², $p < 0,01$); уменьшение градиента давления ВТЛЖ (с $54,8 \pm 5,9$ до $43,2 \pm 4,3$ мм рт.ст., $p < 0,01$); значительное улучшение диастолической функции ЛЖ — уменьшение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А с $2,14 \pm 0,2$ до $1,61 \pm 0,12$, $p < 0,05$); увеличение времени изоволюметрического расслабления (ВИР с $76,4 \pm 6,8$ до $87,2 \pm 7,8$ мс, $p < 0,05$), достоверное снижение отношения времени замедления кровотока раннего диастолического наполнения к максимальной скорости раннего диастолического смещения септально-го сегмента митрального клапана (Е/Emsept с $16,7 \pm 4,4$ до $13,7 \pm 3,5$, $p < 0,05$) при тканевом доплер-эхокардиографическом исследовании; уменьшение удельного веса больных с рестриктивным типом диастолической функции (с 17,8% до 9,7%).

Выводы: полученные данные свидетельствуют о достаточно высокой эффективности комбинированной терапии с включением эпросартана у больных ГКМП в сочетании с АГ. Хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов позволяет рекомендовать применение препарата в амбулаторных условиях, особенно у больных с обструктивной формой ГКМП.

0455 ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Кондратьев А.И., Савилова В.В., Долгих В.Т.

Муниципальное учреждение здравоохранения городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1, Омск, Россия

Известно, что развитие неблагоприятного прогноза при остром коронарном синдроме (ОКС) во многом определяется наличием фонового диабетического поражения сердца.

Цель работы: определение особенностей сердечного ритма при остром коронарном синдроме без зубца Q (ОКС) на фоне сахарного диабета 2 типа (СД2).

Материал и методы. Обследовано 42 пациента с ОКС на фоне СД2 в возрасте от 44 до 66 лет (21 мужчина, 21 женщина, средний возраст $51,1 \pm 2,4$ лет), а также 26 лиц с ОКС без СД, сопоставимых по полу и возрасту и течению болезни, составивших контрольную группу. Течение СД у всех расценено как тяжелое, большинство больных (94,7%) находились в стадии декомпенсации. Кроме необходимого клинико-инструментального обследования проведено холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ на аппаратно-компьютерном комплексе «Кармон». Путем статистической обработки рассчитывали показатели временного (Sigma, mSSD, pNN50) и спектрального анализа (VLF, LF, HF) вариабельности сердечного ритма (ВСР). Лечение соответствовало действующим рекомендациям ВНОК. Статистическую обработку полученных результатов проводили методом t-критерия Стьюдента.

Результаты. Показано, что в опытной группе в отличие от пациентов контрольной группы выявлена более выраженная тахикардия 102 ± 9 , средненочная ЧСС также превышала значения контрольной группы ($p < 0,05$) и составила 96 ± 7 . По результатам временного анализа ВСР выявлено снижение функции разброса и усиление функции концентрации ритма, видимо, в силу ослабления влияния парасимпатической системы. На это указывает уменьшение в опытной группе показателей pNN50 до $22,6 \pm 4,1$ мс и mSSD до $31,7 \pm 6,4$ % против $38,5 \pm 2,2$ и $72,6 \pm 5,5$ контрольной группы ($p < 0,05$) соответственно. Спектральный анализ ВСР свидетельствовал о статистически достоверном уменьшении мощности всех компонентов спектра у больных СД: как медленных и очень медленных волн (VLF, LF), так и быстрых волн (HF), обусловленных парасимпатическими влияниями. Полученные данные свидетельствуют об уменьшении ВСР при ОКС на фоне СД. Известно, что наиболее чувствительным показателем ВСР, имеющим прогностическое значение, является SDNN, который характеризует вегетативную регуляцию сердечной деятельности в целом и зависит от воздействия, как симпатического, так и парасимпатического отделов нервной системы. Среди анализируемых параметров значение SDNN составило $64 \pm 1,7$ в опытной группе против $85 \pm 5,2$ в контроле ($p < 0,05$). Известно, что вегетативный дисба-

ланс способствует развитию аритмогенной ситуации. Хотя спектр и выраженность сердечных аритмий в опытной группе мало отличались от контрольной, косвенным подтверждением наличия электрофизиологической неоднородности миокарда может служить увеличение дисперсии и вариабельности интервала QT.

Выводы. Таким образом, нами отмечено при ОКС на фоне СД 2 уменьшение ВСР, что в сочетании с признаками электрической нестабильности миокарда следует рассматривать как предиктор неблагоприятного течения ОКС.

0456 ТИПЫ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ ПРОФИЛЕЙ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Коневалова Н.Ю., Козловская С.П., Ядройцева И.А.

УО «ВГМУ», Витебск, Беларусь

Цель. С помощью математического анализа установить классификационные типы холестеринового профиля, на основании которых рекомендовать алгоритмы обследования здоровых и больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. У 463 здоровых лиц и 1342 больных ИБС, стандартизованных по возрасту исследовали холестериновый профиль. Применен кластерный анализ с использованием итеративного метода К-средних.

Результаты. Для здоровых лиц всех возрастных групп характерны два типа холестеринового профиля со следующими классификационными признаками: 1) общий холестерин (ХС) $4,62 \pm 0,35$ ммоль/л; ХС ЛПВП $1,38 \pm 0,41$ ммоль/л; ХС ЛПОНП $0,68 \pm 0,38$ ммоль/л; ХС ЛПНП $2,56 \pm 0,29$ ммоль/л; 2) общий ХС $3,69 \pm 0,37$ ммоль/л; ХС ЛПВП $1,10 \pm 0,40$ ммоль/л; ХС ЛПОНП $0,60 \pm 0,32$ ммоль/л; ХС ЛПНП $1,97 \pm 0,40$ ммоль/л. Практически здоровым людям, вне зависимости от возраста, у которых будут обнаружены такие ХС профили, повторное определение ОХС можно проводить не менее, чем через 5 лет.

Для больных ИБС характерны 4 типа холестеринового профиля, причем два из них, со следующими классификационными признаками, не встречаются у здоровых лиц: 1) общий ХС $6,87 \pm 0,40$ ммоль/л; ХС ЛПВП $1,20 \pm 0,38$ ммоль/л; ХС ЛПОНП $0,89 \pm 0,46$ ммоль/л; ХС ЛПНП $4,78 \pm 0,40$ ммоль/л; 2) общий ХС $8,38 \pm 0,67$ ммоль/л; ХС ЛПВП $1,19 \pm 0,33$ ммоль/л; ХС ЛПОНП $0,93 \pm 0,45$ ммоль/л; ХС ЛПНП $6,25 \pm 0,64$ ммоль/л.

В основном первый тип холестеринового профиля встречается у больных ИБС в возрасте до 29 лет и 50-59 лет, второй тип — у больных ИБС в возрасте 60-69 лет и 50-59 лет. Если при исследовании ХС профиля у практически здоровых лиц будут обнаружены первый и второй тип ХС профиля, следует проводить всестороннее обследование на предмет наличия бессимптомной ИБС.

У больных ИБС в возрасте старше 30 лет одинаково часто встречаются следующие типы ХС профиля, которые встречаются и у здоровых лиц, но в меньшей степени: 1) общий ХС $5,94 \pm 0,31$ ммоль/л; ХС ЛПВП $1,19 \pm 0,35$; ХС ЛПОНП $0,78 \pm 0,41$ ммоль/л; ХС ЛПНП $3,97 \pm 0,37$ ммоль/л; 2) общий ХС $5,13 \pm 0,32$ ммоль/л; ХС ЛПВП $1,09 \pm 0,30$ ммоль/л; ХС ЛПОНП $0,72 \pm 0,33$ ммоль/л; ХС ЛПНП $3,31 \pm 0,29$ ммоль/л. Если при обследовании практически здоровых лиц у них будут обнаружены ХС профили таких типов, повторное обследование следует проводить не реже 1 раза в год.

Вывод. Выявление у здоровых лиц холестериновых профилей, характерных для больных ИБС требует более агрессивного подхода к первичной профилактике развития коронарного атеросклероза.

0457 ФАКТОРЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ТИПИЧНОГО СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

Конобеевская И.Н., Ефимова Е.В., Карпов Р.С.

Учреждение РАМН, НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить преждевременную смертность населения и факторы, которые способствовали демографической нестабильности населения г. Томска в период 1990-2007 гг.

Методы исследования: в рамках международного проекта по изучению Здоровья России ("Epihealth Russia") с участием МАИР (Международное Агентство Исследования Рака, г.Лион, Франция), НИИ канцерогенеза РОНЦ (г.Москва) и с привлечением медицинских работников 15 ЛПУ (программа CINDI-Томск) г. Томска проводилось эпидемиологическое исследование, в котором использовались стандартизованные вопросники на умерших и живых членов их семей; изучались архивные данные статистического управления г. Томска, данные областного бюро судмедэкспертизы и актовых записей бюро ЗАГСа. У членов семей регистрировалось артериальное давление, антропометрические данные, забор проб крови и волос с целью изучения влияния наследственных и экологических факторов. Базы данных создавались в формате "Access", для программного обеспечения статистической обработки данных использовался пакет прикладных программ "Statistic 6.0".

Полученные результаты: База данных умерших за этот период содержала более 50 тыс., живых лиц — более 65 тыс. случаев. Возрастно-половая структура умерших указывала на статистически значимое ($p < 0,001$) преобладание мужчин в каждой возрастной группе, за исключением лиц 65-74 года, где количество умерших женщин несколько выше. Показатели общей смертности варьировали в мужской популяции в пределах 889-1588, в женской — 509-784 случаев на 100 000 жителей, с минимальными значениями в 1990г и максимальными — в 1993-1995 и 2005гг. Смертность от болезней системы кровообращения в мужской популяции была в пределах 330-569, в женской — 140-365. Показатели смертности от злокачественных новообразований колебались у мужчин в пределах 182-240, у женщин — 122-186. Смертность от внешних причин варьировала в мужской популяции в пределах 172-430, в женской — 47-110 с минимальными значениями в 2000 и 2001гг и максимальными — в 1994-1998гг. Смертность среди женщин от этого класса причин почти в три раза ниже, чем среди мужчин. В структуре общей смертности первое место занимали болезни системы кровообращения (35,6 и 44,7% у мужчин и женщин), второе — у мужчин внешние причины (22,3%), у женщин — злокачественные новообразования (23,7%); третьи — у мужчин злокачественные новообразования (17,4), у женщин — внешние причины (11%). Неблагоприятными факторами являлись: рост заболеваемости и широкое распространение факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

Выводы: за 17-летний период отмечается увеличение смертности по всем основным классам причин, причем тренд смертности у мужчин практически в 2 раза выше, чем у женщин. Неблагоприятный профиль риска населения г. Томска, рост заболеваемости, определяющие неблагоприятный демографический прогноз, подчеркивают необходимость разработки и внедрения профилактических мероприятий, ориентированных на конкретные факторы.

0458 СПОНТАННЫЙ И ИНДУЦИРОВАННЫЙ АПОПТОЗ ЛИМФОЦИТОВ И ПРОТЕКТИВНАЯ РОЛЬ БЕЛКОВ ТЕПЛОвого ШОКА-70 ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Константинова Е.В., Сапожников А.М., Подколзина А.В., Константинова Н.А., Шостак Н.А.

ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия; Институт биоорганической химии им. М.М.Шемякина и Ю.А.Овчинникова РАН, Москва, Россия

Известно, что в процессе ишемического повреждения миокарда, наряду с некротической гибелью кардиомиоцитов, происходит активация апоптоза. Многие сигнальные системы универсально регулируют апоптоз как кардиомиоцитов, так и клеток периферической крови. Изучаются протективные, в том числе антиапоптотические, свойства белков теплового шока (БТШ) при повреждении, вызванном ишемией и реперфузией.

С целью изучения активности спонтанного и индуцированного апоптоза лимфоцитов периферической крови, его динамики и взаимосвязи с экспрессией белков теплового шока-70 (БТШ-70) у больных с инфарктом миокарда, было обследовано

24 пациента (16 мужчин и 8 женщин), средний возраст $64,1 \pm 12,8$ лет, с острым Q-образующим инфарктом миокарда (ИМ), поступивших в первые 24 часа от начала заболевания в блок кардиореанимации ГКБ№1 им. Н.И.Пирогова г.Москвы и 12 здоровых добровольцев.

Забор крови из кубитальной вены проводился на 1-е, 7-е и 14-е сутки заболевания. Мононуклеары выделяли путем стандартного центрифугирования образцов в градиенте плотности. Выделенные клетки инкубировали в течение 4 часов в присутствии 200 мкМ перекиси водорода (апоптоз, индуцированный окислительным стрессом) или без добавления стрессирующего фактора (спонтанный апоптоз). Анализ интенсивности апоптоза проводился с помощью проточной цитофлуориметрии общепринятым методом с использованием ДНК-специфического флуорохрома, пропидиййодида. Оценка уровня внутриклеточных БТШ-70 с использованием моноклональных антител BRM и Fits-antimouse.

Установлено, что на 1-е сутки заболевания в группе больных с ИМ уровень спонтанного и индуцированного апоптоза мононуклеарных клеток (МНК) периферической крови оказался более чем в два раза выше, чем в группе контроля ($p < 0,005$), что возможно отражает активность апоптоза кардиомиоцитов в очаге ишемического повреждения, и вероятно связано с активностью циркулирующих сигнальных апоптоз-модифицирующих факторов. Максимальный уровень спонтанного и индуцированного апоптоза наблюдался на 7-е сутки ИМ, при этом параллельно с нарастанием активности апоптоза, наблюдалось уменьшение уровня внутриклеточного БТШ-70, что может быть связано с выбросом БТШ-70 в кровоток, где реализуется не только их собственно протективная, но и иммуномодулирующая, а также сигнальная функции. «Опустошаемость» МНК приводит к снижению их протективного потенциала и появлению внеклеточного пула БТШ-70, выявленного у больных с ИМ. Интенсивность апоптоза МНК идет на спад к 14-м суткам ИМ, вероятно, одним из механизмов данной закономерности является восстановление способности МНК к экспрессии БТШ-70.

0459 ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС И ЕЕ СВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА У МУЖЧИН МОСКВЫ 33-64 ЛЕТ ЗА ПЕРИОД С 1975 ПО 2001гг

Константинов В.В., Баланова Ю.А., Тимофеева Т.Н., Лельчук И.Н., Капустина А.В., Шальнова С.А., Деев А.Д.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель: изучить динамику распространенности ИБС и оценить ее относительный риск (шанс) развития в связи с ФР и статусом образованием, курением и употреблением алкоголя среди мужского населения 35-64 лет Москвы за период с 1975 по 2001гг.

Методы: исследование выполнено на случайных репрезентативных выборках из неорганизованного мужского населения 35-64 лет. Общая численность обследованных составила 8774 чел. Отклик более 70%. При обследовании использовались стандартные эпидемиологические методы. Заключение о наличии ИБС проводили по строгим и расширенным критериям, в соответствии с чем различали определенную (ОИБС) и возможную ИБС (ВИБС). Связь ИБС с ФР оценивали по отношению шанса (ОШ) в верхних квинтилях распределения САД, ДАД, ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, индекса массы тела (ИМТ), частоте сердечных сокращений (ЧСС — более 80 в 1 минуту), статусу образования и употреблению алкоголя. Статистический анализ данных проводился с помощью системы статистического анализа и извлечения информации SAS.

Результаты: Стандартизованная по возрасту распространенность ИБС у мужчин по расширенным критериям составила 16,3%. Более низкая частота ИБС была отмечена в 1975-1977гг (14,7%). С 1979 по 1985гг распространенность ИБС колебалась в пределах 17,1-17,6%; с 1988 по 1994гг ее частота была в пределах 15,1-16,3%, а в 2001гг она существенно повысилась до 21,4%. ($p < 0,01$). В зависимости от возраста более низкая распространенность ИБС наблюдалась у мужчин 35-44 лет (7,7%). В средней и старшей возрастных группах (45-54 и 55-64 лет) ее частота увеличивалась в 2 — 3,3 раза

(14,5-25,2%). Касаясь отдельных форм ИБС, следует отметить, что за прошедший период распространенность определенного ИМ у мужчин увеличилась в 3,3 раза (1,2 и 4,0%); стенокардии напряжения — в 1,8 раза (3,5 и 6,2%). В целом распространенность определенной ИБС увеличилась в 2 раза (5,6 и 11,0%), тогда как частота возможной ИБС практически не изменилась (9,1 и 10,4%).

Относительный риск (шанс) развития ИБС в 5-й квинтили распределения был значимым ($p < 0,01-0,001$) для следующих ФР: ЧСС, ТГ, ОХС, ИМТ, курения, ДАД и САД (1,5; 1,6; 1,6; 1,6; 1,8; 2,6 и 3,2 соответственно). Шанс развития ИБС в связи со статусом образования имел обратную зависимость: 0,86 для мужчин со средним образованием ($p < 0,05$) и 0,85 для лиц с высшим образованием ($p < 0,01$), по отношению к мужчинам с начальным образованием (референсное значение). В связи со статусом употребления алкоголя риск развития ИБС был наиболее низким у лиц умеренно употреблявших: ОШ=0,45 (ДИ 0,34-0,61, $p < 0,001$) по отношению к не употреблявшим.

Заключение. У мужчин наиболее неблагоприятное влияние на риск развития ИБС оказывают: повышенные уровни САД, ДАД, курение, ЧСС (тахикардия), ИМТ, ГХС, ГТГ, статус низкого образования. Это необходимо учитывать при разработке, планировании и осуществлении профилактических программ среди мужского населения Москвы и других регионов России.

0460 СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОРГАНИЗОВАННЫЕ КОЛЛЕКТИВЫ

Концевая А.В., Калинина А.М.

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, Москва, Россия

Эффект профилактических технологий, особенно направленных на первичную профилактику ССЗ, как правило, носит отсроченный характер с связи с чем, особенно важно обоснование экономической целесообразности подобных вмешательств.

Цель: оценить экономическую эффективность и целесообразность внедрения образовательных профилактических технологий в первичное звено здравоохранения и организованные коллективы.

Материалы и методы: исследование состояло из 2 частей. Первая часть реализована в первичном звене здравоохранения и включала оценку экономической эффективности Школа здоровья для больных АГ и Школы здоровья для больных ИБС. В школу здоровья для больных АГ рандомизировали 303 пациентов с АГ 1-2 ст. без осложнений, в Школу для больных ИБС 100 пациентов с ИБС. В группах вмешательства занятия проводили в соответствии с утвержденными программами, в группах контроля вмешательств не проводили. В течение 12 месяцев после обучения клинические и социально-экономические параметры. Вторая часть исследования представляла собой сплошной профилактический скрининг работников технического НИИ, направленный на оценку выраженности сердечно-сосудистых факторов риска и общего уровня риска.

Результаты: Через 12 месяцев после обучения в Школе здоровья для больных АГ в группе вмешательства доля лиц с целевым АД составила 68%, а в группе контроля — 12% ($p < 0,05$). Средние уровни холестерина составили 5,9 и 6,9 ммоль/л, соответственно ($p < 0,05$). В группе вмешательства затраты на снижение АД на 1 мм рт ст составили 5415 руб., а в группе контроля — 29 475 руб.

Обучение пациентов с ИБС привело к тому, что через 12 месяцев частота приступов стенокардии в группе контроля снизилась на 70,1%, а в группе контроля только на 22%. Затраты на снижение холестерина на 1% в группе контроля составили 73 362 руб., а в группе сравнения — 113 810 руб. Затраты на снижение частоты приступов стенокардии на 1% в группе вмешательства составили 25 012 руб., а в группе сравнения — 73 976 руб.

Общая сумма затрат на проведение профилактического

скрининга 468 человек составила 174 413 рублей за 3,5 месяца, а затраты на одного обследованного работника НИИ 561,7 рублей. Затраты на выявление 1 человека с ранее не диагностированной АГ составили 3077,4 рублей, на выявление 1 случая высокого риска — 831,3 рублей, на выявление 1 человека, готового к коррекции массы тела — 635,6 рублей, а на выявление 1 человека, готового к повышению уровня физической активности — 657 рублей.

Выводы. Образовательные профилактические технологии экономически целесообразны, так как позволяют улучшить прогноз пациентов и своевременно выявить высокий сердечно-сосудистый риск при умеренных затратах.

0461 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Конисбекова А.У., Джунусбекова Г.А., Джусупов А.К.

Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Алматы, Казахстан

Определяющим значением в течении и исходе заболевания артериальной гипертонией является степень поражения органов-мишеней. Изменение показателя скорости распространения пульсовой волны рассматривается как один из предикторов сердечно-сосудистых осложнений и летальности.

Цель исследования: определить взаимосвязи различных типов геометрии левого желудочка и изменений эластических свойств сосудов у больных артериальной гипертонией.

Материалы и методы. Обследовано 56 больных артериальной гипертонией II-III степени, среднего и высокого риска (24 муж/32 жен), средний возраст исследуемых $54,39 \pm 10,75$ лет. Средняя продолжительность заболевания АГ $15,54 \pm 8,31$ лет. Оценку гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) проводили эхокардиографическим методом на УЗ-аппарате VIVID-7 (GE) в стандартных позициях в двухмерном и М-режимах. Изменения эластических свойств сосудов определяли по значению скорости распространения пульсовой волны по сосудам эластического и мышечного типов методом объемной сфигмографии с использованием программного модуля Поли-Спектр-ФС (ООО «Нейрософт», г. Иваново). Определяли показатели индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ), относительной толщины стенок левого желудочка (ОТС), скорости распространения пульсовой волны (м/с) по сосудам эластического (С_э) и мышечного (С_м) типов. За повышение ИММЛЖ принимали значения более 134 г/м^2 для мужчин и более 110 г/м^2 для женщин. Критическим значением уровня СРПВ считали 12 м/с. В зависимости от полученных значений ОТС и ИММЛЖ все больные разделены на группы: I группа - с признаками концентрической ГЛЖ - 25 пациентов, II группа - с признаками концентрического ремоделирования - 11 пациентов, III группа - с признаками эксцентрической ГЛЖ - 13 пациентов.

Результаты. У 15 пациентов ИММЛЖ не превышал нормальных величин, из них у 4 не выявлено изменений геометрии левого желудочка. У 1 пациентки выявлены признаки асимметричной ГЛЖ. Отмечено значимое превышение показателей С_э у пациентов I группы по сравнению с показателями С_э II группы ($11,25 \pm 3,47$; $9,24 \pm 2,11$, $p = 0,032$). Достоверных различий между показателями С_м в I и III группах пациентов не было выявлено. При проведении корреляционного анализа выявлена положительная связь высокой степени между показателями С_э и ИММЛЖ всех пациентов ($r = 0,75$; $p = 0,003$) и С_м ($r = 0,63$; $p = 0,04$). Увеличение СРПВ более 12 м/с (С_э) выявлено преимущественно в группе пациентов с концентрическим типом и асимметричной ГЛЖ, что свидетельствует о высоком риске развития сердечно-сосудистых осложнений в данной группе.

Выводы. Полученные результаты подтверждают данные о взаимосвязанных патогенетических процессах сосудистого и сердечного ремоделирования у больных артериальной гипертонией.

0462 РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКГ-ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА ВИРУСАМИ ГРИППА И КОКСАКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Копелев М.Ф.

Boston Branch of American-Russian Medical Society, Boston, MA, USA

Для выяснения целого ряда моментов патогенеза была создана экспериментальная модель воздействия вируса на сердце с возможностью динамического электрокардиографического наблюдения.

Поскольку число сокращений сердца у белых мышей в норме соответствует 600–660 в минуту, была увеличена скорость движения регистрирующей ленты и выработана специальная методика присоединения электродов. Электрокардиограммы подопытным животным записывались в шести отведениях. Оценка выраженности изменений ЭКГ проводилась по пяти градациям с учетом изменений числа сердечных сокращений, нарушений ритма, смещений интервалов, изменений формы и параметров зубцов. Кроме того на протяжении опыта проводилось установление титра антител, а также количественного уровня вируса в крови и тканях сердца и гистологические исследования. Общеизвестно, что вирусы гриппа и Коксаки широко распространены в окружающей среде. Вызываемые ими заболевания носят характер эпидемических вспышек, эпидемий и даже периодически возникающих пандемий. Неуклонно нарастает количество публикаций о нередком поражении сердца этими вирусами.

Клинические проявления упомянутых поражений необычайно вариabельны: от инappарантных, довольно быстро заканчивающихся практически полным выздоровлением, до развития тяжелых, стойко инвалидизирующих пациента и даже смертельноопасных осложнений, например таких, как, скажем, трансформация миокардита Коксаки в дилатационную миокардиопатию. Известны и случаи fulминантного течения с фатальным исходом.

В качестве инфицирующих агентов использовались различные штаммы ви-руса гриппа A(N1H1), в том числе ингибиторорезистентный (S+) и ингибиторочувствительный (S-) варианты одного из них; вирусы Коксаки A6 и B3, а также “миксты” вирусов — Коксаки A6 в сочетании с вирусами гриппа A(N1H1), либо Коксаки A6 и двумя вышеупомянутыми вариантами вируса гриппа A. В эксперименте было использовано 976 белых мышей четырех возрастных групп — от новорожденных до полугодовалых. Была установлена принципиальная разница патогенеза при поражении сердца вирусами гриппа и Коксаки; значительно более выраженное поражение сердца ингибиторорезистентным вариантом одного и того же штамма вируса гриппа по сравнению с ингибиторочувствительным; образование очагов некроза в миокарде и, при определенных условиях, в перикарде; практическое отсутствие поражения эндокарда; более тяжелое поражение сердца при заражении “микстами” вирусов и при создании стрессовых ситуаций для подопытных животных; развитие выраженных поражений сердца в поздней стадии заболевания; выявлено значение возраста подопытного животного, состояния беременности, утомления, и т.д.

Результаты эксперимента были в очень большой степени получены благодаря использованию электрокардиографической методики обследования.

0463 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Корень Н.М., Богмат Л.Ф., Носова Е.М., Никонова В.В., Ахназарянц Э.Л., Яковлева И.М., Савва И.Д., Евдокимова Т.В.
ГУ “Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины”, Харьков, Украина

Цель: определение прогностической значимости отдельных факторов прогрессирования первичной артериальной гипертензии (ПАГ) у подростков.

Объект исследования: 100 подростков с ПАГ в возрасте 14–17 лет.

Методы: эхокардиография в “М” режиме по стандартной методике на аппарате “Sonoline-SLI”, фирмы “Siemens”, суточное

мониторирование АД (СМАД) с использованием аппарата «Cardiospy» фирмы «Labtech LTD» (Венгрия). Липидный спектр крови по уровню общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Оценка состояния симпатоадреналовой системы (САС) по содержанию в суточной моче адреналина (А) и норадреналина (НА). Состояние ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) — по активности ренина плазмы крови, ангиотензина-II и альдостерона в сыворотке крови. С целью определения прогностической значимости отдельных факторов формирования сердечно-сосудистых осложнений была использована методика регрессионного анализа с определением коэффициента детерминации (Кд).

Суточное мониторирование АД позволило разделить пациентов с ПАГ на 3 группы. Так, первую группу “dipper” составили 50 подростков (51,02±4,5)%. Во вторую группу “non-dipper” вошел 31 пациент (31,64±4,4)%. Третью группу “over-dipper” составили 15 человек (15,30±6,1)%. Так, группе “dipper” наибольшее значение в формировании гипертензивного ремоделирования миокарда играет морфофункциональная перестройка сердца за счет расширения полости левого желудочка (ЛЖ) (Кд=19,0%), утолщение миокарда задней стенки ЛЖ (Кд=18,0%) и межжелудочковой перегородки (Кд=24,6%). Также значимыми критериями прироста индекса массы миокарда ЛЖ являются: активация САС за счет норадреналина (Кд=13,7%) и РААС за счет ангиотензина-II (Кд=18,0%). Наряду с этим, в данной категории больных формируются дислипидемии атерогенной направленности, а именно гипертриглицеридемия (Кд=11,3%). У подростков из группы “non-dipper” преобладающими факторами прогрессирования были изменения гемодинамических параметров: ударный объем (УО) (Кд=9,4%), минутный объем (Кд=15,0%), ОПСС (Кд=14,8%) и активация не только ангиотензина-II (Кд=75,6%), но и альдостерона (Кд=75,6%). У больных из группы “over-dipper” установлено, что критериями прогрессирования АГ являются как геометрические изменения полости ЛЖ (Кд=20,8%) и ТМзлж (Кд=35,2%), так и показатель центрального звена гемодинамики УО (Кд=18,7%). Характерным только для этой группы было участие в формировании гипертензивного сердца пульсового давления за ночь (Кд=13,4%), среднесуточной частоты сердечных сокращений (Кд=14,6%), а также независимого маркера развития атеросклероза — снижение уровня ЛПВП (Кд=18,7%).

Таким образом, у подростков с ПАГ установлены особенности критериев прогрессирования АГ в зависимости от различных суточных профилей АД.

0464 МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕДШЕСТВЕННИК МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРСА КИНЕЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ?

Корецкая А.Ю.¹, Кастанаян А.А.²

¹ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Росздрава, Ростов-на-Дону, Россия; ²ГУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации №1», Ростов-на-Дону, Россия

Проблема объективной оценки эффективности программ физической реабилитации в кардиологии весьма актуальна. Кроме классических тестов с физической нагрузкой, таких как велоэргометрия, тредмил или более доступный тест шести-минутной ходьбы, существует реальная проблема выявления динамики ремоделирования левого желудочка, особенно у больных с хронической сердечной недостаточностью и сохранной систолической функцией. Курс ЛФК, как правило, дает достоверный прирост толерантности к физической нагрузке, но статистически низкодостоверную динамику показателей диастолической функции. Учитывая, что в последнее время для оценки эффективности проводимой фармакотерапии используются натрийуретические пептиды, в частности, предшественник мозгового натрийуретического пептида NT-proBNP, возможно, что накопленные знания будут полезными и в кардиореабилитации.

Цель исследования. Оценить динамику NT-proBNP у больных ХСН и ССФ после 6-месячного курса кинезиотерапии.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 96 пациентов с ХСН и ССФ, из них у 49 причиной заболевания являлась артериальная гипертензия, у 15 ИБС, а 32 имели сочетание этих двух этиологических факторов. В течение 6 месяцев 64 больных проходили курс лечебной физкультуры в амбулаторных условиях по рекомендациям, разработанным для больных ХСН (2006), а 32 человека составили контрольную группу. Все больные получали стандартную фармакотерапию, средний возраст составил $61,8 \pm 3,6$ года, фракция выброса $51,4 \pm 3,1\%$. Уровень NT-proBNP определяли диагностическим набором «Biomedica» с медианой $4,8$ фмоль/мл, а верхняя граница нормы составила 15 фмоль/мл.

Результаты и обсуждение. Через 6 месяцев в группе пациентов, участвовавших в лечебно-тренирующей программе уровень NT-proBNP снизился с $72,07 \pm 4,36$ фмоль/мл до $49,8 \pm 3,145$ фмоль/мл ($p=0,008$), то есть на $16,8\%$, при значительном увеличении толерантности к физической нагрузке по данным теста шестиминутной ходьбы, прирост дистанции составил $48,5 \pm 5,5$ м ($p<0,05$), кроме того, Эхо-КГ выявила уменьшение размеров левого предсердия на $2,4\%$ ($p>0,05$) и конечного диастолического объема на $6,89\%$ ($p<0,05$), увеличение фракции выброса на $2,1\%$ ($p>0,05$) и соотношения параметров трансмитрального диастолического потока E/A на $7,1\%$ ($p<0,05$). При этом, выявлена обратная корреляционная взаимосвязь уровня NT-proBNP с результатами ТШХ ($r=-0,305$, $p=0,002$), и E/A ($r=-0,25$, $p=0,04$). В группе контроля отмечалось снижение NT-proBNP с $71,72 \pm 3,6$ фмоль/мл до $63,519 \pm 5,023$ фмоль/мл, т.е. на $4,6\%$ ($p<0,05$) при увеличении дистанции, пройденной при ТШХ на $11,2 \pm 2,5$ м ($p<0,05$) и соотношения E/A на $3,2\%$ ($p<0,05$), что очевидно связано с влиянием рационально подобранной фармакотерапии.

Заключение. Предшественник мозгового натрийуретического пептида является чувствительным маркером диастолической дисфункции у больных с ХСН и ССФ и может быть использован для оценки эффективности курса кинезиотерапии у данной группы лиц.

0465 АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Коричкина Л.Н., Рогова З.Ш.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель исследования. Сопоставить интенсивность ауторозеткообразования (АРО) в периферической крови со структурно-функциональными показателями эритроцитов и метаболической активностью лейкоцитов (МАЛ) у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне гипотензивной терапии.

Материал и методы. Обследовано 250 больных АГ I-II-III стадии (150 мужчин, 100 женщин, средний возраст $49,5 \pm 1,1$ года). Все они получали показанную гипотензивную терапию. Утром натощак у них проводили забор капиллярной крови в стандартных условиях. В мазках крови (окраска по Романовскому-Гимзе) подсчитывали общее число ауторозеток (АР) и АР с лизисом эритроцитов (Э) на 200 лейкоцитов. Исследовали деформируемость Э (ДЭ), сорбционную способность Э (ССЭ), осмотическую резистентность Э (ОРЭ) в $0,9\%$ и $0,45\%$ растворе NaCl, метаболическую активность лейкоцитов (спонтанный НСТ-тест). Контрольную группу (КГ) составили 40 здоровых лиц (20 мужчин, 20 женщин, средний возраст $47,5 \pm 1,2$ года). Статистическую обработку проводили с помощью t-критерия Стьюдента и корреляционного анализа по методу Пирсона.

Полученные результаты. В КГ общее число АР было $0,75 \pm 0,11$, АР с лизисом — 53% от их общего числа, ДЭ $-1,0 \pm 0,05$, ССЭ $-1,8 \pm 0,05$, ОРЭ в $0,9\%$ растворе NaCl — $1,5 \pm 0,9$, ОРЭ в $0,45\%$ растворе NaCl — $28,0 \pm 1,0$, спонтанный НСТ-тест — $12,0 \pm 0,6$, количество Э — $4,6 \pm 0,04$.

У больных АГ общее число АР составило $14,1 \pm 0,65$, АР с лизисом — $18,3\%$, ДЭ — $1,23 \pm 0,07$, ССЭ $-5,3 \pm 0,07$, ОРЭ в $0,9\%$ NaCl — $2,96 \pm 0,06$, ОРЭ в $0,45\%$ NaCl — $67,3 \pm 2,1$, спонтанный НСТ-тест — $35,3 \pm 1,3$ (все $p<0,001$), число Э — $4,3 \pm 0,05$ ($p<0,018$).

Коэффициент корреляции между числом АР и показателем ДЭ — $0,92$ ($p=0,001$), АР и ССЭ — $0,67$ ($p=0,001$), АР и ОРЭ в $0,9\%$ растворе NaCl — $0,61$ ($p=0,5$), АР и ОРЭ в $0,9\%$ растворе NaCl — $0,92$ ($p=0,001$), АР и НСТ-тестом — $0,94$ ($p=0,001$), АР и Э — $-0,76$ ($p<0,001$).

Выводы. У больных АГ на фоне лекарственной терапии отмечается повышение интенсивности АРО в периферической крови при ухудшении ДЭ, увеличении ССЭ, снижении ОРЭ в $0,9\%$ и более значительном в $0,45\%$ растворе NaCl. С нарастанием числа АР в крови наблюдается повышение МАЛ и уменьшение количества Э.

0466 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОЖЕ И СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Коркина А. Ю., Калинина С. Г., Габинский Я. Л., Фрейдлин М. С.
ГОУ ВПО УГМА Рсздрав, Екатеринбург, Россия; ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Материалы и методы: В исследование были включены мужчины с ОИМ в период с 1999 по 2007 гг.: 739 пациентов моложе 75 лет и 56 пациентов 75 лет и старше, которым проводилась тромболитическая терапия стрептокиназой в дозе $1,5$ или 750 тыс. единиц.

Цель исследования: сравнить осложнения при выполнении тромболитической терапии, эффективность ТЛ по данным ЭКГ, летальность при ТЛ у мужчин моложе и старше 75 лет.

Полученные результаты: гипотония встречалась у пациентов до 75 лет в $16,4\%$ случаев, а в возрасте 75 лет и старше — в $16,1\%$. Аллергические реакции наблюдались у пациентов сравниваемых групп примерно в одинаковом проценте случаев: до 75 лет — $0,4\%$, 75 лет и старше — 0% . Рецидив ИМ встречался у пациентов моложе 75 лет примерно в $1,5$ раза чаще, чем в возрасте 75 лет и старше ($3,0\%$ и $1,8\%$ соответственно). Нарушения ритма несколько чаще встречались у пациентов моложе 75 лет, чем у пациентов 75 лет и старше (33% и $21,4\%$ соответственно). Геморрагические осложнения в 2 раза чаще встречались у пациентов 75 лет и старше, чем у пациентов моложе 75 лет ($10,7\%$ и $4,9\%$ соответственно).

Частота ЭКГ признаков реперфузии (уменьшение элевации сегмента ST на 50% и более на ЭКГ, снятой через три часа после начала тромболитической терапии) у больных моложе и старше 75 лет достоверно не отличалась, составляя соответственно $81,7$ и $75,4\%$.

Тромболитическая терапия достоверно снижала летальность в целом и у пациентов старше 75 лет. Летальность при применении тромболитической терапии у пациентов моложе 75 лет составила — $7,1\%$, без тромболитической терапии — 13% , у пациентов старше 75 лет при применении тромболитической терапии — $25,2\%$, без тромболитической терапии — $38,3\%$. Таким образом, имеется достоверное снижение летальности у пациентов моложе и старше 75 лет.

Выводы: 1. Тромболитическая терапия у больных моложе 75 лет имеет ту же структуру осложнений, что и пациентов старше 75 лет. Но обращает на себя внимание больший процент геморрагических осложнений у пациентов старше 75 лет. 2. Летальность без ТЛТ выше как в группе моложе 75 лет, так и в группе 75 лет и старше по сравнению с соответствующими возрастными группами, у которых проводилась ТЛТ.

0467 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Корнева В. А., Сергеева С. С., Кузнецова Т. Ю.

Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: оценить информативность симптомов, клинических и объективных признаков хронической сердечной недостаточности (ХСН) в ее диагностике у больных с сохранной систолической функцией (ССФ).

Материалы и методы: Обследовано 19 больных артериальной гипертензией (АГ), которым на основании симптомов, клинических признаков заподозрена ХСН, и по данным Эхо-КС диагностирована диастолическая дисфункция (ДД). Средний возраст 54,4 года, мужчин 11 человек (57,9%). В план обследования включали: оценку симптомов и клинических признаков ХСН, факторов риска (ФР) — курение, ожирение, сахарный диабет; ЭКГ, Эхо-КС (аппарат «Siemens»), определение мозгового натрийуретического пептида (МНУП). ХСН с ССФ диагностировали при наличии симптомов (одышка, утомляемость, сердцебиения), клинических признаков (отеки, хрипы в легких), объективных признаков (ЭКГ признаки рубцовых изменений, гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ), признаки ДД при оценке трансмитрального потока по Эхо-КС, повышенный уровень МНУП).

Результаты: ХСН с ССФ диагностирована у 8-ми человек (42%, 1 группа). У 11-ти человек на основании нормального уровня МНУП диагноз ХСН с ССФ был исключен (2 группа). Распределение больных по степени АГ: 1 ст. — 2 чел. (13,3%), 2 ст. — 11 чел. (73,3%), 3 ст. — 3 чел. (20%). Средний возраст больных 1 группы 49,3±3,6, второй — 69,1±3,9 лет. Распределение по полу: 1 группа 5 мужчин (71%), 2 группа — 8 (66,7%). В 1 группе было больше курящих 2 (28,6%), во 2 группе курили 25% (3 чел.). Ожирение было выявлено в 1 группе у 42,8 % (3 чел.), во 2-й — у 41,6% (5 чел.). Сахарный диабет 2 типа был диагностирован у 1 пациента второй группы (5%). Одышка отмечалась у 75% пациентов 1 группы и у 36% 2 группы, повышенная утомляемость в 50% и 63,7%, сердцебиение — в 25% и 45%, отеки нижних конечностей — в 25% и 27,3% соответственно. ГЛЖ была диагностирована у 57% (4 чел.) первой группы, и у 18,2% (2 чел.) 2-й группы ($p=0,02$). ДД была зарегистрирована у всех пациентов по наличию минимум трех показателей нарушения трансмитрального кровотока. Были определены чувствительность, специфичность и прогностическое значение основных симптомов и клинических признаков ХСН с ССФ. Для одышки чувствительность составила 75%, специфичность 27%, прогностическое значение 27%, для повышенной утомляемости — 50%, 27%, и 20% соответственно, для отеков — 25%, 73%, 25% соответственно, хрипы в легких выслушивались только у пациентов 1 группы, специфичность 82%.

Выводы: у больных АГ с признаками диастолической дисфункции по данным Эхо-КС, диагноз ХСН с ССФ подтвержден повышением уровня МНУП в 42% случаев; особенностями больных АГ с ДД является преобладание 2-3 степени АГ, мужской пол, высокий процент ожирения, ГЛЖ; наиболее специфичными симптомами для диагностики ХСН с ССФ оказались отеки (73%) и хрипы в легких (82%), специфичность таких симптомов как одышка и повышенная утомляемость — 27%.

0468 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ К КРАТКОСРОЧНОЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ДИЕТЕ: ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ

Корнеева О.Н., Драпкина О.М.

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

Цель: изучить приверженность больных с метаболическим синдромом к краткосрочной и длительной диете и её влияние на показатели абдоминального ожирения.

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±10,1 см, ОТ(муж) 113,9±10,9 см; ИМТ 33,4±4,9 кг/м²; инсулинорезистентность (ИР) по методу НОМА=5,82±3,64. Пациенты в течение 3 нед придерживались гипокалорийной диеты в условиях стационара, в дальнейшем диета соблюдалась ими самостоятельно 6 мес.

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 муж-

чин показатели абдоминального ожирения (АО) (Δ ОТ (муж)=4,38±1,7 см, Δ ОТ/ОБ(муж)= 0,03±0,01) снизились значительно в сравнении с женщинами (Δ ОТ (жен)= 3,7±2,0 см, Δ ОТ/ОБ(жен)= 0,027±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.

0469 ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ КАК ПРИЧИНА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Корнеева О.Н., Драпкина О.М.

Московская Медицинская Академия им И.М. Сеченова, Москва, Россия

ДМПП частый врожденный порок сердца. Длительное отсутствие проявлений обуславливает позднюю диагностику ДМПП лишь на стадии осложнений — 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, купирующихся 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 Л-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, Qpulm / 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, симва-статин, 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.

0470 ИНФОРМАТИВНОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН.*Королева Е.Б., Юрьева С.В., Лебедев В.Г.*

Институт ФСБ России, Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: сопоставить данные стресс-эхокардиографии и коронарографии у женщин.

Методы исследования: исследование выполнено у 30 женщин в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст $53,9 \pm 0,5$ года) с болевым синдромом в груди с целью верификации ИБС. Типичный болевой синдром наблюдался у 17 женщин, атипичный у 13. Давность болевого синдрома колебалась от 1 месяца до 2 лет. В качестве стресс-агента использовали физическую нагрузку на велоэргометре с начальным уровнем 50 Вт и последующим приростом в 25 Вт. Использовалась автоматизированная система для регистрации и интерпретации ЭКГ в системе 12-ти общепринятых отведений «AgMa Soft-Cardio». Основанием для прекращения теста служили общепринятые критерии завершения нагрузочных проб или достижение субмаксимальной возрастной ЧСС, соответствовавшей 90%. Эхокардиографическое исследование выполнялось на аппарате Acuson 128XP-10 с SIM-5000 plus с помощью мультисекторного датчика 2,5/3,5/5,0 МГц. Первоначально получали изображения в покое, в положении пациента на левом боку, из парастернальной позиции по длинной и короткой оси, а также апикальной 2-х и 4-х камерных позиций. Постнагрузочные изображения регистрировали в течение 1-й минуты восстановительного периода. Расчет фракции выброса и объемных показателей проводили по методу Simpson из апикальной 4-камерной позиции. Рассчитывали индекс нарушения локальной сократимости в покое и в течение первой минуты после выполнения нагрузочного теста. Положительный результат теста с физической нагрузкой являлся показанием к проведению контрольной коронарографии по стандартной методике Judkins M.P. трансфеморальным доступом. Гемодинамически значимыми считали поражение ствола левой коронарной артерии и одной из магистральных коронарных артерий 50% и более. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы статистического анализа «Statistica 6.0».

Результаты: по данным коронарографии стенозирующее однососудистое поражение гемодинамически значимой коронарной артерии выявлено у 6 (20%) женщин, 2-ух сосудистое — у 6 (20%), 3-ех сосудистое — у 5 чел. (16,7%). Гемодинамически незначимые стенозы коронарных артерий обнаружены у 4-ех чел. (13,3%), у 9 (30%) женщин изменений коронарных артерий не обнаружено.

Мощность физической нагрузки варьировала от 50 Вт до 150 Вт, в среднем — $92,4 \pm 25,5$ Вт. Положительный результат стресс-теста с физической нагрузкой получен у 27 женщин, у трех — сомнительный. Предказательная значимость положительной пробы по ЭКГ — критериям составила 74%. Нарушение локальной сократимости выявлено у 3-ех чел. Отмечалась положительная корреляция между степенью снижения сегмента ST и количеством пораженных коронарных артерий ($p < 0,05$).

Выводы: при проведении нагрузочного теста у женщин для диагностики ИБС наибольшее значение имеют электрокардиографические (снижения сегмента ST), а не клинические (болевого синдрома) признаки ишемии миокарда.

0471 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН*Королева Е.Б., Юрьева С.В., Лебедев В.Г.*

Институт ФСБ России, Городская клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить распространенность некоторых факторов риска и сопутствующих заболеваний в зависимости от половой принадлежности у больных с верифицированной по данным коронарографии диагнозом ИБС.

Материал и методы. В анализ были включены 80 больных ИБС (40 женщин и 40 мужчин). Средний возраст женщин составил $60,2 \pm 1,5$ года, у мужчин — $54,5 \pm 6,4$ года. Давность клинических проявлений ИБС в общей группе больных колебалась от 1 месяца до 15 лет. Среди женщин стенокардия I КФК наблюдалась у 18 чел, II КФК-20 чел, III КФК-2 чел. Среди мужчин стенокардия I КФК отмечена у 10 чел, II КФК-17 чел, III КФК-13 чел. Инфаркт миокарда в анамнезе выявлен у 5 женщин (12,5%) и у 6 мужчин (15%). По данным коронарографии гемодинамически значимое однососудистое поражение коронарных артерий выявлено у 12 женщин и у 15 мужчин, 2-ух сосудистое у 18 женщин и 17 мужчин, 3-ех сосудистое — у 10 женщин и 8 мужчин. Исследовались факторы риска: курение, ожирение по показателю индекса ожирения Кетле, дислипидемия. Исследовались уровни общего холестерина (ХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ).

Результаты исследования. Курение выявлено у 2-ух женщин (0,5%) и 25 мужчин (62,5%), ожирение I степени у 12 (30%) женщин и 2 (5%) мужчин, ожирение II степени у 8 женщин (20%) и 2-ух мужчин (5%). По данным исследования липидного спектра дислипидемия Ia и Ib типов обнаружена у 68% женщин и 88% мужчин. Средние уровни общего холестерина ХС, ЛПВП, ЛПНП, ТГ составили соответственно: 5,81, 1,12, 4,2, 2,9 ммоль/л у женщин и 6,88, 1,16, 4,5, 1,8 ммоль/л у мужчин. При анализе сопутствующих заболеваний обращала на себя внимание достоверно более высокая частота АГ у женщин (соответственно 84% против 48% у мужчин; $p < 0,01$), высокая распространенность СД II типа (12% против 1% у мужчин; $p < 0,01$). У женщин реже, чем у мужчин, имелась хроническая обструктивная болезнь легких (2% против 15% у мужчин). Жировой гепатоз печени выявлен у 1 женщины (2,5%) и у 2-ух мужчин (5%).

Выводы. Проведенный сравнительный анализ выявил некоторые различия в распространенности факторов риска и сопутствующих заболеваний при ИБС у мужчин и женщин. Среди факторов риска у женщин преобладают ожирение, гипертриглицеридемия, среди сопутствующих заболеваний — АГ и СД II типа. Выявленные гендерные различия необходимо учитывать при диагностике ИБС и планировании тактики лечения.

0472 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ*Королькова О. М., Минаков Э. В.*

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

Методы исследования. На базе пульмонологического отделения Воронежской областной клинической больницы № 1 в течение последних 3-х лет обследовано 53 пациента с подозрением на тромбоэмболию в системе легочной артерии (ТЭЛА). Стандарт обследования включал компьютерную ангиопульмонографию, ДЭхоКГ, УЗДГ сосудов нижних конечностей, определение Д-димера, а также рентгеновскую ангиопульмонографию и илеокаваграфию по показаниям.

Результаты. В 10-ти случаях диагноз ТЭЛА был снят. В 5 — ти случаях выявлена ТЭЛА с поражением ствола ЛА (гр. № 1), 18 случаев — поражение долевых ветвей (гр. № 2), 17 — мелкие и сегментарные ветви (гр. № 3), в 3-х случаях диагностирована хроническая рецидивирующая ТЭЛА (гр. № 4). Источником ТЭЛА в подавляющем большинстве случаев явился тромбоз глубоких вен нижних конечностей и илеофemorальный флеботромбоз (30 случаев — 69,7%), тромбоз нижней полой вены — 5 случаев (11,6%), тромбоз правого предсердия — 2 случая (4,6%), в 5-ти случаях источник не был найден (11,6%). Наибольшие показатели среднего давления в легочной артерии (ДЛА ср.) и общего легочного сопротивления (ОЛСС) выявлены в 1 и 4 группах ($89,2 \pm 1,8$ мм рт.ст. и 1300 ± 39 дин.сек.см⁻⁵ соответственно). В группе 3 — ДЛА ср. и ОЛСС составила $64,3 \pm 3,4$ и $890 \pm 9,9$ соответственно. В группе 2 — $48,1 \pm 1,2$ и $615,4 \pm 38,2$. Программа лечения включала в подавляющем большинстве случаев назначение гепаринотерапии в суточной дозе 30 тыс. Ед. с последующим переходом на варфарин. 3-м пациентам 1-ой группы была предпринята попытка тромболитика; и в 2-х случаях успешно произведена экстренная эмболизомия. 12-ти пациентам имплантирован кава — фильтр. Смертельный исход — 5 пациентов (3 — 1 гр. и 2 — 2 гр.) —

9,4%. Одна пациентка с посттромбоэмболической легочной гипертензией успешно прооперирована в Санкт-Петербургском центре интенсивной пульмонологии и торакальной хирургии, где ей произведена легочная тромбэндартериэктомия.

0473 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Косачева Н.Б., Туев А.В., Агафонов А.В., Мухамедеев И.С.

ГОУ ВПО «ПГМА имени академика Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: изучить уровень АД при стенозе БЦА в различных возрастных группах и его изменения в раннем послеоперационном периоде.

Материалы и методы: Проведен анализ 81 истории болезни пациентов в возрасте $57,69 \pm 8,2$ лет, из которых 46 мужчин (56,8%), прооперированных по поводу нарушения кровотока в БЦА. 43 пациента (53,08%) имели поражение сонных артерий (СА) — 1 группа, 16 (19,75%) — позвоночных (ПА) — 2 группа, у 23 (27,17%) — отмечалась сочетанная патология — 3 группа. Уровень повышения САД колебался в пределах $120-270$ ($192,56 \pm 31,26$) мм рт.ст. Осложнения атеросклероза и АГ были представлены поражением органов-мишеней. Инфаркты миокарда в анамнезе были зафиксированы у 33 (из них 23 — с Q) пациентов, в том числе у 6 — повторно. Перенесенные ОНМК имелись у 21 (25,9%) пациента. Неврологические осложнения проявлялись также в виде транзиторных ишемических атак (ТИА) у 6 пациентов до и у 4 после оперативного лечения. В одном случае ОНМК развилось в раннем послеоперационном периоде.

В до- и послеоперационном периоде пациенты получали комбинированную гипотензивную терапию.

Для определения степени нарушения кровотока в артериях дуги аорты пациентам выполнялась грудная аортография и ДС МАГ на аппарате En Visor HD фирмы Philips. Уровень АД регистрировался в дооперационном периоде и через 5 дней после оперативного вмешательства в течение суток на мониторе BPLab.

Результаты: Выявлена зависимость между уровнем АД и локализацией нарушения кровотока. Среднее АД (AD_{cp}) при поражении СА был выше, чем при стенозе ПА ($122,24 \pm 15,7$ мм рт.ст. и $112,13 \pm 16,8$ мм рт.ст.; $p=0,032$). При сравнении AD_{cp} у пациентов 1 и 3 групп достоверных изменений выявлено не было ($122,24 \pm 15,7$ мм рт.ст. и $117,5 \pm 18,9$ мм рт.ст.)

После операции на БЦА у мужчин в 1 группе достоверно снизилось САД ($167,6 \pm 24,6$ и $158,0 \pm 28,1$ мм рт.ст.; $p=0,044$) и ДАД ($99,6 \pm 12,7$ и $90,5 \pm 11,4$ мм рт.ст.; $p=0,01$), а также САД ($166,8 \pm 25,7$ и $153,9 \pm 25,4$ мм рт.ст.; $p=0,03$) у женщин.

Более значимое снижение АД наблюдалось у пациентов старше 60 лет: САД с $168,0 \pm 29,1$ до $154,3 \pm 22,2$ мм рт.ст.; ($p=0,03$), ДАД с $97,9 \pm 15,2$ до $91,8 \pm 15,9$ мм рт.ст. ($p=0,02$). Снижение САД в большей степени отмечалось у женщин ($170,0 \pm 27,1$ до $143,8 \pm 20,6$ мм рт.ст.; $p=0,02$), чем у мужчин ($143,8 \pm 20,6$ мм рт.ст. и $162,4 \pm 20,5$ мм рт.ст.; $p=0,02$).

Заключение: уровень АД у пациентов с патологией БЦА зависит от наличия препятствия кровотоку и его локализации. При поражении СА уровень АД значимо выше. Хирургическое лечение способствует снижению АД, при этом у пациентов старше 60 лет снижение АД более значимо, чем у пациентов до 60 лет, особенно у женщин.

0474 ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Костычева Т.В., Коломоец Н.М., Бакшеев В.И.

ГИУВ МО РФ, Москва, Россия

Цель: изучение эффективности и качества проводимого амбулаторного лечения больных хронической сердечной недостаточностью в течение первого года после перенесенного инфаркта миокарда.

Методы: в исследование включено 44 больных ХСН I-IV ФК, обоего пола, перенесших ИМ давностью 8-12 мес. (возраст — $57,5 \pm 2,59$ лет); использовались вопросники для оценки уровня знаний о ХСН, приверженности больных основным элементам самоконтроля и самолечения.

Результаты: 36,4% не знали о наличии у себя такого заболевания как ХСН, 63,6% утверждали, что знают о существующей у них сердечной недостаточности. В качестве симптомов заболевания 27,3% назвали одышку, 15,9% — одышку и отеки нижних конечностей 2,3% — одышку, отеки, повышенную утомляемость, 18,2% затруднились ответить. Никто из пациентов не взвешивался для контроля задержки жидкости. Со слов больных, подобной рекомендации они не получали ни в стационаре, ни в поликлинике. 34,1% не придерживались низкосолевой диеты, хотя не отрицали, что лечащий врач рекомендовал им ограничение в питании поваренной соли. 65,9% утверждали, что стараются придерживаться низкосолевой диеты. Причем ни один не читал этикетки продуктов с указанием на них количественного содержания соли. 43,2% получали и старались выполнять рекомендации врача по поводу дозированной физической нагрузки (пешие прогулки, гимнастика, плавание в бассейне). В то же время 56,8% отрицали, что врач объяснял им необходимость регулярных физических нагрузок. 18 человек курили до 1 пачки в сутки, и только 2 отказались от курения после перенесенного инфаркта миокарда. Лишь 25% принимали во внимание опасность чрезмерного употребления алкоголя. Уровень холестерина, по словам пациентов, контролировали все, при этом результаты анализа знали только 50%, из которых у 45,45% этот показатель превышал $4,5$ ммоль/л. Это противоречит утверждениям пациентов, что они соблюдали гиполипидемическую диету и регулярно принимали статины, о чем сообщили 90,9%, и может свидетельствовать о том, что больные не придерживались диетических и лекарственных рекомендаций врача, а также о возможном отсутствии контроля за эффективной дозой статина. Лекарственная терапия в целом являлась адекватной и соответствовала современным требованиям: бета-адреноблокаторы были назначены 86,7%, ингибиторы АПФ 72,3%, диуретики — при наличии застоя (59,1%), сердечные гликозиды принимали 2 больных с мерцательной аритмией, аспирин — 100%. Однако лишь 40,9% строго соблюдали все медикаментозные и диетические рекомендации; 25% рекомендации соблюдали, но лекарственные препараты принимали нерегулярно; 34,1% не соблюдали рекомендации и принимали лекарственные средства «от случая к случаю».

Выводы: Амбулаторный этап ведения пациентов с ХСН, перенесших ИМ, в основном соответствует современным требованиям. Однако эффективным может быть признано лечение лишь у 40,9%, что связано с недостаточной информированностью больных о заболевании и необходимости коррекции факторов риска, отсутствием программ обучения больных принципам и методам самоконтроля, низкой приверженностью лечению, недостаточным врачебным контролем.

0475 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РАМИПРИЛА НА ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Костюк И.Ф., Кучеренко О.Д.

Национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель: изучить влияние рамиприла на дисфункцию левого желудочка у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом (СД).

Методы исследования. Обследовано 19 больных ИБС на фоне компенсированного СД II-го типа в возрасте от 51 года до 62 лет с проявлениями застойной сердечной недостаточности II-III функционального класса по NYHA в динамике лечения рамиприлом с использованием неинвазивных методов исследования: импульсной эхокардиографии, статических тестов и реографии.

Результаты. После 20-недельного лечения рамиприлом в дозе 5-10 мг в сутки отмечено увеличение фракции изгнания с $38,6 \pm 0,8\%$ до $42,9 \pm 0,9\%$ ($p<0,05$) у больных II ФК и с $36,6 \pm 0,9\%$ до $41,3 \pm 0,6\%$ ($p<0,05$) у больных III ФК. При этом конечный систолический размер уменьшился на 11,8% у больных II ФК и на 9,3% у больных

III ФК. Статистически достоверно снизилось артериальное давление (АДс и АДд) и периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) у больных как II ФК, так и III ФК. Показатели до и после лечения соответственно были равны: у больных II ФК АДс — $148,0 \pm 6,8$ мм рт. ст. и $128,6 \pm 4,2$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), АДд — $85,6 \pm 3,7$ мм рт.ст. и $71,8 \pm 1,9$ мм рт.ст., ОПСС — $1974,5 \pm 152,3$ дин. с. см-5 и $1119,6 \pm 126,9$ дин. с. см-5; у больных III ФК АДс — $144,4 \pm 7,8$ мм рт. ст. и $130,6 \pm 6,9$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), АДд — $81,8 \pm 3,6$ мм рт. ст. и $72,4 \pm 2,6$ мм рт.ст., ОПСС — $1997 \pm 146,8$ дин. с. см-5 и $1388,9 \pm 143,1$ дин. с. см-5 ($p < 0,05$). По данным тестов с изометрической нагрузкой лечение рамиприлом сопровождалось увеличением пороговой нагрузки.

Выводы. Назначение ингибитора АПФ рамиприла больным ИБС и СД II-го типа сопровождается улучшением функции левого желудочка, увеличением толерантности к физическим нагрузкам.

0476 МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА

Кочмашева В.В.¹, Рождественская Е.Д.², Беликов Е.С.³, Дергунова М.А.³

¹ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1», Екатеринбург, Россия; ²ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия», Екатеринбург, Россия; ³ГУЗ «Свердловское областное патологоанатомическое бюро», Екатеринбург, Россия

Цель исследования: выделить этапы патогенеза хронического перикардита (ХПк) на основании изучения морфологической основы хронического воспаления серозной оболочки сердца, его лабораторных и инструментальных маркеров.

Материал и методы. Материалом для исследования послужили 195 случаев перикардита различной этиологии, из них хронических — 134. Среди 195 больных перикардитами мужчин — 99, женщин — 96. Возраст пациентов — от 16 до 74 лет, средний возраст $46,3 \pm 4,8$ года. Проанализированы клинические данные, результаты лабораторных (общий анализ крови, иммунограмма, цитокины, перикардальное содержимое) и инструментальных (ЭКГ, ЭхоКГ, КТ, рентгенограммы грудной клетки) методов исследования и данных морфологического изучения материала, полученного в ходе 27 операций перикардэктомии.

Результаты. Морфологическая картина ХПк не зависит от этиологии заболевания. Воспалительный процесс перикарда манифестирует клеточной инфильтрацией и сосудистой реакцией. Активная воспалительная реакция проявляется лейкостазом, экссудативным компонентом и полиморфно-клеточной инфильтрацией, включающей нейтрофилы, лимфоциты, плазмциты и гистиоциты, при затухании воспаления — мононуклеарными клетками. Признаки продуктивного капиллярита присутствовали в препаратах с острым, рецидивным и затухающим воспалением. Установлено, что признаки воспалительной реакции в жировой клетчатке более выражены, чем в серозной оболочке сердца, при затухающем воспалении серозной оболочки сердца в жировой клетчатке сохранялась клеточная инфильтрация, свойственная активной воспалительной реакции наряду с выраженным продуктивным капилляритом. Изменения нервного аппарата перикарда заключались в грубом периневральном фиброзе и атрофии нервных проводников и присутствовали во всех изучаемых морфологических препаратах. По результатам лабораторных данных у больных ХПк в сравнении с контрольной группой обнаружена тенденция к повышению уровней Т-лимфоцитов ($p < 0,005$) и В-лимфоцитов ($p < 0,001$) в пределах референтных интервалов, найдены достоверно более низкие показатели индекса стимуляции НСТ-теста ($p < 0,001$). В сравнении с контрольной группой изменения иммунограммы больных ХПк включали достоверное повышение средних показателей ЦИК ($p < 0,001$) и антител к ДНК ($p < 0,001$). Среди изучаемых цитокинов: интерлейкин-1 альфа, интерлейкин 4, рецепторный антагонист интерлейкина-1 альфа (РАИЛ-1 альфа) — наибольшую информативность продемонстрировал РАИЛ-1 альфа. Низкие показатели интерлейкина-1 альфа ассоциированы с тяжелым течением ХПк ($p < 0,001$), нормальные — с субклиническим ($< 0,005$).

Выводы. ХПк проявляется универсальной иммуновоспалительной реакцией серозной оболочки сердца на различные этиологические факторы. Жировая клетчатка играет роль в пролонгировании воспалительного процесса, дегенеративные изменения нервного аппарата — в функциональных нарушениях работы сердца. Совокупность воспалительных изменений листков перикарда и прилежащих тканей, дегенеративные изменения нервного аппарата и аутоиммунная реакция при повреждении миокардиоцитов составляют основу ХПк. Течение заболевания определяется состоянием системы интерлейкинов: активация провоспалительных цитокинов приводит к тяжелому течению процесса, противовоспалительных — к субклиническому.

0477 ОСОБЕННОСТИ ЖЕСТКОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Кошелева Н.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель исследования — изучение особенностей жесткости магистральных артерий у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на фоне терапии различными ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ).

Материал и методы. В исследование включены 61 больной с ХНС и 20 здоровых лиц. Критерии включения: наличие симптомов ХСН, развившихся после перенесенного инфаркта миокарда с зубцом Q на ЭКГ, информированное согласие пациента. При поступлении в стационар пациенты с ХСН были рандомизированы на две группы. Первая группа больных (31 человек) получали на фоне стандартной терапии (б-блокаторами, мочегонными, антагонистами альдостерона) лизиноприл (Листрил, Д-р Редди'с, Индия). Вторая группа пациентов (30 человек) принимали эналаприл. Показатели жесткости определяли на артериографе «TensioClinic, Венгрия» с использованием программы «TensioMed». Обследование проводилось до и через шесть месяцев терапии. Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Statistica 7.0. Результаты оценивали как статистически значимые при $p < 0,05$. Числовые данные представлены в виде ($M \pm SD$).

Результаты. При исследовании жесткости магистральных артерий установлено, что у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда с зубцом Q на ЭКГ и симптомами ХСН существенно выше скорость распространения пульсовой волны в аорте (СПВА) и составляет $10,2 \pm 2,4$ м/с ($p < 0,05$) по сравнению с этим показателем лиц группы сравнения $8,7 \pm 1,9$ м/с. Индекс аугментации аорты $31,0 \pm 10,7\%$ и плечевой артерии $-1,2 \pm 25,4\%$ у больных с ХСН существенно повышен относительно этих показателей лиц группы сравнения $20,8 \pm 8,6\%$ ($p < 0,05$) и $-27,7 \pm 20,4\%$ ($p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа выявлена средней силы положительная взаимосвязь ($r = 0,65$) между скоростью распространения пульсовой волны в аорте и числом пораженных коронарных артерий по данным коронарографии у больных ХСН. У пациентов первой группы отмечена тенденция к снижению СПВА на фоне 6-ти месячной терапии лизиноприлом до $9,6 \pm 2,3$ м/с ($p > 0,05$). У больных ХСН второй группы на фоне 6-ти месячной терапии эналаприлом, напротив, отмечена тенденция к повышению СПВА до $12,9 \pm 3,3$ м/с ($p > 0,05$). Разнонаправленные тенденции изменения жесткости артерий привели к тому, что через шесть месяцев терапии СПВА у больных, принимавших лизиноприл, стала достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем СПВА у пациентов, принимавших эналаприл.

Выводы: 1. У больных ХСН отмечено повышение жесткости сосудистой стенки.

2. Жесткость магистральных артерий увеличивается с числом пораженных коронарных артерий.

3. У больных ХСН на фоне 6-ти месячной терапии лизиноприлом отмечено благоприятное изменение СПВА по сравнению с больными, получавшими терапию эналаприлом.

0478 ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИ СОЧЕТАНИИ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Кошурникова Е.П., Аршин Е.В.
ПГМА, Пермь, Россия

Цель: выявить особенности вегетативной дисфункции (ВД) у больных ревматоидным артритом (РА), артериальной гипертензией (АГ) и при сочетании этих заболеваний.

Методы: Обследовано 257 больных, женщин, в возрасте 45-65 лет: 112 больных РА с АГ, 105 больных РА, 40 больных АГ. Контрольную группу составили 30 здоровых. У больных всех трех групп проводилось выявление синдрома вегетативной дистонии при помощи схемы и вопросника А.М.Вейна, изучение общего вегетативного тонуса (ВТ), межсистемного ВТ — по коэффициенту Хильдебранта, внутрисистемного ВТ — по индексу Кердо, ВТ сердца — по анализу вариационной пульсометрии в состоянии покоя с использованием кардиоинтервалографа «КИГ-3».

Результаты: Наличие ВД выявлено у больных всех исследуемых групп. При субъективной оценке пациентами своего состояния, наиболее выраженные проявления ВД наблюдались у больных АГ (сумма баллов=42,5±17,8, $p<0,05$), при объективном обследовании — у больных РА с АГ (сумма баллов=42,6±13,5, $p<0,05$). Если внутрисистемная ВД была более выражена у больных с АГ (индекс Кердо = -50,8±24,5, $p<0,05$), то межсистемная ВД была более характерна для больных РА (коэффициент Хильдебранта = 4,59±1,04, $p<0,05$). Оценка состояния общего ВТ по тесту Вейна, ВТ сердца, выявила, что ВД в большей степени проявлялась у больных с сочетанной патологией, и характеризовалась выраженной симпатикотонией.

Выводы: Вегетативная дисфункция многолика. При РА и АГ она имеет свои особенности. В большей степени ВД представлена у больных, имеющих сочетание двух заболеваний. У больных, имеющих сочетание артрита и гипертензии, в формировании ВД просматривается действие синдрома взаимного отягощения, при котором каждое заболевание в отдельности привносит свой вклад в формирование специфических особенностей ВД.

Субъективная оценка больным вегетативной дисфункции может быть применена для констатации наличия ВД, но не для ее качественной оценки.

0479 ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА УРОВЕНЬ АД И МАССУ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПРИОБРЕТЕННЫМ АНДРОГЕНОДЕФИЦИТОМ

Кравченко А.Я., Протоиоров В.М.

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко», Воронеж, Россия

Цель: оценить влияние заместительной гормональной терапии на уровень АД и показатели гипертрофии миокарда левого желудочка у мужчин с приобретённым андрогенодефицитом и гипертонической болезнью.

Методы: обследовано 162 мужчины (средний возраст 48,9±9,2 лет) с артериальной гипертензией (АГ) 1-3 степени. Давность заболевания составила 6,8±4,3 года. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) определяли с по данным ЭхоКГ. Сывороточную концентрацию тестостерона исследовали с помощью иммуноферментного анализа. Критерием андрогенодефицита считали уровень тестостерона ниже 12 нмоль/л. Были сформированы основная группа и группа сравнения (по 42 человека в каждой). Пациенты обеих групп получали антигипертензивную терапию, включавшую 10 мг эналаприла и 12,5 мг дилтиазема в сутки. Для коррекции андрогенодефицита использовалась пероральная форма ундеканона (УТ) — Андриол. УТ применялся в течение 6 мес. Определение ИММЛЖ производилось на 90-й и 180-й дни.

Результаты. Средний уровень тестостерона у мужчин с АГ составил 10,4±3,9 нмоль/л. Андрогенодефицитное состояние

отмечено у 84 человек (51,9%). Средний уровень АД у больных с дефицитом тестостерона (САД 170,2±19,1 мм рт.ст., ДАД 98,9±13,8 мм рт.ст.) был статистически значимо более высоким, чем в группе с нормальным уровнем андрогенов (САД 161,3±18,7, ДАД 95,4±12,6 мм рт.ст., $p<0,05$). Коррекция андрогенодефицита начиналась со стартовой суточной дозы УТ 80 мг, имея целью довести её до 120 мг. Суточная доза 120 мг была достигнута у 31 пациента (73,8%). У остальных 11 человек (26,2%) при превышении 120 мг препарата в сутки отмечалось повышение АД, требовавшее увеличения доз антигипертензивных средств, ввиду чего в таких случаях далее продолжался прием УТ по 80 мг. Уровень тестостерона в основной группе на 90-й день лечения составил 12,1±3,4 нмоль/л, на 180-й — 12,3 нмоль/л. В основной группе через 3 месяца приема УТ уровень САД снизился на 22,1%, ДАД — на 15,4%; через 6 месяцев — на 25,3% и 15,9% соответственно. В группе сравнения снижение АД было менее выраженным. Через 3 месяца САД уменьшилось на 12,2%, ДАД — на 8,8%, через 6 месяцев — на 18,7% и 11,9% соответственно ($p<0,05$ по сравнению с основной группой). Уменьшение ИММЛЖ в основной группе через 3 и 6 месяцев составило 7,5% и 10,9%, в группе сравнения — 4,6% и 7,8% ($p<0,05$).

Выводы:

1. Использование тестостерона ундеканона для коррекции андрогенодефицита при артериальной гипертензии в дозе 80-120 мг усиливает эффект антигипертензивной терапии и способствует уменьшению массы миокарда левого желудочка.

2. Дозировки тестостерона свыше 120 мг/сут для заместительной гормональной терапии должны использоваться с осторожностью из-за возможности развития гипертензивных реакций.

0480 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ЭЛАСТИЧНОСТЬ СТЕНКИ СОСУДОВ

Красюкова В.А., Чернов Ю.Н., Мубаракшина О.А.

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

Цель. Оценить изменения эластичности стенки сосудов у больных с впервые выявленным сахарным диабетом (СД) 2 типа для раннего выявления нарушений сосудистого русла и проведения фармакологической коррекции.

Методы исследования. Обследовано 18 здоровых лиц, средний возраст 34±5,5 лет, и 10 пациентов, страдающих СД 2 типа, возраст 49,57±5,42 лет, стаж диабета не более 1 года, отсутствуют клинические проявления диабетической микро- и макроангиопатии. Все больные в течение 14±3,6 дней госпитализации получали гликлазид (диабетон МВ), 3-е пациентов также получали метформин (сиофор). Оценивались показатели углеводного (иммунореактивный инсулин (ИРИ), НОМА-IR, гликированный гемоглобин (HbA1c), С-пептид, уровень гликемии, глюкозурию) и липидного (общий холестерин (ОХС), ЛПНП) обмена. Интенсивность процессов ПОЛ определялась по концентрации малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК), гидроперекисей липидов (ГПЛ). Для оценки эластичности артерий и резистивности мелких артерий использовался контурный анализ пульсовой волны на базе прибора Angioscan с программным обеспечением Powergraph 3,3.

Результаты. У больных СД 2 типа диагностировано ожирение со средним значением ИМТ=31,01±2,27 кг/м². Уровень С-пептида у пациентов достоверно не отличался от здоровых, что говорит о сохранности функции β-клеток поджелудочной железы. Однако, у больных СД 2 типа отмечается инсулинорезистентность (ИР) периферических тканей, так как НОМА-IR=8,53±3,63 ($p<0,05$). Концентрация HbA1c здоровых — 5,3±0,11%, HbA1c пациентов — 8,75±0,32% ($p<0,05$), что говорит о повышенном риске сердечно-сосудистых осложнений. Уровень глюкозы натощак у пациентов составил 9,85±2,3 ммоль/л ($p<0,05$), постпрандиальная глюкоза — 10,79±3,16 ммоль/л ($p<0,05$), ОХС=5,69±0,25 ммоль/л ($p>0,05$), ХС ЛПНП — 5,63±0,21 ммоль/л ($p<0,05$). При определении уровня продуктов ПОЛ у здоровых лиц МДА=1,9±0,51 нмоль/л, ДК=3,8±1,0 мкмоль/мл, ГПЛ=2,9±0,77 ед/мл. У больных СД 2 типа МДА=2,21±0,9 нмоль/л ($p>0,05$), ДК=12,92±6,32 ($p<0,05$) мкмоль/мл, ГПЛ=5,52±0,86 ед/мл

($p < 0,05$). При оценке эластичности сосудов у больных СД 2 типа выявлено увеличение индекса жесткости (SI), индекса отражения пульсовой волны (RI). Среднее значение SI здоровых — $8,33 \pm 0,83$ м/с, SI больных — $10,19 \pm 0,35$ м/с ($p < 0,05$), что свидетельствует об уменьшении эластичности крупных сосудов. Среднее значение RI здоровых — $67,26 \pm 3,46\%$, RI больных — $68,3 \pm 4,95\%$ ($p > 0,05$), что говорит о тенденции к изменению эластичности мелких сосудов.

Выводы. Снижение эластичности сосудов у пациентов с впервые выявленным СД 2 типа и диагностированной ИР отмечается в 80 % случаев при отсутствии клиники диабетической микро- и макроангиопатии. Повышенный уровень МДА в 80 %, ДК в 100 %, ГПЛ в 100 % случаев у пациентов свидетельствует об интенсификации процессов ПОЛ на ранних стадиях развития СД 2 типа, что является одним из критических моментов для развития ангиопатий. Увеличение индексов жесткости и отражения пульсовой волны у больных СД 2 типа на фоне гиперлипидемии и ожирения говорит о начавшемся атеросклеротическом поражении сосудов, что требует своевременной фармакологической коррекции.

0481 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА НЕЙТРОФИЛОВ У КУРЯЩИХ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

Кратнов А.Е., Хабарова И.В., Ражева О.К., Паукова Т.В., Новиков М.С.
Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Повышенный риск развития неблагоприятных сердечно-сосудистых событий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) связан с развитием эндотелиальной дисфункции. Несмотря на то, что курение приводит к дисфункции эндотелия, его механизм остается неизвестным.

Цель исследования — изучение влияния курения на уровень молекулы адгезии клеток сосудов 1 (sVCAM-1) и внутриклеточный метаболизм нейтрофилов у здоровых людей.

Материалы и методы. В исследование было включено 98 здоровых людей (средний возраст $39,6 \pm 11,3$ года), госпитализированных в кардиологическое отделение Дорожной клинической больницы на станции Ярославль ОАО «РЖД» для профессионального осмотра. Для исключения ИБС пациентам выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. Среди обследованных людей курильщиками являлись 86 (87,8%) человек. На момент исследования курили 66 (67,4%) пациентов. Среди обследованных 12 (12,2%) человек никогда не курили, 20 (20,4%) пациентов отказались от вредной привычки. С целью изучения интенсивности курения рассчитывался индекс курящего человека, выражаемый числом пачка-лет. В зависимости от интенсивности курения было выделено две группы: одна с индексом курящего человека менее 50 пачка-лет, состоявшая из 59 (89,4%) человек, вторая с индексом более 50 пачка-лет, включавшая 7 (10,6%) пациентов. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности нейтрофилов использовался тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, лактата, пероксида водорода. Содержание sVCAM-1 в крови изучали методом иммуноферментного анализа.

Результаты. У здоровых людей, курящих на момент исследования, выявлялось достоверно более высокое количество нейтрофилов в периферической крови по сравнению с показателями никогда не куривших ($61 \pm 6,9 > 57,4 \pm 6,6\%$; $p = 0,04$) или отказавшихся от вредной привычки ($61 \pm 6,9 > 56,6 \pm 6,8\%$; $p = 0,01$). У курящих людей была достоверно более высокая активность кислородзависимого метаболизма НФ по данным стимулированного НСТ-теста. У людей с высокой интенсивностью курения (индекс курящего человека более 50 пачка-лет) наблюдалось достоверно более высокое содержание нейтрофилов в периферической крови ($68 \pm 8,3 > 60,1 \pm 6,4\%$; $p = 0,004$), сопровождающееся снижением в них активности ферментов антиоксидантной защиты — каталазы ($652,6 \pm 245,3 < 838,4 \pm 278,6$ мкат/л; $p = 0,06$) и глутатион-

редуктазы ($45,5 \pm 17,9 < 74,8 \pm 50,9$ нмоль·л⁻¹·сек⁻¹; $p = 0,09$). Снижение антиоксидантной защиты в нейтрофилах при высокой интенсивности курения ассоциировалось с достоверным ростом уровня sVCAM-1 ($1683,2 \pm 124,8 > 1123,3 \pm 506,5$; $p = 0,04$), т.е. развитием дисфункции эндотелия.

Заключение. Курение у здоровых людей приводит к увеличению количества циркулирующих нейтрофилов в периферической крови и активации их кислородзависимого метаболизма. Интенсивное курение сопровождается дальнейшим увеличением количества нейтрофилов, угнетением их антиоксидантной защиты и развитием эндотелиальной дисфункции.

0482 НАРУШЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ В ХОДЕ ПРОБЫ С ЖИРОВОЙ НАГРУЗКОЙ КАК ФАКТОР КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

Кровякова Т.В., Лебедев П.А.

ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, Самара, Россия

В настоящее время дисфункция эндотелия (ДЭ) рассматривается как пусковой фактор атерогенеза. Известно также, что существуют факторы, отрицательно влияющие на функцию эндотелия: стресс, неоптимальное пищевое поведение, курение, гиподинамия и другие. Недостаточно изученным остается влияние жировой нагрузки (ЖН) на ДЭ.

Целью нашего исследования явилось определение влияния теста с ЖН на эндотелий-зависимую поток — индуцированную вазодилатацию периферических артерий у больных с различной выраженностью стенозов коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование включены 40 пациентов (24 мужчин и 16 женщин) со стенокардией напряжения II-III ф.кл. без признаков застойной сердечной недостаточности, в возрасте от 42 до 69 лет (средний возраст $56,13 \pm 6,35$ лет). Всем пациентам была проведена селективная коронарография, по результатам которой больные были разделены на 2 группы по количеству пораженных коронарных артерий (в 1-ю группу вошли 20 пациентов без или с монососудистым поражением, во 2-ю — 20 пациентов со стенозами 2-х и более венечных сосудов). В обеих группах определялись показатели липидного спектра: общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) и индекс атерогенности (ИА). Пациентам проводился тест с ЖН, в качестве которого использовали стандартный завтрак, содержащий сливочное масло из расчета 1 г на 1 кг массы тела обследованного. Кровь брали натощак и через 6 часов после ЖН. Реактивность периферических артерий и показатель функции эндотелия (ПФЭ) определяли до и после теста с ЖН с помощью пальцевой компьютерной фотоплетизмографии. Данный метод представляет собой регистрацию объемной пульсовой волны с пальца верхней конечности с последующим компьютерным анализом. ПФЭ оценивали в тесте с ишемией верхней конечности по оригинальной методике П.А. Лебедева с соавт. (2002).

Полученные результаты. Во 2-ой группе достоверно выше были уровни ОХ ($p < 0,01$), ЛПНП ($p < 0,01$), ИА ($p < 0,01$) исходно и через 6 ч после ЖН. Исходно уровень ТГ в группах не отличался. Постприанальный уровень ТГ превышал в 2 раза исходный, также без достоверных различий по группам 1 и 2 и составлял $3,80 \pm 1,01$ ммоль/л и $4,39 \pm 1,03$ соответственно. Также выявлено, что ПФЭ исходно был ниже нормы (нижняя граница 10%) и составил $7,40 \pm 1,24\%$ — в 1-ой и $1,89 \pm 1,81\%$ — во 2-ой группе ($p < 0,01$), а ЖН приводила к парадоксальной, т.е. вазоспастической реакции, и инверсии ПФЭ. Инверсия ПФЭ через 6 ч после теста с ЖН у пациентов 2-ой группы была достоверно больше, чем у пациентов 1-ой группы и составила $-14,66 \pm 2,04$ и $-5,05 \pm 1,70$ (%), соответственно, $p < 0,001$.

Выводы. Таким образом, атерогенное действие пищевых жиров животного происхождения заключается не только в том, что они являются материалом для синтеза атерогенных фракций липопротеинов, но в значительной степени их длительным негативным влиянием на функцию сосудистого эндотелия в постприанальный период.

0483 ИНТЕГРАТИВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кром И.Л.

Центр медико-социологических исследований, Саратов, Россия

Существующая в России практика профилактики инвалидизации больных при болезнях системы кровообращения (БСК) заключается в коррекции модифицируемых соматических предикторов в связи с идентификацией инвалидности с болезнью.

Цель исследования — сравнительный анализ предикторов, предопределяющих инвалидизацию больных при БСК.

В исследовании были включены лица мужского и женского пола трудоспособного возраста, преимущественно до 50 лет, с установленной группой инвалидности вследствие БСК. Выборочная совокупность составила более 1,5 тысяч единиц, что обеспечило ее репрезентативность. Инвалиды, включенные в исследование, страдали постинфарктной стенокардией III-IV функционального класса.

Сердечная недостаточность является одним из основных соматических предикторов инвалидизации при БСК. Не вызывает сомнения, что у инвалидов, страдающих хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса по Нью-Йоркской классификации (НУНА), существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и степени ограничений жизнедеятельности, в том числе ограничения способности к трудовой деятельности. В результате возникает смена социальной идентичности, неэффективность возрастной социализации, потребность в предписанном статусе инвалида. Однако, в инвалидизации лиц, страдающих БСК в нетерминальной стадии болезни, соматические предикторы не являются облигатными. При хронической сердечной недостаточности II-III функционального класса по НУНА, в ходе исследования было установлено отсутствие корреляции ($p \leq 0,2$) тяжести клинических предикторов инвалидизации (сердечной недостаточности и функционального класса стенокардии) данной категории больных и трудовой занятости — фактора эффективной возрастной социализации инвалидов. Облигатными являются социальные и личностные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состояниями в ситуации болезни, а также ресурсы, предоставляемые социумом для социализации инвалидов.

До настоящего времени модифицируемые факторы риска основных нозологий БСК, коррекцию которых предполагают проводимые в различных странах, в том числе и в России, национальные программы, относятся, в основном, к соматическим. Недостаточная эффективность проводимой в стране профилактики инвалидности связана с попыткой решения проблем в медицинском дискурсе. Репрезентация инвалидности как проблемы социального функционирования субъектов, страдающих соматическим заболеванием, в условиях соматических и социальных ограничений определяет возможность формирования интегративной концепции профилактики инвалидности, учитывающей облигатную роль социальных предикторов в инвалидизации при БСК, и может быть использована при разработке национальной программы профилактики инвалидности.

0484 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Крюков Н.Н., Киселева Г.И., Таберман О.Е.

Самарский Государственный Медицинский Университет, НУЗ Дорожная клиническая больница на станции Самара ОАО «РЖД», Самара, Россия.

В настоящее время работники железнодорожного транспорта оказались одной из наиболее стабильных и крупных профессиональных групп среди мужчин трудоспособного возраста. Работники локомотивных бригад являются группой повышенного риска развития артериальной гипертонии, это обусловлено высоко стрессовой профессией, которая сочетает ряд вредных

экзогенных факторов, а, кроме того, приводит к изменению пищевого поведения, курению, злоупотреблению алкоголем.

Цель работы: оценить распространенность факторов риска и их взаимосвязь с типами циркадного ритма АД среди работников локомотивных бригад.

Методы исследования. Обследовано 198 работников локомотивных бригад (машинистов и помощников машинистов) в возрасте 25-54 лет. Все работники локомотивных бригад имели АГ и не страдали другими хроническими заболеваниями с функциональной недостаточностью. В группу с АГ 1-ой степени были включены 87 (44%) пациентов, с АГ 2 степени — 75 (38%), с АГ 3-й степени — 36 (18%). Проводилось 24-х часовое суточное мониторирование АД с интервалом 15 мин днём и 30 мин ночью. Оценивали следующие факторы риска: — наличие абдоминального ожирения (окружность талии более 94 см у мужчин); — курение; — отягощённый наследственный анамнез; — гиперлипидемия (уровень общего холестерина более 5 ммоль/л); — сахарный диабет.

Полученные результаты. По результатам мониторирования АД выделены следующие группы: — дипперы — пациенты с нормальным ночным снижением АД — 69 (35%); — нон-дипперы — с недостаточным ночным снижением АД — 63 (32%); — Овер-дипперы — с чрезмерным падением АД — 50 (25%); — найт-пикеры — с ночной гипертензией, преобладающей над дневной — 16 (8%). Отсутствие достаточного снижения АД в ночное время является дополнительным фактором риска. Выявлена распространенность факторов риска: — курение — 45%; — отягощённый наследственный анамнез — 40%; — гиперлипидемия — 32%; — сахарный диабет — 1%; абдоминальное ожирение — 4%. У 5 пациентов выявлен абдоминальный тип ожирения, что может быть ассоциировано с низкой физической активностью (менее 30 мин ходьбы или любой иной физической активности в день). 32% пациентов нуждались в диетической и медикаментозной коррекции гиперхолестеринемии. При сопоставлении факторов риска с типами циркадного ритма АД отмечен высокий уровень распространения 2 и более факторов риска (курение, гиперлипидемия, отягощённый наследственный анамнез) у пациентов из групп найт-пикер и нон-диппер.

Выводы: — высокий уровень распространения факторов риска требует многофакторной профилактики и коррекции факторов риска; — среди работников локомотивных бригад наблюдается не только высокий уровень распространения основных факторов риска, но и частое их сочетание, что увеличивает суммарный риск развития сердечно-сосудистых заболеваний; — наиболее значимыми факторами риска для пациентов из групп найт-пикер и нон-диппер являются курение, гиперлипидемия, отягощённый наследственный анамнез.

0485 ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНА И РЕЦЕПТОРОВ ПЕРВОГО ТИПА АНГИОТЕНЗИНА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Крюков Н.Н., Обыденникова О.Н., Киселева Г.И., Шавкунов С.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара «РЖД», Самара, Россия

Результаты многих исследований свидетельствуют о влиянии генов-кандидатов на развитие гипертонической болезни. Данные литературы об изучении роли полиморфизмов ангиотензиногена и рецептора первого типа ангиотензина в формировании артериальной гипертонии у работников локомотивных бригад, профессия которых связана с повышенным психоэмоциональным напряжением, немногочисленны.

Цель настоящего исследования — оценить влияние полиморфизмов гена ангиотензиногена и рецептора первого типа ангиотензина на развитие артериальной гипертонии у работников локомотивных бригад.

Материалы и методы. Обследованы 20 пациентов мужского пола в возрасте от 22 до 57 лет. Из них с артериальной гипертонией первой степени были 4 человека, с артериальной гипертонией вто-

рой степени — 14 человек, третьей степени — 2 человека. Всем пациентам проводились эхокардиография, СМАД, УЗИ почек и надпочечников, КТ надпочечников, исследовалось глазное дно. Учитывались результаты биохимического анализа крови (глюкоза, липиды, мочевая кислота, креатинин). В исследование не включались больные с симптоматической артериальной гипертензией.

Изучению подвергались образцы крови пациентов. Определение аллельных вариантов гена ангиотензиногена AGT (Thr174Met и Met235Thr) и рецептора первого типа ангиотензина AGTR1 (A1166C) проводили с помощью аллельспецифической полимеразной цепной реакции, с последующей детекцией методом электрофореза в агарозном геле. Использовались тест системы для диагностики SNP производства НПФ «Литех». Геномная ДНК выделялась с помощью реагента «ДНК-ЭКСПРЕСС-КРОВЬ».

Полученные результаты. Среди 20 обследуемых пациентов гены распределились следующим образом: гомозиготны по мутации Met235Thr 6 больных (27,3%), гетерозиготны 10 больных (45,5%), неизмененный ген выявлен у 6 человек (27,3%). По мутации Thr174Met гомозиготен 1 пациент (4,5%), гетерозиготны 4 больных (18,2%), неизмененный ген обнаружен у 17 обследуемых (77,3%). По мутации AGTR1 (A1166C) гомозиготны 3 больных (13,6%), гетерозиготны 8 больных (36,7%), неизмененный ген имел место у 11 человек (50%).

Выводы. У работников локомотивных бригад с артериальной гипертензией мутация Met235Thr встречается чаще, чем неизмененный ген. Полиморфизм Thr174Met в группе исследуемых больных встречается реже, чем неизмененный ген. Мутация AGTR1 (A1166C) выявилась у 50% больных. Таким образом, определение полиморфизмов гена ангиотензина и рецепторов первого типа ангиотензина могут быть использованы для выявления предрасположенности к артериальной гипертензии и проведения первичной профилактики артериальной гипертензии среди машинистов локомотивных бригад.

0486 ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Кудряшов Е.А., Скибицкий В.В., Тотуом Г.Б., Фендрикова А.В.
Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель исследования: оценить эффективность комбинированной антигипертензивной терапии в зависимости от пола у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы исследования: обследовано 152 пациента обоего пола — 74 мужчины и 78 женщин, средний возраст — 59,6 ± 6,1 и 58,1 ± 5,6 лет, соответственно, имевших сочетание АГ и СД 2 типа. Больные рандомизированы на 4 группы: 1 группа (n=38) — мужчины и 3 группа (n=40) — женщины, получавшие ингибитор АПФ спираприл 6 мг/сут и индапамид-ретард 1,5 мг, 2 группа (n=36) — мужчины и 4 группа (n=38) — женщины, принимавшие антагонист рецепторов ангиотензина II кандесартан 16 мг/сут и индапамид-ретард 1,5 мг. Через 3 месяца больным, не достигшим целевого уровня АД, дополнительно назначался амлодипин 10 мг. Исходно и через 6 месяцев терапии проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД).

Результаты. Исходно уровень АД не различался между группами и соответствовал II степени АГ. Через 3 месяца терапии целевого АД (ЦАД) достигли в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й группах — 8(21,1%), 6(16,7%), 9(22,5%), 11(28,9%) пациентов соответственно. Количество мужчин и женщин, достигших ЦАД и получавших антигипертензивную терапию, основанную на иАПФ не различалось, в то время как в группах, получавших АРА II число женщин, достигших целевого АД было достоверно больше, чем мужчин. Через 6 месяцев лечения ЦАД достигли в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й группах — 32(84,2%), 24(66,7%), 24(60,0%), 34(89,5%) пациентов соответственно. Как следует из полученных данных, в группе пациентов, получавших антигипертензивную терапию иАПФ и достигших ЦАД достоверно преобладали мужчины, а среди пациентов, принимавших АРА II — женщины. По результатам СМАД исходно в 1-й, 2-й, 3-й, 4-й группах среднесуточное АД составило 162,9/101,6; 163,7/102; 161,2/99,7; 162,1/100,2 мм рт.ст. соответственно, а через 6 месяцев терапии — 134,1/77,6; 142,6/84,9; 139,2/83,6; 133,0/82,1 мм рт.ст. соответственно. Только в группах 1 и 4

среднесуточное систолическое и диастолическое АД достоверно снизилось и достигло целевого уровня, а в группах 2 и 3 — достоверно снизилось лишь среднесуточное диастолическое АД. В зависимости от величины суточного индекса через 6 месяцев лечения только в 1 и 4 группах достоверно выросло, по сравнению с исходным, количество пациентов «dipper», при этом в 4 группе их число было достоверно больше, чем в 1 группе — 23(60,5%) vs 16(42,1%), соответственно.

Таким образом, полученные результаты позволяют говорить о том, что комбинированная антигипертензивная терапия у пациентов, имеющих сочетание АГ и СД 2 типа имеет гендерные особенности. Трехкомпонентная антигипертензивная терапия, основанная на ингибиторе АПФ спираприле 6 мг/сут, была более эффективна у мужчин, в то время как терапия, включавшая АРА II кандесартан 16 мг/сут показала лучшие результаты в группе женщин.

0487 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ НА ПРОГНОЗ

Кузнецов А.В.¹, Барабанова Н.Г.², Павлова Я.Р.¹, Агеев Е.М.², Зайцева Т.Е.², Константинов В.О.²

¹ГОУВПО СПбГМА им. И. И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия; ²ГУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия

Известно, что возраст — один из главных риск-факторов как ИБС, в целом, так и острого коронарного синдрома (ОКС), в частности. Течение ОКС у лиц пожилого и старческого возраста нередко отягощено множественной сопутствующей патологией, а прогноз значительно серьезнее, чем у лиц более молодых возрастных групп.

Цель работы — изучить особенности течения заболевания у лиц пожилого и старческого возраста, госпитализированными в связи с ОКС в Госпиталь для ветеранов войн (ГВВ), выявить факторы, влияющих на отдаленный прогноз.

Проанализированы данные обследования 97 пациентов, госпитализированных в ГВВ в связи с ОКС в 2007–2009 гг (59 из них были обследованы нами непосредственно в стационаре; у 38 изучены архивные документы).

Средний возраст пациентов (53 женщины и 44 мужчины) составил 82 года. В ходе обследования у 21 (21,6%) человека был установлен диагноз инфаркта миокарда (ИМ), в том числе у 11 (11,3%) с зубцом Q. У 76 (78,3%) пациентов определялась прогрессирующая стенокардия, а у 10 (10,3%) ИМ без Q. Частота исследования липидного спектра крови увеличилась с 63,9% в 2007–2008 гг до 82,5% в 2009 г, при этом, средний уровень общего холестерина составил 5,51 ммоль/л; триглицеридов — 1,38 ммоль/л; ХС ЛПВП — 1,23 ммоль/л; ХС ЛПНП — 3,77 ммоль/л. Электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка были выявлены у 70% обследованных, в то время как при эхокардиографии это нашло подтверждение лишь у 16% пациентов. Элевация сегмента ST найдена у 12,4% пациентов, депрессия ST — у 10,3%, появление отрицательных волн T — в 25,8% случаев. Почти у 30% пациентов с ОКС найдено снижение сократительной функции сердца по данным ЭхоКГ, при этом, у 3% — значительное (ФВ 40%). Зоны гипо и акинезии отмечены у 42% обследованных, при этом, 47,4% переносили ИМ ранее. У значительной части (64,4%) пациентов отмечена дестабилизация течения АГ. У 17,5% выявлен сахарный диабет II типа. Фактор курения был найден лишь у 6,8% пациентов с ОКС (еще 27% курили в прошлом). Регулярное (1 раз в неделю и чаще) употребление алкоголя отмечено лишь у 12% обследованных. За период с 2007 г по 2009 г в ГВВ произошли значительные изменения в подходах к лечению больных ОКС. Так, если в 2007–08 гг частота назначения низкомолекулярного гепарина составляла 5,3%, то в 2009 г она составила 71,2%. Частота назначения статинов увеличилась с 7,9% до 83,1%. В 2009 г у 4 (6,8%) пациентов проведен успешный тромболизис. Это отразилось и на больничной летальности от ИМ. Так, если в 2007 г она составляла 26,5%, а в 2008 г — 24,7%, то в первом полугодии 2009 г — 20,3%.

Таким образом, у больных ОКС пожилого и старческого возраста найден относительно благоприятный профиль традиционных риск-факторов атеросклероза. Использование современных антикоагулянтов и статинов может благотворно повлиять на прогноз.

0488 ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОГНОЗЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кузнецова Н.В.

ГБУЗ СО «Уральский институт кардиологии», Екатеринбург, Россия

Цель. Проанализировать частоту возобновления коронарной недостаточности в течение 1 года от момента развития ИМ. Определить вклад параметров КЖ в прогноз течения ИБС у пациентов с различными методами реперфузионной терапии. Разработать математическую модель сопряжения показателей КЖ с прогрессированием коронарной недостаточности и развитием повторного ИМ.

Материалы и методы. В исследование рандомизированы 176 мужчин. В зависимости от метода реперфузионной терапии пациенты были разделены на 2 группы: 1-124 мужчины (средний возраст $52,9 \pm 5,25$ лет) с первичным чрескожным вмешательством (ЧКВ) на инфаркт-зависимой артерии (ИЗА). По тяжести атеросклеротического процесса в 1 группе выделено 3 подгруппы: А- без стенозов в других коронарных артериях, кроме ИЗА; В- с локализацией атеросклеротических бляшек в ИЗА и еще одной артерии, С- с поражением 2 и более сосудов. В подгруппах А и В было по 32 мужчины (25,8%), в подгруппе С- 60 (48,4%). Во 2 группе- 52 пациента (средний возраст $48,6 \pm 8,7$ лет), у которых ИЗА была открыта при помощи тромболитической терапии (ТЛТ), а коронароангиография (КАГ) не выполнена из-за отказа обследуемого. Для оценки параметров КЖ на каждом визите через 3,6 и 12 месяцев от развития ИМ пациенты заполняли неспецифический опросник «SF-36 Health Status Survey». Количественно оценивали показатели: физическое функционирование – Ф.Ф., ролевые ограничения – Р.О., физическая боль- БО., общее здоровье – О.З., энергичность – Э.Н., социальное функционирование- С.Ф., эмоциональное состояние- Э.С., психическое здоровье- П.З.

Результаты и обсуждение. У 76 мужчин (61,3%) 1 группы в течение первого года возник рецидив стенокардии: в подгруппах А и В – у 8 человек (25%), в С- у 40 (67%). Показаний для КАГ в подгруппе А не было. У всех 8 мужчин подгруппы В на КАГ- рестеноз в стенте ИЗА 50-80%, ликвидирован после ангиопластики в стенте. В подгруппе С у 32 человек- возобновление стенокардии, у 8- повторным ИМ другой локализации. Прогрессирование коронарной недостаточности отрицательно сказалось на параметрах опросника: к 12 месяцу наблюдалось снижение показателей по шкалам БО., Э.Н. и П.З., особенно отчетливо выраженное в подгруппе С.

Во 2 группе коронарная недостаточность возникла у 16 человек (30,7%). Всем проведена КАГ: 14 мужчин подверглись ЧКВ на клинко-зависимой артерии, у двух выявлено многосудистое поражение.

В 1 группе за 12 месяцев произошло увеличение показателей по следующим шкалам КЖ: Ф.Ф., С.Ф., О.З. и Э.С. Достоверными различия отмечены у показателя Р.О. который увеличился от 40,3 до 55,6. Во 2 группе наблюдалось увеличение показателей КЖ по всем шкалам, но достоверными были изменения показателей Р.О., О.З., и Э.С.

Нами предпринята попытка построения математической модели развития стенокардии и повторного ИМ в зависимости от проведенной в остром периоде ИМ реперфузионной терапии.

Модель расчета развития стенокардии (С) в течение 12 месяцев от развития первичного ИМ у мужчин трудоспособного возраста 1 (С1) и 2 (С2) групп.

$$C1 = 0,0084 * O.3. - 0,0063 * Э.Н. + 0,0005 * Э.С. - 0,0003 * П.З. + 0,6305$$

$$C2 = -0,0113 * Ф.Ф. + 0,0056 * О.З. - 0,0051 * Э.Н. + 0,0044 * С.Ф. + 0,0016 * Э.С. + 0,0043 * П.З. + 0,6488$$

Математическая модель расчета повторного ИМ (I) у мужчин 1 группы.

$$I = -0,0002 * Ф.Ф. + 0,0002 * Р.О. - 0,0013 * О.З. + 0,0006 * Э.Н. - 0,0009 * П.З. - 0,0331$$

Значимым фактором риска рецидива стенокардии является снижение показателей КЖ по шкалам Э.Н. и П.З. у мужчин 1 группы, Ф.Ф. и Э.Н.- у мужчин 2 группы. Снижение показателей по шкалам Ф.Ф., О.З. и П.З. сопровождается увеличением риска развития повторного ИМ.

Выводы. 1. В подгруппе С рецидив стенокардии встречался в 2 раза чаще, чем в подгруппах А, В и 2 группе. 2. Через год в 1 группе наблюдалось достоверное увеличение показателя КЖ по шкале Р.О., во 2 группе – Р.О., О.З. и Э.С. 3. При возобновлении коронарной недостаточности в двух группах выявлено снижение показателей по шкалам Э.Н., П.З., Ф.Ф. 4. В 1 группе ИМ развился в 6,5% случаев, при этом отмечено снижение показателей КЖ по шкалам Ф.Ф., О.З. и П.З. 5. Пациенты подгруппы С, имеющие снижение показателей КЖ по шкалам Ф.Ф., О.З. и П.З. – группа риска по развитию повторного ИМ. Данная категория лиц требует более пристального наблюдения для своевременного выявления и инвазивной коррекции изменений в коронарном русле при помощи ЧКВ или АКШ.

0489 ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИЮ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кузнецова Н.И., Нечесова Т.А., Ливенцева М.М., Коробко И.Ю., Павлова О.С., Семенова Н.В., Севрук Т.В., Гулянович С.И.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель исследования: изучить особенности постинфарктного ремоделирования сердца у пациентов, подвергшихся ангиопластике и стентированию коронарных артерий в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ).

Методы исследования: обследовано 42 пациента с диагнозом крупноочаговый ИМ, которым в остром периоде были выполнены ангиопластика и стентирование коронарных артерий стентами без покрытия. В исследование не включались лица с сопутствующим сахарным диабетом, гемодинамически значимыми изменениями клапанного аппарата, нарушениями ритма и проводимости, пациенты с повторным ИМ. Средний возраст пациентов $50,3 \pm 1,33$ лет, мужчин – 90%. Всем пациентам выполнено Эхо-КГ исследование исходно и в среднем через 8,2 мес., бифункциональное мониторирование ЭКГ и АД в среднем через 8,2 мес. после ИМ.

Результаты: ремоделирование (увеличение полости ЛЖ более чем на 20% от исходного значения) развилось у 13 человек (31%). Пациенты обеих групп (1 – с ремоделированием, 2 – без ремоделирования) были сопоставимы по возрасту, полу, доле лиц с передним ИМ, степени поражения коронарного русла, срокам выполнения стентирования. В группе 1 исходные значения КДО, КДИ, КСО, КСИ, были достоверно меньше, чем в группе 2, исходная ФВ – достоверно выше. Через 8,2 мес. в группе 1 значения КДО, КДИ, КСО, КСИ достоверно превышали исходные значения в данной группе, а также достоверно превышали эти показатели в группе 2. По величине ФВ через 8 мес. группы достоверно не различались, но внутри каждой из групп произошло достоверное изменение ФВ: в группе 1 ФВ снизилась с $52,7$ до $47,8\%$, а в группе 2 увеличилась с $45,9$ до 51% . В группе 2 за 8 мес. произошло достоверное уменьшение значений КДО, КДИ, КСО, КСИ, индекса нарушения локальной сократимости (ИНЛС) по сравнению с исходными. При исследовании взаимосвязи степени изменения КДО и КСО через 8 мес. после ИМ относительно исходных значений ($\Delta КДО = (КДО_{8мес} - КДО_{исх}) / КДО_{исх}$, $\Delta КСО = (КСО_{8мес} - КСО_{исх}) / КСО_{исх}$) в группе 1 отмечен ее нелинейный (U-образный) характер и отрицательная взаимосвязь с исходными КДО и КСО ($r_s - 0,6; -0,7$). С помощью построения ROC – кривых определены пороговые значения исходных КСО (66 мл (AUC $0,83$ [95%ДИ $0,68-0,98$]) и КДО (138 мл (AUC $0,81$ [95%ДИ $0,65-0,96$])). В группе 1 выявлена положительная и достаточно сильная ($r_s 0,6; 0,7$) взаимосвязь дельта КСО с показателями суточного мониторирования АД, отражающими долю измерений, превышающих нормативные показатели.

Выводы: 1) постинфарктное ремоделирование ЛЖ развилось у 31% пациентов, несмотря на успешную реваскуляризацию в остром периоде ИМ, 2) по данным нашего исследования значения исходных КДО и КСО ниже 138 мл и 66 мл соответственно были предикторами постинфарктного ремоделирования ЛЖ, 3) повышенное АД является фактором, способствующим прогрессированию дилатации ЛЖ у пациентов с постинфарктным ремоделированием ЛЖ.

0490 ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ИНТРАКОРОНАРНОМ СТЕНТИРОВАНИИ

Кузнецов В.А., Марыинских Л.В., Зырянов И.П., Колунин Г.В., Евлампиева Л.Г., Бессонова М.И., Горбатенко Е.А., Панин А.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

В литературе ранее было продемонстрировано, что частота использования некоторых высокотехнологичных интервенционных вмешательств в различных этнических группах может быть разной.

Целью настоящего исследования было оценить частоту использования интракоронарного стентирования, его характер и непосредственные результаты в некоторых этнических группах Тюменского региона по данным регистра коронароангиографии и интракоронарного стентирования.

Материал и методы. В регистр, который ведется в Тюменском кардиологическом центре, включено с 2003 года 6406 пациентов, которым была выполнена коронароангиография.

Результаты. У 4232 был обнаружен значимый атеросклероз (стенотоз более 50%) одной или более коронарной артерии. Из них у 2234 было проведено интракоронарное стентирование. Принадлежность к той или иной этнической группе определялась с помощью самоидентификации. Для анализа было отобрано 5 наиболее представительных этнических групп. Из 3743 русских, имевших значимый коронарный атеросклероз, стентирование было выполнено у 53%, из 214 украинцев — у 46,7%, из 176 татар — у 52,3%, из 60 азербайджанцев — у 55%, из 39 армян — у 64,1%. При этом доля стентов с лекарственным покрытием составила 69,9%; 78%; 70,7%; 69,7%; 64% соответственно. Оптимальный ангиографический результат составил 99,5% у русских, 98,9% у татар и по 100% в остальных группах. Статистически значимых межгрупповых различий по всем параметрам выявлено не было.

Заключение. Таким образом, данные регистра коронароангиографии и интракоронарного стентирования не продемонстрировали взаимосвязи этнической принадлежности, с одной стороны, и частоты, характера и непосредственного результата стентирования коронарных артерий, с другой.

0491 СЕВЕРО-ЮЖНЫЙ ГРАДИЕНТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ТЮМЕНСКОМ РЕГИОНЕ

Кузнецов В.А., Ярославская Е.И., Колунин Г.В., Зырянов И.П., Евлампиева Л.Г., Бессонова М.И., Горбатенко Е.А., Бессонов И.С., Марыинских Л.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

В различных странах описана закономерность более высокой распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в северных регионах, в сравнении с южными. Эта закономерность носит название северо-южного градиента. Мы предположили, что в Тюменском регионе у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом (СД) прослеживается та же тенденция.

Цель: Сравнить распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний на севере и юге Тюменской области у больных ИБС в сочетании с СД.

Материалы и методы. В исследование вошли 382 больных СД второго типа, отобранные из 8573 пациентов с ИБС, подтвержденной данными коронароангиографии (со стенозированием сосуда более 50% просвета). Из них 243 пациента постоянно проживали на Крайнем Севере Тюменской области (севернее 64° северной широты) (1-я группа), и 139 — на юге Тюменской области (южнее 52° северной широты) (2-я группа). Пациенты с острым коронарным синдромом в исследование не включались. Всем обследуемым были проведены комплексное клинико-инструментальное обследование, а также селективная коронароангиография.

Результаты. Средний возраст больных 1-й группы был ниже, чем во 2-й группе (53,4±6,7 против 56,9±6,9 года, $p<0,001$). Процент куря-

щих, употребляющих алкоголь и пациентов с ожирением был выше в 1-й группе (58,8 против 32,4%, $p<0,001$; 38,5 против 20,9%, $p=0,001$; 83,8 против 72,5%, $p=0,008$, соответственно). Большинство пациентов в обеих группах страдали артериальной гипертензией (89,7 и 94,2%). По уровню общего холестерина плазмы крови группы не различались ($5,6\pm1,5$ и $5,8\pm1,5$ ммоль/л). Соотношение пациентов с тремя и более факторами риска было выше в 1-й группе (70,7 против 57,7%, $p=0,01$). Не было выявлено значительных межгрупповых различий по клиническим проявлениям ИБС. Данные мультивариантного анализа показали независимую связь возраста, курения и ожирения с проживанием в условиях Крайнего Севера.

Выводы. В Тюменском регионе существует северо-южный градиент распространенности некоторых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных ИБС в сочетании с СД.

0492 ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЯТОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ДАННЫЕ РЕГИСТРА PANORAMA В РОССИИКузнецов В.¹, Покушалов Е.², Чудинов Г.³, Зенин С.⁴, Красноперов П.⁵, Попов С.⁶, Лебедев Д.⁷, Бокерия О.⁸, Термососов С.⁹, Остерн Е.¹⁰, Колунин Г.¹, Харац В.¹ от имени рабочей группы регистра PANORAMA
Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; ²НИИПК имени акад. Е.Н. Мешалкина, Новосибирск, Россия; ³Областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия; ⁴Новосибирский областной клинический кардиологический диспансер, Новосибирск, Россия; ⁵Ленинградский областной кардиологический диспансер, Санкт-Петербург, Россия; ⁶НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия; ⁷Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; ⁸Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия; ⁹НИИ педиатрии и детской хирургии, Москва, Россия; ¹⁰Представительство компании «Medtronic», Москва, Россия

Импантируемый кардиовертер-дефибриллятор (ИКД) используется у больных, имевших спонтанный или индуцированный эпизод жизнеугрожающей желудочковой аритмии для вторичной профилактики внезапной сердечной смерти (ВСС). Современные показания для первичной профилактики ВСС указывают на необходимость применения ИКД у всех больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) II-III функционального класса по классификации NYHA и сниженной (<35%) фракцией выброса левого желудочка. В индустриальных странах более 50% таких устройств имплантируется с целью первичной профилактики ВСС. Комбинированные ИКД с функцией сердечной ресинхронизации должны применяться у больных III-IV функционального класса ХСН.

Целью настоящего исследования было оценить, какие показания для применения ИКД используются в реальной врачебной практике в России.

В исследование было включено 223 пациента (возраст — $52,9\pm14,5$ года), из них 81% — мужчины, средняя фракция выброса левого желудочка — $36,8\pm14\%$, которым с мая 2005г по январь 2009г в 16 центрах России по программе регистра PANORAMA была проведена имплантация «чистого» ИКД (104 человека), либо ИКД в сочетании с функцией сердечной ресинхронизации (119 человек). Из 109 больных, кому была проведена имплантация устройства с целью первичной профилактики ВСС, «чистый» ИКД был имплантирован у 11%. Остальную часть составили комбинированные устройства, которые применялись у больных III-IV функционального класса ХСН. Адекватные показания для первичной профилактики ВСС с помощью «чистого ИКД» были использованы у 11% больных. Из общего количества «чистых» ИКД 92% были имплантированы с целью вторичной профилактики ВСС.

Таким образом, в реальной врачебной российской практике первичная профилактика ВСС проводится преимущественно у больных с выраженной ХСН (III-IV функционального класса) причем в основном с помощью комбинированных устройств и крайне редко у больных со II классом ХСН. Имплантация «чистого» ИКД рассматривается как средство вторичной, но не первичной профилактики ВСС у больных с ХСН.

0493 ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКАЯ АСИНХРОННОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ

Кузьмин А.Г., Горбунов В.В., Горяинова Е.В., Мязин В.Е.
ГОУ ВПО ЧГМА Росздрава, Чита, Россия

В настоящее время большое внимание уделяется вопросам диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности, в особенности среди пациентов с постинфарктным кардиосклерозом. В этой связи немало работ посвящено разным аспектам процесса ремоделирования левого желудочка и недостаточно внимания уделено вопросам взаимосвязи структурно-геометрических, функциональных изменений, взаимодействий левого и правого желудочков при различных вариантах постинфарктного ремоделирования.

Цель исследования — изучить особенности межжелудочкового и внутрижелудочкового асинхронизма при различных вариантах постинфарктного ремоделирования левого желудочка сердца.

Материалы и методы. Обследовано 73 пациента (67 мужчин и 6 женщин), средний возраст $56,2 \pm 1,3$ г, перенесших трансмуральный инфаркт миокарда давностью не менее 8 месяцев с ХСН по NYHA II–III ФК. Эхокардиографическое исследование проведено на аппарате VIVID — 7 (GE) по стандартной методике. На основании оценки значений индексированной массы миокарда, индекса относительной толщины стенки левого желудочка, индекса объем/масса, индекса сферичности в систолу и в диастолу выделены следующие геометрические модели левого желудочка: нормальная геометрия — 21 человек, концентрическая гипертрофия — 18 человек, концентрическое ремоделирование — 15 человек, эксцентрическая гипертрофия — 19 человек. При анализе результатов рассчитывались средние значения (М), их стандартные ошибки (m) и стандартные отклонения с достоверной вероятностью 95%. Достоверность различий средних величин оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты исследований. При сравнительном анализе выделенных геометрических моделей левого желудочка выявлено достоверное увеличение ($p < 0,01$) индекса массы миокарда, конечного диастолического объема, снижение фракции выброса левого желудочка до 46–47% и повышение давления заклинивания легочной артерии до 17–19 мм рт.ст. в группах с концентрической и эксцентрической гипертрофией в сравнении с нормальной геометрией и концентрическим ремоделированием левого желудочка.

У пациентов с концентрической гипертрофией выявлено преобладание внутрижелудочкового асинхронизма, а у пациентов, имеющих эксцентрическую гипертрофию внутрижелудочковый и межжелудочковый асинхронизм.

Выводы. Таким образом, у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, имеющих ремоделирование левого желудочка по типу концентрической и эксцентрической гипертрофии преобладает внутрижелудочковый и межжелудочковый асинхронизм, сочетающийся со снижением фракции выброса, увеличением конечного диастолического объема, индекса массы миокарда левого желудочка. Особенности ремоделирования левых и правых отделов сердца нужно рассматривать одновременно, поскольку внутренние миокардиальные приспособительные процессы наступают раньше и служат пусковым звеном каскада внешних нейрогуморальных влияний на сердечнососудистую систему.

0494 СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И УРОВЕНЬ АМИНОТЕРМИНАЛЬНОГО МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кузьмина М.А., Мазур В.В., Егорова Е.Н., Калинин М.Н., Мазур Е.С.
ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Определить степень корреляции между значениями фракции выброса (ФВ), отражающими состояние систолической функции миокарда, и уровнями аминотерминального мозгового

натрийуретического пропептида (NT-proBNP) на разных стадиях хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования. Материалом для исследования служила K_2 ЭДТА плазма крови 52 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) в возрасте от 38 до 72 лет. В работе использовали мультифункциональный анализатор DXPRESS и картриджи (LifeSign, США), позволяющие определять уровень NT-proBNP иммунохроматографическим методом. Всем пациентам было проведено эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование.

Результаты. На основании клинических и ЭхоКГ данных среди больных ПИКС была диагностирована ХСН I, IIА и IIБ стадии в 14, 29, 9 случаях соответственно. Значения ФВ у пациентов с I, IIА и IIБ стадиями составили соответственно $56,9 \pm 2,02\%$, $46,0 \pm 2,4\%$ и $29,7 \pm 5,36\%$ (все $p < 0,01$).

Концентрация NT-proBNP у больных ХСН I, IIА и IIБ стадий соответственно составила $310,8 \pm 144,31$ пг/мл, $1200,4 \pm 426,78$ пг/мл и $7808,8 \pm 2808,72$ пг/мл. Различия между значениями NT-proBNP были статистически значимыми, среди больных ПИКС с ХСН IIА и IIБ стадий ($p < 0,01$), среди пациентов с ХСН I и IIБ стадий ($p < 0,05$).

Коэффициент корреляции между значениями ФВ и уровнями NT-proBNP в целом у больных ПИКС был равен $-0,67$. Однако анализ корреляционной связи между значениями ФВ и NT-proBNP в зависимости от стадии ХСН выявил снижение коэффициента корреляции при нарастании стадии заболевания, так при ХСН I, IIА и IIБ стадиях коэффициент корреляции составил соответственно $-0,68$, $-0,37$, $-0,28$.

Выводы. Исследование показало, что при нарастании стадии ХСН влияние систолической функции левого желудочка сердца на уровень NT-proBNP ослабевает. Можно полагать, что на первый план выходит состояние диастолической функции левого желудочка и/или функциональное состояние правого желудочка сердца, метаболические нарушения, что требует проведения дополнительных исследований.

0495 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РОЗУВАСТАТИНА В КОМБИНАЦИИ С ω 3-ПНЖК ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Кузьмин В.П., Скуратова М.А., Гусева Г.Н., Шанина И.Ю., Сальченко В.А., Дуляков Д.В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель исследования — сравнить гиполипидемическую эффективность препарата розувастатин в монотерапии и в комбинации с ω 3-ПНЖК у пациентов, перенесших реконструктивные операции на коронарных артериях.

Материал и методы. В исследование включено 116 пациентов (после ЧКВ-42 АКШ -74), из них 109 мужчин и 7 женщин (сред. возраст $56 \pm 3,8$ лет). На 1 визите пациентам начинали терапию розувастатином 10 мг/сут. Контроль липидного профиля и мониторинг АЛТ, АСТ, КФК, проводился через 1 месяц после 1 визита и в последующем 1 раз в 3 месяца.

Через 1 месяц на визите 2, в зависимости от показателей липидного спектра, доза препарата могла меняться в соответствии с динамикой уровня ЛПНП. При недостигнутом целевом значении последнего (> 100 мг/дл) доза препарата удваивалась. При возникновении побочных эффектов доза уменьшалась вдвое или препарат отменялся. Начиная с визита 3 к схеме лечения добавлялся ω 3-ПНЖК («Омакор») 2000 мкг. Дальнейший мониторинг липидного спектра крови проводился по той же схеме — 1 раз в 3 мес. Как неспецифический маркер атеротромбоза, оценивались в динамике показатели концентрации С-реактивного белка (СРБ).

Помимо указанных препаратов, пациенты принимали β -блокаторы, антагонисты кальция, антиагреганты, ингибиторы АПФ.

Обсуждение результатов. На визите 1 средний показатель общего холестерина (ОХ) составил $180 \pm 42,8$ мг/дл, ЛПНП $122 \pm 32,5$ мг/дл и ТГ $142 \pm 15,2$ мг/дл. Визит 2: ОХ 158 ± 41 мг/дл, ЛПНП $100,3 \pm 27,2$ мг/дл

и ТГ $132 \pm 41,2$ мг/дл. На визите 3 были получены следующие показатели: общий холестерин $157 \pm 41,2$ мг/дл, ЛПНП $101 \pm 36,5$ мг/дл и ТГ $135 \pm 40,2$ мг/дл. Визит 5: ОХ $174 \pm 36,5$ мг/дл, ЛПНП $100 \pm 24,1$ мг/дл и ТГ $119 \pm 35,5$ мг/дл. Через 1 мес (визит 2) терапии розувастатином в дозах 10–20 мг/сут уже 47% пациентов достигли значения ЛПНП ≤ 100 мг/дл, а через 10 мес (визит 5) — 72% пациентов ($p \leq n.d.$), находившихся на монотерапии.

Нами проведен анализ уровня СРБ на визите 1–3, 1 ммоль/л и визите 2–2,7 ммоль/л на фоне монотерапии розувастатином. На визите 5 на фоне комбинации розувастатин 10 мг (20 мг) + $\omega 3$ ПНЖК 2000 мкг концентрация показателя СРБ осталась прежней–2,7 ммоль/л.

Повышение АЛТ, АСТ и КФК за период наблюдения не происходило.

Выводы: 1. Достижение уровня ЛПНП ≤ 100 мг/дл на фоне монотерапии препаратом розувастатин (крестор) произошло у 47% пациентов через 1 мес и у 72% пациентов к 10 месяцу приема препарата при отсутствии побочных эффектов.

2. При комбинации розувастатин 10(20) мг + $\omega 3$ ПНЖК 2000 мкг дополнительного снижения уровня ЛПНП за 10 месяцев не произошло.

0496 ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ТАХИСИСТОЛИЙ – ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ САМОПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙСЯ АКТИВНОСТИ

Кукушкин Н.И.

Институт биофизики клетки Российской академии наук, Пушкино, Россия

Цель. Изучить механизмы экспериментальных желудочковых тахисистолий, вызванных внеочередным электрическим стимулом; выяснить причины возникновения полиморфных форм тахисистолий. Желудочковые тахикардии (ЖТ) могут быть как мономорфными (МЖТ), так и полиморфными (ПЖТ). Механизмы как МЖТ так и ПЖТ остаются неясными. В настоящее время все большее количество данных свидетельствуют в пользу того, что ЖТ связаны с существованием в миокарде ризентри – вихревых электрических волн (ВЭВ).

Методы. Использовался препарат свободной стенки правого желудочка сердца суслика. Электрическая активность препарата регистрировалась двумя многоэлектродными матрицами. Одна из матриц устанавливалась на эндокардиальную поверхность, другая – на эпикардиальную. Приступы высоко-частотной самоподдерживающейся активности (ПВСА) вызывались подачей внеочередного электрического стимула. Используя записи электрограмм, строились изохронные карты, позволяющие выявить пространственно-временную последовательность охвата поверхности возбуждением (ПВПОПВ), а также вычислялись псевдоЭКГ, которые позволяли охарактеризовать тип возникшей активности.

Результаты. Анализ псевдоЭКГ, “зарегистрированных” во время ПВСА, выявил, что эти приступы воспроизводят характерные особенности известных в клинике форм ЖТ – МЖТ, ПЖТ, а также переходных форм – от ПЖТ к МЖТ и, наоборот, от МЖТ к ПЖТ. Анализ изохронных карт распространения активации (ИКРА) по поверхностям препарата во время ПВСА показал, что ПВПОПВ обусловлена образующимися после внеочередного стимула трехмерными ВЭВ, имеющими форму свитка. Было установлено существование в миокардиальной ткани ВЭВ как с прямой нитью, так с подковообразной (или U-образной), либо L –образной нитями. Было показано, что ВЭВ, в зависимости от ее ориентации в толще миокарда, а также от формы ее нити, может порождать на поверхностях препарата не только спиралеподобные, но и мишенеобразные картины распространения волн возбуждения. Анализ динамики ВЭВ с прямой нитью показал, что в целом от оборота к обороту нить вихря: (а) может изменять свое местоположение и находиться под разными углами к поверхностям; (б) может перемещаться, оставаясь параллельной самой себе; (в) может прецессировать, когда один из ее концов «закреплен» на одной из поверхностей, а второй

– на противоположной изменяет свое местоположение. Вращение волнового фронта (ВФ) некоторых ВЭВ как с прямой, так и с U-образной нитью может быть неравномерным и это вызывает скручивание и раскручивание нити. Получены данные в пользу того, что нить таких ВЭВ в толще миокардиальной стенки может сгибаться и разгибаться. Установлено, что форма тахисистолии (полиморфная или мономорфная) не зависит от формы нити вихря. Показано, что полиморфная псевдоЭКГ наблюдается тогда, когда наблюдается неравномерное вращение ВФ (нить вихря периодически скручивается и раскручивается), изгибание и разгибание нити, а также перемещение – дрейф нити.

Выводы. Установлено, что возникновение ПВСА после внеочередного стимула связано с возникновением ВЭВ. Сложная динамика нити ВЭВ порождает сложные активационные картины на миокардиальных поверхностях и, как следствие, появление полиморфной псевдоЭКГ. При существовании мишенеобразной картины ИКРА является некорректным делать однозначный вывод о том, что вы имеете дело с фактом существования фокального источника; не исключено, что вы имеете дело с существованием не «точечного» источника, а ВЭВ. Работа поддержана грантом РФФИ №07-04-00465.

0497 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС: ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Кукушкин С.К., Манюшкина Е.М.

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

Цель: оценить возможность коррекции АД у мужчин– Л (МЛ) с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ) с помощью моно- и комбинированной антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы: в открытое, сравнительное, рандомизированное исследование длительностью 12 месяцев было включено 42 МЛ в возрасте 37–70 лет с мягкой и умеренной неосложненной АГ. Средний возраст пациентов составил $52,2 \pm 1,3$ лет, средняя длительность АГ 10 ± 1 год. Основой АГТ был ингибитор АПФ спираприл (СП) в дозе 6 мг/сут. При необходимости добавляли гипотиазид (ГТ) (12,5–25 мг/сут), затем атенолол (АТ) (12,5–100 мг/сут). В ходе исследования было проведено 8 визитов. Исследование предусматривало сбор анамнеза, клинический осмотр, измерение АД трижды с учетом среднего значения, регистрацию ЭКГ, выявление неблагоприятных и побочных явлений, выдачу и учет препаратов. АГТ считалась эффективной при достижении уровня АД $< 140/90$ мм рт. ст., или снижении ДАД на 10 мм рт.ст. и/или САД на 20 мм рт.ст. и более от исходного уровня.

Результаты: исследование завершили 28 пациентов. На фоне годовой гипотензивной терапии уровень САД в среднем снизился со $149,8 \pm 2,4$ мм рт.ст. до $132,6 \pm 2,8$ мм рт.ст. ($p < 0,001$). Средний уровень ДАД снизился с $97,4 \pm 1,6$ мм рт.ст. до $84,9 \pm 1,7$ мм рт.ст. к концу исследования ($p < 0,001$). Динамика ЧСС была статистически незначима.

При сравнительном анализе динамики АД было выявлено, что при терапии СП снижение САД и ДАД ($-9,5 \pm 4,9$ и $-9,3 \pm 2,8$ мм рт. ст.) было менее выраженным по сравнению с комбинированной АГТ. При этом 2-х (СП+ГТ) и 3-х компонентная (СП+ГТ+АТ) АГТ демонстрировали равное снижение как САД ($-19,1 \pm 5,5$ и $-19,5 \pm 4,8$ мм рт.ст.), так и ДАД ($-13,2 \pm 2,5$ и $-13,4 \pm 3,1$ мм рт.ст.).

Антигипертензивный эффект был достигнут у 22 (78,6%) пациентов. Терапия СП в дозе 6 мг/сут оказалась эффективной у 5 пациентов (17,9% от общего числа МЛ), комбинация СП 6 мг/сут и ГТ– у 8 (28,6%) пациентов (12,5 мг/сут– у 1; 25 мг/сут– у 7), и 9 (32,1%) больных достигли целевого уровня АД при дополнительном назначении АТ (25 и 75 мг/сут – по 1; 50 мг/сут–5; 100 мг/сут–2 пациента).

Выводы: результаты исследования демонстрируют преимущество комбинированной АГТ по сравнению с монотерапией при коррекции АД у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС.

0498 ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ- ВЗАИМОСВЯЗЬ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ

Кукушкин С.К., Маношкина Е.М.

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

Цель: изучить взаимосвязь факторов риска (ФР) атеросклероза и тревожно-депрессивных состояний (ТДС) у лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

Методы: обследовано 157 мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС в возрасте от 47 до 71 лет (средний возраст $52,4 \pm 0,5$ лет). Определялись одновременно следующие ФР: артериальная гипертензия (АГ) (уровень систолического АД — 140 мм рт.ст. и выше, диастолического — 90 мм рт.ст. и выше); избыточная масса тела (ИМТ) при индексе Кетле ($\text{вес(кг)}/\text{рост}^2(\text{м}^2) \geq 25,0$; гиперхолестеринемия (ГХС) при уровне общего холестерина (ОХС) >190 мг/дл, гипоальфахолестеринемия (ГАХС) — при уровне холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) <39 мг/дл, гипертриглицеридемия (ГТГ) — при уровне триглицеридов (ТГ) >180 мг/дл; статус курения определялся с помощью опроса. Курящими считались лица, выкуривавшие одну сигарету (папиросу) в сутки. Наличие или отсутствие ТДС определялось путем заполнения обследуемыми психологического теста СМОЛ. Для оценки депрессии учитывались показатели по 2-й шкале и индекс «2-9», для оценки тревоги — показатели по 7-й шкале и индекс «7-9».

Результаты: распространенность ФР составила: АГ — 57,0%, ГХС — 74,0%, ГТГ — 22,0%, ГАХС — 23,3%, среднее значение индекса Кетле — $27,1 \pm 0,4$ кг/м²; ИМТ — 66,0%; курение — 55,0%. Средний уровень ОХС составил $224,2 \pm 4,0$ мг/дл, ТГ — $140,9 \pm 7,5$ мг/дл, ХС ЛВП — $46,3 \pm 0,8$ мг/дл. По данным теста СМОЛ у 70% обследованных имелись признаки ТДС, преимущественно тревожная симптоматика присутствовала у 54%, преимущественно депрессивная — у 63%. ТДС легкой степени отмечались у 24,2% мужчин, умеренные ТДС — у 28%, значительные — у 17,8%.

Обнаружены прямые достоверные корреляционные связи признаков ТДС с возрастом старше 60 лет и ГХС, а также обратная корреляционная связь с массой тела и индексом Кетле. Для углубленного анализа взаимосвязи ФР с признаками ТДС был использован многомерный регрессионный анализ, при котором обнаружены достоверные взаимосвязи между признаками ТДС и возрастом старше 60 лет ($p < 0,05$), ГХС ($p < 0,009$), АГ ($p < 0,04$) и курения ($p < 0,03$).

Выводы: на основании многомерного регрессионного анализа выявлены корреляционные связи признаков ТДС с основными ФР атеросклероза, при этом ФР могут быть ранжированы следующим образом: ГХС, курение, АГ, возраст старше 60 лет.

0499 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кулиева С.Ш., Агаева К.А., Алиева В.А., Кулиева Т.Х.

Азербайджанский Медицинский Университет, кафедра клинической фармакологии, Баку, Азербайджан

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности эпросартана («Теветен» Солвей Фарма, Германия) и его влияния на показатели гемодинамики и на липидный спектр крови у больных артериальной гипертензией (АГ) II степени при длительной терапии. В обследование были включены 50 больных (26 мужчин и 24 женщин) в возрасте от 48 до 68 лет (средний возраст $58,5 \pm 4,8$) с АГ II степени и давностью заболевания $10,0 \pm 5,5$ г. Эпросартан назначался в фиксированной дозе 600 мг в сутки в утреннее время. Длительность терапии составляла 24 недели. Гипотензивный эффект препарата оценивался через 3-12-24 недели лечения. Показатели центральной гемодинамики, массы миокарда левого желудочка определялись методом эхокардиографии. Показатели липидного обмена изучались ферментными методами.

На фоне лечения уже через 4 недели терапии систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД) снизились на: $17,5 \pm 5,0\%$, $16,4 \pm 4,3\%$ соответственно ($p < 0,001$ во всех случаях). Через 24 недели терапии антигипертензивное действие препарата нарастало, которое проявилось снижением САД со 188,7 до 140,9 мм рт.ст. ($25,33 \pm 4,4\%$) и ДАД со 108,8 до 84,1 мм рт.ст. ($22,7 \pm 3,9\%$), достигло соответственно ($p < 0,001$ во всех случаях). Со стороны ЧСС на этапах наблюдения достоверной динамики не отмечено. При этом общее периферическое сопротивление достоверно уменьшилось на 11,8%, а ударный индекс (УИ) и фракция выброса (ФВ) с достоверностью $p > 0,01$ увеличились на 17,1% и 11,3% соответственно. Снижение показателей конечно систолического и диастолического объема (КСО и КДО) на 17,9% и 13,4% соответственно и увеличение ФВ говорило об усилении сократительной способности миокарда. В ходе лечения отмечалось увеличение ударного объема (УО) на 11,6%, минутного объема (МО) на 12,1% и УИ на 11,2% что подтверждает улучшение пропульсивной способности ЛЖ. После шестимесячной терапии у всех больных отмечалось достоверное снижение величины толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖПд) на 14,8% (с 1,01 до 0,87). На фоне лечения эпросартаном достоверно снижалась ММЛЖ в среднем на $18,6 \pm 22,9$ г, что ассоциировалось с достоверным уменьшением ТЗСд на 9,2%. В целом, по группе ИММЛЖ к концу терапии снизился на $11,9 \pm 5,74\%$.

При обследовании липидного спектра крови у больных после монотерапии было выражено снижение уровня ТГ на 14,3% ($p < 0,05$), а уровень ЛПВП к концу лечения у всех обследуемых достоверно повысился на 24,7% ($p < 0,05$). Уровень об.ХС, ЛПНП, ЛПОНП имели тенденцию к снижению: 7,7% $p < 0,05$, 6,71% $p < 0,01$, 13,05% $p < 0,01$ соответственно по показателям. Индекс атерогенности под влиянием терапии эпросартаном снижался в 1,04 раз.

Проведенные нами исследования показали, что эпросартан в дозе 600 мг в сутки характеризуется высокой антигипертензивной эффективностью и безопасен при длительном применении. Кроме того результаты демонстрируют значительный регресс ГЛЖ, а также положительный сдвиг в липидном спектре крови у больных АГ II степени.

0500 СИНДРОМНАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Кулмагамбетов И.Р., Алиханова К.А., Алысова А.Р.

КГМУ, Караганда, Казахстан

Цель: улучшить качество диагностики и оказания неотложной помощи в условиях скорой помощи с помощью синдромной лечебно-диагностической автоматизированной системы.

Методы: проведен анализ 6000 карт вызовов по Областной станции скорой медицинской помощи г. Караганды за 2005г; учетно-отчетная документация за 2005-2008гг. Применены методы статистического, математического и экспертного анализа.

Результаты: проведенный анализ карт вызовов больных кардиологического профиля выявил наиболее часто встречаемые в практике врача скорой помощи неотложные состояния — такие как: гипертонический криз (15,3%), сердечная астма (4,9%), кардиогенный шок (4,7%), нарушения ритма и проводимости (12,6%), острый коронарный синдром (16,5%), отек легких (4,8%), стенокардия напряжения ФК-III, IV (9,4%), тромбоэмболия легочной артерии (2,3%).

Для формирования синдромной лечебно-диагностической автоматизированной программы кардиологического профиля проанализированы основные клинические синдромы и признаки вышеуказанных состояний.

Автоматизированная программа, предназначенная для создания и управления содержимым базы данных, состоит из следующих данных, это: 1. Симптомы (признаки) заболевания; 2. Дополнительные признаки, уточняющие синдромный диагноз; 3. Характерные данные лабораторно-инструментальных методов исследования; 4. Общеклинические синдромы; 5. Предварительные синдромные диагнозы. Программа предоставляет удобный пользовательский интерфейс для управления содержимым базы данных.

Следствием составленной базы данных для автоматизированной диагностики, является выделение предварительного синдромного диагноза, вероятность которого указывается в процентном содержании.

Оценено проведенное лечение по купированию неотложных состояний кардиологического профиля. Выявлено, что лечение проводится не в полном объеме и имеет место недифференцированный подход синдромного оказания неотложной помощи.

Введены в программу разработанные в соответствии со Стандартами оказания неотложной помощи, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Казахстан и Перечнем основных лекарственных средств, мероприятия по оказанию неотложной помощи, а также дальнейшая тактика ведения больного с учетом предварительного синдромного диагноза.

Выводы: Автоматизация лечебно-диагностического процесса в условиях скорой помощи позволит существенно расширить возможности врачей и повысить эффективность диагностических решений. Система, ориентированная на вопросы неотложной диагностики и экстренной терапии с применением синдромного принципа, создаст новые возможности для повышения эффективности оказания помощи при неотложных состояниях и находится в прямой зависимости со снижением инвалидизации и смертности населения.

0501 ЛАТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.

Кулыгина Л.Е., Симаков А.А.

ГОУ ВПО Астраханская государственная Медицинская Академия Минздравоохранения РФ, Кафедра поликлинического дела и скорой медицинской помощи, Астрахань, Россия

В настоящее время в клинической практике чаще встречается стертое течение инфекционного эндокардита (ИЭ), при котором отсутствуют строго специфичные признаки заболевания.

Нами наблюдалась больная Б.62 лет. В течение года обращалась в поликлинику с жалобами общепринимационного характера и лечилась с Ds: ОРЗ, лакунарная ангина, острый пиелонефрит.

При обследовании у кардиолога были получены следующие данные: объективно при аускультации над верхушкой и в V точке выслушивается грубый систолический шум., в общем анализе крови — эр. $2.76 \times 10^{12}/л$, Hb-82 г/л., Тр $85 \times 10^9/л$, Лей $11 \times 10^9/л$, пал-5,с-78,л-13,м-3.,СОЭ 35мм/ч., в общем анализе мочи — эр. 50-60 в п/з, остальные показатели в пределах нормы., б/х крови: мочевина 16.7 ммоль/л., ЭКГ- синусовый ритм. Частые желудочковые экстрасистолы. ЭОС отклонена вправо. неполная блокада правой ножки пучка Гиса. R-графия органов грудной клетки — митральный порок сердца. Легочная гипертензия. УЗИ почек — данные за пиелонефрит. Эхо-КС: митральный клапан расхождение створок 15мм, створки уплотнены, деформированы, утолщены до 8-9мм, вегетации.

Клинический диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Вторичный инфекционный эндокардит митрального клапана, подострое течение. Частая желудочковая экстрасистолия. Иммунокомплексный миокардит, нефрит, анемия, тромбоцитопения ХПН I ст.

Необходимо помнить, что связь с медицинскими манипуляциями, способными вызывать преходящую бактериемию, прослеживается менее чем в 20% случаев подострого течения ИЭ, однако, даже в этих случаях необходимо проводить профилактику ИЭ адекватными дозами антибактериальных препаратов.

0502 НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Кулыгина Л.Е., Симаков А.А.

ГОУ ВПО Астраханская государственная Медицинская Академия Минздравоохранения РФ. Кафедра поликлинического дела и скорой медицинской помощи, Астрахань, Россия

На базе районной больницы города Астрахани, был проведен опрос больных с гипертонической болезнью II- III стадии, II ст-60% (гипертрофия левого желудочка, ангиопатия

сетчатки, дислипидемия, метаболический синдром), III ст-40% (в анамнезе инфаркт миокарда, инсульты 1:3). При выписке отмечалась положительная динамика, у больных стабилизировалось АД на целевых уровнях, функциональный класс из IV переведен во IIА, купировались симптомы недостаточности кровообращения, что говорит о высоком уровне профессионализма врачей. Было выяснено, что 45% больных после выписки из стационара не выполняли рекомендации, добившись целевого уровня АД 130-140/80-90 мм рт.ст, грамотно подобранной гипотензивной терапии из 2-3 препаратов, трактовалось больными как лечение только в стационаре. Нет преемственности звена стационар — уч. терапевт- пациент. Все больные отметили рекомендации врачей о постоянном, длительном приеме препаратов. Из анамнеза жизни выяснено, что большинство больных являются работниками сельского хозяйства, занимающиеся тяжелым физическим трудом, что определяет фактор риска. 90% опрошенных людей в возрасте старше 60 лет имеют высокий уровень холестерина, т. е. высокий риск развития атеросклероза, ИБС, впоследствии сосудистых катастроф. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что уделяется мало внимания санпросвет работе, индивидуальной работе с пациентами, а также свидетельствует о том, что необходимо убеждать больного в важности приема препаратов после выписки из стационара ввиду низкого уровня культуры сельского населения.

0503 ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Кулюцин А.В., Лукьянова М. В., Олейников В. Э.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучить корреляционные взаимосвязи между частотными характеристиками ритма по данным суточного мониторирования ЭКГ и морфофункциональными показателями левого желудочка (ЛЖ) по данным эхокардиографического исследования (ЭхоКГ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени.

Методы исследования: объектом исследования были 38 пациентов с АГ 1-2 степени в возрасте 58.8 ± 8.9 лет. Средняя продолжительность заболевания 9.3 ± 6.5 лет. Всем больным после 2-х недельного отмывочного периода выполнено суточное мониторирование ЭКГ с оценкой частотных характеристик синусового ритма с использованием системы холтеровского мониторирования «Астрокард», ЗАО Медитек (Россия). Дополнительная опция системы «Астрокард» позволяет рассчитать процент сердечных сокращений, превышающих вводимые пороговые значения за выделенный период времени, который можно обозначить как «хронотропная нагрузка» (ХН). В результате анализа 24-часовых записей рассчитывали следующие частотные показатели синусового ритма: ЧСС за сутки, ЧСС за день и ночь, ХН за сутки, в дневные и ночные часы, а также Sa-нормированный индекс площади тренда ЧСС, отражающий ее среднее увеличение. Морфофункциональные и гемодинамические внутрисердечные показатели изучали методом ЭхоКГ с доплеровским анализом трансмитрального кровотока на эхокардиографе «My Lab 90» (Esaote, Италия). Статистическая обработка выполнена с использованием пакета программ Statistica 6. Данные представлены в виде r — коэффициента корреляции (по Спирмену) и уровня значимости р.

Результаты: в исследуемой группе больных АГ выявлена статистически значимая зависимость частотных характеристик ритма и следующих показателей ЭхоКГ: достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь показателя ХН за сутки ($r=-0.41$, $p=0.01$), ХН за день ($r=-0.36$, $p=0.03$) и ночь ($r=-0.38$, $p=0.02$) с ИММЛЖ.. Обнаружена прямая связь ХН за день с толщиной ЗСЛЖ ($r=0.29$, $p<0.05$). Также показатель ХН за сутки и ХН за день достоверно коррелировал с Vе — макси-

мальной скоростью кровотока в фазу раннего наполнения ($r=0,31$, $p<0,05$) и ($r=0,34$, $p=0,04$) соответственно. Значения ЧСС за сутки и ЧСС за день прямо коррелировали с Va — максимальной скоростью кровотока в фазу активного наполнения ($r=0,54$, $p<0,05$) и ($r=0,57$, $p=0,03$). Выявлена прямая связь Sa с Va ($r=0,51$, $p=0,02$) и фракцией выброса (ФВ) ЛЖ ($r=0,46$, $p=0,03$).

Выводы: в группе пациентов АГ выявлена статистически значимая прямая корреляционная взаимосвязь частотных показателей сердечного ритма с отдельными структурными и гемодинамическими ЭхоКГ показателями левого желудочка, что, возможно, позволит в будущем рассматривать ЧСС и «хронотропную нагрузку» в качестве маркеров раннего поражения сердца у больных с АГ.

0504 АТЕРОГЕННОСТЬ ПРИРОДНЫХ ДИКАРБОНИЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ

Кумскова Е.М.

ФГУ «РКНПК Росмедтехнологий», Москва, Россия

Целью настоящей работы было сравнительное исследование процесса модификации липопротеидов низкой плотности (ЛНП) под действием природных низкомолекулярных дикарбонильных соединений, образующихся в процессе перекисидации липидов при атеросклеротической гиперлипидемии (малоновый диальдегид — МДА) или автоокисления глюкозы при диабетической гипергликемии (глиоксаль — ГЛ и метилглиоксаль — МГЛ).

Методы: ЛНП выделяли из плазмы крови при помощи ультрацентрифугирования в градиенте плотности $NaBr$. ЛНП модифицировали, инкубируя в фосфатном буфере pH 7,4, содержащем МДА, ГЛ и МГЛ (1 мкмоль альдегида/100 мкг апоВ). Электрофорез образцов проводили в ПААГ (6% концентрирующий, 12% разделяющий гели); накопление шиффовых оснований (сшивок) в ЛНП при взаимодействии с альдегидами определяли флуориметрически при $\lambda_{ex}=350$ nm, $\lambda_{em}=430$ nm для ГЛ и МГЛ, либо при $\lambda_{ex}=425$ nm, $\lambda_{em}=470$ nm для МДА. Степень агрегации ЛНП оценивали по флуктуации светопропускания лазерного света ($\lambda=780$ nm). Генерирование супероксидного анион-радикала регистрировали методом люцигенин-зависимой хемилюминесценции в фосфатном буфере pH 7,8. Уровень МДА-модифицированных ЛНП в сыворотке крови пробандов определяли с помощью тест-наборов фирмы Merckodia (Швеция).

Результаты: в ходе исследования было показано, что шиффовы основания с наибольшей скоростью образуются при инкубации ЛНП с МДА, при инкубации ЛНП с ГЛ и с МГЛ скорость накопления флуорофоров значительно меньше. При электрофоретическом исследовании ЛНП было обнаружено, что практически все МДА-модифицированные ЛНП остаются на старте, тогда как ЛНП, модифицированные ГЛ и МГЛ, входят в гель на 35% и 44%, соответственно. В то же время, ГЛ- и МГЛ-модифицированные ЛНП больше подвержены спонтанной агрегации, чем МДА-модифицированные ЛНП. Кроме того, было обнаружено, что при взаимодействии лизина с МГЛ, но не с МДА, происходит генерирование супероксидного анион-радикала, не регистрируемое в присутствии супероксиддисмутазы (СОД). Добавление СОД также приводит к уменьшению степени агрегации ЛНП в присутствии МГ, но не влияет на агрегацию ЛНП в присутствии МДА. Показано, что моноклональные антитела, специфичные к МДА-модифицированным ЛНП, не связываются с ЛНП, модифицированными ГЛ и МГЛ. Выявлена сильная положительная корреляция между уровнем МДА-модифицированных ЛНП в сыворотке крови пробандов и биомаркерами атеросклероза — уровнями общего холестерина и холестерина ЛНП.

Выводы: Впервые выявлены существенные различия в физико-химических свойствах ЛНП при их «атерогенной» (МДА) и «диабетогенной» (ГЛ и МГЛ) модификации, что определяет эффективность их захвата моноцитами-макрофагами. Впервые установлен автокаталитический супероксидзависимый механизм развития карбонильного стресса при

модификации ЛНП продуктами автоокисления глюкозы (ГЛ и МГЛ). Полученные результаты открывают возможность использования моноклональных антител к альдегид-зависимым модификациям ЛНП для создания высокочувствительных селективных методов экспресс-диагностики атеросклероза и сахарного диабета.

0505 ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Куницкина Н.Ю., Козилова Н.А.

Госпиталь для ветеранов войн Пермского края, ГОУ ВПО ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: определить предикторы развития ортостатической гипотензии у больных гипертонической болезнью пожилого возраста.

Методы: обследовано 100 больных гипертонической болезнью в возрасте от 65 до 81 года, не принимающих постоянно антигипертензивную терапию. Все больные были разделены на 2 группы: первая — 48 больных с гипертонической болезнью пожилого возраста без ортостатической гипотензии ($n=48$), вторая — 52 больных с гипертонической болезнью пожилого возраста с ортостатической гипотензией ($n=52$). Средний возраст больных: в первой группе составил $73,1 \pm 7,5$ года, во второй — $70,7 \pm 8,0$ года. Всем больным проводились суточное мониторирование АД и активная ортостатическая проба Шеллонга при отсутствии приема антигипертензивных препаратов.

Результаты: в второй группе мужчин с ортостатической гипотензией достоверно больше, чем мужчин в первой группе без нее: 39 против 17 ($p=0,048$). У женщин ортостатическая гипотензия развивается реже, чем у мужчин ($p=0,005$). По данным суточного мониторирования АД среднее САД в первой группе составило $136,2 \pm 13,7$, во второй $152,9 \pm 23,4$ мм рт.ст. ($p<0,001$); среднее ДАД в первой группе — $87,0 \pm 12,4$, во второй — $94,4 \pm 14,7$ мм рт.ст. ($p=0,008$). Среднее САД в первой группе $124,5 \pm 19,2$, во второй — $139,9 \pm 28,5$ мм рт.ст. ($p=0,002$), среднее ДАД — $78,1 \pm 11,8$, $88,8 \pm 25,3$ мм рт.ст. для первой и второй групп ($p=0,009$). Среднесуточное САД/ДАД в первой группы — $131,8 \pm 15,3/83,7 \pm 11,8$, во второй — $148,0 \pm 25,0/91,3 \pm 15,0$ мм рт.ст. ($p<0,000/0,006$). Вариабельность САД днем/ночью для первой группы — $11,5 \pm 4,5/13,1 \pm 5,5$, для второй — $15,2 \pm 4,6/15,2 \pm 5,5$ мм рт.ст. ($p<0,001/0,059$). Вариабельность ДАД днем/ночью в первой группе — $9,3 \pm 2,3/10,3 \pm 3,6$, во второй — $10,6 \pm 2,4/10,4 \pm 3,1$ мм рт.ст. ($p=0,007/0,882$). Вариабельность среднесуточного ДАД в первой группе — $9,6 \pm 2,2$, во второй — $10,5 \pm 2,3$ мм рт.ст. ($p=0,049$). Снижение ночного САД/ДАД между группами не имело достоверных различий. Индекс времени (ИВ) днем САД/ДАД в первой группе — $41,4 \pm 29,8/44,8 \pm 33,4$, во второй — $62,3 \pm 28,6/60,5 \pm 33,6$ ($p<0,001/0,021$). ИВ ночью САД/ДАД в первой группе $42,4 \pm 31,9/44,5 \pm 32,4$, во второй $74,5 \pm 26,9/62,5 \pm 36,5$ ($p<0,001/0,011$). ИВ за сутки САД/ДАД для первой — $47,1 \pm 33,5/44,6 \pm 33,1$, для второй — $66,4 \pm 27,0/62,8 \pm 33,4$ ($p=0,002/0,007$). Ортостатическая гипотензия чаще выявлялась среди пациентов с гипертонической болезнью в сочетании с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ($p=0,037$), с сахарным диабетом 2-го типа ($p=0,016$) и реже встречалась у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) ($p=0,008$).

Выводы: предикторами развития ортостатической гипотензии у больных гипертонической болезнью пожилого возраста явились мужской пол, наличие ХСН, сахарного диабета 2 типа, степень повышения АД, высокая вариабельность САД и ДАД в дневное время, а также ДАД в течение суток и более высокий ИВ САД и ДАД днем. Наличие ХОБЛ по данным исследования предупреждает развитие ортостатической гипотензии, вероятно, в результате более выраженных и стойких компенсаторных реакций на фоне длительной гипоксии.

0506 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Куракина Е.А., Хохлунов С.М., Дуляков Д.В., Лапина Н.В., Семагин А.П., Благодичникова Е.М., Харламова М.В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель исследования: в отдаленном периоде после перенесенной тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) оценить влияние на течение заболевания имплантации кава-фильтра.

Методы исследования. Из 64 пациентов с установленным кава-фильтром в нижнюю полую вену обследовано 26 человек (41%). Показаниями для имплантации являлось наличие флотирующего тромба в системе нижней полой вены, рецидивы ТЭЛА на фоне постоянной терапии антикоагулянтами. Средний возраст больных составлял $48,4 \pm 12,3$ лет, 14 женщин и 13 мужчин, среднее время после эпизода ТЭЛА на момент обследования $46 \pm 25,19$ месяцев. По объему поражения легочного русла 14 человек имели массивную ТЭЛА, 10 — субмассивную, 2 пациента ТЭЛА мелких ветвей с рецидивирующим течением на фоне приема непрямых антикоагулянтов. Диагноз ТЭЛА в 100% случаев подтвержден ангиопульмонографией. Проводилась эхокардиография (ЭхоКГ), доплерография вен нижних конечностей, тест с 6-минутной ходьбой. Анализировалось количество повторных эпизодов ТЭЛА, тромбоза глубоких вен нижних конечностей, степень выраженности хронической сердечной недостаточности по шкале оценки клинического состояния (ШОКС) в модификации Мареева В.Ю. 2000 года и давление в легочной артерии по данным ЭхоКГ.

Полученные результаты: Повторный эпизод ТЭЛА произошел у 2 человек (8%), рецидивы тромбоза нижних конечностей отмечались у 9 пациентов (35%), непрямые антикоагулянты продолжали принимать 12 больных (46%), но целевые значения МНО были достигнуты в 60% случаев. Исходное среднее значение систолического давления в легочной артерии в остром периоде ТЭЛА составляло $63,73 \pm 11$ мм рт.ст., а на момент обследования находилось на уровне $42,11 \pm 11,36$ мм рт.ст. ($p < 0,05$). Несмотря на то, что после перенесенной ТЭЛА прошло $46 \pm 25,19$ месяцев, доля пациентов, у которых сохранялась легочная гипертензия, составила 88%. У всех больных имелись клинические проявления хронической сердечной недостаточности: у 9 пациентов 1 ФК по NYHA, 13, 3 и 1 пациента 2-й, 3-й и 4-й ФК соответственно. По результатам данных доплерографии глубоких вен нижних конечностей выявлено 9 случаев нового тромбоза (35%), у 16 больных имелись проявления посттромбофлебитической болезни, у 7 человек проявления клапанной недостаточности и у 8 варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей. Только в 3 случаях (12%) по доплерографии вен нижних конечностей отклонений не выявлено. Одна пациентка умерла в стационаре спустя 10 лет после имплантации кава-фильтра от декомпенсации легочно-сердечной недостаточности.

Выводы. 1) Имплантация кава-фильтра без приема непрямых антикоагулянтов не избавляет от риска рецидива ТЭЛА. 2) Новые тромбозы глубоких вен нижних конечностей возникали у 35% пациентов. 3) Практически у 90% пациентов сохранялась легочная гипертензия (систолическое давление в легочной артерии > 30 мм рт.ст.).

0507 МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭСSENЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Курбанова Д.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель настоящего исследования: выявление наиболее неблагоприятных комбинаций полиморфных маркеров генов ACE (I/D), ANG (M235T), AT1R (A1166C), CYP11B2 (T344C) у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) узбекской национальности, ассоциируемых с выраженностью гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Материал и методы исследования. Обследовано 172 этнических узбеков-мужчин, страдающих ЭГ II-III ст., средний возраст которых составил $49,4 \pm 7,8$ лет, средняя длительность ЭГ — $6,5 \pm 5,1$ лет. Параметры центральной гемодинамики и масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) оценивались с использованием М-режима эхокардиографии по методике Американской ассоциации эхокардиографии. ГЛЖ определялась на основании расчета ММЛЖ по методике Penn convention и ее индексированной к площади поверхности тела величины — индекса ММЛЖ (иММЛЖ). Изучение полиморфизма генов ACE, AT1R, CYP11B2, ANG проводилось путем амплификации соответствующих участков генов методом полимеразной цепной реакции с соответствующими праймерами.

Результаты. В процессе исследования проведен анализ возможных ассоциаций выраженности АГ и глубины развития ремоделирования ЛЖ в зависимости от носительства различного числа «повреждающих» аллелей и выявлены наиболее неблагоприятные комбинации «повреждающих» аллелей. Так, комбинированное носительство всех анализируемых «повреждающих» аллелей сопровождается достоверно более высокой степенью ГЛЖ: иММЛЖ при носительстве одного повреждающего аллеля (Iгр.) составил — $137,0 \pm 26,7$ г/м², двух аллелей (IIгр.) — $158,7 \pm 36,4$ г/м², трех аллелей (IIIгр.) — $166,0 \pm 48,4$ г/м², четырех аллелей (IVгр.) — $172,4 \pm 37,9$ г/м², при этом $p < 0,05$ между I-III и I-IV группами. Для более глубокого анализа вклада конкретного «повреждающего» аллеля в процессы становления АГ и ремоделирования сердца, был проведен сравнительный анализ в подгруппах по парному носительству изучаемых генетических маркеров: Iгр.-344T+235T, IIгр.-D+344T и IIIгр.-D+235T. При этом, парное носительство 344T+235T-аллелей ассоциировалось с наиболее высокими значениями ДАД (I-103,5±9,3 мм рт.ст., II-101,7±8,4 мм рт.ст., III-97,1±5,9 мм рт.ст., $p < 0,05$ между I и II группами), а носительство D+235T-аллелей было наиболее неблагоприятной комбинацией в отношении выраженности ГЛЖ (иММЛЖ составил: Iгр.-153,7±34,2 г/м², IIгр.-142,8±34,7 г/м², IIIгр.-169,1±34,5 г/м², $p < 0,05$ между II и III).

Выводы. 1. С накоплением количества «повреждающих» генетических маркеров прослеживается тенденция к росту АД и выраженности ГЛЖ. 2. Парное носительство 344T+235T-аллелей ассоциировалось с наиболее высокими значениями ДАД, а носительство D+235T-аллелей было наиболее неблагоприятной комбинацией в отношении выраженности ГЛЖ, по сравнению с комбинацией D+344T, свидетельствуя о возможной приоритетной роли 235T-аллеля в данных процессах.

0508 НЕКОТОРЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПРОПАФЕНОНА

Курбанов Р.Д., Закиров Н.У., Азизов Ш.К.

Республиканский специализированный центр кардиологии, отделение нарушения ритма сердца, Ташкент, Узбекистан

Цель: Определить некоторые предикторы рецидивирования фибрилляции предсердий (ФП) на фоне профилактического приема пропafenона.

Материал исследования: В исследование включено 45 больных, из них 13 женщин с симптомными гемодинамически стабильными, рецидивами ФП, у которых был восстановлен синусовый ритм (СР) пропанормом. При этом частота рецидивов ФП до начала исследования была не менее 2 раз в 3 месяца. Средний возраст составил $54,33 \pm 11,97$ лет, продолжительность последнего приступа не менее 4 часов.

Методы исследования: ЭхоКГ, ЭКГ в 12 отведениях. Противорецидивная эффективность изучалась через 1, 3 и 6 мес. после восстановления СР на фоне пропанорма 450-600 мг/сут.

По результатам наблюдения больные были разделены на 2 группы (гр.) 1 гр. составили больные с положительным эффектом пропанорма которые продолжали прием препарата, а 2 гр. составили больные, которым из-за неудовлетворительности противорецидивного эффекта препарата к очередному сроку наблюдения был назначен другой ААП.

Результаты: Установлено что количество больных которыми был назначен другой антиаритмический препарат (ААП) увеличивалось по мере увеличения срока наблюдения и составило 11,7%, 14,7% и 27,8% соответственно, через 1, 3 и 6 мес.. При этом ФП чаще развивались у женщин: составляя 23%, 25% и 36%, через 1, 3 и 6 мес. наблюдения, что в 3,4; 2,5 и 1,7 раз выше аналогичных показателей мужчин ($p>0,05$). Установлено что, средний возраст у лиц 2 гр. оказался несколько выше, чем в 1 гр. ($p>0,05$). Группы не отличались между собой по объемным показателям левого желудочка (ЛЖ) и фракции выброса (ФВ). Исходные размеры левого предсердия (ЛП) были выше в 2 гр. на всех этапах наблюдения, чем в гр. сравнения 39,4мм против 34,8мм ($p=0,08$), 39,4мм против 34,3мм ($p=0,02$), 38,1мм против 34,0мм ($p=0,01$). Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) была несколько выше в 2 гр., 236 гр. против 205 гр. ($p>0,05$). При этом если межгрупповые различия по размеру задней стенки левого желудочка носили недостоверный характер, то величина межжелудочковой перегородки (МЖП) оказалось достоверно выше в 2 гр., превосходя соответствующие показатели в сравниваемых группах на 14,7% ($p=0,04$), 14,6% ($p=0,03$) и 11,8 ($p=0,06$) соответственно на 1, 3 и 6 мес. наблюдения.

Выводы:

1. Неудовлетворительный противорецидивный эффект пропанорма наблюдался у 12%, 15% и 28% больных через 1, 3 и 6 мес. наблюдения.
2. Рецидивы ФП чаще наблюдались у лиц женского пола, при этом половые различия были более выражены в ранние сроки наблюдения.
3. Для лиц с неудовлетворительной профилактической эффективностью пропанорма характерна достоверно большая значения ЛП и МЖП.
4. Профилактическая эффективность пропанорма оказалась несколько выше у лиц молодого возраста.

0509 ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И АМИОДАРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА

Курбанов Р.Д., Абдуллаев Т.А., Абдуллаев А.И.*

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан; *Хорезмский филиал Республиканского специализированного центра кардиологии, Ургенч, Узбекистан

Цель исследования: Оценить влияние антиаритмических препаратов III класса — соталолола и амиодарона на показатели толерантности к физической нагрузке (ТФН) и энергообеспечения миокарда у больных неревматическими миокардитами (М) с желудочковыми аритмиями (ЖА).

Материал и методы: В исследование включены 35 больных (18 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 17 до 42 лет ($30,3\pm1,7$ лет). Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 10 лет. Диагноз М устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (1964, 1973гг.). Всем больным проводились клинические обследования, регистрация ЭКГ, ХМЭКГ и ВЭМ-проба до и после курсового приема препаратов. Всем больным проводились клинические обследования, регистрация ЭКГ, ХМЭКГ и ВЭМ-проба до и после курсового приема препаратов. Влияние соталолола на показатели велоэргометрии изучалось у 21 больных М с ЖА в дозах от 80 до 240 мг (в среднем $114,0\pm47,8$ мг/сут) на 5-10 сутки приема (в среднем $6,5\pm4,0$ сут). Амиодарон применен 23 больным в дозе 600-1000 мг ($678,3\pm131,3$ мг/сут) с оценкой на $9,4\pm2,6$ сутки приема.

Результаты исследования: Соталол достоверно повышал показатели ТФН: длительность нагрузки ($+11,2\pm4,2\%$, $p=0,022$), величину объема выполненной работы (ОВР) ($+16,9\pm6,6\%$, $p=0,039$) и достигнутую мощность нагрузки (ДМН) ($+8,7\pm3,2\%$, $p=0,034$). На фоне приема насыщающих доз амиодарона прирост ТФН был высокодостоверным (соответственно на $+18,3\pm5,1\%$, $+33,1\pm10,1\%$ и $+15,9\pm5,0\%$, все $p=0,0001$), что более чем в два

раза превышало аналогичный эффект соталолола. На фоне приема соталолола отмечено уменьшение энергозатрат миокарда: ЧСС в покое и на высоте нагрузки ($-19,0\pm2,5$ и $-19,3\pm2,2\%$, оба $p=0,0001$), систолического артериального давления (САД) в покое и на высоте нагрузки ($-6,9\pm2,8$ и $-10,3\pm1,9\%$ соответственно, оба $p<0,05$), двойное произведение (ДП) в покое и на высоте нагрузки ($-24,0\pm3,7$ и $-28,0\pm2,2\%$, оба $p=0,0001$), индекс энергетических затрат миокарда на единицу выполненной работы (ИЭЗ) по ЧСС ($-30,9\pm4,5\%$, $p=0,0001$), по САД ($-9,2\pm12,8\%$, $p>0,05$) и по ДП ($-30,9\pm4,5\%$, $p=0,0001$). Показатели энергозатрат миокарда на фоне приема амиодарона достоверно снижались: ЧСС в покое на $11,2\pm2,0\%$ ($p=0,0001$), ЧСС на высоте нагрузки на $9,0\pm3,2\%$ ($p=0,010$) и ИЭЗ по ЧСС на $9,9\pm7,9\%$ ($p=0,025$). Препарат практически не повлиял на уровень САД и ИЭЗ по САД. ДП в покое снижалось на $13,9\pm2,8\%$ ($p=0,0001$), а на высоте нагрузки только на $8,3\pm4,4\%$ ($p=0,072$), и, следовательно, ИЭЗ по ДП на $8,7\pm8,4\%$ ($p=0,044$).

Выводы: таким образом, у больных М с ЖА соталол способствует достоверному уменьшению потребностей миокарда в кислороде. Амиодарон в отличие от соталолола более достоверно и значительно увеличивает параметры ТФН, при этом энергетические затраты миокарда снизились значительно меньше, чем при приеме соталолола.

0510 НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ И ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кусова А.Б.

МГМСУ, Москва, Россия

В последние годы распространенность заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) у женщин во время беременности растет, что, несомненно, определяет состояние физического и психического здоровья подрастающего поколения, так как установлено, что даже субклинические формы тиреоидной патологии у матери могут крайне неблагоприятно отразиться на состоянии плода и новорожденного. Одним из клинических проявлений патологии ЩЖ являются нарушения сердечного ритма, которые у беременных встречаются достаточно часто — от 20 до 40%, причем 43% из них не связаны с органическим заболеванием сердца. Нарушения ритма сердца могут оказывать отрицательное влияние не только на течение беременности и здоровье беременной женщины, но и на перинатальные исходы.

Целью исследования явилось изучение возможной связи возникновения различных нарушений сердечного ритма с патологией щитовидной железы у беременных женщин.

Пациенты и методы обследования. В исследование были включены 61 пациентка в возрасте от 18 до 41 лет во II триместре беременности. Все обследованные находились под наблюдением в специализированном кардиологическом отделении ГКБ №67. Из них 34 женщины были первородящими и 27 — повторнородящими. До наступления настоящей беременности ни у одной из них не было нарушений функции щитовидной железы. Обследование подразумевало определение уровней тиреотропного гормона (ТТГ) и свободного Т4 (свТ4) путем радиоиммунного анализа. Нарушение сердечного ритма оценивали при помощи длительного (24-часовое) мониторирования ЭКГ по Холтеру по рутинной методике на мониторах «Medilog Prima» и «Schiller MT-200». УЗИ щитовидной железы проводили с помощью аппарата «PHILIPS HD 11HE».

Результаты и обсуждения. После проведенного обследования были выделены 4 группы: у 29 пациенток (47,5%) имелась синусовая тахикардия, из них у 4 женщин выявлен диффузный эутиреоидный зоб, и у 2 субклинический гипотиреоз -1 группа. У 20 обследуемых (32,8%) наблюдалась желудочковая экстрасистолия (ЖЭ), из них у 6 женщин имелся субклинический гипотиреоз — 2 группа, и у 8 (13,1%) выявлена наджелудочковая экстрасистолия (НЖЭ) без каких-либо изменений со стороны ЩЖ — 3 группа. У 4 (6,6%) беременных диагностирован синдром слабости синусового узла (миграция водителя ритма) — 4 группа.

Выводы: 1. У беременных нарушение ритма сердца в большинстве случаев представлено синусовой тахикардией, супра-

вентрикулярной и желудочковой экстрасистолией, а также миграцией водителя ритма. 2. У 9,9% женщин обнаружено нарушение функции щитовидной железы в виде субклинического гипотиреоза. У этих пациенток выявлена желудочковая экстрасистолия.

0511 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ

Кушнаренко Н.Н., Шангина А.М., Говорин А.В., Соллов А.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить лимфоцитарно-тромбоцитарную адгезию у больных подагрой в период обострения и ремиссии в сравнении с таковой у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы: обследовано 38 мужчин с подагрой, средний возраст которых составил $41 \pm 8,8$ лет. Длительность подагры колебалась от 1,5 до 10 лет. В эту группу вошли 20 пациентов с острым подагрическим артритом I-II степени активности (52,6%) и 18 больных с подагрой в стадии ремиссии (47,4%). Диагноз удовлетворял Римским критериям. Вторую группу составили 15 пациентов с метаболическим синдромом (МС) без гиперурикемии, средний возраст - $33 \pm 5,9$ лет. Диагноз удовлетворял критериям ВОЗ (1998г). Контрольную группу составили 12 мужчин, средний возраст - $33 \pm 5,9$ лет. Феномен лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии (ЛТА) определяли методом, основанным на оценке адгезивного взаимодействия между CD4+ лимфоцитами и тромбоцитами (Витковский Ю.А. и соавт. 1999г).

Результаты: при изучении ЛТА у пациентов с подагрой выявлена тенденция к ее снижению по отношению к таковой у пациентов с МС ($12,79 \pm 4,8\%$ и $14,2 \pm 5,5\%$ соответственно). При сравнении с контролем значения ЛТА существенно не отличались ($12,25 \pm 3,3\%$). В период ремиссии подагры количество лимфоцитарно-тромбоцитарных коагратов (ЛТК) было несколько меньше по сравнению с группой контроля ($10,33 \pm 3,2\%$). Тогда как в стадию обострения подагры количество ЛТК было выше ($15,56 \pm 4,8\%$) этого показателя в группе МС и в группе контроля ($p < 0,05$).

Выводы: у больных подагрой выявлено увеличение количества лимфоцитарно-тромбоцитарных коагратов в стадию обострения, что указывает на выраженность воспалительной реакции.

0512 КАРДИОРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛЖ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Лазарева Н.В., Ощепкова Е.В., Коробкова И.З., Атауллаханова Д.М., Рогоза А.Н., Хеймец Г.И.

ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ, Москва, Россия

Цель: оценить информативность кардиорентгенологических показателей: индекса гипертрофии миокарда (hvs) и кардиоторакального индекса (КТИ) в диагностике гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) и ремоделирования ЛЖ у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: Обследовано 110 больных АГ I-II ст., среднего возраста $50,6 \pm 1,2$ лет, из них 16 АГ I ст и 94 АГ II ст, умеренного и высокого риска. ГЛЖ оценивали методом Эхо-КГ «System-5» (фирмы «GE»-США), Vivid7. Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали по формуле R.Devereux, «Пенн-куб». ГЛЖ считали при ИММЛЖ > 125 г/м для мужчин и 110 г/м для женщин. Ремоделирование ЛЖ оценивалось по показателю относительной толщины стенок (ОТС) ЛЖ (в зависимости от значения ОТС $> 0,42$), рассчитывали по формуле: $ОТС = (ТМЖП + ТЗСЛЖ) / КДР$; где ТМЖП – толщина межжелудочковой перегородки и ТЗСЛЖ – задней стенки ЛЖ; КДР – конечный диастолический размер ЛЖ. Из рентгенологических показателей для оценки ГЛЖ изучали: hvs и КТИ, которые сопоставлялись с ИММЛЖ по данным Эхо-КГ. Для сравнения информативности выявления ГЛЖ использовался точный критерий Фишера ($p < 0,05$). Для оценки оптимальной чувствительности и специфичности использовалось построение ROC-кривых.

Результаты: Выявлены различия в информативности рентгенологических показателей в диагностике ГЛЖ: у мужчин наиболее информативным показателем в выявлении ГЛЖ оказался hvs; при значении $hvs > 7,0$ мм наблюдается оптимальное сочетание чувствительности (83%) и специфичности (75%) (площадь под кривой = $0,821$, $p < 0,01$). У женщин наиболее информативен – КТИ, но только у лиц с избыточным весом и ожирением, и не информативен у женщин АГ с нормальным индексом массы тела. Показатель КТИ показал положительную предсказательную ценность (чувствительность 82,9% и специфичность 70,8%) при значениях КТИ $> 49\%$, (площадь под кривой = $0,805$, $p < 0,05$). Показатель hvs не информативен в диагностике ГЛЖ у женщин с АГ. Установлена зависимость показателя hvs от выраженности ГЛЖ. При выраженной ГЛЖ (ИММЛЖ > 150 г/м²) hvs достигал максимального значения $13,7 \pm 1,9$ мм у большинства больных АГ (в 70% случаев). Показатель hvs был выше при концентрической ГЛЖ- $11,9 \pm 1,1$ мм и эксцентрической ГЛЖ- $11,7 \pm 0,7$ мм, в отличие от группы с нормальной геометрией ЛЖ = $8,9 \pm 0,8$ ($p < 0,05$). Показатель КТИ не зависел от типа ремоделирования ЛЖ.

Выводы: В отсутствии возможности проведения Эхо-КГ в амбулаторных условиях рентгенологическое исследование может быть использовано как скрининговый метод в диагностике ГЛЖ у больных АГ. В оценке ГЛЖ у мужчин может быть использован индекс гипертрофии (hvs), пороговое значение > 7 мм, а у женщин с избыточным весом и ожирением – кардиоторакальный индекс (КТИ), пороговое значение $> 50\%$. Индекс гипертрофии был достоверно выше при концентрической и эксцентрической ГЛЖ у больных АГ, в отличие от лиц с нормальной геометрией левого желудочка.

0513 О ПРОБЛЕМЕ НАДЕЖНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РОЛИ МОНИТОРИНГА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЧЕК

Липтева Г.Ф., Казьмина В.Ю., Колмыкова Г.А., Носова Н.С.

ГОУ ВПО Новосибирский ГМУ Росздрава, ГОУ ВПО НГУЭУ (НИНХ), Новосибирск, Россия

Наши исследования и исследования других авторов показывают, что при артериальной гипертензии (АГ) у больных на фоне сочетанной патологии с наиболее манифестно выраженным патологическим процессом в сердечно-сосудистой системе чаще, чем в популяции, встречается поражение почек. Функциональное состояние этого органа при сочетанных заболеваниях зависит от адекватности медикаментозной терапии и определяет не только эффективность диспансеризации, но и прогноз жизни. Таким образом, достижение целей диспансеризации (и не только при АГ) во многом зависит от возможности мониторировать функциональный статус почек – как важнейшего органа элиминационной системы организма.

Целью наших исследований было изучение подходов к определению функционального статуса почек, отработка методики, пригодной для мониторирования в амбулаторных условиях. Решались задачи формирования информационного массива (по данным лабораторного исследования 60 больных с подтвержденным диагнозом болезни почек, 60 больных с АГ без развернутой картины нефрологического заболевания, анамнестическим данным 230 нефрологических больных), отбора наиболее информативных показателей для оценки функционального статуса и разработки скрининговой методики (комплексной программы, включающей качественные и количественные параметры), оценки функционального статуса почек в динамике (на фоне медикаментозной терапии основных или часто «обостряющихся» сочетанных заболеваний). Для решения поставленных задач использовались программы, разработанные в Институте математики СО РАН, пакет SPSS.

Результаты: Разработана методика оценки функции почек по изменению экскреторных показателей в определенное время суток. Установлено, что под влиянием провоцирующих медикаментозных факторов (при продолжительном или постоянном поддерживающем лечении с применением излишне стимулирующих или иным образом повреждающих канальцевый аппарат

почек лекарств (диуретиков и др.), происходит срыв ремиссии с латентным течением того или иного патологического процесса при сочетанной патологии с изменением экскреторной функции почек, показателей циркадианных биоритмов, ухудшением самочувствия пациентов. При этом период «видимого улучшения» функции почек может трактоваться ошибочно, что мешает своевременной отмене неадекватной терапии.

Выводы: 1. Для повышения безопасности, надежности, эффективности диспансеризации кардиологических больных необходим мониторинг с оценкой функции почек. 2. Необходимы исследования характера «индивидуального» воздействия на почки тех или иных медикаментозных средств, особенно длительно или постоянно применяемых. 3. Стимуляция функций почек под влиянием медикаментозных (иных) воздействий может приводить к временному или стойкому ухудшению экскреторной функции, что снижает эффективность диспансерных мероприятий.

0514 ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА

Ларёва Н.В., Гурuléва М.Б.

ГОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия», Чита, Россия

В ряде научных исследований установлено, что у лиц с сахарным диабетом (СД) 2 типа распространенность ИБС и смертность от нее — в 2–4 раза выше по сравнению с лицами без диабета. Поэтому проблема корректной тактики лечения и наблюдения пациентов с СД 2 типа сохраняет высокую значимость.

Цель исследования: оценка результатов амбулаторного лечения пациентов с СД 2 типа и соответствия тактики ведения больных отечественным и международным рекомендациям.

Результаты исследования: Анализировались амбулаторные карты 353 пациентов (20,2% мужчин и 79,8% женщин, средний возраст больных 56,9±7,8 года) СД типа 2, наблюдавшихся в 2007–2008 гг. в городской поликлинике. Распространенность ИБС среди пациентов с СД типа 2 составила 42,3%, а 20,3% этих больных перенесли инфаркт миокарда. По данным многочисленных эпидемиологических исследований, питание, избыточная масса тела и физическая активность определяют частоту сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с СД. По результатам нашего исследования, ИМТ > 30 кг/м² был у 181 (55,6%) пациентов, что соответствует эпидемиологическим данным о взаимосвязи СД типа 2 и ожирения. В амбулаторных картах практически не отражены сведения о курении. Целевой уровень АД для пациентов с СД 2 типа при отсутствии протеинурии составляет <130/80 мм рт. ст. В исследуемой группе больных частота артериальной гипертензии составила 81,4%, при том АД >130/80 было у 95,8%. Рекомендуемые целевые значения АД в нашем исследовании достигнуты только у 4,2% пациентов. Целевые значения липидов для популяции пациентов с СД: общий ХС (ОХС) <4,5 ммоль/л; ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л. В нашем исследовании нарушения липидного обмена диагностированы у 25% пациентов, однако эти данные не могут быть признаны абсолютными, так как полный липидный профиль определен всего у 7 (2%) пациентов, уровень ОХС — у 81 (23% больных). Статины назначались лишь 10,5% пациентов, целевое значение ОХС (<4,5 ммоль/л) не достигнуто ни у одного из больных. Согласно современным стандартам, оптимальный уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) — от 7,0 до 6,5%. В нашем исследовании уровень HbA_{1c} определялся только у 6,7% пациентов, его среднее значение составило 8,7%. Рекомендуемые целевые значения гликемии натощак — <6,0 ммоль/л. Показатели гликемии приведены в 89,6% амбулаторных карт. Целевые значения гликемии были выявлены у 12,1% всех пациентов, у 87,9% больных контроль гликемии неудовлетворительный. Все поставленные терапевтические цели достигнуты только у 1,7% всех больных, включенных в наше исследование.

Вывод: обнаружено недостаточное внимание врачей к выявлению и коррекции модифицируемых факторов риска, а также

низкая частота достижения целевых показателей АД, липидного профиля и гликемии. Рутинное ведение больных СД 2 типа не соответствует современным рекомендациям.

0515 КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСТИНФАРКТНОГО ГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

Ларина Ю. В., Некрутенко Л. А., Туев А. В., Рубеш И. П.

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

Цель: оценить динамику основных параметров гемостаза у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) постинфарктного генеза II–III функциональных классов в процессе комплексной терапии с включением карведилола и метопролола.

Материалы и методы: обследовано 60 больных с ХСН давностью 5,21±5,17 лет. Актуальные показатели оценивались в динамике до и после 4-месячной терапии, включающей ингибитор АПФ (иАПФ), спиронолактон, салуретик, статин, аспирин, сердечные гликозиды по показаниям и β-адреноблокатор — карведилол («Макиз-фарма», Россия) в основной группе (n=30), либо метопролола тартрат в группе сравнения (n=30). Пациенты обеих когорт были сопоставимы по полу, возрасту, давности ХСН. Дозы иАПФ, диуретиков, статинов в группах наблюдения были эквивалентны. Дозы β-адреноблокаторов титровались пошагово до максимальных переносимых, составивших для карведилола 44,17±7,86, а для метопролола 110,0±39,17 мг в сутки. Показатели системы гемостаза оценивались с помощью коагулометра ACL-7000 и функциональными методами («Стандарт-Технология», Барнаул). В группу контроля вошли 50 практически здоровых человек (25 мужчин) среднего возраста 32,2±1,7 года.

Результаты: исходно обнаружены признаки дисфункции всех звеньев системы гемостаза со значимым различием показателей от таковых у практически здоровых (p=0,000). У пациентов с ХСН III ФК по сравнению с больными II ФК достовернее выражена депрессия ХЗФ (p=0,031), выше уровень тромбинемии (РКМФ, p=0,000), фибриногенемии (p=0,000). Корреляционный анализ между параметрами системы гемостаза показал наличие достоверных протромбогенных взаимоотношений с участием ХЗЛ, с одной стороны, и фибриногеном R=0,43, p=0,0006; РКМФ R=0,29, p=0,03, с другой. Также выявлена связь средней силы между фибриногеном и РКМФ (R=0,47, p=0,001), отражающая повышенный риск тромбообразования. На фоне терапии в обеих группах отмечена позитивная динамика показателей антикоагуляционного и фибринолитического звеньев, а также достоверное снижение уровня тромбинемии. В основной группе выявлены более значимый прирост уровня анти-тромбина III в плазме на 3,73% (p=0,0001) и активация фибринолиза с увеличением резерва плазминогена на 5,12% (p=0,0002). Концентрация фибриногена в основной когорте относительно группы сравнения также снизилась достоверно на 32,4% (p=0,002). В основной группе отмечена отчетливая тенденция к уменьшению функциональной активности фактора Виллелебранда, а в группе сравнения каких-либо изменений этот показатель не претерпел. Показатели здоровых значения в обеих группах не достигли.

Выводы: комплексная терапия с включением карведилола достоверно оптимальнее влияет на фибринолитический и антикоагуляционный потенциал плазмы у больных ХСН постинфарктного генеза.

0516 ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Латфуллин И.А.¹, Подольская А.А.², Ишмурзин Г.П.²

¹Больница скорой медицинской помощи, Казань, Россия;

²Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования: оценка эффективности и безопасности применения милдроната в остром периоде инфаркта миокарда (ОИМ).

Материалы и методы: в исследование было включено 80 пациентов, которые были разделены на 4 группы: 1 группа — больные ОИМ с зубцом Q или комплексом QS (16 мужчин и 4 женщины в возрасте от $44 \pm 2,4$ до $76,9 \pm 0,8$ года); 2 группа — больные ОИМ без зубца Q (12 мужчин и 8 женщин в возрасте от $42 \pm 1,3$ до $75,4 \pm 1,6$); 3 группа — больные ОИМ с зубцом Q или комплексом QS на стандартной терапии. 11 мужчин и 9 женщин в возрасте $36 \pm 1,3$ до $76 \pm 1,1$ года); 4 группа — больные ОИМ без зубца Q на стандартной терапии (13 мужчин и 7 женщин в возрасте $39 \pm 2,4$ до $73,9 \pm 0,8$ года). Диагноз ОИМ верифицирован согласно рекомендациям ВНОК (2008г.). Первая и вторая группы пациентов получали на фоне стандартного лечения ОИМ милдронат по 0,5 — 1 г в/в в течение 10 дней, затем по 500 мг 2 раза в сутки в течение 18 дней. Эффективность милдроната оценивалась по субъективным ощущениям пациентов (количество ангинозных приступов, одышка, слабость, сердцебиение, переносимость физической нагрузки), параметрам гемодинамики (ЧСС, АД), показателям липидного спектра крови — общий холестерин (ОХС), ХС липидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), триглицериды (ТГ), ХС липидов высокой плотности (ХС ЛПВП), данным ЭКГ и ЭхоКГ в динамике.

Результаты: при лечении милдронатом существенного влияния на ЧСС не наблюдалось ($p > 0,05$), достоверной динамики АД как систолического ($p > 0,05$), так и диастолического ($p > 0,05$) зарегистрировано не было. В группах лечения милдронатом не было зафиксировано тяжелых повторных ангинозных приступов. В отличие от групп сравнения (у 3 пациентов ОИМ с зубцом Q и у 1 пациента ОИМ без зубца Q развилась ранняя постинфарктная стенокардия). Анализ данных ЭКГ в динамике ОИМ у пациентов групп сопоставления позволил установить, что средние сроки формирования подострой стадии ОИМ (возвращение сегмента ST к изолинии) наблюдались на 5,8 сутки ОИМ у пациентов групп лечения милдронатом и на 5,9 сутки заболевания — у пациентов на стандартной терапии. Достоверная динамика была выявлена в сроках формирования зубца T на ЭКГ: у пациентов 1 и 2 групп это время составило 1,2 суток, тогда как в группах сравнения — 2,3 ($p = 0,049$). Лечение милдронатом в течение 1 мес не приводило к достоверному уменьшению КДР ЛЖ, но наметилась тенденция к повышению ФВ ЛЖ с $52,9$ до $54,8\%$ ($p > 0,05$). Других изменений по данным ЭхоКГ выявлено не было. Выраженного влияния на липидный спектр в исследуемых группах по сравнению с группами сравнения также не наблюдалось. Необходимо отметить, что при приеме милдроната пациенты отмечали улучшение субъективных показателей — уменьшались слабость, одышка, сердцебиение, количество ангинозных приступов и потребность в нитроглицерине сублингвально (особенно у пожилых пациентов).

Выводы: включение в комплексную терапию ОИМ милдроната позволяет ускорить положительную динамику ЭКГ и улучшить качество жизни пациентов; терапия милдронатом не выявила случаев аллергических реакций и хорошо переносится больными.

0517 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИТРУМ[®] КАРДИО ОМЕГА — 3 У БОЛЬНЫХ ИБС

Латфуллин И.А.¹, Подольская А.А.², Ишмурзин Г.П.²

¹Больница скорой медицинской помощи, Казань, Россия; ²Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель исследования: оценка эффективности гипополипидемической активности препарата витрум[®] кардио омега — 3 у больных ИБС с дислипидемией.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 58 пациентов (мужчин — 32, женщин — 26) в возрасте от 38 до 67 лет (средний возраст $54,2 \pm 6,2$ года) с различными формами ИБС. Диагноз ИБС верифицирован согласно рекомендациям ВНОК (2006г.). Изучались показатели липидного спектра крови: общий холестерин (ОХС), ХС липидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды (ТГ), ХС липидов высокой плотности (ХС ЛПВП) — до и после восьминедельного приема препарата в дозе 500 мг в сутки. Использовались унифицированные методики определения вышеуказанных лабораторных показателей. В качестве базисной терапии ИБС пациенты

получали пролонгированные нитраты, бета-адреноблокаторы (кардиоселективные и липофильные), антиагреганты.

Результаты: на фоне терапии препаратом витрум[®] кардио омега — 3 наблюдалось снижение среднего уровня ОХС с $5,2 \pm 1,24$ ммоль/л до $5,0 \pm 1,08$ ммоль/л, ХС ЛПНП с $3,8 \pm 0,68$ ммоль/л до $3,2 \pm 0,54$ ммоль/л, уровень ТГ снизился незначительно с 1,8 ммоль/л до $1,7 \pm 0,34$ ммоль/л. Средняя величина ХС ЛПВП практически не изменилась: соответственно 0,98 ммоль/л и 0,88 ммоль/л. Следует отметить хорошую переносимость препарата в данной дозе (у 2-х пациентов были незначительные диспептические расстройства).

Выводы: препарат витрум[®] кардио омега — 3 оказывает умеренный гипополипидемический эффект, влияя главным образом на уровень ХС ЛПНП, и может быть рекомендован в качестве дополнительной терапии при дислипидемии у больных ИБС.

0518 ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ

Лебедева Л.С., Маянская С.Д., Попова А.А., Гребенкина И.А., Лукина Е.Б., Шагина Л.А.

ГОУ ВПО НГМУ Росздрава, МУЗ ГКБ №2, Новосибирск, Россия

Эндоцелиальная дисфункция является одним из важнейших патогенетических механизмов прогрессирования артериальной гипертензии. Следует отметить, что артериальная гипертензия редко встречается в пожилом возрасте без сопутствующих заболеваний, чаще она сочетается с сахарным диабетом и ИБС. Данные заболевания синергично усиливают прогрессирование эндоцелиальной дисфункции, способствуя быстрому развитию тяжелых осложнений, таких как инфаркт миокарда и инсульт. Многие классы гипотензивных препаратов показали свое положительное влияние на регресс эндоцелиальной дисфункции. Однако основное место занимают ингибиторы АПФ.

Цель исследования: оценить функцию эндотелия сосудов у пациентов с артериальной гипертензией и ассоциированными заболеваниями (ИБС, сахарный диабет), длительно принимающими ингибиторы АПФ.

Методы исследования: в исследование были включены 39 человек, которые были разделены на три группы: 1-ая группа — пациенты с артериальной гипертензией — 15 человек, 2-ая — пациенты с артериальной гипертензией и ИБС — 14, 3-я группа — пациенты с артериальной гипертензией, ИБС и сахарным диабетом — 10. Из них 19 мужчин и 20 женщин. Средний возраст обследованных составил $61,5 \pm 5,8$ лет. Сосудодвигательную функцию оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения d плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной (постокклюзионной) гиперемией (120 сек после декомпрессии). Комплекс интима/медиа (ким) оценивался с помощью эходоплерографии брахиоцефальных артерий. Длительность приема ингибиторов АПФ была сопоставима во всех группах и составила 7,5 лет в 1-ой и во 2-ой группах и 8,2 лет в 3-ей группе.

Результаты: в первой группе больных эндоцелиальная дисфункция, оцениваемая с помощью пробы с реактивной гиперемией плечевых артерий, выявилась у 26,6% пациентов (d артерии исходно составил в среднем 3,1 мм., d артерии после пробы в среднем -3,4 мм., Δd в среднем -9,6). Во второй группе больных эндоцелиальная дисфункция составляет 50% (d артерии исходно составил в среднем 4,3 мм., d артерии после пробы в среднем -4,6 мм., Δd в среднем -6,95). В третьей группе больных эндоцелиальная дисфункция выявилась в 100% случаев (d артерии исходно составил в среднем 2,85 мм., d артерии после пробы в среднем -3 мм., Δd в среднем -4,2). Таким образом, наименьший прост d артерии определяется у пациентов с артериальной гипертензией, ИБС и сахарным диабетом.

Нарушение соотношения интимы/медиа сонных артерий в первой группе определялось в 60% (толщина ким в среднем 1,3 мм). Во второй группе в 50% (толщина ким в среднем 1,05). В третьей группе составило 100% (толщина ким составила в среднем 1,4 мм). Таким образом, наибольшая толщина ким определяется у пациентов с артериальной гипертензией, ИБС и сахарным диабетом.

Выводы: Полученные данные свидетельствуют о выраженном прогрессировании дисфункции эндотелия сосудов у лиц пожилого возраста с сочетанной патологией (артериальная гипертензия, ИБС, сахарный диабет), что в свою очередь является фактором риска развития сердечнососудистой патологии. Выявление маркеров эндотелиальной дисфункции, особенно у лиц с микст-патологией, позволяет осуществить своевременную профилактику их осложнений, улучшая тем самым качество и продолжительность жизни пациентов. Прием ингибиторов АПФ является патогенетически обоснованным и обязательным у данной категории пациентов.

0519 ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА И УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Лебедева Н.Б., Барбараш О.Л., Ваховская И.М., Васильева В.В.
ГУ ВПО Кемеровская медицинская академия, Кемерово, Россия;
МУЗ «Городская клиническая больница №11», Кемерово, Россия

Известно, что депрессивные расстройства ассоциируются с плохим прогнозом при ИБС и ее острых формах. Одним из обсуждаемых механизмов реализации этой взаимосвязи является влияние депрессии на активность процессов воспаления, что способствует дестабилизации атеросклеротической бляшки.

Цель исследования: изучение взаимосвязей уровня депрессивных расстройств и маркеров воспаления при остром ИМ.

Материал и методы. Обследовано 86 мужчин и женщин, находившихся на стационарном лечении в инфарктном отделении ККД по поводу Q-образующего ИМ. Средний возраст пациентов составил $62 \pm 1,3$ года. Больные обследовались на 5-7 сутки от развития ИМ (начало формирования постинфарктного периода по ЭКГ) и через год на фоне стандартной терапии. 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.

Результаты. Показано, что с увеличением класса тяжести ИМ повышается и средний балл депрессии: от $32,7 \pm 1,4$ у пациентов со II классом тяжести ИМ до $38,2 \pm 1,5$ ($p=0,01$) у больных ИМ IV класса тяжести. В течение года средние баллы депрессии существенно не изменились ($34,5 \pm 1,2$ и $38,6 \pm 1,4$ соответственно). При анализе годового прогноза выяснено, что при благоприятном течении постинфарктного периода и исходный, и годовые средние баллы депрессии пациентов были достоверно ниже, чем в группе с относительно благоприятным и неблагоприятным течением, что подтверждает предположение о взаимосвязи тяжести ИМ и уровня депрессии.

Для исключения влияния тяжести ИМ на концентрации маркеров воспаления были проанализированы уровни воспалительных факторов в зависимости от балла депрессии в группе больных ИМ III класса тяжести и показано, что уровни провоспалительных маркеров в постостром периоде ИМ оказались выше в группе больных с более высоким баллом депрессии. Достоверные различия были отмечены в отношении концентраций СРБ ($13,86 \pm 8,6$ и $6,4 \pm 4,4$ с $p=0,001$), ИЛ-8 ($104,54 \pm 14,9$ и $43,83 \pm 12,2$ с $p=0,009$), ИЛ-1 β ($72,23 \pm 13$ и $49,46 \pm 7,7$ с $p=0,09$), ИНФ- γ ($52,76 \pm 7,5$ и $23,75 \pm 7,2$ с $p=0,02$), что свидетельствует о большей напряженности воспалительных процессов у пациентов с признаками депрессии.

Вывод. Воспалительная активация сопровождается развитием депрессивного синдрома при ИМ и может являться одной из причин неблагоприятного прогностического действия депрессии при ИМ.

0520 ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лебедькова С.Е., Рошупкин А.Н.
ГОУ ВПО «ОрГМА Росздрава», Оренбург, Россия

Метаболический синдром (МС) является одной из самых актуальных медицинских, социальных и экономических проблем, т.к. он широко распространен среди взрослого населения.

В последние годы отмечается рост частоты МС среди детей и подростков. МС характеризуется развитием осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, однако данная проблема мало изучена у детей.

Цель исследования: установить изменения параметров поверхностной ЭКГ у детей и подростков с метаболическим синдромом.

Методы исследования: обследовано 78 детей: 30 девочек и 48 мальчиков, в возрасте от 5 до 16 лет с абдоминальным ожирением (АО), как в сочетании с другими признаками МС, так и без них. У 8 из них был поставлен диагноз МС по трем признакам, у 30 — по двум, а 40 детей с АО составили контрольную группу. Обследование включало запись электрокардиограммы с регистрацией в 12-ти отведениях (лежа, стоя, после нагрузки) аппаратом Schiller cardiovolt AT-1 (Германия), суточное мониторирование ЭКГ аппаратом «Epicardia 3000» (Австрия). Больным проведено полное клиническое обследование на МС и АО.

Результаты и обсуждение: у всех детей были выявлены различные изменения со стороны сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ или суточного мониторирования ЭКГ. Самым распространенным нарушением зарегистрирована синусовая тахикардия, отмечавшаяся в 46,2% случаев, при том как брадикардия отмечалась в 23,1% случаев. У детей с МС с 3 критериями тахикардия отмечалась в 37,5%, с 2 критериями — в 60%, у детей с АО — в 37,5%, а брадикардия в 37,5%, 13,33% и 27,5% случаев соответственно. Предсердный ритм, как стабильный, так и сопровождавшийся миграцией водителя ритма после нагрузки отмечался в 25,6% случаев (у 50% детей с МС по 3 признакам, у 30% детей с 2 признаками МС и только у 17,5% детей с АО). Миграция водителя ритма обнаружена в 20,5% (у 25% детей с 3 признаками МС, у 20% детей с 2 признаками и у 20% детей с АО). Нарушения процессов реполяризации имели 44,9% детей, при этом они не исчезали после нагрузочных проб, что соответствует миокардиодистрофиям 2-3 степени (у детей с 3 признаками МС — в 63% случаев, с 2 признаками — в 46,67% и у детей с АО — в 40%).

Заключение: таким образом полученные нами данные показали, что у детей и подростков с МС и АО часто отмечаются изменения параметров поверхностной ЭКГ. Это указывает на то, что уже в детском и подростковом возрасте резко возрастает степень риска сердечно-сосудистых заболеваний. Дети и подростки с АО и МС должны быть включены в группу риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний с соответствующими диспансерным наблюдением и профилактическим лечением.

0521 ОЦЕКА КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Левицкая Е.С., Батюшин М.М., Терентьев В.П., Дюжиков А.А., Собин С.В.

ГОУ ВПО РостГМУ, ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Проблема кардиоренальных взаимоотношений, на сегодняшний день, является предметом изучения многих исследователей. С открытием нейрогуморальной теории патогенеза хронической сердечной недостаточности (ХСН) стало известно, что почкам отводится одно из самых главных мест в развитии ХСН. С одной стороны их рассматривают как орган-мишень, с другой — как механизм развития данной патологии. Известен факт, что большинство гуморальных факторов, участвующих в развитии патологии сердца, образуются именно в почках, а с усугублением механизмов патогенеза замыкают порочный круг. В то же время, при тяжелой декомпенсации ХСН почки получают лишь 25-30% от необходимого им объема крови, поддерживая свои функциональные возможности на начальных этапах компенсаторной гипертрофией нефронов, а затем, при истощении последних, наступает патология почек. Возникает вопрос, стойкой ли является эта патологическая реакция, могут ли нормализоваться почечные функции с положительной динамикой течения ХСН и какой прогноз у этих больных с развитием дисфункции почек. Поэтому, целью данного исследования является определение влияния «почечных» факторов риска (ФР) на сердечно-сосудистую выживаемость у больных с нарушенной интракоронарной гемодинамикой, до и после операции реваскуляризации миокарда, с учетом

наличия традиционных ФР, оценки клинического состояния обследуемого, функционального класса (ФК) ХСН. Для достижения поставленной цели в группу обследуемых на настоящий момент включено 27 пациентов, с показателями к выполнению оперативного вмешательства по восстановлению коронарного кровотока (аортокоронарное шунтирование (АКШ), баллонная ангиопластика со стентированием) и наличием «почечных» ФР (микроальбуминурия (МАУ) и другие). Методом исследования выбрано анкетирование больных, с определением степени артериальной гипертензии (АГ), ФК ХСН, а также определение МАУ тест-полосками фирмы «Биоскан». Анализируя результаты анкетирования, стало известно, что третью степень АГ имели 61% больных, вторую — 30% пациентов, а первая степень АГ была выявлена в 9% случаев. Причем, у пациентов с АГ третьей степени средний уровень МАУ составил 179 мг/мл, второй степени — 100 мг/мл, тогда как при АГ первой степени — 50 мг/мл. При оценке ФК ХСН, выявлено, что 70% больных имели третий ФК, а остальные 30% пациентов — второй. Средний уровень МАУ у больных с третьим ФК составил 166 мг/мл, у пациентов со вторым ФК — 93 мг/мл. В послеоперационный период (в среднем 5 дней) 65% пациентов имели первый ФК, с уровнем МАУ 126 мг/мл, а у 35% больных со вторым ФК показатель МАУ составил 134 мг/мл. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о прямой коррелятивной зависимости между степенью АГ и показателем МАУ: с повышением артериального давления, определяются более высокие значения МАУ. Стало известно, что и ФК ХСН также зависит от уровня МАУ, причем с восстановлением интракоронарного кровотока связь этих двух показателей остается прежней. Анализируя уровень МАУ у больных со вторым ФК, выявлено увеличение данного показателя в ранний послеоперационный период, что, видимо, обусловлено проведением у части больных АКШ в условиях искусственного кровообращения.

0522 ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИИ СЕРДЦА

Лекарева И.В., Бабаева А.Р., Кострюкова И.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

К наиболее частым аномалиям соединительнотканного каркаса сердца относят идиопатический пролапс митрального клапана (ПМК), ложные хорды (ЛХ) митрального клапана.

В основе патологического процесса соединительнотканной диспазии (СТД) сердца лежит поражение основного вещества соединительной ткани, состоящего из протеогликановых комплексов (ПГ). Полисахаридные цепи ПГ представлены гликозамингликанами (ГАГ). При поражении соединительной ткани различного генеза происходит повышение уровня ГАГ в крови, связанное с деградацией ПГ комплексов, «высвобождением» сульфатированных ГАГ с последующей диффузией их в сосудистое русло. Исходя из того, что нарушения метаболизма ПГ в тканях отражается на уровне их полисахаридных компонентов в крови, возникает предположение о возможных изменениях содержания сывороточных ГАГ у лиц с СТД сердца.

Цель исследования явилось определение уровня сульфатированных ГАГ у больных с идиопатическим ПМК и ЛХ.

В исследование включены 73 пациента с верифицированным диагнозом идиопатического ПМК, 35 пациентов с ЛХ, из них 47 (43,%) мужчин и 61 (56,7%) женщина в возрасте от 18 до 47 лет (средний возраст $22,4 \pm 0,7$ лет). В контрольную группу были включены 30 практически здоровых лиц, из них 14 женщин (46,6%) и 16 мужчин (53,3%). Наряду с общепринятым клиническим, инструментальным и лабораторным обследованием проводилось определение сульфатированных ГАГ в сыворотке крови по методу Farndale.

Наименьшим оказался уровень сульфатированных ГАГ в контрольной группе ($72,52 \pm 4,46$ мкг/мл), в то время как в группе больных СТД ($212,74 \pm 18,25$ мкг/мл) этот показатель оказался статистически достоверно выше по сравнению с контрольной группой ($t=7,2$, $p<0,001$). При сравнении исследуемого показателя в группах больных с различными проявлениями СТД оказалось, что при ПМК происходит более выраженное нарастание

сульфатированных ГАГ в крови ($225,42 \pm 6,13$ мкг/мл), чем при ЛХ ($194,79 \pm 8,52$ мкг/мл). Уровень сульфатированных ГАГ в сыворотке крови больных ПМК оказался достоверно выше, чем у пациентов с ЛХ ($t=2,3$, $p<0,05$). Следует отметить, что у больных СТД обнаружена высокая частота положительных результатов при определении уровня сульфатированных ГАГ в сыворотке крови по сравнению с контрольной группой ($t=7,7$, $t=8,7$, $p<0,001$), причем эта закономерность отмечалась и в группе ПМК и в группе ЛХ.

Таким образом, у больных СТД сердца имеет место достоверное увеличение содержания сульфатированных ГАГ в крови по сравнению со здоровыми лицами. Частота выявления повышенного содержания сульфатированных ГАГ в крови больных СТД сердца оказалась в 4–5 раз выше, чем у здоровых лиц. Таким образом, уровень сульфатированных ГАГ адекватно отражает процесс метаболических нарушений в соединительной ткани при СТД сердца и может быть использован в диагностических и прогностических целях.

0523 КАРДИОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТОКСИДОЛА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

Лещанкина Н.Ю., Начкина Э.И., Власов А.П.

Медицинский институт Мордовского государственного университета им. Н.П.Огарева, Саранск, Россия

Одной из наиболее уязвимых к действию повреждающих факторов при эндотоксикозе является сердечно-сосудистая система, осложнения со стороны которой становятся частой причиной смерти при данной патологии. В последние годы активно обсуждаются возможности применения для лечения эндотоксикоза препаратов, обладающих антиоксидантной активностью.

Целью работы явилось изучение влияния нового производного 3-оксипиридина этоксида на электрофизиологические показатели миокарда в условиях эндогенной интоксикации.

Методы исследования: собакам моделировали острый панкреатит по В.М.Буянову (1989). Анализировали электрофизиологические показатели сердца, уровень перекисного окисления липидов (ПОЛ), активность фосфолипазы A_2 (ФЛА₂). В опытных группах животным в комплексную терапию включали внутривенные инъекции 5% раствора этоксида (10 мг/кг).

Полученные результаты: установлено, что в условиях выбранной модели эндотоксикоза отмечалось нарушение электрофизиологических параметров сердца: увеличение ЧСС на 14,3–18,3% ($p<0,05$), достоверное уменьшение интервалов RR на 22,2–31,1%, QRS — на 23,3–32,9%, PQ — на 20,0–31,8%, QT — на 20,8–41,7%. Определялось снижение вольтажа основных зубцов на ЭКГ. В процессе эксперимента происходит интенсификация процессов ПОЛ в тканях миокарда: нарастает уровень первичных продуктов ПОЛ — диеновых конъюгатов и вторичных — триеновых конъюгатов и малонового диальдегида, увеличивается активность ФЛА₂, снижается активность супероксиддисмутазы. Под влиянием этоксида положительно изменялись электрофизиологические параметры сердца. Выявлено достоверное снижение ЧСС на 9,7–13,3%, увеличение интервалов RR — на 11,4–29,0%, QRS — на 10,7–31,4%, PQ — на 21,3–23,4%, QT — на 23,5–42,9%, увеличивалась амплитуда основных зубцов на ЭКГ. Процессы ПОЛ клеток сердечной ткани также подвергались значительной коррекции: уровень продуктов ПОЛ снижался, уменьшалась активность ФЛА₂ (на 26–47%) и повышалась активность супероксиддисмутазы.

Заключение: при эндотоксикозе отмечена корреляционная зависимость между усилением процесса ПОЛ, нарастанием активности липолитических ферментов и ухудшением электрофизиологических показателей деятельности миокарда. Использование этоксида приводит не только к снижению активности ПОЛ и уменьшению активности липолитических ферментов в тканевых структурах органа, но и к коррекции электрофизиологических показателей сердца. Применение этоксида представляет дополнительные возможности предотвращения фатальных аритмий и сердечной недостаточности при различных патологических состояниях, сопровождающихся развитием эндотоксикоза.

0524 ПЕРСПЕКТИВЫ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

Лещанкина Н.Ю.

Медицинский институт Мордовского госуниверситета им. Н.П.Огарева, Саранск, Россия

Глубокие нарушения в системе гемостаза усугубляют течение эндотоксикоза, сопровождающего многие критические состояния, к которым относится и острый панкреатит. При этой патологии быстро формируются нарушения периферического кровообращения и блокада микроциркуляторного русла, что приводит к полиорганной недостаточности, в том числе тяжелому повреждению миокарда.

Цель исследования: изучение в эксперименте влияния этоксидола на показатели гуморального компонента гемостаза при остром панкреатите.

Методы исследования: острый панкреатит моделировали у собак методом В.М. Буянова с соавт. (1989). Для оценки состояния гемостаза исследовались: время спонтанного свертывания крови, время рекальцификации обычной плазмы, протромбиновое время плазмы, тромбиновое время, антитромбин III, эуглобулиновый метод определения фибринолитической активности крови, естественный лизис кровяного сгустка, продукты деградации фибриногена и фибрина (ПДФ) в плазме. В опытных группах животным в комплексную терапию включали внутривенные инъекции 5% раствора этоксидола (10 мг/кг).

Результаты: течение острого панкреатита сопровождается ухудшением гемостазиограммы: укорачивается время свертываемости крови на 23,0–29,2% ($p<0,05$), время рекальцификации плазмы — на 26,9–30,3% ($p<0,05$), протромбиновое время — на 31,2–50,9% ($p<0,05$), тромбиновое время — на 27,3–43,9% ($p<0,05$), спонтанный фибринолиз — на 27,6–48,3% ($p<0,05$), снижается уровень антитромбина III на 26,1–47,0% ($p<0,05$), достоверно регистрировалось повышение эуглобулинового фибринолиза (на 28,4–58,0%), увеличение уровня ПДФ — (на 73,2–125,3%).

На фоне введения этоксидола прослеживалась выраженная коррекция показателей гемостазиограммы плазмы крови. Основная часть показателей приблизилась к норме уже к 3-м суткам лечения, а время свертывания крови, рекальцификации плазмы и эуглобулиновый фибринолиз не отличались от нормальных величин уже после первого введения препарата. Относительно контроля выявлено увеличение времени свертываемости крови на 25,0–62,6% ($p<0,05$), времени рекальцификации плазмы — на 26,6–92,0% ($p<0,05$), протромбинового времени — на 19,6–67,4% ($p<0,05$), тромбинового времени — на 66,8% ($p<0,05$), спонтанного фибринолиза — на 35,2–74,6% ($p<0,05$), повышение уровня антитромбина III — на 18,4–75,7% ($p<0,05$). При этом регистрировалось снижение эуглобулинового фибринолиза на 15,6–33,3% ($p<0,05$), снижение уровня ПДФ на 21,8–48,7% ($p<0,05$).

Таким образом, проведенные исследования показали, что применение этоксидола корректирует коагуляционный потенциал крови, повышает фибринолитическую активность, что сдерживает нарушение микроциркуляции, предотвращая тем самым поражение миокарда при эндотоксикозе.

0525 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ У ЛИЦ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Либензон Р.Т.

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Цель: Изучить эффективность монотерапии гипотиазидом у лиц с мягкой артериальной гипертонией (АГ), где артериальное давление (АД) 140–179 мм рт.ст. систолическое (САД) и 95–104 мм рт.ст. (ДАД).

Методы исследования. Длительное контролируемое лечение получали 164 мужчин в возрасте от 30 до 54 лет без признаков ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности.

Эффективность оценивали по стабилизации АД ниже 140 и 90 мм рт.ст., отсутствию гипертонических кризов и мозговых инсультов, снижению временной утраты трудоспособности в связи с АГ и ее осложнениями. Контроль за уровнем АД осуществлялся на каждом визите к врачу (1 раз в 2 недели, а после достижения оптимального уровня через 4–6 недель 1 раз в месяц).

Контролем служили больные АГ (208 человек), отказавшиеся от длительного приема гипотензивных средств.

Результаты. На фоне лечения гипотензивный эффект наблюдался у 93,2% больных. Побочные действия от длительного применения препарата были выражены в легкой степени, легко устранялись при уменьшении дозы, в трех случаях — назначением верошпирона. Прослеживается четкая связь между регулярностью лечения и заболеваемостью с временной утратой нетрудоспособности. В группе наблюдения показатели числа случаев и дней нетрудоспособности в связи с АГ уменьшились в среднем в 2–2,5 раза, а в контрольной — эти показатели выросли почти в 6 раз с развитием мозгового инсульта у 4 больных, у одного больного завершился летальным исходом.

Выводы. Наши результаты показывают, что эффективность монотерапии (диуретики) гипотиазидом определяется ее регулярностью, что позволяет сохранить качество жизни больных АГ и предотвратить у них развитие такого грозного осложнения АГ как мозговой инсульт. Наши данные согласуются с результатами как отечественных, так и зарубежных авторов, выделяющие группу диуретиков, как препараты выбора в лечении мягкой АГ.

0526 ТЯЖЕЛАЯ РЕТИНОПАТИЯ – ОТЕК ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ли Е.Д., Столярова Н.И., Косоурихина Т.Н., Борискина Т.В., Самсонова Л.Н., Зверева Л.С.

Медицинский центр Банка России, Москва, Россия

Цель. Изучить влияние степени артериальной гипертензии на развитие отека диска зрительного нерва (ОДЗН).

Методы. В исследование включено 78 больных с артериальной гипертензией 2-3 степени и метаболическим синдромом. Средний возраст пациентов составил 55,4±9,5 лет, длительность артериальной гипертензии в 1-й группе 127,4±66,1 мес, во 2-й 170±120,6 мес ($p=0,086$). Больные были распределены в две группы: в группе с ОДЗН (1-я группа) 33 пациента, без отека (2-я группа) — 45.

Результаты: Среди пациентов преобладали мужчины — 60%, различия в половом составе групп не было. Среди обследованных лиц 19 человек (24%) были курильщиками, различия между группами не было ($\chi^2=1,19$, $p=0,28$). Средний индекс массы тела в 1-й группе был несколько выше — 36,18±7,5, чем во 2-й 33,58±7,4 ($p=0,49$). Число пациентов с сахарным диабетом 2-го типа в обеих группах не различалось (1-й группе — 8, во 2-й 14 ($\chi^2=0,065$, $p=0,799$)). Уровень систолического АД до стационарного лечения составил 151,5±25,6 мм рт.ст. и 146,3±21,5 в 1-й и 2-й группах соответственно ($p=0,72$), диастолического 89,4±12,5 мм рт.ст. и 87,4±12,9 ($p=0,98$). После лечения в обеих группах были достигнуты целевые цифры артериального давления: 128,9±10,7 мм рт.ст. и 125,9±9,2 систолическое ($p=0,19$) и 80,9±7,2 мм рт.ст. и 80,2±3,9 диастолическое в 1-й и 2-й группах соответственно ($p=0,09$).

В группе с ОДЗН 31% пациентов находился на комбинированной терапии из 2-х антигипертензивных препаратов, в группе без отека — 41%; 3 препарата

получали 27% в 1-й группе и 29% во 2-й, квадротерапия потребовалась у 18% больных в 1-й группе и 0,04% во 2-й. При сравнении режимов антигипертензивной терапии в группах достоверной разницы выявлено не было ($\chi^2=1,44$, $p=0,952$). Уровень гиперлипидемии по общему холестерину достоверно не различался и составил в среднем 5,5±1,4 ммоль/л; ЛПНП 3,2±1,2 и ТГ 2,3±1,7 ммоль/л в 1-й и 2-й группах ($p=0,56$).

Однако, при оценке толщины интима-медиа общих сонных артерий были выявлены достоверные различия. В группе ОДЗН этот показатель составил $1,19 \pm 0,52$ мм, без отека ДЗН $0,76 \pm 0,56$ мм, $p=0,02$.

Выводы: таким образом, у пациентов с метаболическим синдромом степень и длительность артериальной гипертензии не влияют на развитие ОДЗН, а значимым различием является увеличение толщины интима-медиа, что требует дальнейших исследований.

0527 КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КРАЛОНИН В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Липницкая Е.А., Орлов М.А., Орлов М.М., Мурзамуратова Н.И., Костенко Т.Н.

Астраханская государственная медицинская академия, Астрахань, Россия; ФГУ Центр реабилитации ФСС РФ «Тинаки», Астрахань, Россия

Цель. Оптимизация санаторно-курортного лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС) на основе новых принципов оценки функционального состояния организма.

Методы исследования. Обследовано 34 больных ИБС (16 женщин и 18 мужчин) в возрасте 52-70 лет, поступивших на санаторно-курортное лечение (СКЛ). Все пациенты страдают стабильной стенокардией напряжения II–III ФК, длительность которой колебалась от 4 до 8 лет. У 14 пациентов установлена артериальная гипертензия I-II степени, 8 человек ранее перенесли инфаркт миокарда. Программа стандартного СКЛ включала диету, климатотерапию, лечебную гимнастику, дозированную ходьбу, гидрокинезиотерапию, массаж, лазеротерапию и рациональную фармакотерапию. Всем пациентам с целью улучшения адаптационных возможностей организма назначали препарат «Кралонин» в дозе 10 капель трехкратно в течение суток на период СКЛ. Комплексное обследование проводилось в динамике лечебного процесса и включало клиническое исследование, оценку состояния психоэмоциональной сферы по системе «САН» (самочувствие, активность, настроение) и развитие адаптационных реакций (метод Л.Х. Гаркави и соавт., 1990 г.). Функциональное состояние больных оценивалось по результатам ЭКГ, ЭхоКГ, велоэргометрии и ритмографии.

Полученные результаты. При поступлении на СКЛ у 70% больных отмечены неблагоприятные адаптационные реакции повышенной активации или переактивации, напряжение регуляторных механизмов с повышением цены адаптации, что и послужило клиническим обоснованием для применения препарата «Кралонин». Об эффективности применения препарата в комплексном СКЛ свидетельствует улучшение показателей системы «САН» у всех пациентов, снижение частоты приступов стенокардии у 76% пациентов. 10 пациентам уменьшены дозы гипотензивных препаратов в связи с достижением целевых уровней АД. У 5 человек улучшились показатели ЭКГ и исчезла наблюдавшаяся ранее экстрасистолия. Отмечается достоверное ($p<0,05$) повышение толерантности к физической нагрузке по данным ВЭМ: $70,6 \pm 2,8$ Вт и $45,6 \pm 2,2$ Вт при поступлении. Результаты ЭхоКГ свидетельствуют о достоверном ($p<0,05$) повышении показателя фракции выброса левого желудочка, составившего $62,4 \pm 1,2\%$ против $52,6 \pm 1,6\%$. После курсового приема «Кралонина» нами установлены позитивные сдвиги в вегетативной регуляции в сторону парасимпатикотонии, снижение напряжения регуляторных механизмов с развитием благоприятных реакций адаптации в 88% наблюдения.

Выводы. Включение препарата растительного происхождения «Кралонин» способствует оптимизации санаторно-курортного лечения больных ИБС со стабильной стенокардией напряжения, за счет позитивных изменений адаптационного состояния и вегетативной регуляции функционирования сердечно-сосудистой системы. Препарат безопасен и может быть использован в реабилитации больных ИБС.

0528 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Литвиненко М.В., Гоголашвили Н.Г., Савченко А.А., Бритых Т.Н., Катман Е.С., Винокурова Э.П., Новгородецкая Н.Я.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ МПС СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью нашего исследования было изучение эффективности применения препарата Омега-3 ПНЖК — Омакор (SOLVEY PHARMA) у больных с желудочковыми нарушениями ритма сердца в течение года после острого инфаркта миокарда (ОИМ).

При обследовании 175 человек в течение года после ОИМ (анкетирование, запись ЭКГ, 24х часовое холтеровское мониторирование (ХМ)) выделена группа больных 24 человека; 17 мужчин (70,8%) и 7 женщин (29,2%) с количеством желудочковых экстрасистол (ЖЭ) от 500 до 1000 в сутки. Желудочковые экстрасистолы классифицировались по градациям B. Lown, M. Wolf (1971, 1983). Средний возраст больных составил $59 \pm 2,2$ года. Всем больным ХМ проводилось на фоне получаемой терапии: антиагреганты принимали — 79,2%, бета-блокаторы принимали — 83,3%, статины — 45,8%, ингибиторы АПФ — 87,5%, нитраты — 45,8%, мочегонные — 25%, блокаторы Са-каналов — 12,5%, антиаритмики — 20,8% больных. По результатам ХМ в данной группе среднее количество ЖЭ составило 670 ± 77 за сутки (нижний квартиль 446, верхний квартиль 813). Всем больным дополнительно к принимаемой терапии назначен препарат Омега-3 ПНЖК — Омакор в дозе 1 грамм в сутки, который они получали в течение 3-х месяцев, после чего проведено контрольное 24х часовое ХМ. По результатам контрольного исследования среднее количество ЖЭ уменьшилось до 129 ± 144 (нижний квартиль 34, верхний квартиль 545), снижение статистически значимо $p = 0,0078$. Снижение количества ЖЭ менее 500 ЖЭ за сутки наблюдалось у 17 из 24 человек (70,8%), количество пациентов у которых количество ЖЭ снизилось более чем на 75% составило 45,8%. Статистически значимо снизились: частота ЖЭ высоких градаций с 83,3% до 33,3% ($p=0,005$), 4А — с 83,3% до 45,8% ($p=0,007$), 4Б включая короткие пароксизмы желудочковой тахикардии — с 54,2% до 16,7% ($p=0,0073$), сочетание 4А и 4Б градаций — с 54,2% до 16,7% ($p=0,0073$). Зарегистрировано снижение встречаемости следующих градаций: 2 — с 62,5% до 37,5%, 3 — с 16,7% до 8,3%, сочетание всех видов высоких градаций полностью исчезло, однако, различия не были статистически значимы.

Таким образом, прием препарата Омакор после ОИМ при умеренно частой ЖЭ в течение 3х месяцев приводит значимому к снижению общего количества ЖЭ и высоких градаций ЖЭ.

0529 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Литяева Т.Ю.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в мире продолжает расти. Эпидемиология ХСН в России имеет свои особенности: данный синдром чаще встречается среди лиц женского пола. Такая ситуация объясняется высокими показателями общей смертности у мужчин в возрасте 40-60 лет и большой гендерной разницей в средней продолжительности жизни. Сахарный диабет, согласно отечественным рекомендациям, занимает третье место среди причин ХСН, после артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца (ИБС).

Целью работы явилось выявление ХСН у больных сахарным диабетом 2-го типа. Под наблюдением находилось 49 больных эндокринологического отделения ОКБ№1 г.Оренбурга, поступивших на стационарное лечение в течение месяца.

Из них: 35-женщин, 14-мужчин. Возраст женщин составлял $60,8 \pm 5,57$; возраст мужчин — $50,4 \pm 4,29$. У всех пациенток

была диагностирована артериальная гипертензия, у 9 из них — ИБС (шестеро страдают стенокардией, трое перенесли инфаркт миокарда). У мужчин артериальная гипертензия была диагностирована в 12 случаях, стенокардия выявлена у троих, один больной перенес инфаркт миокарда и у одного больного — безболевая ишемия. По данным опроса, у всех больных с ранее выявленной артериальной гипертензией в базисную терапию входили иАПФ и в-блокаторы, но регулярно принимали данные препараты только 60% женщин и 30% мужчин.

Диагностика ХСН и ее стадий осуществлялась по отечественным рекомендациям во 2-ой редакции, т.е. основываясь на клинической симптоматике и данных инструментальных исследований (признаки систолической и/или диастолической дисфункции левого желудочка по результатам Эхо-КС). Функциональный класс ХСН уточнялся с помощью теста 6-минутной ходьбы (с учетом возраста, пола и индекса массы тела) и шкалы оценки клинического состояния пациента в модификации В.Ю.Мареева (2000).

По данным обследования ХСН была выявлена у 34 женщин, из них 1ФК- 19 больных, 11ФК- 15 больных. У мужчин ХСН была выявлена в 71% (1ФК- 7 больных, 11ФК — 3). Следует отметить, что у 18 женщин и 7 мужчин ХСН была диагностирована впервые в ходе настоящего обследования.

Таким образом, анализ «месячного среза» пациентов эндокринологического отделения подтверждает высокую распространенность ХСН у больных сахарным диабетом, среди женщин приближающуюся вплотную к 100%. Несмотря на небольшое количество наблюдаемых пациентов, результаты работы обосновывают необходимость активного выявления ХСН у больных сахарным диабетом.

0530 ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕССОРНЫХ ФАКТОРОВ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Лиферов Р.А., Глотов Д.А., Стажинский А.Н., Игонин В.А., Фисун А.А. ФГУ «3 Центральный военный клинический госпиталь имени А.А.Визньевского МО РФ», Красногорск, Россия

Цель исследования: изучение состояния нитроксид (NO)-продуцирующей функции эндотелия, эндотелий-зависимой (ЭЗВД) и эндотелий-независимой вазодилатации (ЭНВД) плечевой артерии, активности ренина плазмы (АРП), концентрации альдостерона плазмы (КАП), и суточных профилей АД (СПАД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) на рабочем месте (стрессиндуцированной АГ — СИАГ).

Материал и методы. В исследование включены 32 больных СИАГ с низким риском (I группа), 67 больных СИАГ со средним риском (II группа), 118 больных СИАГ с высоким риском (III группа), 94 больных СИАГ с очень высоким риском (группа IV), а также 20 лиц контрольной группы, у которых АД не превышало нормальных величин.

В результате проведенного исследования было показано, что у больных с СИАГ в отдельных группах с нарастанием выраженности АГ и категорий риска отмечается достоверное снижение сосудодвигательной функции эндотелия, прежде всего за счет ЭЗВД, снижение базальной и стимулированной экскреции NO.

При этом у больных с СИАГ при низком и среднем риске отмечено преимущественное повышение АРП при нормальных показателях КАП, а у больных с СИАГ высокого и очень высокого риска отмечено повышение КАП на фоне снижения АРП. Эти сдвиги были наиболее отчетливы и достоверны в группах наблюдавшихся больных с АГ II и III степеней.

При проведении корреляционных сопоставлений у больных с АГ выявлены взаимосвязи между снижением функциональных характеристик эндотелия, повышением КАП и снижением АРП, с выраженностью и длительностью гипертензивного синдрома, величинами гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и величиной суточной протеинурии (СП).

Таким образом, при СИАГ формируются изменения прессорных факторов и функциональной активности эндотелия, выраженность которых нарастает у больных с увеличением категорий риска.

При СИАГ с нарастанием прессорных сдвигов и эндотелиальной дисфункции нарастание выраженности ГЛЖ и СП.

0531 ПОТРЕБЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Лиходеева Ю.В., Малахов А.И., Магницкая О.В.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Цель и задачи. Определить фактическое потребление лекарственных средств (ЛС) для лечения хронической ИБС как основного/сопутствующего заболевания в стационаре и установить соответствие лечения современным Российским рекомендациям ВНОК «Диагностика и лечение стабильной стенокардии» (2008).

Материалы и методы. В исследование были отобраны истории болезни пациентов кардиологического (173) и пульмонологического (135) отделений НУЗ ОКБ на ст.Волгоград-1, находившихся на лечении с 01.01.08 по 31.12.08 с основным/сопутствующим диагнозом «ИБС. Стабильная стенокардия». На каждую историю болезни заполнялась ИРК. Оценивалось потребление ЛС для лечения ИБС с помощью АТС/DDD методологии ВОЗ (DDD/100 койко-дней) с последующим анализом основных потребляемых ЛС (сегмента DU-90%).

Результаты. Группы пациентов кардиологического и пульмонологического отделений были примерно сопоставимы по возрасту ($68,7 \pm 9,3$ лет и $67,6 \pm 9,3$ лет, соответственно), полу (мужчины/женщины 49/51% и 55/45%, соответственно), ИМТ ($28,1 \pm 6,2$ кг/м² и $28,7 \pm 5,9$ кг/м², соответственно). Средний койко-день в пульмонологии и кардиологии составил $14,2 \pm 4,9$ к-день и $11,1 \pm 4,3$ к-день, соответственно. Больные ИБС профильного отделения (средний стаж $9,7 \pm 7,8$ лет) в 56% случаев перенесли инфаркт миокарда (ИМ), функциональный класс стенокардии (ФК) представлен ФК III (49%) и II (31%). В пульмонологии анамнез ИМ установлен у 43% пациентов с ИБС (средний стаж $8,4 \pm 6,1$ лет), чаще встречалась стенокардия ФК II (47%) и III (39%). Сопутствующими диагнозами у большинства больных в кардиологии и пульмонологии были гипертоническая болезнь (88% и 93%) и хроническая сердечная недостаточность (96% и 97%), соответственно.

В кардиологическом отделении сегмент DU-90% включил все ЛС для улучшения прогноза ИБС: аспирин (76 DDD/100 к-дн), иАПФ (128 DDD/100 к-дн), статины (10 DDD/100 к-дн), бета-блокаторы (34 DDD/100 к-дн). Частота назначения последних 84% свидетельствует о недостаточном дозировании этой группы ЛС, что подтверждается высоким уровнем средней ЧСС ($69,5 \pm 14,7$ уд/мин). Среди рекомендованных антиангинальных средств в этом же сегменте оказались нитраты (44 DDD/100 к-дн), амлодипин (23 DDD/100 к-дн), триметазидин (20 DDD/100 к-дн). Из нереконмендованных ЛС в DU-90% выявлен метаболический препарат милдронат (12 DDD/100 к-дн), а включенные в рекомендации ивабрадин и варфарин обнаружены в сегменте DU-10% (1 и 8 DDD/100 к-дн, соответственно).

Больные пульмонологического отделения для лечения ИБС в основном (DU 90%) потребляли: иАПФ (110 DDD/100 к-дн), аспирин (74 DDD/100 к-дн), нитраты (30 DDD/100 к-дн), амлодипин (21 DDD/100 к-дн), верапамил (9 DDD/100 к-дн) и милдронат (9 DDD/100 к-дн). Низкое назначение (20%) и потребление бета-блокаторов (7 DDD/100 к-дн), вероятно, было связано с сопутствующей бронхиальной астмой (61,5% случаев). Статины оказались в сегменте DU-10% (1 DDD/100 к-дн), их получали только 2% больных. Там же находились ингибиторы If-каналов (5 DDD/100 к-дн) и варфарин (3 DDD/100 к-дн).

Выводы. 1. Лечение больных стабильной стенокардией как основного/сопутствующего заболевания в стационаре НУЗ ОКБ на ст. Волгоград-1, в целом, соответствует современным стандартам терапии хронической ИБС. 2. Необходимо увеличить частоту назначения и потребление статинов, а также скорректировать дозы бета-блокаторов.

0532 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ

Лобанова Н.А., Осипова И.В., Антропова О.Н., Шахматова К.И.
НУЗ ОКБ ст.Барнаул ОАО «РЖД», ГОУВПО АГМУ, Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования было выявить особенности геометрии и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у работников стрессовых профессий с артериальной гипертензией на рабочем месте (АГрм).

Материал и методы. Обследованы 67 мужчин с АГ на рабочем месте, которые по наличию профессионального стрессового фактора относятся ко II группе стрессовых профессий по Karases, в возрасте от 25 до 50 лет, средний возраст составил $41,9 \pm 7,6$. Оценивались: толщина задней стенки ЛЖ в диастолу (ТЗСЛЖд), толщина межжелудочковой перегородки в диастолу (ТМЖПд), конечный диастолический размер ЛЖ (КДР), конечный систолический размер (КСР), переднезадний размер левого предсердия (ЛП), масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) Devereux R. 1977: $\text{ММЛЖ(г)} = 1,04 \cdot [(\text{ТМЖП} + \text{КДР} + \text{ТЗСЛЖ})^3 - \text{КДР}^3] - 13,6$, индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) определяли по формуле: $\text{ИММЛЖ (г/м}^2\text{)} = \text{ММЛЖ/S}$ тела, для изучения диастолической функции оценивались соотношение пиков Е/А трансмитрального кровотока, время изоволюметрического расслабления ЛЖ (IVRT), время замедления раннего наполнения (DT). ЭхоКГ производили на аппарате Philips EnVisorC в стандартных позициях с использованием импульсного, постоянного и цветного доплера. Статистическая обработка производилась при помощи программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования: средние показатели геометрии ЛЖ были нормальными: КДР и КСР составили соответственно $55,3 \pm 4,9$ и $33,3 \pm 3,6$ мм, ТМЖд и ЗСЛЖд были равны $11,5 \pm 1,5$ и $11,4 \pm 1,5$ мм соответственно. Нарушения сократимости у обследованных выявлено не было. При проведении ЭхоКГ у 29 человек (61%) была выявлена гипертрофия стенок ЛЖ, у 76% пациентов гипертрофия имела незначительную степень, у 21% — умеренную, у 3% — выраженную, при этом, стабильного повышения АД не было зарегистрировано на приеме у врача и предрейсовых осмотрах. Наряду с утолщением стенок ЛЖ у 12 больных было выявлено увеличение индекса массы миокарда ЛЖ более 125 г/м^2 у 50% из них была отмечена дилатация полости ЛЖ. При анализе трансмитрального кровотока у 5 пациентов с гипертрофией ЛЖ отмечается I тип диастолической дисфункции, что сопровождалось изменением скоростных показателей (пик Е и А составили соответственно $51,4 \pm 9,6$ и $66,6 \pm 7,8$ см/с) и временных показателей диастолы IVRT и DT составили $113,2 \pm 6,2$ и $229,6 \pm 61,5$ мс соответственно. Увеличения размеров ЛП у данных пациентов не было. Увеличение ИММЛЖ отмечается у пациентов. Нарушение диастолической функции ЛЖ отмечается у 25% пациентов. Для 60% обследованных пациентов характерно нарушение геометрии ЛЖ, из них у 10% наблюдается неблагоприятный, концентрический тип ГЛЖ.

Заключение: у большинства лиц операторской профессии имеется гипертрофия ЛЖ, при том, что повышения АД у них не зарегистрировано на приеме у врача и предрейсовых осмотрах, а имеются повышенные цифры АД лишь в рабочие часы, что связано с продолжительным психоэмоциональным напряжением на рабочем месте.

0533 ДИНАМИКА ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Логачева И.В., Баранцева Н.Г., Самсонова О.С.
ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель исследования. Изучить динамику вариабельности сердечного ритма у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Материалы и методы. Проведено суточное мониторирование ЭКГ с анализом вариабельности сердечного ритма на 10-й и 90-й день после перенесенного Q-инфаркта миокарда у 35 мужчин трудоспособного возраста. Больные получали стандартную терапию

без тромболизиса. Пациентам предлагался стандартный режим физической активности. Средний возраст пациентов составлял $52,3 \pm 2,6$ года. Из них больные до 40 лет — 16 чел (45,7%), 41–50 лет — 12 чел. (34,3%), 51–60 лет — 7 чел (20%). Курящими среди них были более $2/3$ — 23 человека (65,7%). Ранняя постинфарктная стенокардия зарегистрирована у 5 пациентов (14,2%). Гипертоническая болезнь 1–3 ст. зарегистрирована у 29 пациентов (82,9%). ИБС в анамнезе отмечалась у 12 пациентов (34,5%), у остальных больных дебютом явился Q-инфаркт миокарда. Фракция выброса по результатам Эхо-КГ менее 35% зарегистрирована у 14 больных (40%). Аневризма левого желудочка выявлена у 10 больных (24,3%). Желудочковая экстрасистолия 1–2 градации по Lown зарегистрирована у 31 пациента (88,5%), желудочковая экстрасистолия 3–5 градации — у 4 больных (11,5%). ХСН 0-1ст выявилась у 15 пациентов (42,9%), ХСН IIА — у 20 (57,1%). Всем пациентам дважды проводилось суточное мониторирование ЭКГ с анализом ВСР (аппарат «Кардиотехника -04-8М» ИНКАРТ, г. Санкт-Петербург). Среди параметров ВСР определялись RRcp мс, SDNN мс, SDNNind мс, LF/HF, циркадный индекс. Для анализа пригодными признавались записи продолжительностью не менее 20 часов.

Результаты. При анализе вариабельности сердечного ритма сердца у пациентов, перенесших 10 дней назад крупноочаговый инфаркт миокарда, отмечалось снижение вариабельности сердечного ритма у 21 больного (60%) и, практически, у такого же числа больных измененная ВСР продолжала регистрироваться через 90 дней (24 пациента — 68,6%). Из них у 11 человек (через 10 дней) и у 12 — (через 90 дней) зарегистрирован ригидный циркадный профиль ЧСС в ночное время или в течение всего времени регистрации ЭКГ (циркадный индекс менее 1,2), что является признаком «вегетативной денервации» сердца. При оценке вариабельности сердечного ритма через 10 и 90 дней после перенесенного Q-инфаркта миокарда выявлены следующие изменения: RRcp $715,4 \pm 45,2$ и $720 \pm 42,1$ мс; SDNN $63,1 \pm 12,4$ и $62,3 \pm 15,5$ мс; SDNNind $37,1 \pm 11,2$ и $40,2 \pm 10,4$ мс; LF/HF $1,7 \pm 1,2$ и $1,6 \pm 1,1$, т.е. достоверной разницы между зарегистрированными показателями не обнаружено, ($p > 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о гипертонусе симпатической нервной системы и нарушении вагусно-симпатического баланса, которые сохраняются на протяжении 3-х месяцев болезни и являются предикторами внезапной сердечной смерти.

Выводы. После перенесенного Q-инфаркта миокарда через 3 месяца на фоне обычной (стандартной) терапии регистрируются значительные изменения электрической стабильности миокарда. Холтеровское мониторирование ЭКГ с оценкой вариабельности сердечного ритма в динамике является обязательным методом исследования для выявления факторов риска внезапной сердечной смерти и возможной последующей дополнительной их коррекции.

0534 ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Логачева И.В., Иванова И.В., Почепцова Л.В.
ГОУ ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель. Изучение состояния мозгового кровотока у больных с артериальной гипертензией 1–3 степени (АГ 1–3ст).

Методы исследования. Исследование проведено у 107 больных с артериальной гипертензией 1–3 степени, средний возраст — $50,6 \pm 1,1$ лет, длительность заболевания — $8,6 \pm 1,3$ лет. В зависимости от степени повышения АД больные распределены на 3 группы. Ультразвуковое исследование мозговых сосудов проводилось на аппарате «АЛОКА — 4000» (Япония) с возможностью TRIPLEX-сканирования. Оценивали скоростные показатели кровотока и показатели периферического сопротивления на уровне средней мозговой артерии (СМА) и внутренней сонной артерии (ВСА). Состояние цереброваскулярной реактивности (индекс реактивности — ИР) определял тест с сублингвальным приемом 0,25 мг нитроглицерина. Измерение величины комплекса интима-медиа (ВИМ) общей сонной артерии проводилось в зоне ее бифуркации по задней стенке. Группой сравнения служили 25 здоровых лиц.

Полученные результаты. При триплексном сканировании экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов макрососудистые изменения выявлены у 4 больных АГ 1ст (26,6%) в виде С-образной извитости ОСА, у 6 больных (40%) АГ 2ст — в виде С и S-образной извитости, у 12 больных (70,5%) АГ 3ст в виде С и S-деформации. Сочетание атеросклеротических изменений и деформаций увеличивалось по мере возрастания степени гипертензии. Обнаружены достоверные различия ВКИМ между больными с АГ 1 и 2ст ($p<0,001$), АГ 1 и 3ст ($p<0,001$). При корреляционном анализе установлено, что по мере повышения АД возрастает толщина КИМ ($r=0,58$; $p<0,001$). У больных с АГ 1ст наблюдалось повышение резистивных индексов по ВСА ($p<0,05$). При АГ 2ст отмечалось достоверное снижение усредненной по времени максимальной скорости и конечной диастолической скорости кровотока, повышение индексов периферического сопротивления по сравнению с группой здоровых. У больных АГ 3ст достоверные изменения касались повышения индекса пульсации, индекса резистентности и повышения систоло-диастолического соотношения. В СМА состояние хронической гипертензии не сопровождалось достоверными изменениями фоновых показателей кровотока. У больных АГ 1-2ст при нагрузочном тесте с нитроглицерином наблюдалось снижение ИР СМА по сравнению с группой здоровых ($p<0,05$). При АГ 3ст реакция на миогенную стимуляцию у 12 больных (70,6%) носила разнонаправленный характер (слева ИР достоверно превосходил соответствующий показатель группы здоровых, справа — оказался ниже, чем у здоровых лиц).

Выводы. У больных ГБ по мере возрастания степени гипертензии наблюдалось повышение индексов резистентности и пульсации экстракраниальных сосудов и увеличение ВКИМ. В интракраниальном отделе уровень мозгового кровотока не зависел от величины АД. Тест на цереброваскулярную реактивность подтвердил факт раннего ремоделирования сосудов больных АГ 1-2 ст и снижение цереброваскулярного резерва при тяжелой степени ГБ.

0535 ДИНАМИКА ПРОФИЛЯ ЦИТОКИНОВ И УРОВНЯ СРБ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ПРИЕМА РОЗУВАСТАТИНА

Логачева И.В., Брылякова С.Е., Романова З.Д.
ГОУ ВПО ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель. Оценить динамику иммунологического профиля цитокинов и уровня СРБ у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ) на фоне лечения розувастатином.

Материалы и методы. Больным ИБС (мужчины) 40 человек в возрасте от 40 до 64 лет ($49,85\pm0,34$), проходившим стационарное лечение в кардиологическом отделении РКДЦ г. Ижевска назначался на фоне стандартной антиангинальной терапии в предоперационном и послеоперационном периоде розувастатин. Давность заболевания составляла $1,88\pm0,01$ года. Средний функциональный класс (ФК) тяжести стабильной стенокардии составил $2,95\pm0,09$. Пациенты с ИБС были рандомизированы на 2 группы. В I группу (сравнения) включены 20 больных, которые получали базисную терапию ИБС совместно с симвастатином 10-20 мг. Во II группу включены 20 больных, получавших на фоне базисной терапии розувастатин в дозе 10 мг (Крестор, «Астра Зенека») в течение 2-х недель до операции, а затем продолжившие прием препарата в послеоперационном периоде в течение четырех недель. Определение цитокинов ИЛ1, ИЛ6, ИЛ8, ФНО α , ИНФ- γ в сыворотке крови проводили с использованием наборов моноклональных антител (ЗАО Вектор-Бест, Новосибирск) методом иммуноферментного анализа. СРБ определялся методом турбидиметрии. Количественные данные приведены в виде $M\pm m$. Различия средних величин считали достоверными при $p<0,05$.

Полученные результаты. Анализ показателей цитокинового профиля у больных до КШ продемонстрировал повышение провоспалительных цитокинов и уровня СРБ во всех группах наблюдения по сравнению со здоровыми лицами ($p<0,05$). Снижение

ИЛ1 наблюдалось в группе больных принимавших розувастатин на $41,7\%$ (исходно $2,32\pm0,21$, после лечения $1,33\pm0,1$; $p<0,05$), в группе сравнения снижение ИЛ1 было менее значимым. Уровень ИЛ6 после КШ оказался достоверно повышенным в обеих группах наблюдения, что косвенно указывает на стимуляцию гуморального иммунитета. Разнонаправленные изменения регистрировались у ИЛ8: в группе стандартной терапии наблюдалась тенденция к снижению, а при добавлении розувастатина — повышение на $13,1\%$. После КШ в группе розувастатина уровень ИНФ- γ достоверно снизился с $9,93\pm2,08$ до $4,23\pm1,45$ ($p<0,05$), в то время как в контрольной группе достоверных изменений не наблюдалось. Величина ФНО α уменьшилась в обеих группах: в I группе — на $44,6\%$ ($p<0,05$), во II-на $55,8\%$ ($p<0,05$). Величина СРБ достоверно уменьшились с $4,02\pm0,9$ до $1,82\pm0,36$ ($p<0,05$) под влиянием розувастатина и недостоверные изменения зарегистрированы в контрольной группе.

Заключение. Таким образом, у больных, подвергшихся коронарному шунтированию, отмечено повышение СРБ и регуляторов иммунного ответа. После назначения стандартной терапии и симвастатина выявлено снижение исходного уровня СРБ и провоспалительных цитокинов, однако, достоверные изменения регистрировались только после применения розувастатина.

0536 ОПРЕДЕЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Логачева О.С., Кожевникова О.В., Намазова-Баранова Л.С., Широкова И.В., Рыжкова Л.А.

Научный центр здоровья детей РАМН, Москва, Россия

Цель работы. В общей популяции отмечается рост остро развивающихся сердечно-сосудистых заболеваний, таких, как инфаркт миокарда, мозговой инсульт, в основе которых лежат атеросклеротические поражения сосудов. Целью исследования является внедрение в амбулаторную педиатрическую практику метода артериографии для определения изменений стенки аорты на раннем этапе их появления.

Методы исследования. Обследовано 447 здоровых детей и 32 ребенка с конституционально-экзогенным ожирением (КЭО) в возрасте от 3 до 16 лет методом неинвазивной артериографии на приборе Tensio Clinic («TensioMed», Венгрия). Определялись основные характеристики артериальной ригидности: скорость распространения пульсовой волны (PWV) и индекс аугментации (Ai).

Для набора нормативной группы в исследование не включались дети с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с повышенным индексом массы тела, сахарным диабетом, почечной и печеночной недостаточностью, бронхиальной астмой, ревматическими заболеваниями.

Пациенты с КЭО были разделены на 2 группы: I группа — 14 детей с избыточным весом и КЭО I степени, II группа — 18 детей со 2 и 3 степенью КЭО. Этим детям дополнительно проводилось обследование, включающее УЗИ органов брюшной полости, биохимический анализ крови с исследованием липидного статуса.

Полученные результаты. У детей в норме значения представлены в виде средней арифметической $\pm$ стандартное отклонение от средней ($M\pm\sigma$). PWV ($n=447$) $=5,88\pm0,74$ м/с; Aix ($n=447$) $=-51,33\pm12,39\%$. Полученные данные у здоровых детей статистически достоверно отличаются от стандартизованных нормативов индекса аугментации и скорости пульсовой волны у взрослых.

У детей с КЭО показатель скорости распространения пульсовой волны по аорте (указывающий на степень жесткости стенки аорты) был повышен у 7% в I группе и у 33% во II-ой группе. При этом только у 2 пациентов во II группе был изменен липидный статус в биохимическом анализе крови.

Индекс аугментации по данным артериографии не был изменен как в I-ой, так и во II группах.

Выводы. Полученные результаты у здоровых детей достоверно отличаются от стандартизованных нормативов у взрослых и могут быть использованы как контрольные. Учитывая полученные данные, всем детям со 2 и более степенью КЭО можно рекомендовать обязательное проведение артериографии, которая

является чувствительным методом для выявления ранних признаков изменений стенки аорты в патогенезе развития атеросклероза.

0537 ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Ломакина Н. А., Ефремушкин Г. Г.

ГОУ ВПО «Алтайский Государственный Медицинский Университет», Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние физических нагрузок на центральную гемодинамику у пожилых больных с артериальной гипертензией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы: обследовано 35 больных с АГ третьей стадии и ИБС в возрасте от 60 до 89 лет ($73 \pm 8,8$). У всех пациентов отмечена ХСН, со средним функциональным классом $1,6 \pm 0,5$. Больные получали стандартную терапию: фармакотерапию + велотренировки (ВТ) 8–10 занятий (на велоэргометре G X1 фирмы KETTLER). Пациентам проводилась Эхо-кардиография на аппарате «Vivid 7» (США), дуплексное сканирование плечевой артерии (ПА), общей сонной артерии (ОСА), бедренной артерии (БА) справа в начале и конце курса лечения.

Результаты: После курса лечения с ВТ конечный диастолический размер (КДР) левого желудочка снизился на 2,6%, правого желудочка на 3%. Конечный систолический размер (КСР) левого желудочка уменьшился на 6,6%, а правого желудочка 8,2%. Толщина задней стенки левого желудочка уменьшилась на 4%. Размеры правого предсердия не изменились, левого уменьшились почти на 2%. Фракция выброса (ФВ) левого желудочка возросла на 9%, фракция выброса правого желудочка 5,5%. Систолический объем (СО) левого желудочка увеличился на 3,4%, а правого желудочка увеличился на 11%. Регистрация трансмитрального потока показателя соотношения пика Е к пику А левого желудочка увеличился на 3%, правого желудочка увеличился на 6%. Время изоволюмического расслабления (IVRT) левого желудочка снизилось на 9,2%, правого на 4,6%. Давление в легочной артерии уменьшилось на 10,5%.

Максимальная скорость (V max) потока крови после лечения в ПА увеличилась на 20,8%, в ОСА на 22%, БА на 23%. Минимальная скорость (V min) потока крови в ПА на 17%, в ОСА 9,2%, в БА на 34%. Индекс сопротивления (Pi) потоку крови ПА уменьшился на 3%, ОСА на 3%, БА на 6%. Скорость распространения пульсовой волны ПА возросла на 19%, ОСА на 8%, БА на 7,8%. Удельная кинетическая энергия (hV) крови ПА при V max увеличилась на 14%, а при V min на 47%. hV ОСА при V max возросла на 59%, при V min 80%. hV БА при V max увеличилась на 19%, при V min на 46%. Объем притекающей крови (Q) при V max в ПА увеличился на 16%, а при V min 32,5%. Q в ОСА при V max возрос на 17,6%, при V min 38%. В БА Q при V max увеличился на 10,8%, а при V min на 2%.

Выводы: таким образом, включение физических нагрузок (велотренировок) в комплексную терапию больных пожилого возраста АГ и ИБС улучшает функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и кровотоков в магистральных артериях, преимущественно в ОСА и ПА, уменьшает ремоделирование миокарда.

0538 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ПРОГНОЗ И СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИБС У ЖЕНЩИН

Лошакова О. Д.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Росздрава, Рязань, Россия

Цель: анализ особенностей клинической картины, значимости методов диагностики ИБС у женщин в зависимости от наличия и степени атеросклеротического поражения коронарных

сосудов; определение прогноза и оценка качества жизни женщин с ИБС, в зависимости от функционального класса стенокардии и характера поражения коронарных артерий.

Материалы и методы: Изучаются пациентки с ИБС, госпитализированные в Рязанский областной клинический кардиологический диспансер. Производится оценка жалоб больных, данных анамнеза, оценка качества жизни, переносимости физических нагрузок, данных лабораторных методов исследования, ЭКГ-, ЭхоКГ-картины, результатов мониторирования ЭКГ по Холтеру. Проведен ретроспективный анализ 506 историй болезни пациенток с ИБС, из которых 121 — женщины.

Результаты: Анализ демографических и анамнестических данных показал, что в исследуемой выборке женщины были в среднем старше на 1,8 года ($54,5 \pm 1,8$ лет и $52,7 \pm 1,0$ лет), тем не менее имели давность ИБС, сравнимую с мужчинами ($5,38 \pm 1,1$ лет и $4,92 \pm 0,5$ лет), и в 1,5 раза реже перенесли к моменту поступления ИМ (35,5% и 53,2%; $p < 0,001$). У мужчин в большем количестве случаев в анамнезе имела место АГ (90,1% и 87,6%; $p > 0,05$), нарушение ритма (47,8% и 21,5%; $p < 0,001$). По данным КАГ выявлена в 1,8 раза большая встречаемость ГЗС коронарных сосудов (64,9% vs 35,5%), когда у женщин в 2,2 раза чаще изменений в сосудах не обнаружено (43,0% vs 20,0%). Для получения точных результатов выделены 3 группы больных: 1 — с гемодинамически значимым стенозом (ГЗС), 2 — гемодинамически незначимым стенозом (ГНЗС), 3 — с неизмененными по данным КАГ сосудами. В 1 группе пациентов частота ИМ в анамнезе у мужчин (65,6%) выше, чем у женщин (55,8%), тогда как типичный болевой синдром встречался практически одинаково независимо от пола (91,2% и 90,7%), однако у мужчин лишь в половине случаев ГЗС подтвердился результатами ВЭП (51,9%, $p < 0,001$). На ЭКГ у половины больных в этой группе (46,0% vs 48,8%) были признаки инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST. У 1/3 всех женщин никаких изменений на ЭКГ не было (27,9%, $p < 0,05$). Во 2 группе обратило внимание, что типичный болевой синдром встречался лишь у 2/3 женщин (70,3% vs 90,3%, $p < 0,05$). Положительный результат ВЭП у мужчин был в 2,7 раза чаще (77,8% vs 28,6%, $p < 0,001$). На ЭКГ у женщин чаще наблюдались неспецифические изменения ST-T (65,2% vs 31,0%, $p < 0,01$) и реже никаких изменений не было (11,5% vs 46,6%, $p < 0,001$). В 3 группе больных типичный болевой синдром выявлен у женщин в 82,7% даже при отсутствии ИМ в анамнезе, каких-либо изменений на ЭКГ и отрицательном результате ВЭП.

Выводы: 1) В исследуемой выборке КАГ у женщин проводилась в более позднем возрасте и при сравнимой длительности ИБС в анамнезе; к моменту проведения КАГ мужчины в 1,5 раза чаще перенесли ИМ и в 2 раза чаще имели нарушения ритма сердца в анамнезе. 2) ГЗС встречался в 2 раза чаще у мужчин, отсутствие признаков стеноза коронарных артерий — в 2 раза чаще у женщин; 3) у женщин КАГ выполняется реже — очевидно, с диагностической целью при сомнительных данных клиники и дополнительных методов исследования.

0539 СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ ИЛИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «АККОРД»)

Лукина Ю. В.^{1,2}, Марцевич С. Ю.^{1,2}, Деев А. Д.¹, Шальнова С. А.^{1,2}
¹ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва, Россия; ²ММА им. Сеченова, кафедра доказательной медицины, Москва, Россия

Цель: изучение эффективности и безопасности бета-адреноблокатора с вазодилатирующими свойствами карведилола (Акридиол[®], ОАО «АКРИХИН», Россия) в составе комбинированной терапии у пациентов с АГ и, СД и/или ожирением.

Материалы и методы: в исследование было включено 592 пациента: 176 мужчин (29,7%) и 416 женщин (70,3%), страдающих артериальной гипертензией. У 194 пациентов был диагностирован СД 2 типа, у 398 — ожирение. Путем рандомизации

291 человек был распределен в группу с назначением карведилола, 301 — в контрольную группу. Пациентам группы карведилола к предшествующей антигипертензивной терапии назначался Акридилол в дозе 12,5 мг в сут. (по 6,25 мг 2 раза в день). Через две недели при недостаточной эффективности препарата и недостижении целевого уровня АД $<140/90$ мм рт.ст., доза карведилола увеличивалась до 25 мг в сут. при двукратном приеме препарата. В контрольной группе разрешалась коррекция антигипертензивной терапии на визите 1 (2 недели наблюдения). На всех визитах пациентам измерялись АД и ЧСС. На первом и заключительном визитах всем пациентам регистрировалась ЭКГ, проводился анализ лабораторных показателей: ОХС, ТГ, ХС ЛПВП, глюкозы, гликозилированного гемоглобина, K^+ , Na^+ , все больные заполняли анкеты для оценки уровня тревоги и депрессии.

Результаты исследования: 582 человека завершили участие в исследовании согласно протоколу. 10 пациентов выбыли по различным причинам: 7 пациентов из группы Акридилола, 3 — из контрольной группы. В обеих группах на фоне проводимой терапии отмечалось снижение показателей САД и ДАД, более выраженное в группе Акридилола ($p < 0,0001$). В среднем САД в группе Акридилола снизилось на 24,8 мм рт.ст., а в контрольной группе — на 21,4 мм рт.ст. Такая же динамика наблюдалась по показателю диастолического АД: в группе Акридилола ДАД в среднем снизилось на 12,5 мм рт.ст., а в группе контроля — на 11 мм рт.ст. Также у пациентов обеих исследуемых групп наблюдалось урежение ЧСС, более выраженное в группе Акридилола ($p < 0,0001$). Показатели метаболизма (уровень глюкозы крови, показатели липидного спектра) практически не менялись на фоне проводимого лечения ни в группе пациентов, принимающих препарат карведилола, ни в контрольной группе. У пациентов, принимающих карведилол, снижался уровень тревожности, определяемый по специальной госпитальной шкале. При 24-недельном наблюдении было зарегистрировано 32 случая побочных эффектов. Из них 17 развились при лечении карведилолом, а 15 были зарегистрированы в контрольной группе ($p = 0,575$).

Выводы: результаты проведенного исследования продемонстрировали высокую антигипертензивную эффективность альфа, бета- адреноблокатора с вазодилатирующими свойствами карведилола у больных артериальной гипертензией, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа и/или ожирением, наряду с хорошей безопасностью препарата, демонстрирующего эффективную симпатоблокаду и метаболическую нейтральность.

0540 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВЕННОГО СТРЕССА НА ФОРМИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЙ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У МАШИНИСТОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЛОКОМОТИВОВ

Луцкий И.С., Деревянко Н.Я., Грицкевич О.С.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Дорожная клиническая больница станции Донецк, Украина

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) является актуальной медицинской проблемой, связанной с высоким риском поражений органов-мишеней, ведущих к нарушению трудоспособности и риску смерти. АГ является ведущей причиной возникновения нарушений ритма, в том числе и желудочковых аритмий.

Цель исследования: оценить влияние длительного производственного напряжения (ДПН) на формирование АГ, частоту возникновения нарушений ритма сердца (НРС) и эндотелиальной дисфункции (ЭД) у машинистов локомотивов (МЛ) с помощью холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ и АД.

Материал и методы: обследовано 145 МЛ, разделенных на 2-е группы, в зависимости от возраста и стажа работы. В 1-ю группу вошли 66 МЛ: средний возраст $23 \pm 0,67$, стаж работы до 7 лет. 2-ю группу составили 86 человек: средний возраст $45,3 \pm 0,81$, стаж работы свыше 18 лет. Использовалась система «Кардиотехника-04» производства ЗАО «Инкарт» (Санкт-Петербург). Функцию эндотелия оценивали по содержанию эндотелина и оксида азота.

Результаты: в ходе исследования повышение АД выявлено у 73 (50,3%) человек из контингента обследованных МЛ. В 1-й группе высокие цифры АД зафиксированы у 25 (36,2%) МЛ, во 2-й группе у 48 (52,7%) человек. В обеих группах повышение АД имело место, преимущественно, в течение дня. В 1-й группе у 16 (23,1 %) МЛ выявлены значимые нарушения ритма (ЗНР): одиночные суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы (ЭС) — более 5 в минуту; эпизоды наджелудочковой тахикардии. С незначимыми нарушениями ритма (НЗНР) — 36 (52,1%) МЛ. Во 2-й группе у 22 (24,1 %) МЛ обнаружены ЗНР, в т.ч. высоких градаций и 2 случая мерцания предсердий; НЗНР — у 71 (78%) человека.

Обнаружена четкая зависимость между повышением АД и частотой возникновения НРС ($p < 0,005$) во 2-й группе. Следует отметить, что у 19-ти МЛ (27,5%) 1-й группы НРС не сопровождалось повышением АД, по данным показателей вариабельности ритма сердца, у 16 (24,2%) из них преобладала симпатикотония.

ЭД имела место у 19 (27,5%) МЛ 1-й и у 53 (65,2%) человек 2-й группы.

Выводы. 1. Работа в условиях ДПН является причиной возникновения АГ, что служит фактором риска НРС. 2. Частота НРС достоверно коррелирует с повышением АД во 2-й группе, НРС высоких градаций являются фактором риска развития актуальных кардиальных событий, что представляет угрозу безопасности движения на железнодорожном транспорте. 3. Имеющие место НРС в 1-й группе, не связанные с повышением АД, вероятно, обусловлены нарушением вегетативной регуляции. 4. ДПН и АГ служат причиной развития ЭД. 5. Высокая частота выявления АГ и НРС требует оптимизации системы профессионального отбора и ежегодных профосмотров. МЛ со ЗНР сердца нуждаются в динамическом наблюдении с контролем ЭКГ и измерении АД, при необходимости с проведением медикаментозной коррекции.

0541 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ ЗА 24 ЧАСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Лысенкова Н.О., Кратнов А.Е., Климачев А.М., Васильева Ю.А., Курганова М.В., Демьянкова Ю.О.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Показатели вариабельности ритма сердца во временной области за 24 часа рассматриваются как наиболее чувствительные для ранней диагностики диабетической нейропатии по сравнению с другими многочисленными тестами.

Цель исследования — изучение вариабельности ритма сердца во временной области за 24 часа у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и сахарным диабетом 2 типа (СД).

Материалы и методы. Всего обследовано 80 больных ИБС, среди которых 5 (6,2%) были с нестабильной стенокардией, 20 (25%) с не-Q-инфарктом миокарда и 55 (68,8%) пациентов с Q-инфарктом миокарда. У 40 больных ИБС наблюдался СД. Средний возраст обследуемых больных достоверно не различался ($52,1 \pm 7$ лет без диабета и $54,7 \pm 6,3$ года с диабетом). Декомпенсация СД встречалась у половины пациентов, у 11 (27,5%) больных выявлялась диабетическая нейропатия. Контрольная группа состояла из 29 пациентов без достоверно верифицированной ИБС (средний возраст $50,5 \pm 5,5$ лет). Анализ вариабельности ритма сердца во временной области за 24 часа проводился с помощью программы «Astrocard® Holtersystem-2F Elite» (ЗАО «Медитек», Москва). Эхокардиографическое исследование проводилось на ультразвуковом сканере Philips «En Visor C».

Результаты и обсуждение. У больных ИБС с наличием СД выявлялось достоверное снижение мощности в диапазоне низких частот (LF), как по сравнению с показателями пациентов без СД ($474,5 \pm 420,5 < 792,9 \pm 750,7$ мс²; $p = 0,000001$), так и контролем ($474,5 \pm 420,5 < 1031,7 \pm 704,7$ мс²; $p = 0,00005$). Наблюдаемое снижение LF приводило к достоверному уменьшению отношения мощностей (LF/HF) ($4,3 \pm 2,5 < 5,6 \pm 2,4$ мс²; $p = 0,02$ и $4,3 \pm 2,5 < 5,5 \pm 2,5$ мс²; $p = 0,04$ соответственно). У пациентов с декомпенсированным СД, по сравнению с компенсированными больными, значения LF

также были достоверно ниже ($389,1 \pm 247,6 < 649,5 \pm 643,7$ мс²; $p=0,04$). Между показателями глюкозы, уровень которой был достоверно выше у больных с декомпенсированным диабетом ($8,7 \pm 2,0 > 6,5 \pm 0,8$ ммоль/л; $p=0,04$), и LF выявлялась достоверная обратная корреляция ($r=-0,45$, $p=0,02$). Наиболее низкие значения LF и LF/HF наблюдались у пациентов с наличием признаков диабетической нейропатии ($359,6 \pm 271,2 < 521,6 \pm 498$ мс² и $3,5 \pm 1,7 < 4,7 \pm 2,6$ мс²). У больных ИБС и СД, в отличие от пациентов без диабета, были достоверно выше показатели конечного диастолического размера ($54,1 \pm 7,4 < 51,1 \pm 4,4$ мм; $p=0,03$), конечного систолического размера ($38,1 \pm 5,1 < 34,9 \pm 4,2$ мм; $p=0,004$) и конечного систолического объема ($66 \pm 19,9 < 52,2 \pm 16,3$ мл; $p=0,002$) левого желудочка. Поскольку известно, что увеличение мощности LF наблюдается при стрессе, умеренной физической нагрузке у здоровых лиц, а также в эксперименте при окклюзии коронарной артерии, можно полагать, что ее снижение при СД отражает нарушение регулирующего влияния автономной нервной системы на миокард.

Заключение. Дисбаланс вегетативной нервной системы у больных ИБС и СД сопровождается дисфункцией миокарда левого желудочка.

0542 ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА

Лясков В.А., Лебедева А.Ю., Филатов А.А., Волов Н.А., Клыков Л.Л., Крылов В.В., Ромашенко О.В.

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет, ГКБ №15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия

В настоящее время преимущества первичной ангиопластики перед тромболитической терапией у больных острым инфарктом миокарда не вызывают сомнений. К сожалению, даже в экономически развитых странах удельный вес первичной ангиопластики составляет менее 40% всех больных инфарктом миокарда, подвергшихся реперфузионной терапии. Проблема резидуального стеноза после тромболитической терапии является чрезвычайно актуальной, так как частота реокклюзий инфаркт-связанной артерии в первые 2-3 недели после успешного тромболиза составляет 8-12%, а в течение 1 года наблюдения — 15-25%.

Цель работы: оценить ближайшие и отдаленные результаты экстренных и отсроченных эндоваскулярных вмешательств у больных инфарктом миокарда после проведения системного тромболиза.

Методы исследования: коронароангиография в 1 — 10 суток ИМ и через 6 месяцев, холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочное тестирование, Эхо-КГ на 7 — 10 суток ИМ и через 6 месяцев.

Результаты исследования: Обследовано 456 больных Q-образующим инфарктом миокарда, поступивших в ГКБ №15 им. О.М. Филатова г. Москвы с 2001 по 2007 год. Всем больным был проведен системный тромболитизис в первые 6 часов от начала заболевания. Больные были разделены на 2 группы. Первой группе больных (226 пациентов) экстренное эндоваскулярное вмешательство было проведено непосредственно после неэффективного тромболиза. Вторую группу составили 230 пациентов, у которых эндоваскулярное вмешательство проводилось на 10 — 14 суток инфаркта миокарда.

Состояние кровотока в инфаркт-ответственной артерии оценивалось по классификации TIMI. Была разработана математическая модель оценки эффективности тромболитической терапии. В первой группе больных эндоваскулярное вмешательство выполнялось только на инфаркт-ответственной артерии. Всем больным была произведена механическая реканализация, ангиопластика и стентирование инфаркт-ответственной артерии. Полная реваскуляризация производилась отсрочено в госпитальном периоде. Во второй группе всем больным проводилась полная реваскуляризация. В госпитальном периоде существенных различий в клиническом течении инфаркта миокарда получено не было. Повторное обследование проводилось в среднем через 6,7 месяца. Пациенты 2 группы, у которых тромболитизис был неэффективен, имели достоверно меньшую фракцию выброса, чем пациенты первой группы. Во второй группе при контрольном обследовании отмечалось достоверно меньшее количество рестенозов в установленных стентах по сравнению с первой группой.

Выводы: При неэффективной тромболитической терапии необходимо проводить экстренное эндоваскулярное вмешательство, а при эффективном тромболизе — отсроченную реваскуляризацию, т.к. при проведении плановой процедуры процент рестеноза значительно ниже.

0543 ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ.

Лясков В.А., Лебедева А.Ю., Филатов А.А., Волов Н.А., Клыков Л.Л., Крылов В.В., Ромашенко О.В.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра госпитальной терапии №1 л/ф, Городская Клиническая больница №15 им. О.М. Филатова, Москва, Россия

Цель работы: оценить проведение эндоваскулярного лечения больных острым инфарктом миокарда без подъема сегмента ST.

Обследовано 90 больных острым Q-необразующим инфарктом миокарда в возрасте от 32 до 78 лет. Больные разделены на группы в зависимости от рецидивирования болевого синдрома в течение 48 часов острого инфаркта миокарда.

В первую группу были включены: 25 больных, у которых рецидивирование болевого синдрома в первые 48 часов острого инфаркта миокарда. Всем больным первой группы проведена реваскуляризация миокарда до 2-х суток инфаркта миокарда без зубца Q (пластика и/или стентирования коронарных артерий).

Во вторую группу были включены: 38 больных, у которых болевой синдром не рецидивировал или рецидивировал однократно и купировался самостоятельно и/или сублингвальным приемом нитроглицерина. Всем больным второй группы проведена реваскуляризация миокарда позже 2-х суток инфаркта миокарда без зубца Q (пластика и/или стентирования коронарных артерий).

В третью группу были включены: 19 больных, которым выполнена операция аортокоронарного шунтирования. Среднее количество пораженных артерий в третьей группе больных составило $3,13 \pm 1,86$ и колебалось от поражения одного сосуда до поражения всех коронарных артерий с вовлечением маргинальных ветвей и поражении сосудов во всех анатомических отделах.

Среднее количество пораженных артерий у больных 1-й группы составило $1,12 \pm 0,25$. При оценке кровотока по TIMI, у 14 (56%) больных определяется снижение кровотока, у 11 (44%) выявлены признаки тромбоза инфаркт-ответственной артерии. Во второй группе больных среднее количество пораженных артерий составило $1,57 \pm 0,27$. При оценке кровотока по TIMI во второй группе снижение определяется у меньшего числа пациентов (18,4% против 56% в первой группе). Признаки тромбоза инфаркт-ответственной артерии выявлены у 8 (21,1%) больных против 11 (44%) пациентов первой группы. У 8 больных гемодинамически значимое поражение коронарных артерий при проведении коронароангиографии выявлено не было.

Выводы. При рецидивировании болевого у больных острым инфарктом без подъема сегмента ST, целесообразно проведение неотложной коронароангиографии и определение тактики лечения. При стабильном течении заболевания целесообразно проведение коронароангиографии в плановом порядке.

0544 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ХОДЬБЫ В КАЧЕСТВЕ ТРЕНИРУЮЩЕГО ФАКТОРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лямина Н.П.¹, Котельникова Е.В.¹, Аронов Д.М.², Лямина С.В.³, Соколова М.А.¹

¹ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия; ²ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия; ³Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава, Москва, Россия

Современные стандарты лечения и реабилитации больных ишемической болезнью сердца (ИБС) включают как лекарственное, так и немедикаментозное лечение. Лечебный эффект

физических нагрузок (ФН) у больных ИБС не вызывает сомнений, их применение приводит к повышению толерантности к нагрузкам, повышает качество жизни, способствует нормализации патофизиологических процессов атеросклероза. Применение эффективных, доступных и легко выполнимых методов ФН у больных ИБС значительно повышает приверженность к немедикаментозной терапии.

Цель исследования заключалась в изучении эффективности физических тренировок ходьбой с утяжелением (грузом) у больных ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Обследовано 56 больных ИБС в возрасте от 34 до 65 лет (средний возраст $51,3 \pm 6,8$ лет), из них 37 больным была проведена эндоваскулярная реваскуляризация, 32 (51,3%) больных имели в анамнезе инфаркт миокарда. В исследование включались больные ИБС со стенокардией напряжения I – II функционального класса, через 4–6 недель после ОКС, через 1–2 недели после реваскуляризации и не имеющие противопоказаний к выполнению ФН. Исследование состояло из двух этапов: I. определение толерантности к ФН и выбор тренирующей программы с учетом толерантности, II. проведение в течение 3-х месяцев физических тренировок и оценка эффективности программ физических тренировок (ФТ). Все больные были рандомизированы в три группы. В I группе ФТ проводились на тредмиле умеренной интенсивности не менее 3-х раз в неделю, во 2 группе ходьба с заданной скоростью (скорость ходьбы рассчитывалась индивидуально) до 2-х часов в день, в 3 группе ходьба с грузом (вес груза определялся индивидуально) не менее 1 часа в день. До начала проведения физических тренировок и через 3 месяца их выполнения, всем больным проведено клиническое обследование, оценка качества жизни, суточное мониторирование ЭКГ, СМАД, тредмил тест.

Результаты. Наибольший прирост толерантности к ФН через 3 месяца был отмечен у больных ИБС в группе 1, однако у больных ИБС в 3 группе толерантность возросла больше, чем во 2 группе. Лучшая приверженность к ФТ была отмечена у больных в 3 группе (91%), снижение приверженности к ФТ пациенты 2 группы объясняли большой продолжительностью ФТ, а 1 группы – необходимостью посещать лечебное учреждение для занятий на тредмиле. Прекращений ФТ в связи с развитием осложнений и нежелательных событий у больных ни в одной группе не было. Значимое улучшение качества жизни отмечалось у пациентов 1 и 3 групп.

Таким образом, физические тренировки ходьбой с утяжелением (грузом) у больных ИБС могут быть рекомендованы к применению в качестве тренирующего фактора.

0545 СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ

Лямина Н.П., Сенчихин В.Н., *Лямина С.В., Додина К.А.
ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий», Саратов, Россия; *ГОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет Росздрава», Москва, Россия

Диагностика скрытой АГ представляет определенные трудности при измерении АД в стандартных условиях. За пределами внимания врача остается значительная доля повышения АД маскированного в покое и проявляющегося в условиях реального функционирования человека.

Целью исследования было определить доступный и экспрессно воспроизводимый способ выявления скрытой АГ в условиях реальной клинической практики.

Материалы и методы. Обследовано 376 пациентов (ср. возраст $38,9 \pm 5,6$ лет) с наследственной отягощенностью по АГ. Всем пациентам проводилась проба с острой гипоксией (ПОГ), которая представляет собой задержку ротового и носового дыхания длительно в 30 секунд. Измерение АД, ЧСС проводили исходно в стандартных условиях покоя и измерение АД и ЧСС после возобновления дыхания. За 1,5–2 часа до исследования исключали курение и прием тонизирующих напитков. Употребление алкоголя и использование медикаментов исключалось за сутки до начала исследования. В течение последующих суток проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с периодом измерения АД 15 мин. днем и 30

мин ночью с индивидуальной коррекцией времени ночного сна, оценкой переносимости самой процедуры и расчетом основных показателей мониторинга: среднего уровня АД, индекса времени, вариабельности АД за сутки, день и ночь.

Результаты исследования. Повышение уровня АД в ответ на ПОГ до 140/90 мм рт.ст. и выше расценивалось как гипертензивная реакция у пациента при скрытой АГ, при значениях АД – менее 140/90 мм рт.ст. расценивали как ее отсутствие. Результаты ПОГ сопоставляли с данными СМАД по суточному профилю АД. У 52,4% пациентов при нормальном офисном АД, при ПОГ было выявлено повышение САД от 5,3 до 15,2% и ДАД на 3–11,2%. По данным СМАД у этих пациентов отмечались повышенные индекс времени и вариабельность АД в дневные часы, но средний уровень АД не превышал пороговый 135 и 85 мм рт.ст. При СМАД в условиях рабочего дня было отмечено повышение показателей нагрузки АД в дневное время. У 8,8% пациентов при офисном измерении АД не было выявлено повышения АД, но была положительной ПОГ и пациенты отмечали повышение АД в анамнезе выше 140/90 мм рт.ст. У 38,8% АД было нормальным при исходном измерении, не отмечалось его повышения при ПОГ и результаты СМАД оценивались как нормальные.

Таким образом, предложенный способ, позволяет выявлять гипертензивные состояния при латентном течении АГ у лиц молодого возраста.

0546 АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СТАРШЕ 80 ЛЕТ. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 36 ЛЕТ

Магомедшарипов А.З., Гаджиев Г.Э.

Казбековская центральная районная больница, Дылым, Дагестан, Россия

Цель исследования – изучить динамику артериального давления (АД) и распространенности артериальной гипертензии (АГ) за последние десятилетия в популяции старше 80 лет.

Материал и методы исследования. Обследование проводилось в Казбековском районе республики Дагестан путем подворного обхода всех жителей старше 80 лет. Демографические показатели получены в районном отделении Роскомстата. В 1970г. численность населения составляла 19847 человек. Из них 345 (17,38%) были в возрасте старше 80 лет. В 2006г. численность населения достигла 33229, из них 296 (8,91%) старше 80 лет. АД измерялось на правой руке в положении сидя, трехкратно. Диагноз АГ ставился при АД выше 140/90 мм рт.ст.

Результаты. В возрастной группе 81–90 лет систолическое АД у мужчин в 1970г. равнялось 122,52 $\pm$ 2,28 мм рт.ст., а в 2006г. – 138,3 $\pm$ 3,12 мм рт.ст. ($p < 0,001$). У женщин, соответственно, 139,32 $\pm$ 2,67 мм рт.ст. и 122,24 $\pm$ 1,55 мм рт.ст. ($p < 0,001$). В возрастной группе старше 90 лет, соответственно времени измерения, систолическое АД у мужчин равнялось 120,53 $\pm$ 2,15 мм рт.ст. и 128,34 $\pm$ 3,12 мм рт.ст. ($p < 0,001$), у женщин 118,55 $\pm$ 1,05 мм рт.ст. и 136,93 $\pm$ 2,35 мм рт.ст. ($p < 0,001$).

Диастолическое АД в возрастной группе 81–90 лет у мужчин в 1970г. равнялось 77,51 $\pm$ 1,05 мм рт.ст., а в 2006г. – 84,61 $\pm$ 1,34 мм рт.ст. ($p < 0,001$). У женщин, соответственно, 71,23 $\pm$ 1,31 мм рт.ст. и 84,63 $\pm$ 1,85 мм рт.ст. ($p < 0,001$). В возрастной группе старше 90 лет, соответственно годам измерения (1970 и 2006 гг.), диастолическое АД у мужчин равнялось 77,85 $\pm$ 2,43 мм рт.ст. и 81,92 $\pm$ 2,12 мм рт.ст. ($p < 0,001$), у женщин 71,55 $\pm$ 1,63 мм рт.ст. и 83,12 $\pm$ 2,15 мм рт.ст. ($p < 0,001$).

Распространенность АГ в 1970г. в целом у лиц старше 80 лет была равна 7,24%, а в 2006г. 40,20% ($p < 0,001$). У мужчин она составила 37,21%, у женщин – 41,84%. Разница в распространенности АГ была существенной и при сравнении в отдельности лиц в возрасте 81–90 лет и старше 90 лет.

Заключение. Отмечено относительное и абсолютное снижение численности населения старше 80 лет в Казбековском районе республики Дагестан за период с 1970 по 2006гг. Уровень АД и распространенность АГ за этот период значительно выросли.

0547 ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС «UNET» — СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Майорников И.Г., Каченко В.Л.

ООО «Компания ЮТАС», Киев, Украина

Одним из факторов, отрицательно влияющих на показатели преждевременной смертности населения, является недостаток, в необходимом месте и в необходимом время, объективных данных для квалифицированной оценки состояния здоровья пациента. Наиболее часто с этим сталкиваются медработники «Скорой медицинской помощи и медицины катастроф» при острых нарушениях кровообращения у пациентов, когда для сохранения жизни пациента правильное решение необходимо принимать в самые кратчайшие сроки.

Для устранения фактора «расстояния» между квалифицированной помощью и пациентом, «Компанией ЮТАС» был разработан телеметрический комплекс для кардиологии «UNET», как инструмент телемедицины в кардиологии.

Основная задача телеметрического комплекса для кардиологии — обеспечение высококвалифицированной, углубленной ЭКГ-диагностики состояния сердечно-сосудистой системы консультантом-кардиологом, проведения мониторинга пациента, и ряда других мер, направленных на оказание своевременной медицинской помощи независимо от места нахождения пациента и врача.

Телеметрический комплекс «UNET» включает в себя диагностический центр и сеть диагностических приборов.

В качестве диагностического прибора как элемента системы используется стандартный компактный электрокардиограф ЮКАРД-100, используемый медицинским персоналом в повседневной практике, но для применения в рамках комплекса снабженный встроенным коммуникационным модулем, расширяющим выбор каналов связи для передачи данных (GSM модем (CSD, GPRS и пр. надстройки), проводной модем, USB, Bluetooth). Таким образом, электрокардиограф может использоваться как терминал для удаленной консультации с диагностическим центром.

Диагностический центр представляет собой программно-аппаратный комплекс, объединяющий общим информационным пространством сеть автоматизированных рабочих мест кардиолога, в том числе удаленных.

К отличительным особенностям комплекса можно отнести гибкость системы выбора цифровых технологий передачи данных (возможны решения, как «точка-точка», так и сетевые), масштабируемость системы (от локального комплекса к глобальной сети комплексов), интероперабельность (совместимость с госпитальными информационными системами на базе стандарта HL7), что дает комплексу следующие преимущества:

1. Независимость системы от места нахождения врача и пациента;
2. Повышение надежности хранения медицинских записей пациентов;
3. Возможность моментального получения подробной информации о пациенте;
4. Возможность наблюдения за состоянием пациента в динамике;
5. Возможность проведения крупных исследовательских проектов (популяционные исследования, оценка необходимости и эффективности профилактических мер и пр.) при разворачивании системы в общенациональном масштабе.

В настоящее время, данный комплекс прошел тестирование и успешно применяется в клинической практике, как в Украине, так и в России.

0548 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ КАТЕГОРИЯМИ НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА КОГОРТОЙ

Макаров М.А., Трегубова М.Г.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава», Казань, Россия

Цель: 1. Изучить процентное распределение мужчин по категориям нормального артериального давления (АД) в когорте. 2. Изучить изменение соотношения принадлежности мужчин к категориям

оптимального (ОАД), нормального (НАД) и высокого нормального (ВНАД) в когорте, наблюдаемой в течение 12 лет (1993-2005 гг.).

Материал: 414 рабочих и служащих крупного промышленного предприятия в г. Казани, имевших средний возраст 41,6 года на начало исследования и 61,3 года на завершающем этапе.

Методы: анализ стационарных и амбулаторных карт, измерение клинического (случайного) АД.

Результаты: 1. Процентное распределение мужчин (1993) с ОАД — 8,52%, НАД — 24,57%, ВНАД — 16,79%. 2. Доля лиц, имеющих НАД и ВНАД, составляет 80,5% от общего количества мужчин с нормальным АД. 3. Изменение (по этапам исследования) общего числа лиц с нормальным АД: 1993 — 205, 1997 — 196, 2001 — 192, 2005 — 177. 4. Изменение удельного веса лиц с ОАД: 1993 — 8,52%, 1997 — 8,35%, 2001 — 7,71%, 2005 — 7,04%. 5. Изменение удельного веса лиц с НАД: 1993 — 24,57%, 1997 — 24,30%, 2001 — 26,06%, 2005 — 25,07%. 6. Изменение удельного веса лиц с ВНАД: 1993 — 16,79%, 1997 — 16,96%, 2001 — 17,29%, 2005 — 17,75%.

Обсуждение: Клиническая значимость изучения различных категорий нормального АД определяется необходимостью идентифицировать лиц с высоким риском развития артериальной гипертензии. В докладе JNC-7 (2003) категории НАД и ВНАД объединены термином «предгипертензия». Предгипертензия не рассматривается как патологическое состояние, однако ее считают показанием для осуществления мероприятий по изменению стиля жизни, профилактике вероятной артериальной гипертензии и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. В последних рекомендациях российских кардиологов подчеркивается необходимость начала медикаментозной терапии у лиц, имеющих ВНАД при наличии сопутствующих факторов риска. Изучение распределения различных категорий нормального АД целесообразно в первую очередь в возрасте 40 лет, так как именно в этом возрасте факторы, препятствующие развитию генетически детерминированной артериальной гипертензии, ослабляют свое сдерживающее влияние, и после 40 лет развитие артериальной гипертензии наиболее вероятно.

Выводы: 1) В возрасте 42 года выявляется соотношение категорий ОАД:НАД:ВНАД как 1:3:2. 2) Процент лиц, подпадающих под категорию «предгипертензия», составляет в возрасте 42 года подавляющее большинство (80,5%) от общего количества нормотоников. 3) Выявляется тенденция к сохранению соотношения категорий ОАД:НАД:ВНАД как 1:3:2, при том что средний возраст мужчин изменился с 41,6 года до 61,3 лет. 4) Доля лиц, имеющих оптимальное АД, прогрессирующе снижается (с 8,52% до 7,04%).

0549 ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Макаров С.А., Ведерникова А.В., Литвинова М.Н., Коваленко О.В. МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Кемерово, Россия

Актуальность. Большой проблемой для эффективного лечения большинства хронических заболеваний, в том числе болезней системы кровообращения, является низкая приверженность врачей и пациентов. Встречаются случаи назначения неадекватной тактики лечения и медикаментозной терапии или терапии в неполном объеме, во многом связанные с недостаточной квалификацией врача, а также с экономической несостоятельностью и другими причинами, зависящими от самих пациентов.

Целью исследования явилось изучение соответствия существующей практики лечения больных повторным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST национальным рекомендациям.

Материалы и методы. Исследование проводили в рамках программы «Регистр острого инфаркта миокарда». Суть его заключалась в ежедневной регистрации всех больных поступающих в приемное отделение ККД с диагнозом повторный инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST. Регистрация проводилась по специально созданной регистрационной карте. За 12 месяцев проведения исследования зарегистрировано 334 случаев повторного ИМ с подъемом ST. Обследовано 223 (66%) пациентов, 44% расценены как имеющие «недостаточно данных». Среди пациентов мужчин было 60%, женщин 40%, все жители г. Кемерово. Средняя длительность ИБС у пациентов составляет 12,5 лет.

Результаты. Оценка использования активной хирургической тактики ведения пациентов показала, что в большинстве случаев тактика не соответствовала современным рекомендациям для данной категории пациентов. Так, коронаро-вентрикулография (КВГ) была показана всем больным, включенным в исследование. Но выполнена только у 48% пациентов, причем у 36,8% она вообще не была назначена лечащими врачами. Всего лишь 20% пациентов получили современное хирургическое лечение (15,1% ангиопластику и 4,9% АКШ). Выявлена группа пациентов 22,4% не дождавшихся хирургического лечения после КВГ. Таким образом, не привержены к активной хирургической тактике были 74% пациентов, из которых только 9,4 % отказались самостоятельно, в остальных случаях причина кроется в организации медицинской помощи и низкой квалификацией врачей.

Оценка использования медикаментозной терапии показала, что в большинстве случаев она также не соответствовала современным рекомендациям. Так, статины были показаны всем больным, включенным в исследование. Но на стационарном этапе статины были назначены у 64% пациентов, а на амбулаторном этапе только у 44%. Приверженность к лечению статинами на амбулаторном этапе составила всего 25%.

В результате дальнейшего анализа было выяснено, что о немедикаментозных методах профилактики ишемической болезни сердца известно 80% пациентам, однако диету соблюдали только 34% опрошенных, отказались от курения лишь 5% курящих.

Выводы.

1. Выявлена низкая приверженность врачей и пациентов к активной хирургической тактике, современной медикаментозной и немедикаментозной терапии.

2. Уровень внедрения в практику национальных рекомендаций по лечению больных повторным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST недостаточный.

0550 НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПОВЫШАЕТ ПРЯМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ЗАТРАТЫ НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Макеева Е.Р.

Кафедра терапии и профессиональных болезней медицинского факультета Ульяновского государственного университета, Ульяновск, Россия

Цель исследования: определить влияние хронической болезни почек (ХБП) на частоту и длительность госпитализаций, а также на прямые медицинские затраты на стационарную помощь у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материал и методы. В исследование включен 251 больной (118 женщин и 133 мужчин). Средний возраст больных составил $56,4 \pm 11,2$ лет. Больных гипертонической болезнью (ГБ) было 59, ишемической болезнью сердца (ИБС) – 29, у 163 наблюдалось сочетание ИБС и ГБ. Хроническая сердечная недостаточность I функционального класса (ФК) диагностирована у 74 больных, 2 ФК – у 153, 3 ФК – у 24 пациентов. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) определялась по формуле MDRD (Modification of Diet in Renal Disease), хроническую болезнь почек диагностировали согласно NKF K/DOQI, Guidelines, 2002. Срок наблюдения составил 60 месяцев. Стоимость госпитализации рассчитывали согласно тарифам 1 койко-дня для стационара, утвержденных территориальной программой обязательного медицинского страхования Ульяновской области на 2008 год. Результаты исследования обработаны с применением компьютерного пакета «Statistica v.6,0».

Результаты исследования. ХСН, ассоциированная с ХБП, наблюдалась у 35,1% больных. При СКФ <60 мл/мин/1,73 м² среднее количество госпитализаций на одного больного в течение года по любым причинам составило $1,0 \pm 0,9$ против $0,8 \pm 0,6$ у больных ХСН без нарушения функции почек ($p=0,01$). Среднегодовое количество госпитализаций на одного больного ХСН в связи с обострением сердечно-сосудистых

заболеваний составляло $1,0 \pm 0,9$ при наличии ХБП против $0,7 \pm 0,6$ при СКФ >60 мл/мин/1,73 м² ($p=0,005$). Выявлено увеличение среднегодовой длительности госпитализаций больных с СКФ <60 мл/мин/1,73 м² по сравнению с больными без ХБП, как по любым причинам ($15,03 \pm 11,86$ и $12,02 \pm 8,96$ дней, соответственно, $p=0,02$), так и в связи с обострением сердечно-сосудистых заболеваний ($14,53 \pm 11,93$ и $10,46 \pm 7,38$ дней, соотв., $p=0,001$).

При проведении многофакторного регрессионного анализа выявлена независимая связь между наличием ХБП и количеством госпитализаций в год по любым причинам, а также в связи с обострением сердечно-сосудистых заболеваний. Средние затраты на стационарное лечение одного больного ХСН за 12 месяцев при СКФ >60 мл/мин/1,73 м² составили 8972,8 рубля против 10916 рублей при СКФ <60 мл/мин/1,73 м² ($p=0,03$). Наличие ХБП (СКФ <60 мл/мин/1,73 м²) увеличивает расходы, связанные с госпитализацией в отделение кардиологического профиля на 21,6%.

Выводы. Наличие у больных с ХСН хронической болезни почек повышает число госпитализаций, длительность и стоимость госпитализаций по всем причинам и в связи с обострением сердечно-сосудистых заболеваний.

0551 ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ.

Макоева В.Ю., Тогузова З.А., Загалова Д.С., Джанаева Р.Л., Табуева Ф.Н.

ГОУ ВПО СОГМА Владикавказ Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смерти в структуре сердечно-сосудистых заболеваний (7,2 млн. в год). В последнее время постинфарктный кардиосклероз (ПИКС) на фоне ИБС выходит на первое место среди причин развития хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Цель исследования: произвести сравнительную оценку функциональных показателей сердца на фоне лечения ингибитором ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) – рамиприлом у больных ИБС. Постинфарктным кардиосклерозом, осложнившимся ХСН.

Материалы и методы: Нами было обследовано 63 больных с установленным диагнозом ИБС. Постинфарктный кардиосклероз, хроническая сердечная недостаточность II А стадии. Все они были рандомизированы на две группы: первая группа (42 больных) получала комплексную терапию: В-блокаторы, антиагреганты, статины и иАПФ – рамиприл. Вторая группа (21 больной) – получала аналогичные препараты, но без добавления иАПФ – рамиприла. Производилось общеклиническое, инструментальное исследование – (ЭхоКГ). Изучались параметры как общей (АД ср., КДР, КСР, ФВ), так и внутрисердечной гемодинамики (V_e/V_a , IVRT). У больных обеих групп наблюдалось снижение ФВ $48,09 \pm 0,86$, увеличение размеров левого желудочка – КСР $41,29 \pm 0,76$, КДР $58,87 \pm 0,95$, а также наблюдалась диастолическая дисфункция левого желудочка.

Результаты: на фоне лечения в первой группе отмечалось достоверное уменьшение размеров КДР – $55,71 \pm 0,98$, ($p<0,05$), КСР – $38,17 \pm 0,99$ ($p<0,05$). Отмечалось достоверное улучшение внутрисердечной гемодинамики: V_e/V_a $1,14 \pm 0,03$ ($p<0,05$), IVRT $0,085 \pm 0,002$ ($p<0,001$).

Выводы: в процессе лечения рамиприлом отмечалось улучшение показателей общей гемодинамики, увеличение функциональной активности левого желудочка как в диастолической (что выражается в возрастании соотношения V_e/V_a , снижении IVRT) и систолических фазах (проявляющееся уменьшением КДР и возрастанием ФВ). Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента – рамиприл целесообразно применять для коррекции нарушений общей и внутрисердечной гемодинамики у больных ИБС. Постинфарктным кардиосклерозом, осложненной хронической сердечной недостаточностью II А стадии.

0552 ДЕЛИРИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ДРУГИХ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

Максимов А.И., Рябов В.В., Марков В.А.

Отделение неотложной кардиологии УРАМН НИИК СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы. Изучить современную оценку соматогенного делирия при остром инфаркте миокарда (ОИМ) в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), включая определение, этиологию, диагностику, профилактику и лечение данного осложнения.

Материал и методы. Выполнен обзор отечественной и иностранной литературы за последние 50 лет.

Результаты. Частота соматогенного делирия при ОИМ по данным отечественных авторов составляет 3–8%. В зарубежной литературе данных по изучению делирия у больных ОИМ не встретили, однако острые психические нарушения при тяжелой соматической патологии изучены гораздо глубже. Частота делирия в ОРИТ варьируется от 20 до 80% и зависит от тяжести заболевания и используемых диагностических методов. Вместе с тем, данное осложнение ОИМ не включено в рекомендации ВНОК по диагностике и лечению острого коронарного синдрома. Среди пациентов ОРИТ, делирий связан с осложнениями и нежелательными событиями, включая самоэкстубацию и удаление катетеров, увеличением времени госпитализации, стоимости лечения и повышением летальности. Патопизиология делирия изучена недостаточно, выделяются гипотезы: дисбаланс нейромедиаторов, воспалительные изменения, нарушение окислительного метаболизма и изменение уровня концентрации неполярных и полярных незаряженных аминокислот с высокой молекулярной массой. В ряде исследований были определены следующие факторы риска развития делирия в ОРИТ: пожилой возраст, курение, алкоголизм, гипертония, полиморфизм гена APOE4, тяжесть соматической патологии, применение анальгетиков и седативных препаратов, нарушение цикла сна-бодрствования, ограничение физической активности. Для диагностики делирия рекомендуется использовать диагностические шкалы: усовершенствованный «Метод диагностики спутанности сознания» (the Confusion Assessment Method for the ICU – CAM-ICU) и «the Intensive Care Delirium Screening Checklist – ICDSC». Препаратом выбора для лечения соматогенного делирия является галоперидол, который рекомендуют Американской Психиатрической Ассоциацией и Обществом медицины критических состояний (SCCM – Society of Critical Care Medicine). Однако не было проведено плацебо-контролируемых исследований эффективности применения галоперидола у пациентов с критическим состоянием в ОРИТ.

Выводы. Делирий является общим проявлением острой церебральной недостаточности у пациентов с критическим состоянием, включая ОИМ; связан с неблагоприятными исходами в краткосрочном и в более длительном периоде.

Стратегия ведения больных с соматогенным делирием является объектом многочисленных продолжающихся исследований.

Необходимо внедрение в медицинскую практику рутинного мониторинга делирия в ОРИТ, определение и устранение факторов риска, применение современных схем лечения. А так же изучение особенностей развития делирия у больных с ОИМ, выявление специфических факторов риска с целью усовершенствования общепринятых мер профилактики и лечения подобных осложнений.

0553 БЛОКАДЫ СЕРДЦА, ОСЛОЖНИВШИЕ ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ И ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА

Максимов Д.Б., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: разработать критерии, определяющие оптимальные сроки и показания к имплантации искусственного водителя ритма (ИВР) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным поперечной блокадой сердца.

Материал и методы. За 9 лет работы из 1652 больных поступивших в блок интенсивной терапии и реанимации с диагнозом ОИМ у 16% обнаружены АВ-блокады II–III степени, которые возникали в течение первой недели заболевания. В связи с развитием осложнений АВ-блокады (острая сердечная недостаточность, приступ синкопе) у 135 больных (69,2%) проводили временную трансвенную электрокардиостимуляцию (ЭКС) в режиме VVI. Из них у 77 больных (57,0%) диагностировался ОИМ задней стенки левого желудочка и у 58 больных (43,0%) – передней стенки. Кроме того, в 69 случаях (51,1%) выявлен проксимальный тип АВ-блокады и в 66 случаях (48,9%) – дистальный тип.

Результаты. На фоне временной ЭКС, а также медикаментозной стимуляции АВ-проводимости (атропин, гормоны, диуретики) у 83,6% больных в сроки от 2 до 10 суток стабильно и полностью восстановилась АВ-проводимость. Однако у 32 больных (16,4%) в связи с сохраняющимися АВ-блокадами в сроки от 12 до 25 суток от начала ОИМ (в среднем $15,5 \pm 0,2$ суток) производилась имплантация ИВР в режиме VVI у 30 больных и в режиме DDD – у двух больных. У 21 больного АВ-блокада была полной и у 11 больных – типа Мобитца (типы 2:1 и 3:1). Во всех случаях желудочковые комплексы имели морфологию полной блокады правой или левой ножки пучка Гиса, в том числе у 20 больных до развития ОИМ. В течение года после перенесенного ОИМ стойкое восстановление АВ-проводимости отмечено лишь у трех больных (9,4%).

В результате многофакторного и проспективного анализа нами разработаны критерии, определяющие оптимальные сроки имплантации ИВР при АВ-блокадах, осложняющих течение ОИМ: 1) характеристика АВ-блокады (стойкость и степень блокады, сопутствующая билатеральная блокада ножек пучка Гиса), клиническая симптоматика блокады (симптоматическая или бессимптомная); 2) особенности клинического течения инфаркта миокарда (рецидивирующее или затяжное течение, инфаркт миокарда правого желудочка); 3) характер осложнений заболевания (острая аневризма сердца, тромбоэндокардит, тромбоэмболия); 4) реакция центральной гемодинамики на временную учащающую ЭКС (компенсация сердечной недостаточности или сохранение декомпенсации); 5) эффект медикаментозной стимуляции АВ-проводимости (атропин, гормоны, диуретики) – положительный или отсутствует.

Заключение. Показано, что имплантация ИВР без риска и с высокой терапевтической эффективностью может проводиться уже через 2 недели от начала ОИМ при отсутствии рецидива заболевания. Такой подход значительно снижает риск инфекционных и тромбоэмболических осложнений, провокационных аритмий сердца, связанных с длительной временной ЭКС, и способствует ранней активизации больных с ОИМ.

0554 ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ИХ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Максимов Д.Б., Искендеров Б.Г.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: обоснование оптимальных параметров имплантируемых электрокардиостимуляторов (ЭКС) у больных со стабильной стенокардией напряжения с целью повышения коронарного резерва и эффективности антиангинальной терапии

Материал и методы. Обследовано 75 больных (42 мужчин и 33 женщин) в возрасте от 42 до 70 лет (средний возраст – $61,4 \pm 4,7$ года) с программируемыми ЭКС. Из них 29 больных (38,7%) в анамнезе имели перенесенный инфаркт миокарда, в том числе в 12 случаях на фоне ЭКС. У 53 больных была стенокардия напряжения II ФК и у 22 больных – III ФК. У 51 больного (68,0%) имплантировался ЭКС в режиме VVI, у 24 больных (32,0%) – AAI и у 5 больных – DDD. Больным проводили доплероэхокардиографию, велоэргометрию, холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ и психологическое анкетирование по госпитальной шкале тревоги и депрессии.

Результаты. После имплантации ЭКС у 30 больных (1-я группа) отмечено уменьшение приступов стенокардии и увеличение пороговой мощности нагрузки (в среднем на 18,5%; $p < 0,01$). У 23 больных (2-я группа), наоборот, наблюдалось учащение, изменение характера, локализации и продолжительности болей в прекардиальной области, а также их реакции на прием нитроглицерина. У 22 больных (3-я группа) клиническое течение ИБС практически не изменилось. Выявлено, что в 1-й группе положительная динамика обусловлено снижением или нормализацией АД (на 11,5-17,0%) у больных с исходной артериальной гипертензией и регрессом признаков сердечной недостаточности после имплантации ЭКС. Поэтому, в 1-й группе средний балл, выражающий ФК ХСН, оказался достоверно ниже, чем во 2-й группе: $2,34 \pm 0,09$ и $2,76 \pm 0,15$ соответственно ($p < 0,05$). Кроме того, у больных 2-й группы уровень тревоги выше, чем в 1-й группе ($9,7 \pm 0,3$ и $8,9 \pm 0,3$ соответственно). По данным ХМ ЭКГ, болевые ощущения в прекардиальной области возникали нередко во время работы ЭКС, и сопровождалась аритмией.

С целью оптимизации эффективности терапии, проводили перепрограммирование параметров электростимуляции, в частности, уменьшение амплитуды и частоты импульсов соответственно до 2,5 В и 55-50 имп/мин. В результате, у 17 больных спонтанный ритм стал доминировать и в покое, что вызвало уменьшение болей. Снижение амплитуды импульсов у 32,9% больных привело к уменьшению частоты и интенсивности болей в прекардиальной области. Урежение частоты искусственного ритма от 72 до 55-50 уд/мин создает эффект бета-адренергической блокады (снижение потребности миокарда в кислороде). Кроме того, перепрограммирование параметров электростимуляции способствует устранению или смягчению психологической реактивности больных, что важно при рефлекторно вызванных приступах стенокардии.

Заключение. Показано, что выбор индивидуально оптимальных параметров электростимуляции сердца у больных ИБС повышает коронарный резерв и, тем самым, оптимизирует эффективность антиангинальной терапии.

0555 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАМИПРИЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Максютова С.С., Муталова Э.Г., Максютова Л.Ф., Фрид С.А., Кудрявцева И.В., Фаррахова Ф.И., Максютова А.Ф., Васимова Ф.Х., Амирова Г.Ю.

ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа, Россия

Цель работы: изучение динамики показателей суточного мониторинга артериального давления (СМАД), функции внешнего дыхания (ФВД) и параметров внутрисердечной и легочной гемодинамики при лечении рамиприлом (хартил, Эгис) больных артериальной гипертензией (АГ) и хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) пожилого возраста.

Материалы и методы: обследовано 35 больных в возрасте от 62 до 80 лет (мужчин — 15, женщин — 20) с АГ 2 и 3-ей степенью и ХОБЛ 2 и 3-ей стадией вне обострения. Длительность течения АГ составила в среднем $12,5 \pm 1,45$ лет. Всем пациентам проводилась СМАД и оценивалась ФВД. Эхокардиография с доплеровским исследованием выполнялась по стандартной методике на аппарате «Toshiba». Больные дополнительно к основному лечению получали рамиприл в суточной дозе от 5 мг до 10 мг в течение 3-4-х недель.

Результаты: все больные хорошо переносили лечение. Анализ показателей СМАД в результате проведенной терапии выявил достоверное снижение систолического АД (САД) на $12,4 \pm 1,5\%$, диастолического АД (ДАД) — на $11,8 \pm 2,3\%$ за сутки по отношению к исходным данным. Наблюдалось снижение дневного и ночного индекса времени (ИВ САД) ($28,8 \pm 3,7\%$, $p < 0,05$ и $30,1 \pm 4,1\%$, $p < 0,05$) и дневного ИВ ДАД ($31,5 \pm 5,2\%$, $p < 0,05$), снижение пульсового АД на $18,2 \pm 4,8\%$ ($p < 0,05$). Отмечалось уменьшение скорости утреннего подъема САД на $32,8 \pm 3,9\%$ ($p < 0,05$), ДАД — на $35,6 \pm 5,8\%$ ($p < 0,05$). У пациентов наблюда-

лось также уменьшение значения величины утреннего подъема ДАД в среднем на $20,4 \pm 3,6\%$ ($p < 0,05$). Увеличилось число больных с нормальной величиной суточного индекса с 17,1% до 42,8%, снизилось число пациентов с ночной гипертензией на $14,3 \pm 2,3\%$ ($p < 0,05$). Больные отмечали уменьшение одышки и утомляемости. Возросло значение объема форсированного выдоха на 15,6%, форсированной жизненной емкости легких на 10,9%. Индекс Тиффно увеличился на 21,5%. Отмечалось уменьшение толщины задней стенки левого желудочка (ЛЖ) на 7,5% ($p < 0,05$). Снижались конечно-систолические и конечно-диастолические размеры и объемы правого желудочка, а также систолическое давление в легочной артерии на 11,6% ($p < 0,05$). Изучение динамики показателей диастолической функции желудочков показало тенденцию к увеличению скорости раннего наполнения ЛЖ (VE) на 5,9% и коэффициента VE/VA на 6,2%. Транстрикуспидальный кровоток перераспределялся в пользу раннего наполнения, увеличение VE составило 9,5% ($p < 0,05$), а VE/VA — $10,3\%$ ($p < 0,05$). Наблюдалось улучшение диастолической функции обоих желудочков в результате снижения легочной гипертензии (уменьшение среднего давления в легочной артерии на 13%, $p < 0,05$).

Выводы: включение в базисную терапию рамиприла благоприятно влияет на показатели СМАД у пациентов АГ и ХОБЛ пожилого возраста, улучшает суточный профиль величины АД, снижает скорость и величину утреннего подъема АД, улучшает систоло-диастолическую функцию обоих желудочков, снижает легочную гипертензию; улучшение структурно-геометрических показателей и величин СМАД сопровождается оптимизацией параметров ФВД.

0556 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ШКАЛ РИСКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Малафеев А.В., Кузнецова Т.Ю.

ГУЗ Республиканская больница им. Баранова В.А., Петрозаводск, Россия; Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: провести сравнительный анализ шкал риска смертности от сердечнососудистых заболеваний при использовании их для определения прогноза развития острого инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: обследовано 30 пациентов, госпитализированных в Региональный сосудистый центр Республики Карелия по поводу первичного ИМ, средний возраст $60,4 \pm 9,5$ лет, мужчины составили 66,7% (20 чел). Средний возраст мужчин $55,5 \pm 11,4$ лет, женщин — $65,3 \pm 7,5$ лет. Отбор производился методом случайной выборки. Диагноз ИМ устанавливался на основании клинической картины, повышения уровня тропонина, определенного количественным методом, классических ЭКГ-критериев, выявленных зон локальных диссинергий по эхокардиоскопии. Оценивались следующие факторы риска (ФР) атеросклероза: артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия (отклонение от нормы одного из показателей — общий холестерин, ТГ, ЛПНП, ЛПВП), отягощенная наследственность, ожирение, сахарный диабет, курение. Для оценки риска данные вносились в шкалы SCORE, PROCAM, Фремингемскую, за высокий риск принимали показатель 5% и более.

Результаты. Распределение ФР в подгруппе мужчин: дислипидемия 95% (средние показатели: общий холестерин $5,56 \pm 1,53$ ммоль/л, ЛПНП $3,51 \pm 1,09$ ммоль/л, ЛПВП $1,31 \pm 0,27$ ммоль/л, ТГ $2,21 \pm 0,12$ ммоль/л), курение 90%, АГ 65%, отягощенная наследственность 45%, рекомендации по коррекции ФР выполнялись в отношении дислипидемии у одного больного (применение статинов). Распределение ФР в группе женщин: дислипидемия 100% (средние величины: ОХ $6,76 \pm 1$ ммоль/л, ЛПНП $4,42 \pm 0,68$ ммоль/л, ЛПВП $1,33 \pm 0,26$ ммоль/л, ТГ $2,56 \pm 0,67$ ммоль/л), курение 13%, АГ 88%, отягощенная наследственность 38%, модификации ФР до госпитализации не было. Количество больных с высоким риском следующее: по шкале SCORE — 16 человек (53%), по шкале PROCAM — 23 человека (73%), по Фремингемской шкале — 24 чел. (80%). У мужчин высокий риск: по Фремингемской шкале — 17 чел.

(85%), шкале PROCAM — 18 чел. (90%), шкале SCORE — 17 чел. (55%). У женщин: по Фремингемской шкале — 5 чел. (75%), шкале PROCAM — 6 чел. (75%), шкале SCORE — 5 чел. (63%).

Выводы: у больных первичным инфарктом миокарда наиболее распространенные факторы риска — дислипидемия и АГ, у мужчин дополнительно курение; наиболее высокая степень корреляции высокого риска сердечнососудистой смертности и заболеваемости ИМ получена при использовании Фремингемской шкалы (80%), у мужчин — Фремингемской шкалы и шкале PROCAM. Наименьшая степень корреляции высокого риска сердечнососудистой смертности и заболеваемости ИМ получена при использовании шкалы SCORE, как у мужчин, так и у женщин.

0557 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КЛАСТЕРИЗАЦИИ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Малинова Л.И.¹, Саджая Л.А.¹, Симоненко Г.В.², Тучин В.В.²

¹ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия; ²ОУ ВПО Саратовский ГУ им. Н.Г. Чернышевского, Саратов, Россия

Мало освещенной в клинической литературе остается проблема влияния характеристик морфофункционального паттерна кровотока на течение артериальной гипертензии, особенно у поздновозрастных пациентов, что обусловило цель настоящего исследования.

Цель: изучить гемокинетические параметры структуры кровотока у пациентов с артериальной гипертензией пожилого и старческого возраста.

Методы исследования. В исследование включались лица зрелого, пожилого и старческого возраста (n=23) с артериальной гипертензией, составившие 2 группы исследования: основная — лица зрелого возраста (n=11) и группа сравнения — лица пожилого и старческого возраста (n=12). Контрольную группу составили практически здоровые добровольцы зрелого возраста (n=10). В условиях *in vitro* проводилось исследование гемокинетических параметров кровотока: степень агрегации и деформируемости эритроцитов, ориентация и распределение клеточных элементов крови в потоке, систолический и диастолический типы кровотока, динамическая устойчивость кластеров кровотока, линейные скорости кровотока.

Результаты. В отличие от практически здоровых лиц у пациентов с артериальной гипертензией наблюдалось статистически значимое снижение деформируемости эритроцитов в потоке (форм-фактор центральной зоны: 0,14 vs 0,76; p=0,003), увеличение количества пристеночно расположенных лейкоцитов и тромбоцитов (2-4 vs 4-7; p=0,036). Гипертоники отличались выраженным градиентом линейных скоростей и максимальной линейной скоростью кровотока в центральной зоне. В потоке, как у пациентов основной группы, так и группы сравнения отмечалось формирование специфической радиально ориентированной структуры форменных элементов крови, устойчивой к систоло-диастолическому перепаду скоростей. С возрастом отмечалось достоверное повышение динамической устойчивости кластеров кровотока (p=0,027), жесткости эритроцитов в потоке (форм-фактор центральной зоны: 0,68 vs 0,81; p=0,003), «размывались» различия паттообразования систолического и диастолического типов кровотока.

Выводы. Выявлены статистически достоверные различия гемокинетических параметров кровотока практически здоровых лиц и пациентов с артериальной гипертензией. Установлены возраст-зависимые изменения структуры кровотока, предрасполагающие к формированию локальной и системной артериальной гипертензии.

0558 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

(Кировское отделение Горьковской железной дороги)

Малых С.В., Чичерина Е.Н., Мазунина О.Н., Чернов В.С.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является важнейшей медико-социальной проблемой. У 30% взрослого населения развитых стран

мира определяется повышенный уровень артериального давления и у 12-15% — наблюдается стойкая артериальная гипертензия. Это заболевание является частой причиной развития жизненно опасных острых заболеваний сердца и мозга, в том числе и у лиц трудоспособного возраста. Наличие только артериальной гипертензии увеличивает в 3,5 раза смертность мужчин в возрасте 50-69 лет. Многочисленными исследованиями доказано, что психоэмоциональный стресс создает предпосылки для реализации предрасположенности к соматическим заболеваниям, в том числе и АГ. Одной из групп, наиболее угрожающих по риску возникновения АГ являются работники железнодорожного транспорта. Помимо хронических стрессовых ситуаций, к факторам, влияющим на повышение АД у данной категории больных, относят воздействие ионизирующей радиации, шума, вибрации, электромагнитного поля ультранизкочастотного диапазона, сменная работа. В связи с этим у лиц, обеспечивающих безопасность движения поездов, АГ представляет серьезную проблему, т.к. является потенциальным источником антропогенных катастроф.

Цель работы: оценить частоту встречаемости АГ у работников локомотивных бригад, наиболее подверженных психоэмоциональным перегрузкам.

Материалы и методы: нами проанализирована заболеваемость АГ и временная утрата трудоспособности среди машинистов и помощников машинистов Кировского отделения Горьковской железной дороги ОАО «РЖД». Количество работающих в локомотивных бригадах за период с 2006-2008 год составило 4973 человека.

Результаты: АГ выявлена у 460 машинистов и помощников машинистов Кировского отделения Горьковской железной дороги ОАО «РЖД» (9,25%). У 214 (46,5%) пациентов диагноз был подтвержден при проведении углубленного обследования в условиях кардиологического отделения. Временная утрата трудоспособности за 2006-2008 год по АГ у данной категории больных составила более 4400 дней, что является значительным экономическим ущербом для данного акционерного общества.

Выводы: необходимо среди работников локомотивных бригад проводить комплексное решение проблем профилактики, диагностики, лечения артериальной гипертензии и реабилитации больных с ее осложнениями, что позволит снизить уровень заболеваемости и временной нетрудоспособности по артериальной гипертензии.

0559 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Мальчикова С.В., Тарловская Е.И.

Кировская ГМА, Киров, Россия

Цель: сравнительная оценка клинико-экономической эффективности двухкомпонентных комбинаций антигипертензивных препаратов при лечении артериальной гипертензии (АГ) путем проведения анализа эффективности затрат.

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±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 лечения составила 12 недель. Учитывали только прямые затраты на приобретение медикаментов. Функцию эндотелия определяли с помощью ультразвука на аппарате Acuson 128 XP/10 в В-режиме линейным датчиком с частотой 7,5 МГц. Для количественного определения уровня экскреции альбуминов с мочой использовался иммунотурбидиметрический метод на аппарате Интегра-700 (фирма «Roche»).

Результаты. В процессе исследования все комбинации достоверно снизили систолическое и диастолическое АД. Для анализа «затраты-эффективность», где в роли меры эффективности выступала величина снижения АД (Δ АД), мы рассчитали среднюю стоимость

терапии за 3 месяца только тех больных, которые закончили исследование. Средняя стоимость 12-недельного лечения 1 больного составила: в группе А — 1556,25 руб., в группе В — 1179,11 руб., в группе С — 1278,90 руб., в группе D — 1308,44 руб. При проведении расчетов оказалось, что наиболее затратно-эффективным является использование комбинации С. То есть, для снижения систолического АД на 1 мм.рт.ст. при лечении комбинаций С потребовалось 30 руб. 45 коп., а диастолического АД — 58 руб. 94 коп. Коэффициент «затраты-эффективность» (CER) в группе В составил 33,5 (67,76) руб., в группе D — 30,45 (58,94) руб., в группе А — 50,69 (107,33) руб.

Фармакоэкономический расчет CER для показателей эндотелиальной функции и степени альбуминурии показал, что для улучшения эндотелиальной функции на 1 % требуется 273,03 руб. при лечении комбинацией А, 280,74 руб. при применении комбинации В, 220,50 руб. — комбинации С и 1869,20 руб. — комбинации D. Для снижения альбуминурии на 1% необходимо затратить 157,2 руб. в группе А и 220,5 руб. в группе С (в группах В и D снижения альбуминурии не было выявлено).

Заключение. Таким образом, комбинация А оказалась менее эффективна и дороже других комбинаций в снижении АД. Однако для улучшения функции эндотелия комбинация А лишь немного уступает по затратной эффективности комбинации С (ввиду более высокой стоимости оригинальных препаратов), а для снижения альбуминурии является самой экономичной. Поэтому с позиции фармакоэкономики будет целесообразным использование комбинации периндоприл + индапамид ретард у больных АГ с выраженными органными поражениями, в частности — нефропатией, а комбинации лизиноприл + амлодипин у больных без значимого поражения органов мишеней.

0560 АВТОНОМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Мамонтов О.В., Любимцева Т.А., Иртюга О.Б., Шляхто Е.В.
ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова Росмедтехнологий», Санкт-Петербург, Россия

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) — генетически детерминированное заболевание сердца, проявляющееся массивной, чаще ассиметричной за счет межжелудочковой перегородки (МЖП) гипертрофией миокарда при отсутствии других заболеваний, способных привести к гипертрофии. Вместе с тем встречаются пациенты, имеющие одновременно выраженную гипертрофию межжелудочковой перегородки (ВГ МЖП) и артериальную гипертензию (АГ), что может быть результатом сочетания ГКМП и гипертонической болезни (ГБ) либо следствием непропорционально выраженной гипертрофии миокарда у больных с АГ.

Цель исследования: оценка профиля автономной регуляции кровообращения у больных с выраженной гипертрофией МЖП в зависимости от наличия артериальной гипертензии.

Материалы и методы: обследовано 32 пациента с выраженной гипертрофией МЖП (≥ 15 мм), средний возраст составил $55,2 \pm 10,0$ лет. Пациенты были разделены на 2 группы: 1) больные с выраженной гипертрофией МЖП без сопутствующей артериальной гипертензии — АГ (ВГМЖП+АГ-), $n=16$, 2) пациенты с выраженной гипертрофией МЖП, имеющие АГ (ВГМЖП+АГ+), $n=16$. Обе группы имели сходные параметры внутрисердечной гемодинамики.

Группы контроля составили пациенты с ГБ без выраженной гипертрофии миокарда (ВГМЖП-АГ+), $n=20$, и 20 добровольцев (ВГМЖП-АГ-) без заболеваний системы кровообращения. Группы были сопоставимы по возрасту и полу.

Всем обследуемым оценивались вазомоторный компонент кардиопульмонального барорефлекса (ВККПБР), чувствительность спонтанного артериального барорефлекса (АБР), индекс Вальсальвы (ИВ), выполнялся анализ вариабельности сердечного ритма в покое и в ортостазе. Регистрация параметров гемодинамики выполнялась методом неинвазивной непрерывной регистрации АД с помощью аппарата Finometer (FMS, Амстердам).

Результаты: В группе ВГМЖП+АГ- выявлено достоверное снижение ВККПБР ($0,02 \pm 0,20$) по сравнению с пациентами остальных групп: «ВГМЖП+АГ-» — $0,21 \pm 0,19$, $p < 0,05$, «ВГМЖП-АГ+» — $0,22 \pm 0,12$, $p < 0,05$, и «ВГМЖП-АГ-» — $0,29 \pm 0,07$, $p < 0,001$, тогда как ИВ ($1,43 \pm 0,25$), АБР ($9,77 \pm 4,29$ мс/мм Hg) и симпато-вагальный индекс ($2,1 \pm 1,7$) не отличались от группы здоровых ($1,47 \pm 0,22$, $11,1 \pm 4,5$ мс/мм Hg и $1,75 \pm 1,21$). При этом у пациентов с АГ (ВГМЖП+АГ+ и ВГМЖП-АГ+) эти показатели отличались от значений в группе здоровых. Наблюдалось увеличение симпато-вагального индекса ($3,1 \pm 1,7$ и $3,0 \pm 1,5$ против $1,75 \pm 1,21$, $p > 0,05$), меньший уровень ИВ ($1,33 \pm 0,12$ и $1,35 \pm 1,1$ против $1,47 \pm 0,22$, $p < 0,05$ и $p = 0,051$) и АБР ($6,3 \pm 3,9$ и $7,2 \pm 3,5$ против $11,1 \pm 4,5$ мс/мм Hg, $p < 0,005$, $p < 0,01$).

Выводы: профиль автономной регуляции кровообращения у больных с выраженной гипертрофией миокарда и АГ существенно отличается от пациентов с ГКМП и имеет отчетливое сходство с параметрами вегетативной нервной системы больных ГБ. Таким образом, выраженная гипертрофия МЖП у пациентов с АГ, скорее является проявлением гипертонической болезни, чем сочетанием двух заболеваний.

0561 КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Марданов Б.У., Абдуллаев Т.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение эффективности заместительной терапии левотиroxином натрия (ЛН) на фоне стандартной, у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Методы исследования. В исследование включено 53 больных ДКМП обоих полов (39 женщин и 14 мужчин) в возрасте от 22 до 58 лет, 43 из которых после проведения исходных обследований разделены на: I (с признаками гипотиреоза — Г, $n=21$, $44 \pm 2,75$ лет) и II (без Г, $n=22$, $42,7 \pm 3,1$ лет) группы. Помимо оценки клинического состояния, проводилась трансторакальная ЭхоКС, определение содержания в плазме T_3 , T_4 и ТТГ, исходные уровни которых у больных обеих групп соответственно составили $0,7 \pm 0,1$ и $0,9 \pm 0,15$ ng/ml, $8,67 \pm 0,16$ и $8,4 \pm 0,2$ ng/ml, $9,26 \pm 1,7$ и $4,7 \pm 1,9$ mIU/l. Пациенты I группы в дополнение к стандартной терапии получали препарат ЛН (L-тироксин, Berlin-Chemie), среднесуточная доза которого составила $52,3 \pm 5,56$ мкг. Длительность терапии составила 12 недель. Ретроспективно изучались количество госпитализаций пациентов по поводу декомпенсации ХСН в течение последующих 12 мес. В исследование не включались пациенты с первичной патологией щитовидной железы (ЩЖ), и длительно принимавшие амиодарон.

Результаты. При оценке исследуемых параметров по итогам исследования отмечено достоверное улучшение показателей клинического статуса больных обеих групп. Так, сумма набранных баллов по ШОКС, в обеих группах имела достоверную, но более выраженную в группе терапии ЛН, регрессию по сравнению с исходом (на 52% и 41% соответственно, оба $p < 0,01$). По результатам ЭхоКС выявлено следующее: КДО и КСО ЛЖ у больных на дополнительной терапии ЛН имели тенденцию к уменьшению (соответственно с $308,7 \pm 18,9$ мл до $275,06 \pm 20,4$ мл, и со $184,9 \pm 12$ мл до $156,5 \pm 9,2$ мл), сопровождающуюся приростом ФВ ЛЖ на 3,4% (все $p > 0,05$). У пациентов II прирост ФВ ЛЖ составил 1,2%. Статистически значимая динамика отмечена при сравнении линейных размеров ЛП, которая у больных I группы составила 6,1% (с $4,58 \pm 0,08$ см до $4,3 \pm 0,07$ см, $p = 0,01$), в то время как у больных II группы отмечалось недостоверное увеличение ЛП на 0,9% (с $4,63 \pm 0,08$ см до $4,67 \pm 0,09$ см, $p = 0,7$). По результатам нашего исследования, где ЛН назначался в дозе не превышающей 50% от максимальной, отмечено достоверное уменьшение средней суточной ЧСС по результатам ХМЭКГ с $84,3 \pm 3,03$ до $71,2 \pm 1,7$ уд/мин ($p < 0,001$), как следствие стабилизации гемодинамики. Терапия ЛН привела к достоверному уменьшению содержания ТТГ с $9,26 \pm 1,7$ до $5,2 \pm 0,5$ mIU/l, свидетельствующего об уменьшении выраженности гипотиреоза (Г). Количество

повторных госпитализаций в течение последующих 12 мес у больных I группы оказалось достоверно меньше, составив соответственно $1,1 \pm 0,19$ и $1,6 \pm 0,16$ раз, $p \leq 0,05$.

Таким образом, частота встречаемости Г среди больных ДКМП в нашем исследовании составила 40%. Прием в течение 12 недель ЛН на фоне базисной терапии СН приводит к нормализации параметров тиреоидного статуса и способствует улучшению клинического статуса, отдельных показателей внутрисердечной и центральной гемодинамики, сопровождающийся достоверным снижением количества повторных госпитализаций.

0562 АТЕРОСКЛЕРОЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН

Маревцев М.М., Жданов В.С., Галахов И.Е.

Бюро судебно-медицинской экспертизы, Рязань; ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель: изучить развитие атеросклероза в зависимости от употребления алкоголя у практически здоровых мужчин.

Материалы и методы: для определения площади атеросклеротических поражений (АП) использовался визуально-планиметрический метод оценки атеросклероза, разработанный экспертами ВОЗ. Исследовали брюшную часть аорты (БА) и нисходящую ветвь левой коронарной артерии (ЛНКА) у 190 мужчин, умерших от случайных причин в возрасте 20-59 лет. Проводили анкетирование близких родственников погибших. Оценивали частоту употребления алкоголя: редкое — прием алкоголя только по праздникам, умеренное — не чаще 1 раза в неделю (объединены в группу малопьющих), частое — чаще 1 раза в неделю (группа злоупотребляющих).

Результаты: В возрастной группе 20-29 лет у злоупотреблявших алкоголем общая площадь поражения атеросклерозом (ОПА) интимы БА была больше, чем в группе с малым употреблением алкоголя (30,7% и 18,9% соотв.). У малопьющих осложненные АП не встречались в отличие от злоупотреблявших алкоголем. У последних ОПА в ЛНКА также была большей, чем в группе сравнения (15,9% и 7,4% соотв.).

В возрастной группе 30-39 лет ОПА в БА незначительно различалась в двух сравниваемых группах (28,8% и 24,6%); фиброзные бляшки занимали практически равную площадь в обеих группах, осложненные поражения и кальциноз в группе малопьющих занимали несколько большую площадь. ОПА в ЛНКА была больше в группе мало употреблявших алкоголь (25,1% и 17,9% соотв.). В обеих группах фиброзные бляшки также занимали наибольшую площадь, осложненные поражения не встречались. Кальциноз был обнаружен в обеих группах, но в группе мало пьющих он занимал несколько большую площадь.

В возрастной группе 40-49 лет у злоупотреблявших алкоголем ОПА в БА была больше, чем в группе малопьющих (46,1% и 32,5% соотв.). В обеих группах среди видов АП преобладали фиброзные бляшки; осложненные поражения и кальциноз также занимали большую площадь в группе злоупотреблявших алкоголем. В ЛНКА большая часть ОПА у злоупотреблявших алкоголем и в группе сравнения обеспечивалась фиброзными бляшками (28,2% и 23,4% соотв.). Осложненные поражения в ЛНКА были обнаружены только у злоупотреблявших алкоголем, а кальциноз встречался в обеих группах, занимая практически равную площадь интимы.

В возрастной группе 50-59 лет у злоупотреблявших алкоголем ОПА в БА была больше, чем в группе сравнения (63% и 52,7% соотв.), фиброзные бляшки также занимали большую площадь в этой группе. Существенных различий между группами по площади осложненных поражений и кальциноза в БА не отмечено. Различия между злоупотреблявшими алкоголем и группой сравнения по ОПА в ЛНКА были незначительными.

Выводы: Отмечаются тенденции к усилению атеросклероза у практически здоровых мужчин под влиянием употребления алкоголя.

0563 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ БЕТАГИСТИНА ДИГИДРОХЛОРИДА К ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ ПРИ СИМПТОМАХ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХСН II-III ФК (ПО КЛАССИФИКАЦИИ NYHA)

Марцевич С.Ю.^{1,2}, Лукина Ю.В.^{1,2}, Деев А.Д.¹, Лерман О.В.¹, Толпыгина С.Н.¹, Дмитриева Н.А.¹, Серажим А.А.¹, Максимова М.А.¹, Воронина В.П.¹, Захарова А.В.¹, Андреева Г.Ф.¹, Новиков И.В.³, Платонова А.А.³, Казаковцева Т.А.³, Бабкова Т.В.⁴, Волхонская Л.П.⁴

¹Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва, Россия; ²Московская Медицинская Академия им.Сеченова, кафедра доказательной медицины ФДПОП, Москва, Россия

Цель исследования: Изучить влияние дополнительного назначения бетагистина дигидрохлорида к терапии ИАПФ при симптомах головокружения у больных ХСН II-III ФК.

Материалы и методы: в исследовании принял участие 61 пациент — 36 мужчин и 25 женщин с ХСН II-III ФК (по NYHA) с ФВ $\leq 45\%$ (по Simpson) имеющие симптомы головокружения, не получавшие ингибиторы АПФ, как минимум, в течение двух недель до визита включения или получавшие ингибиторы АПФ в дозах меньше целевых. Исследование было рандомизированным, открытым, параллельным. Пациенты случайным методом были распределены в 2 группы: в обеих группах проводилась титрация эналаприла с 5 мг (или с дозы, принимаемой пациентом до исследования) до целевой — 20 мг/сут. (для больных с АД $> 140/90$ мм рт.ст. целевая доза эналаприла увеличивалась до 40 мг/сут.). В группе активного лечения к фоновой терапии эналаприлом добавлялся прием бетагистина дигидрохлорида 24 мг 2 раза в день. Для пациентов с АД < 90 мм рт.ст. на первом визите начальная доза эналаприла составляла 2,5 мг/сут. Шаг титрации составлял 5 мг. Визиты титрации проводились в течение первого месяца с частотой 1 раз в неделю, затем в течение 1 месяца пациенты лечились подобранной дозой эналаприла. На первом и завершающем визите заполнялись анкеты по оценке качества жизни и оценке выраженности симптомов головокружения. Всем больным регистрировалась ЭКГ в покое. На каждом визите проводился опрос, общий осмотр, регистрация побочных эффектов лечения, нежелательных явлений, оценка параметров гемодинамики (АД, ЧСС) каждого пациента, учет препаратов.

Результаты исследования: по результатам исследования у 52 из 54 пациентов удалось достичь целевой (≥ 20 мг в сут.) дозы ингибитора АПФ. Это привело к статистически значимому уменьшению клинических признаков ХСН у пациентов обеих групп: выраженности одышки, отеков, снижению функционального класса ХСН, повышению качества жизни. Статистически значимых отличий между исследуемыми группами не было.

Продemonстрировано уменьшение симптомов головокружения не только в группе, получающей бетагистина дигидрохлорид (отмечено более выраженное уменьшение симптомов головокружения), но и в группе контроля. В группе бетагистина дигидрохлорида выявлено большее повышение баллов по шкале, определяющей настроение, опросника качества жизни (не достигшее статистической значимости, $p=0,08$). Этому могло способствовать выявленное в группе лечения бетагистином дигидрохлоридом клинически значимое снижение жалоб со стороны слуха ($p=0,08$) по сравнению с группой контроля. Была обнаружена тенденция к более успешной возможности достижения целевого уровня ингибитора АПФ при дополнительном назначении бетагистина дигидрохлорида: у всех больных в группе активного лечения удалось достичь целевой дозы эналаприла=20 мг/сут без снижения безопасности проводимой терапии. У 2 пациентов в группе контроля не удалось достичь целевой дозы эналаприла в связи с развитием побочных эффектов проводимой терапии ХСН.

Выводы: по результатам проведенного исследования выявлено, что достижение целевой дозы ингибитора АПФ возможно более чем у 90% больных ХСН II-III ФК без возникновения симптомов гипотонии. Дополнительное назначение бетагистина дигидрохлорида необходимо при остающихся симптомах головокружения после достижения целевой дозы ингибитора АПФ у больных ХСН

0564 ИССЛЕДОВАНИЕ КАМЕЛИИ: СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА КАРВЕДИЛОЛЕ ИЛИ МЕТОПРОЛОЛЕ, У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА/ОЖИРЕНИЕМ

Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П., Шилова Е.В., Деев А.Д., Шальнова С.А., Оганов Р.Г. от имени рабочей группы по проведению исследования «КАМЕЛИЯ»

ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии, Москва, Россия

Цель: Оценить антигипертензивный и метаболический эффект терапии, основанной на карведилоле, в сравнении с метопрололом у пациентов артериальной гипертонией (АГ) 1 и 2 степени с избыточной массой тела/ожирением через 24 недели терапии.

Методы: Многоцентровое, открытое, проводимое в двух параллельных группах со ступенчатым подбором антигипертензивной терапии рандомизированное исследование. После рандомизации 160 пациентов получали карведилол 25 мг/сут (ВЕДИКАРДОЛ, компания Синтез, Россия), остальные 160 человек — метопролола тартрат 50 мг/сут. Предусматривалось удвоение дозы бета-адреноблокатора (БАБ), а также перевод на комбинированную терапию: последовательное назначение амлодипина (АМЛ) 5-10 мг и гидрохлоротиазида (ГХТ) 12,5-25 мг в обеих группах для достижения целевого уровня артериального давления (АД). Контроль эффективности и безопасности терапии проводился во время визитов к врачу сначала каждые 2 недели, в дальнейшем — каждые четыре недели. Оценивались динамика АД по сравнению с исходными показателями и снижение АД до целевого уровня, число и вид нежелательных побочных явлений, динамика биохимических показателей крови: креатинина, мочевой кислоты, глюкозы, калия, липидного спектра.

Результаты: В обеих группах отмечалось достоверное снижение как систолического (САД), так и диастолического (ДАД) АД, различий между группами не было ($p=0,88$ и $p=0,61$, соответственно). Перевод пациентов на комбинированную терапию и титрование АМЛ и ГХТ в группе метопролола проводились чаще, чем в группе карведилола ($p>0,05$). Назначение БАБ привело к существенному уменьшению частоты сердечных сокращений (ЧСС), различий между группами не было ($p=0,61$). Целевое АД достигнуто в группе карведилола у 96,2% пациентов, в группе метопролола — у 95,5% ($p=0,85$). В группе карведилола зарегистрировано достоверное снижение уровня глюкозы ($p<0,01$) и мочевой кислоты ($p<0,0001$), отмечалась четкая тенденция к уменьшению уровня общего холестерина (ХС) и липопротеидов низкой плотности. Зарегистрировано 34 несерьезных нежелательных явления: 24 в группе карведилола и 10 — в группе метопролола ($p<0,05$), большинство из них не были связаны с приемом изучаемых БАБ.

Выводы: Контролируемая терапия АГ, основанная на карведилоле или метопрололе, позволяет достигнуть целевого уровня АД у большинства пациентов с избыточной массой тела/ожирением. У пациентов, получающих карведилол, реже необходим перевод на комбинированную терапию АМЛ и ГХТ, а также титрование доз этих препаратов. Оба препарата продемонстрировали метаболическую нейтральность, при приеме карведилола отмечалось достоверное снижение уровня глюкозы и мочевой кислоты, тенденция к снижению ХС и липопротеидов низкой плотности.

0565 НОВЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Марченко Е.Н., Козилова Н.А., Смирнова Е.Н.

МУЗ КМСЧ №1, Пермь, Россия; Медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования: оценить эффективность терапии больных с ХСН на фоне тиреотоксической миокардиодистрофии неселективными бета-блокаторами в сравнении с применением селективных препаратов этой же группы.

Материалы и методы: проведено клиническое сравнительное рандомизированное проспективное исследование. В зависимости от выбора бета-блокатора больные тиреотоксической миокардиодистрофией, на фоне ХСН, были разделены на 2 группы. В первую группу было включено 25 больных, которым в комплексной терапии ХСН назначался селективный бета-адреноблокатор — биспролол с титрацией до достижения средней дозы 8,2±1,6 мг — 1 раз в сутки, во вторую группу, было включено 24 пациента, которые получали неселективный бета-адреноблокатор — пропранолол без титрации дозы. В комплексной терапии ХСН в обеих группах использовался ингибитор ангиотензинпревращающего фермента — эналаприл с титрацией без достоверных различий по достигнутому дозировкам. Длительность лечения составила 6 месяцев. Всем больным до и после лечения проводились оценка клинического состояния по шкале ШОКС (В.Ю. Мареев, 2000), тест 6-минутной ходьбы, оценка качества жизни по опроснику MLHFQ, электрокардиография, эхокардиография. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести и медикаментозной терапии ХСН и тиреотоксикоза.

Результаты: в ходе терапии ХСН биспрололом средний балл по шкале ШОКС снизился достоверно на 43,4±9,7% в первой группе в сравнении со второй, где динамика среднего балла составила 24,5±6,8% ($p<0,001$). Средний ФК ХСН после лечения в первой группе составил 2,0±0,3 и был достоверно ниже, чем во второй группе — 2,3±0,5 ($p=0,014$). Динамика баллов по MLHFQ опроснику была достоверно более значимой в первой группе — 41,2±10,8%, чем во второй группе — 28,9±9,2% ($p<0,001$). У 83,3% больных тиреотоксической миокардиодистрофией, осложненной ХСН и фибрилляцией предсердий, в первой группе через 6 месяцев терапии произошло восстановление синусного ритма сердца. При использовании неселективного бета-адреноблокатора восстановление ритма зарегистрировано лишь в 16,7% ($p=0,002$). Фракция выброса левого желудочка в первой группе увеличилась на 9,6±3,6%, во второй — 7,1±3,4% ($p=0,014$); уменьшение конечного диастолического объема левого желудочка составило 18,2±8,2% и 12,5±8,8% ($p=0,023$) соответственно; конечного систолического объема левого желудочка — на 12,8±6,7% и 8,3±6,5% соответственно ($p=0,021$). До лечения 80,0% пациентов в первой и 83,3% больных во второй группе имели относительную недостаточность митрального клапана. После терапии лишь у 16% больных в первой группе и у 75,0% больных во второй сохранялась митральная регургитация ($p=0,041$).

Выводы: при развитии ХСН у больных тиреотоксической миокардиодистрофией, в том числе в сочетании с фибрилляцией предсердий рекомендуется в качестве препарата первого выбора среди бета-адреноблокаторов избирать селективный препарат — биспролол в отличие от традиционной схемы назначения неселективных бета-адреноблокаторов при лечении тиреотоксикоза без учета сердечнососудистых осложнений.

0566 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ И ИХ КОМБИНАЦИИ С В-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ

Маслова А.П., Либис Р.А.

Кафедра госпитальной терапии с курсом клинической фармакологии, ОрГМА, Оренбург, Россия

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) и фибрилляция предсердий (ФП) входят в число наиболее значимых и актуальных проблем клинической кардиологии. В соответствии с современными принципами лечения ХСН, предпочтение должно отдаваться препаратам, не только уменьшающим клинические проявления ХСН, но и улучшающим жизненный прогноз пациентов. К таким средствам, наряду с ингибиторами АПФ, относятся В-адреноблокаторы. Как известно, при хронической ФП целью проводимой терапии является контроль частоты желудочковых сокращений (ЧЖС), т.к. с увеличением ЧЖС возрастает клиническая симптоматика ХСН и риск тромбэмболических осложнений.

Цель. Целью проводимого исследования было определение эффективности контроля ЧЖС у пациентов с ХСН и постоянной формой ФП путем применения сердечных гликозидов и их комбинации с В-адреноблокаторами.

Методы исследования. В исследование были включены 22 пациента в возрасте от 55 до 80 лет (средний возраст составил 67,3 лет), из них 13 женщин (59%) и 9 мужчин (41%). Все больные имели клинические признаки ХСН: II ФК — 12 человек (55%); III ФК — 10 человек (45%). Причинами развития ХСН была ИБС. До поступления в стационар все пациенты получали терапию ингибиторами АПФ, дигоксином, периодически петлевыми диуретиками, индапамидом. Из них В-блокаторы (бисопролол, метопролол) до госпитализации принимали только 9 человек (42%). Обследование больных включало общеклинические мероприятия, ЭКГ, ЭхоКГ, тест шестиминутной ходьбы.

При анализе полученных данных выявлено наличие нормосистолической формы ФП у 9 человек (41%) и тахисистолической формы ФП у 13 человек (59%). Нужно отметить, что пациенты с тахисистолической формой ФП терапию В-блокаторами до поступления в клинику не получали. Сопоставлялась тяжесть ХСН с ЧЖС. Среди больных с нормосистолической формой ФП (получающих В-блокаторы амбулаторно) II ФК ХСН определен у 7 человек (80%), III ФК — у 2 человек (20%). В группе пациентов с тахисистолической формой ФП II ФК ХСН выявлен у 4 человек (31%), III ФК — у 9 человек (79%).

Выводы: имеется обратная зависимость между эффективностью контроля ЧЖС при ФП и тяжестью ХСН: при лучшем контроле ЧЖС (при нормосистолической форме ФП) наблюдалась меньшая выраженность ХСН и, наоборот, при меньшей эффективности контроля ЧЖС (при тахисистолической форме ФП) определялась большая выраженность ХСН. В-блокаторы в сочетании с дигоксином эффективнее контролируют ЧЖС при ХСН на фоне постоянной формы ФП по сравнению с применением одного дигоксина. Для получения более достоверных данных необходимо длительное наблюдение в динамике.

0567 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — сравнительная оценка показателей липидного (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС ЛП низкой плотности (ХС ЛПНП), ХС ЛП очень низкой плотности (ХС ЛПОНП), ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛПВП), коэффициент атерогенности (КА), коэффициент триглицеридный (КТ) у мужчин и женщин ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН), артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 82 мужчин (средний возраст $50,5 \pm 0,9$ г.) и 108 женщин (средний возраст $54,9 \pm 0,79$ г.) ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса, АГ II-III стадии и СД 2 типа. Диагноз СН ставился на основе Российских рекомендаций “Диагностика и лечение стабильной стенокардии”, разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2008). При диагностике артериальной гипертензии использовались критерии Российских рекомендаций “Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии”, разработанные Комитетом экспертов ВНОК (2008). Для определения СД 2 типа использовали критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1999). Статистическую обработку проводили по специально составленной программе.

Полученные результаты. Сравнительный анализ показателей липидов у мужчин и женщин выявил, что значения общего ХС (варианта — $5,74 \pm 0,10$ ммоль/л и нижние 10 перцентилей — $3,93 \pm 0,10$ ммоль/л) были выше на 5,6% и 12,7% соответственно у женщин; верхние 10 перцентилей были практически одинаковы, составляя $7,84 \pm 0,23$ ммоль/л у мужчин, $7,81 \pm 0,14$ ммоль/л у женщин). ТГ (варианта — $2,54 \pm 0,10$ ммоль/л, нижние 10 перцентилей

— $0,95 \pm 0,09$ ммоль/л и верхние 10 перцентилей — $6,86 \pm 0,66$ ммоль/л у мужчин; варианта — $2,56 \pm 0,09$ ммоль/л, нижние 10 перцентилей — $0,97 \pm 0,06$ ммоль/л и верхние 10 перцентилей — $6,86 \pm 0,58$ ммоль/л у женщин существенно не различались). ХС ЛПНП (варианта — $3,22 \pm 0,08$ ммоль/л, нижние 10 перцентилей — $1,14 \pm 0,19$ ммоль/л) у женщин превышали на 3,7% и 4,4% соответствующие показатели у мужчин; верхние 10 перцентилей были практически одинаковы, составляя $5,33 \pm 0,18$ ммоль/л у мужчин и $5,36 \pm 0,14$ ммоль/л у женщин). ХС ЛПОНП у мужчин и женщин были практически одинаковы (варианта — $1,16 \pm 0,05$ ммоль/л, нижние 10 перцентилей — $0,44 \pm 0,04$ ммоль/л и верхние 10 перцентилей — $3,14 \pm 0,30$ ммоль/л у мужчин; варианта — $1,17 \pm 0,04$ ммоль/л, нижние 10 перцентилей — $0,44 \pm 0,03$ ммоль/л и верхние 10 перцентилей — $3,15 \pm 0,27$ ммоль/л у женщин). ХС ЛПВП (варианта — $1,23 \pm 0,04$ ммоль/л) была выше на 5,7% у женщин, чем у мужчин; нижние 10 перцентилей были практически одинаковы, составляя $0,59 \pm 0,01$ ммоль/л у мужчин, $0,58 \pm 0,02$ ммоль/л у женщин; верхние 10 перцентилей — $2,43 \pm 0,28$ ммоль/л у мужчин превышали на 14,0% соответствующие значения у женщин). КА (варианта у мужчин и женщин были практически одинаковы, равняясь $3,90 \pm 0,18$ усл.ед. и $3,91 \pm 0,15$ усл.ед. соответственно; нижние 10 перцентилей — $1,56 \pm 0,10$ усл.ед. и верхние 10 перцентилей — $9,93 \pm 0,82$ усл.ед. были выше на 23,7% и 18,2% у женщин). КТ (варианта — $2,43 \pm 0,13$ усл.ед. и верхние 10 перцентилей — $7,58 \pm 0,44$ усл.ед. у мужчин превышали на 5,3% и 13,5% соответственно; нижние 10 перцентилей — $0,70 \pm 0,03$ усл.ед. были выше на 17,1% у женщин).

0568 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — проведение сравнительный анализ параметров гемодинамики: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое АД (ДАД), среднее АД (СрАД) и частота сердечных сокращений (ЧСС) у мужчин и женщин ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН), артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 82 мужчин (средний возраст $50,5 \pm 0,9$ г.) ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса, АГ II-III стадии и СД 2 типа. Диагноз СН ставился на основе Российских рекомендаций “Диагностика и лечение стабильной стенокардии”, разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2008). При диагностике артериальной гипертензии использовались критерии Российских рекомендаций “Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии”, разработанные Комитетом экспертов ВНОК (2008). Для определения СД 2 типа использовали критерии, сформулированные Рабочей группой ВОЗ (1999). Статистическую обработку проводили по специально составленной программе.

Полученные результаты. Сравнительный анализ гемодинамических параметров у мужчин и женщин выявил, что значения САД (варианта — $153,11 \pm 1,88$ мм рт.ст., $154,59 \pm 1,40$ мм рт.ст. и верхние 10 перцентилей — $183,75 \pm 1,71$ мм рт.ст., $184,55 \pm 1,50$ мм рт.ст., соответственно у мужчин и женщин, существенно не различались; нижние 10 перцентилей — $154,59 \pm 1,40$ мм рт.ст. были выше на 9,27%, у женщин).

ДАД (варианта — $92,20 \pm 0,98$ мм рт.ст. и верхние 10 перцентилей — $118,75 \pm 2,12$ мм рт.ст. у мужчин превышали на 2,9% и 13,5% соответствующие значения у женщин; нижние 10 перцентилей — $70,00 \pm 2,32$ мм рт.ст. были выше на 5,6% у женщин).

Ср.АД (варианта были практически одинаковы, составляя у мужчин $117,73 \pm 1,22$ мм рт.ст., у женщин — $116,53 \pm 0,91$ мм рт.ст.; нижние 10 перцентилей — $93,73 \pm 2,11$ мм рт.ст. были выше на 5,6% у женщин; верхние 10 перцентилей — $141,63 \pm 1,40$ мм рт.ст. превышали на 4,2% у мужчин соответствующие показатели у женщин).

ЧСС (варианта, нижние и верхние 10 перцентилей у мужчин и женщин были практически одинаковы).

Выводы. Проведенный анализ показал, что сравнительные аспекты параметров гемодинамики у мужчин и женщин следует учитывать при проведении лечебных мероприятий у больных сочетанной патологией (ишемической болезнью сердца, СН, АГ и СД 2 типа).

0569 МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ФАКТОРОВ РИСКА (ГЕМОДИНАМИКИ И ОЖИРЕНИЯ) У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Матвеева С.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель — оценка взаимодействий между показателями углеводного обмена (глюкоза крови), гемодинамики: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое АД (ДАД), среднее АД (СрАД), частота сердечных сокращений (ЧСС); ожирения: масса тела (МТ), индекс Кетле (ИМТ) у мужчин с ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения (СН) артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. Проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 82 мужчин (средний возраст $50,5 \pm 0,9$ г.) ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса, АГ II-III стадии и СД 2 типа. Диагноз СН ставился на основе Российских рекомендаций “Диагностика и лечение стабильной стенокардии”, разработанных Комитетом экспертов ВНОК (2008). При диагностике артериальной гипертензии использовались критерии Российских рекомендаций “Профилактика, диагностика и лечение артериальной гипертензии”, разработанные Комитетом экспертов ВНОК (2008). Степень ожирения по ИМТ оценивали на основании классификации ВОЗ (1997). Для определения СД 2 типа использовали критерии, сформулированные ВОЗ (1999). Статистическую обработку проводили по специально составленной программе, используя корреляционный анализ с определением критериев Стьюдента-Фишера.

Полученные результаты. Анализ показал, что вариантные значения глюкозы крови и факторов риска (САД, ДАД, СрАД, ЧСС, МТ и ИМТ) положительно коррелировали со значениями $r = +0,94, 0,89, 0,93, 0,91, 0,98, 0,96$ ($P < 0,001$); между показателями верхних 10 перцентилей глюкозы крови и верхних 10 перцентилей тех же факторов риска положительно выявлены высоко достоверные корреляции со значениями $r = +0,73, 0,84, 0,90, 0,74, 0,86, 0,96$ ($P < 0,001$) и определялась высокая отрицательная корреляция между показателями верхних 10 перцентилей глюкозы крови и нижних 10 перцентилей факторов риска со значениями $r = -0,85, 0,98, 0,82, 0,95, 0,91, 0,96$ ($P < 0,001$).

Выводы. Результаты проведенного многофакторного анализа выявили достоверные положительные закономерности вариантных значений углеводного обмена (глюкоза крови) и факторов риска (САД, ДАД, СрАД, ЧСС, МТ и ИМТ); верхних 10 перцентилей глюкозы крови и верхних 10 перцентилей тех же факторов риска и отрицательные закономерности между показателями верхних 10 перцентилей глюкозы крови и нижних 10 перцентилей факторов риска у мужчин с ишемической болезнью сердца, СН I-III функционального класса, АГ и СД 2 типа.

0570 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Матвеева С.А., Спирина В.В.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, РОККД, Рязань, Россия

Цель — анализ четырехлетней результатов реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Методы исследования. В течение четырех лет проведено динамическое наблюдение 228 больных: 199 (87,3%) мужчин и 29 (12,7%) женщин в возрасте 29-78 лет. Первичный ИМ выявлен у 185 (81,1%) больных, повторный ИМ у 43 (18,9%). ИМ локализовался в передней стенке левого желудочка — у 157 (58,2%), нижней стенке у 104 (38,%) и циркулярный ИМ у 9 (3,3%). Q-ИМ был диагностирован у 169 (62,6%) больных, неQ-ИМ у 101 (37,4%) пациентов.

Программа динамического наблюдения включала сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторное (общеклинические анализы, ферменты, углеводный, липидный), инструментальное (ЭКГ, мониторинг ЭКГ, ЭхоКГ, коронароангиография) исследования, консультации офтальмолога.

Полученные результаты. Реабилитация включала диету, медикаментозную терапию (β -адреноблокаторы, антагонисты кальция, нитраты, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, гиполипидемические средства, антиагреганты, антиаритмические средства, диуретики, ЛФК, рекомендации офтальмолога, невролога, психотерапевта. Хирургическое лечение атеросклероза коронарных артерий (АКШ, стентирование коронарных артерий) проведено 62 (27,2%) пациентам, из них 52 (22,8%) мужчинам и 10 (4,4%) женщинам. Повторный ИМ развился у 8 (3,6%), из них: Q-ИМ — у 5 (2,2%), неQ-ИМ — у 3 (1,4%), передней стенки у 4 (1,8%), нижней — у 4 (1,8%). Аневризма левого желудочка определялась в пяти (2,2%) случаях. У 35 (15,4%) больных выявлялись впервые возникшие нарушения ритма и проводимости: политопная желудочковая экстрасистолия — у 31 (13,6%), фибрилляция предсердий — у 7 (3,1%), блокада левой ножки пучка Гиса — у 5 (2,2%), блокада правой ножки пучка Гиса — у 6 (2,6%). Госпитализация в связи с прогрессированием стенокардии напряжения отмечалась в 47 (39,5%) случаях. Стенокардии напряжения выявлялось у 216 (94,7%), из них увеличение функционального класса стенокардии напряжения отмечалось у 21 (9,2%), уменьшение у 29 (12,7%), без динамики — у 157 (68,9%) больных. Летальность составила 6 (2,6%) случаев, из них у четырех больных развился повторный ИМ и у двух — острая коронарная недостаточность.

Выводы. Анализ результатов реабилитации пациентов, перенесших ИМ, в течение 4 лет показал, что комплексные мероприятия способствовали стабилизации течения ишемической болезни сердца у большинства 186 (81,6%) больных, повторный ИМ развился в 8 (3,6%) случаях, летальность составила 6 (2,6%).

0571 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АДАПТОЛА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Матвиенко Е.Е., Семенкова Г.Г.

ГУЗ «ВОКБ № 2», Воронеж, Россия; ВГМА им Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: оценить эффективность коррекции психовегетативных нарушений с применением адаптола у женщин в постменопаузе с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: в исследование были включены 60 амбулаторных пациенток в постменопаузе с АГ. Средний возраст составил $60,2 \pm 1,5$ года. Больные были разделены на 2 группы: основную и группу сравнения, по 30 человек в каждой. Все женщины получали антигипертензивную терапию — ингибитор АПФ и диуретик. Пациенткам основной группы дополнительно назначался адаптол (дневной анксиолитик-адаптоген; АО «Олайнфарм», Латвия) по 500 мг 2 раза в день. Длительность наблюдения составила 1 месяц. Для оценки психовегетативного статуса использовались: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HARDS), тест тревожности Спилбергер-Ханина, шкала депрессии Цунга; шкала астенического состояния (ШАС), опросник Вейна. Качество жизни (КЖ) оценивалось по опроснику SF-36.

Результаты: у большинства пациенток были выявлены тревожно-депрессивные нарушения с преобладанием аффекта тревоги. У 51 (85%) женщины диагностировано повышение уровня тревоги — увеличение как ситуативной, так и личностной тревожности. Симптомы

депрессии, преимущественно умеренно выраженные, были выявлены у 40 (66,6%) больных. У 41 (68,3%) женщины обнаружено сочетание симптомов тревоги и депрессии. Признаки астенического синдрома наблюдались у 42 (70%) пациенток, вегетативной дисфункции — у 58 (96,6%) женщин. На фоне лечения с добавлением адаптола отмечалось достоверное улучшение показателей психовегетативного статуса. У пациенток основной группы уровень тревоги по шкале HARDS уменьшился с $9,3 \pm 0,5$ балла исходно до $5,6 \pm 0,5$ балла к концу месяца; по данным теста Спилберга-Ханина наблюдалось значимое снижение как ситуативной (с $52,3 \pm 1,8$ до $34,5 \pm 1,9$ балла), так и личностной тревожности (с $61,2 \pm 2,0$ до $45,3 \pm 2,1$ балла). На фоне приема адаптола уменьшилась выраженность депрессивной симптоматики (с $58,4 \pm 2,5$ до $42,5 \pm 2,6$ балла по шкале Цунга), астенического синдрома (с $63,2 \pm 2,8$ до $48,5 \pm 2,7$ балла по ШАС). У пациенток группы сравнения указанные показатели достоверно не менялись. Суммарный балл по опроснику Вейна у больных основной группы снизился с $46,8 \pm 1,5$ исходно до $28,6 \pm 1,5$ к концу месяца, в отличие от пациенток группы сравнения. По данным суточного мониторирования АД, комбинация антигипертензивных средств и адаптола позволила достичь большего уменьшения частоты нарушений суточного ритма АД (с $62,5$ до $44,3\%$) и повышенной вариабельности АД (с $64,3$ до $46,5\%$). В результате лечения с применением адаптола достоверно улучшились показатели КЖ: психологическое здоровье, жизнеспособность, общее восприятие здоровья и социальное функционирование. На фоне приема адаптола не наблюдалось развития значимых побочных эффектов, а также синдрома отмены.

Выводы: Применение адаптола у женщин в постменопаузе с АГ позволяет уменьшить проявления тревоги, депрессии, астении и вегетативной дисфункции, улучшить качество жизни пациенток. Учитывая хорошую переносимость лечения, адаптол может быть рекомендован для коррекции психовегетативных нарушений у данной категории больных на амбулаторном этапе.

0572 ЖЕСТКОСТЬ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ДВУХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Махмудова Х.А., Андреевская М.В., Моисеева Н.М., Балахонова Т.В., Козлов С.Г., Рогоза А.Н.

ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия

Цель. Оценка жесткости магистральных артерий у мужчин молодого и среднего возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. В исследование вошли 78 мужчин, в том числе 49 больных ИБС с верифицированным посредством ангиографии стенозирующим коронарным атеросклерозом, средний возраст которых составил $43,5 \pm 4,8$ лет и 29 практически здоровых добровольцев (контрольная группа), средний возраст которых составил $43,1 \pm 5,9$ лет. В исследование не включали больных с артериальной гипертензией, сахарным диабетом, выраженной гиперхолестеринемией. Проведено определение скорости распространения пульсовой волны (СПВ) в аорте с помощью ультразвукового дуплексного сканирования и с помощью прибора Arteriograph (TensioMed, Венгрия) в обеих группах пациентов.

Результаты. Среди больных ИБС 25 (51%) мужчин на момент ее возникновения имели в соответствии с Фрамингемской системой оценки риска низкий риск (<10% в течение ближайших 10 лет), 22 (45%) пациента — средний риск (10–20%) и 2 (4%) мужчин — высокий риск (>20%) сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. У пациентов контрольной группы СПВ в аорте, по данным ультразвукового дуплексного сканирования, составила $4,4 \pm 7,8$ (в среднем $5,8 \pm 0,9$) м/с. Медиана СПВ составила 5,6 м/с, верхний квартиль был равен 6,5 м/с. Это значение СПВ в дальнейшем использовали в качестве верхней границы нормы. У больных ИБС СПВ в аорте равнялась 4,6–10 (в среднем $6,8 \pm 1,3$) м/с, ($p < 0,001$). Медиана СПВ составила 6,9 м/с. СПВ в аорте превышала значение 6,5 м/с у 26 (53%) больных ИБС и у 7 (24%) пациентов контрольной группы ($p = 0,02$). СПВ у больных с поражением 1, 2 и 3 магистральных артерий была равна, соответственно, $6,0 \pm 1,1$, $6,7 \pm 1,1$ и $7,7 \pm 1,2$ м/с. СПВ у больных ИБС по данным измерения с помощью прибора Arteriograph составила в среднем $8,8 \pm 2,4$ м/с, что достоверно не отличалось от аналогичного

показателя у пациентов контрольной группы, где СПВ была равна $8,1 \pm 2,2$ м/с ($p = 0,21$). Повышенная СПВ была выявлена у 16 (33%) больных ИБС и у 6 (21%) пациентов контрольной группы ($p = 0,43$). Достоверных отличий в СПВ у больных с поражением 1, 2 и 3 магистральных артерий не было обнаружено.

Выводы. Результаты оценки СПВ в аорте с помощью ультразвукового дуплексного сканирования продемонстрировали более тесную взаимосвязь с наличием ИБС у лиц молодого и среднего возраста в сравнении с результатами оценки СПВ с помощью прибора Arteriograph.

0573 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ 2 ТИПОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА СТАРШЕ 40 ЛЕТ

Махмудов Э.А.

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России, Балашиха, Россия

К настоящему времени во всем мире сахарным диабетом (СД) страдают более 60 млн. человек. Атеросклероз у больных СД характеризуется ранним развитием и распространением, что позволяет говорить о СД как о естественной модели атеросклероза.

Нашей задачей было изучение некоторых показателей липидного обмена и уровня С-пептида и иммунореактивного инсулина (ИРИ) у больных СД 2 типа с нормальной массой тела 35 больных (17 женщин, 18 мужчин) и с ожирением 84 (44 женщины, 40 мужчин) в зависимости от возраста и пола. Изучались следующие показатели: ЛПНП, ЛПОНП, ЛПВП, концентрация холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ) в крови общепринятыми методами. Контрольная группа состояла из 50 женщин и 46 мужчин аналогичного возраста без избытка массы тела. Исследования у больных СД 2 типа проводилось в стадии компенсации углеводного обмена.

У мужчин в возрасте 40–49 лет, страдающих СД 2 типа, отмечается достоверное увеличение ЛПОНП ($36,4 \pm 1,9$ г/л) и ЛПВП ($18,8 \pm 0,7$ г/л) по сравнению с контрольной группой ($p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно). В группе больных СД 2 типа мужчин в возрасте 50–59 лет наблюдалось достоверное увеличение концентрации ХС ($6,9 \pm 0,4$ ммоль/л, $p < 0,01$) и ЛПНП ($43,1 \pm 1,3$ г/л, $p < 0,001$) при сравнении с аналогичной возрастной группой здоровых лиц. В возрастной группе мужчин больных СД 2 типа в возрасте 60–69 лет содержание ТГ ($3,8 \pm 0,4$ ммоль/л), ХС ($6,4 \pm 0,4$ ммоль/л) и ЛПОНП ($31,2 \pm 1,8$ г/л) было существенно выше, чем в контроле. У больных СД 2 типа мужчин с возрастом имела тенденция к увеличению в сыворотке крови ТГ, ЛПНП с максимумом в возрастной группе 60–69 лет. Максимальное содержание ЛПОНП в крови отмечалось у больных СД 2 типа мужчин в возрастной группе 40–49 лет. У женщин больных СД 2 типа в возрасте 40–49 лет содержание ТГ ($2,6 \pm 0,3$ ммоль/л), ХС ($5,7 \pm 0,5$ ммоль/л), ЛПОНП ($30,8 \pm 1,9$ г/л), ЛПВП ($30,6 \pm 2,2$ г/л) было выше, чем в контроле. У больных СД 2 типа с ожирением вне зависимости от пола имело место максимальная концентрация С-пептида и ИРИ в крови в возрасте 40–49 лет с тенденцией к снижению в группах 50–59 и 60–69 лет. У больных СД 2 типа с нормальной массой тела наблюдалась аналогичная динамика гормонов с возрастом, однако значения С-пептида и ИРИ были достоверно ниже, чем в группе пациентов с ожирением. Таким образом, при сахарном диабете 2 типа как у мужчин, так и у женщин наблюдаются возрастные изменения показателей липидного обмена в сочетании с гиперинсулинемией, что необходимо учитывать при разработке терапии данного заболевания.

0574 РАННИЕ МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Махмудян Д.А., Перекальская М.А., Макарова Л.И., Вихман Е.А., Кинаш Н.И.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить ранние маркеры дисфункции почек у лиц с синдромами наследственных нарушений соединительной

тельной ткани (ННСТ), обусловленными патологией экстрацеллюлярного матрикса, в зависимости от наличия артериальной гипертензии (АГ) и нефроптоза (НП).

Материал и методы исследования: обследованы 40 мужчин в возрасте 16-35 лет (ср. возраст $22,0 \pm 1,2$ года) с семейным пролапсом митрального клапана, ННСТ с элерсиподобным фенотипом и синдромом Шейерманна-Мау. 17 (42,5%) пациентов имели АГ I-II ст., 23 (57,5%) — нормотонию. НП I-II ст. диагностирован в группе с АГ у 13 (76,5%) мужчин, в группе без АГ — у 10 (43,4%). Для выявления скрытой дисфункции почек определяли наличие микроальбуминурии (МАУ) и β_2 -микроглобулина (β_2 -МГ) в суточной моче. МАУ (уровень альбумина 20-250 мг/сут.) — универсальный маркер системного сосудистого повреждения и ранний показатель патологии почек. Увеличение уровня β_2 -МГ более 0,25 мг/л рассматривается как маркер дисфункции проксимальных канальцев.

Результаты: У 18 (45,0%) обследованных выявлена МАУ, чаще в группе с АГ (у 11 чел., 64,4%), чем без АГ (у 7 чел., 30,4%; $p < 0,01$). В группе больных с АГ средний показатель МАУ был больше, чем в группе без АГ ($60,3 \pm 2,8$ мг/сут. и $32,0 \pm 2,7$ мг/сут. соответственно; $p < 0,02$). Уровень МАУ у пациентов с АГ и НП был больше, чем у больных с АГ без НП ($64,2 \pm 3,8$ мг/сут. и $44,4 \pm 2,7$ мг/сут. соответственно; $p < 0,02$). Средний уровень МАУ у больных без АГ с НП составил $34,4 \pm 3,2$ мг/сут., а без НП — $22,2 \pm 4,1$ мг/сут. ($p < 0,01$). Показатель МАУ у больных с НП в целом был равен $52,8 \pm 2,4$ мг/сут., а у больных без НП — $31,7 \pm 2,8$ мг/сут. ($p < 0,01$). Увеличение содержания β_2 -МГ в моче выявлено у 27 больных (67,5%): у лиц с АГ чаще по сравнению с больными без АГ (100% и 43,7% соответственно; $p < 0,001$). В группе с АГ средняя концентрация β_2 -МГ составила $1,18 \pm 0,19$ мг/л, при этом была выше у больных с НП по сравнению с больными без НП ($1,38 \pm 0,14$ мг/л и $0,98 \pm 0,12$ мг/л соответственно; $p < 0,003$). В группе без АГ средняя концентрация β_2 -МГ равнялась $0,65 \pm 0,14$ мг/л, при этом у больных с НП — $0,78 \pm 0,12$ мг/л, без НП — $0,15 \pm 0,08$ мг/л ($p < 0,002$). У больных с НП независимо от уровня АД средняя концентрация β_2 -МГ составила $1,12 \pm 0,13$ мг/л, а без НП — $0,64 \pm 0,08$ мг/л ($p < 0,02$). При корреляционном анализе в группе больных с АГ обнаружена прямая связь между показателями МАУ и β_2 -МГ ($r = 0,715$; $p < 0,02$).

Выводы:

1. МАУ и повышение содержания β_2 -МГ в моче выявлены достоверно чаще в группе с АГ, средние цифры этих показателей при АГ были достоверно выше, чем в ее отсутствие, что свидетельствует как о системном сосудистом повреждении, так и о канальцевой дисфункции, возникающих при развитии АГ у лиц с ННСТ.

2. У лиц с НП и МАУ, и β_2 -МГ мочи были повышены даже в отсутствие АГ, что свидетельствует с одной стороны о самостоятельной роли НП в развитии почечной дисфункции, а с другой — о том, что эти показатели можно использовать в качестве ранних маркеров повреждения почек при ННСТ. Данные изменения могут быть обусловлены как локальным влиянием НП, так и особенностями сосудистой стенки при патологии экстрацеллюлярного матрикса.

0575 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИРКАДНОГО ИНДЕКСА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Махнева Е.А., Мусихина Н.А., Гапон Л.И., Юферова О.В., Беликова Е.А., Мухер А.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: Определить влияние вариабельности ритма сердца (ВРС) на функцию эндотелия у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и АГ в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) с учетом суточного индекса артериального давления (АД).

Материалы и методы: В исследование были включены 82 пациента (мужского и женского пола) в возрасте от 40 до 70 лет. Из них группу с АГ составили 47 чел. (с ЦИ «диппер» — 21 чел., «нондиппер» — 26 чел. соответственно); группу с АГ в сочетании

с хроническими формами ИБС 35 чел. («дипперы» — 12 чел. и «нондипперы» — 23 чел.).

За 7 дней до начала обследования пациентам отменялись коронароактивные и гипотензивные препараты. Допускался прием метилдопы, а также прием аспирина и нитроглицерина (пациентам с АГ в сочетании с ИБС). Исследование проводилось с использованием кардиомониторов «Кардиотехника — 4000» производства ЗАО «Инкарт» (Санкт-Петербург), с регистрацией вариабельности ритма сердца (ВРС). Для оценки функционального состояния эндотелия использовалась проба с реактивной гиперемией на аппарате Caris Plus, «Esaote» (Италия) с использованием линейного датчика 7 МГц.

Для определения уровня эндотелина в плазме крови использовался метод «иммуноферментного сэндвича» (Wagner A et al, 2002, Kinugawa T. et al., 2003). Определение уровня С-реактивного белка (СРБ-hs) проводилось иммунотурбидиметрическим методом с использованием реактивов BioSystems S.A., Испания.

Результаты: У больных АГ с ЦИ «диппер» и «нондиппер» были выявлены достоверные различия по уровню эндотелина-1 в плазме крови ($2,48 \pm 0,89$ и $9,81 \pm 2,65$ при $p < 0,05$). Пациенты с АГ в сочетании с ИБС с ЦИ «нондиппер» имели более высокие уровни С-реактивного белка ($3,47 \pm 0,67$ и $1,22 \pm 0,35$, $p < 0,05$), а также более низкие значения ЭЗВД ($6,32 \pm 1,40$ и $11,41 \pm 1,59$, $p < 0,05$).

Методом корреляционного анализа выявлено, что у «дипперов» с АГ показатель LF взаимосвязан с ЭЗВД ($r = -0,80$ $p < 0,05$). При присоединении ИБС, у «дипперов» отмечается отрицательная связь между ЭЗВД и SDNN ($r = -0,89$ $p < 0,05$). У пациентов с АГ, имеющих ЦИ «нондиппер» наблюдается зависимость между показателем NHF и ЭЗВД ($r = 0,99$ $p < 0,05$). При присоединении ИБС — между RMSSD и ЭЗВД ($r = 0,88$ $p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, у пациентов с ЦИ «нондиппер» нарушение функции эндотелия происходит за счет снижения парасимпатических влияний на сердце. При АГ этот механизм реализуется предположительно за счет повышения уровня эндотелина-1, а при присоединении ИБС — за счет повышения уровня СРБ.

0576 ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕЙТРАЛЬНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Машарипов Ш.М., Хамидуллаева Г.А., Елисеева М.Р.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить антигипертензивную эффективность и метаболическую нейтральность комбинированного применения амлодипина и периндоприла у больных эссенциальной гипертонией.

Методы исследования. В исследование включены 33 больных ЭГ II-III степени (ВОЗ/МОГ 1999), мужчины, в среднем возрасте $49,8 \pm 8,4$ лет. Средняя длительность АГ составила $6,2 \pm 3,1$ лет. Комбинированная антигипертензивная терапия проводилась амлодипином (Норваск, «Pfizer», США) и периндоприлом (Престариум, «Servier», Франция). При изучении липидного спектра определяли содержание общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) ферментативным методом на биохимическом анализаторе «Daytona» фирмы «RANDOX» (Великобритания). Результаты исследования представлены в $M \pm SD$.

Результаты. В результате исследования гиперхолестеринемия (ГХС) была отмечена у 21 (63,6%) больных, гипертриглицеридемия (ГТГ) у 22 (66,7%), ГХС по липопротеидам низкой плотности (ГХС ЛПНП) у 21 (63,6%), ГипоХС по липопротеидам высокой плотности (гипоХС ЛПВП) у 16 (48,5%) больных. На фоне 12-недельной комбинированной терапии амлодипином в среднесуточной дозе $7,73 \pm 2,07$ мг и периндоприлом в среднесуточной дозе $5,94 \pm 1,74$ мг отмечалось достоверное снижение САД (от $164,4 \pm 10,8$ мм рт.ст. до $128,6 \pm 8,5$, $p = 0,000$) и ДАД (от $105,4 \pm 8,1$ мм рт.ст. до $83,5 \pm 4,9$; $p = 0,000$). На фоне терапии и соблюдения рекомендуемого диетического режима, была отмечена тенденция к снижению уровня ОХС,

ТГ, ХС ЛПНП, с некоторым увеличением уровня ХС ЛПВП. Выделение подгрупп по наличию ГХС, ГТГ, ГХС ЛПНП, гипоХС ЛПВП позволило более глубоко оценить динамику липидного профиля на фоне проводимой терапии. Уровень ОХС и ХС ЛПНП в подгруппах лечения оставался без достоверных изменений. Со стороны ТГ и ХС ЛПВП имело место достоверная динамика, характеризующаяся снижением уровня ТГ от $267,7 \pm 74,7$ мг/дл до $246,9 \pm 99,9$ мг/дл ($p < 0,05$) и нарастанием значений ХС ЛПВП от $34,2 \pm 3,4$ мг/дл до $38,9 \pm 7,3$ мг/дл ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты исследования, полученные на фоне 12-недельной комбинированной терапии амлодипином и периндоприлом, свидетельствуют о высокой антигипертензивной эффективности и метаболической нейтральности данной комбинации препаратов независимо от характера атерогенных дислипидемий.

0577 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ

Медведева В.Н., Медведев В.Н.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Цель: выявить особенности коррекции артериальной гипертензии (АГ) в сочетании с гипофункцией щитовидной железы.

Материал и методы исследования: под наблюдением находилось 22 больных АГ: АГ 1 степени — у 54,5% больных, 2 степени — у 45,5%. Возраст больных был от 42 до 62 лет, преобладали женщины (18). У всех больных АГ сочеталась с узловым болезнью, установленным при УЗИ щитовидной железы, с клиническими и лабораторными признаками гипотиреоза по данным исследования функции щитовидной железы (ТТГ, T_3 , T_4). У всех больных было увеличение массы тела или абдоминальное ожирение 1-2 степени. Проводились УЗИ сердца и исследование липидов сыворотки крови (ОХ сыворотки крови был $>6,0$ ммоль/л). Гипотензивная терапия проводилась эналаприлом, нормодипином, гипотиазидом, L-тироксинами в дозе 50-100 мг/с и симвастином в дозе 10 мг/с.

Результаты: установлено, что до выявления патологии щитовидной железы гипотензивная терапия больных в различных сочетаниях не приводила к успешной долгосрочной терапии больных АГ: не у всех больных (10) достигались целевые уровни АД и отмечалась нестабильность цифр АД у всех больных.

Включение в комплексную терапию больных АГ L-тироксина улучшало результаты лечения: улучшалось общее состояние больных, уменьшались или исчезали головные боли, отечность, сухость кожи, запоры, брадикардия, резистентность к гипотензивной терапии в течение 2-3 месяцев: средний уровень САД снизился со $164 \pm 6,4$ мм рт.ст. до $120,1 \pm 2,6$ мм рт.ст., ДАД со $109,4 \pm 2,3$ мм рт.ст. до $74,6 \pm 2,2$ мм рт.ст. — $p < 0,05$ соответственно. Наблюдалась положительная динамика ТТГ, T_3 и T_4 и липидов сыворотки крови ($p < 0,05$).

Выводы: 1. При АГ с увеличенной щитовидной железой рекомендуется проводить ультразвуковое и функциональное исследование щитовидной железы.

2. Лечение больных АГ в сочетании с гипотиреозом L-тироксинами, гипотензивными средствами и статинами уменьшает резистентность к гипотензивной терапии и риск развития и прогрессирования атеросклероза.

0578 ВОЗМОЖНОСТИ ЛИЗИНОПРИЛА В КОРРЕКЦИИ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ

Медведев И.Н., Гамалина О.В.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Цель работы: оценить характер воздействия лизиноприла на агрегацию тромбоцитов (АТ) и внутритромбоцитарное перекисное

окисление липидов (ПОЛ) у больных артериальной гипертензией (АГ) с нарушением толерантности к глюкозе (НТГ).

Материал и методы. Обследовано 35 больных среднего возраста с АГ 1-2 степени с риском сосудистой патологии 1-2 и НТГ. Коррекция АГ проводилась препаратом лизиноприл в дозе 10 мг 1 раз утром. Контрольную группу составили 27 здоровых людей. АТ исследовалась по методу Шитиковой А.С. (1997) с использованием индукторов АДФ, коллагена, тромбина, ристомиина, адреналина и перекиси водорода (H_2O_2) в общепринятых концентрациях.

ПОЛ в тромбоцитах определяли по содержанию малонового диальдегида (МДА) по методу Shmith J. B. et al. (1976) и Кубатиев А.А., Андреев С.В. (1979). Исследования проводили в начале лечения, через 12 нед. терапии и 4 нед. после ее отмены. Результаты обработаны статистически с использованием критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Наиболее активно тромбоциты больных до лечения и здоровых лиц реагировали на коллаген — $24,8 \pm 0,15$ с. и $33,3 \pm 0,06$ с., соответственно. На втором месте — АДФ ($27,5 \pm 0,04$ с.) и ристомиин ($28,3 \pm 0,07$ с.). Ранняя АТ с H_2O_2 у больных АГ с НТГ свидетельствует об ослаблении антиокислительной системы (АС) тромбоцитов, прежде всего каталазы и супероксиддисмутазы. Тромбиновая и адреналиновая АТ также развивалась быстрее, чем в контроле — $40,1 \pm 0,07$ с. и $69,5 \pm 0,11$ с., соответственно ($P < 0,01$).

МДА в тромбоцитах был повышен ($1,14 \pm 0,09$ нмоль/ 10^9 тр.), что также свидетельствует об активации в них свободнорадикальных процессов. Применение у пациентов препарата лизиноприл позволило добиться улучшения показателей АТ и ПОЛ в тромбоцитах. К 12 нед. лечения исследуемые параметры максимально приблизились к контрольным значениям. Время возникновения АТ увеличилось, однако степень чувствительности тромбоцитов к индукторам сохранилась. Самым активным стимулятором АТ оказался коллаген ($33,4 \pm 0,11$ с.). Второе место занимали ристомиин ($45,8 \pm 0,06$ с.) и АДФ ($43,1 \pm 0,09$ с.). Другие индукторы с учетом повышения времени АТ распределялись следующим образом: H_2O_2 ($47,0 \pm 0,05$ с.), тромбин ($54,2 \pm 0,09$ с.), адреналин ($97,6 \pm 0,07$ с.).

Активность ПОЛ в тромбоцитах уменьшилась и составила $0,89 \pm 0,003$ нмоль/ 10^9 тр., что свидетельствует о стабилизации в них перекисидации и активации АС, приближаясь к контрольным значениям. Через 4 нед. после отмены лизиноприла показатели ПОЛ и АТ восстановились на исходном уровне.

Таким образом, назначение больных АГ с НТГ препарата лизиноприл с целью коррекции АТ и ПОЛ в кровяных пластинках достаточно эффективно. Прием препарата должен быть длительным и контролируемым.

0579 НОРМАЛИЗАЦИЯ АКТИВНОСТИ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ЛИЗИНОПРИЛА

Медведев И.Н., Кумова Т.А.

Курский институт социального образования (филиал) РГСУ, Курск, Россия

Цель работы: выяснить динамику состояния плазменного гемостаза у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС) на фоне лизиноприла.

Материал и методы. В исследование включено 37 больных АГ с МС и 27 здоровых лиц, составивших группу контроля.

У обследованных определяли активность перекисного окисления липидов плазмы (ПОЛ) по содержанию ТБК-активных продуктов набором «Агат-Мед», плазменный гемостаз по времени свертывания по Ли Уайту, времени образования и активности тромбопластина, протромбиновому времени, тромбиновому времени и уровню фибриногена в плазме. Активность фибринолитической системы выяснялась по спонтанному эуглобулиновому лизису, антикоагуляция оценивалась по содержанию анти-тромбина III (Баркаган З.С. т др., 1999).

Коррекция артериального давления проводилась всем 37 пациентам лизиноприлом 10мг 1 раз в сутки утром, с оценкой

клинических и лабораторных показателей в начале лечения, через 12 нед. терапии и через 1 мес. после ее отмены. Статистическая обработка результатов проведена с использованием t-критерия Стьюдента.

Результаты. У пациентов установлено повышение ТБК-активных продуктов ($5,39 \pm 0,09$ мкмоль/л), нормализующееся на фоне 12 нед. применения лизиноприла ($3,96 \pm 0,04$ мкмоль/л.).

У больных было укорочено время свертывания крови до 4,6 минут. При этом у них отмечалось усиленное тромбопластинообразование. Время синтеза активного тромбопластина составило $2,75 \pm 0,04$ мин., а его активность — $10,1 \pm 0,07$ с. Протромбиновое время было сокращено до $90,5 \pm 0,09$ с., тромбиновое до $10,0 \pm 0,04$ с. с увеличением содержания фибриногена в плазме до $5,8 \pm 0,08$ г/л. При этом уровень активности антитромбина III у больных АГ с МС составлял $69,3 \pm 0,09\%$, а фибринолитическая система была ослаблена — спонтанный эуглобулиновый лизис замедлен до $286,0 \pm 0,09$ мин.

Применение лизиноприла у больных нормализовало время свертывания ($9,2 \pm 0,17$ мин.). Удалось увеличить время образования тромбопластина ($2,91 \pm 0,05$ мин.) и уменьшить его активность ($12,2 \pm 0,08$ с.). При этом, у больных удлинилось протромбиновое и тромбиновое время до $14,3 \pm 0,06$ с. и $15,8 \pm 0,17$ с., соответственно, с одновременным снижением содержания в крови фибриногена до $3,3 \pm 0,06$ г/л. Активность антитромбина III поднялась до $96,2 \pm 0,15\%$ при усилении фибринолитической системы до $189,2 \pm 0,12$ мин.

Таким образом, применение лизиноприла нормализует плазменный гемостаз больных АГ с МС. Активация противосвертывающей системы и фибринолиза у больных на лизиноприле способна ослаблять пристеночное фибринообразование, существенно снижая риск тромботических осложнений.

0580 ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОД КОНТРОЛЕМ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА

Межонов Е.М.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень, Россия

Целью работы является оценка диагностического и прогностического значения изменений уровня плазменных концентраций N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных с систолической дисфункцией левого желудочка на фоне проводимой терапии.

В исследование включено 37 пациентов с систолической дисфункцией левого желудочка (ФВ ЛЖ < 40%). Через 3 месяца оценивалась динамика плазменного уровня NT-proBNP с целью оценки эффективности патогенетической терапии сердечной недостаточности и клинический эффект терапии. В дальнейшем регистрировались случаи смерти от всех причин, госпитализации в связи с обострением сердечной недостаточности. В течение всего исследования пациенты получали стандартное фармакологическое лечение сердечной недостаточности, соответствующее национальным рекомендациям.

У 36 пациентов (в том числе 33 мужчин) в возрасте от 33 до 70 лет (средний возраст $54,6 \pm 7,64$ лет) исходно в плазме крови определялся уровень NT-proBNP с использованием количественного иммунологического теста фирмы Roche Diagnostics. Фракция выброса левого желудочка у пациентов, включенных в исследование, исходно составляла от 16 до 40% (среднее значение $29 \pm 6,7\%$), дистанция пройденная за время теста 6 минутной ходьбы составляла от 140 до 420 метров (среднее значение $277 \pm 72,5$ метров), функциональный класс сердечной недостаточности — от 2 до 4 (среднее значение $2,8 \pm 0,50$), количество баллов по ШОКС — от 3 до 13 баллов (среднее значение $7,5 \pm 2,31$ балла). Уровень NT-proBNP исходно у 78% (28 больных из 36) составлял менее 3000 пг/мл в диапазоне от 204 до 2792 пг/мл (среднее значение $1232 \pm 721,2$ пг/мл) и у 22% (8 больных из 36) был более 3000 пг/мл. 18 пациентов достигли временно интервала наблюдения 3 месяца, уровень NT-proBNP у 89% (16 больных

из 18) составлял менее 3000 пг/мл в диапазоне от 141 до 2605 пг/мл (среднее значение $1081 \pm 799,0$ пг/мл) и у 11% (2 больных из 18) был более 3000 пг/мл. Фракция выброса левого желудочка у пациентов была от 26 до 63% (среднее значение $35 \pm 8,4\%$), дистанция, пройденная за время теста 6 минутной ходьбы, составляла от 160 до 540 метров (среднее значение $365 \pm 116,9$ метров), функциональный класс сердечной недостаточности — от 1 до 3 (среднее значение $2 \pm 0,7$), количество баллов по ШОКС — от 2 до 11 баллов (среднее значение $5,2 \pm 2,71$ балла).

За период первого этапа исследования у 61% (11 больных из 18) больных был выявлен положительный клинический эффект терапии, выражавшийся в уменьшении ФК ХСН, увеличении ФВ левого желудочка, увеличении дистанции, пройденной в результате 6-минутного теста ходьбы, снижении количества баллов по ШОКС. Учитывая, что снижение плазменного уровня NT-proBNP свидетельствует об адекватном контроле ХСН, была оценена частота снижения NT-proBNP на фоне терапии. У 67% (12 больных из 18) наблюдаемых плазменный уровень NT-proBNP снизился.

Таким образом, не только клинический эффект проводимого лечения, но и снижение плазменного уровня NT-proBNP можно рассматривать как новую цель терапии ХСН.

0581 ИЗМЕНЕНИЯ РЕНАЛЬНОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Мельникова Л.В., Бартош Л.Ф., Осипова Е.В., Гречишкина О.А.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава; МУЗ «Городская больница №3», Пенза, Россия

Цель: изучение влияния ортостатической нагрузки на ренальный паренхиматозный кровоток у больных эссенциальной артериальной гипертензией.

Методы исследования. Обследовано 34 больных с эссенциальной артериальной гипертензией в возрасте от 32 до 59 лет (средний возраст $42,5 \pm 13,4$ лет). Критериями исключения являлись: вторичная артериальная гипертензия, нарушения ритма сердца, острые нарушения коронарного и мозгового кровообращения.

Ультразвуковое исследование сердца и почечного кровотока проводилось на аппарате Vivid 7 Dimension. После 10-минутного отдыха у пациентов определялись пиковая систолическая скорость кровотока (V_{ps} , см/с) в междольковой артерии правой почки в положении пациента лежа (клиностаз) и сразу после перевода его в положение стоя (ортостаз), а также пульсационный индекс (Gosling, PI). При эхокардиографии анализировался минутный объем сердца с последующим расчетом общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС, дин/см/с^{-5}) по известной формуле.

Полученные результаты. В зависимости от типа реакции V_{ps} на ортостатическую нагрузку пациенты были разделены на две группы: 1-я (24 человека, 10 мужчин, 14 женщин) — повышение пиковой систолической скорости ренального кровотока в ортостазе; 2-я (10 человек, 4 мужчины, 6 женщин) — ее снижение или отсутствие изменений. Различий по полу и возрасту между группами не констатировалось.

В первой группе в клиностазе пиковая систолическая скорость ренального паренхиматозного кровотока составила $28,1 \pm 1,8$ см/с, в ортостазе — $36,4 \pm 1,5$ см/с ($p=0,0001$). Во второй группе исходное значение V_{ps} было $38,1 \pm 1,7$ см/с, а после ортостатической нагрузки — $32,2 \pm 1,9$ см/с ($p=0,0001$).

Среднее артериальное давление (АДср) у пациентов первой группы равнялось $119,6 \pm 16,5$ мм рт.ст., второй группы — $122,8 \pm 23,5$ мм рт.ст. ($p=0,65$). Взаимосвязи между типом реакции пиковой систолической скорости ренального кровотока на ортостатическую нагрузку и величиной среднего артериального давления выявлено не было.

В первой группе величина общего периферического сосудистого сопротивления — $1,85 \pm 0,47$ дин/см/с^{-5} была достоверно ниже, чем во второй группе — $2,31 \pm 0,54$ дин/см/с^{-5} ($p=0,01$).

Повышение индексов периферического сопротивления, в частности, пульсационного индекса во второй группе ($1,13 \pm 0,18$) по сравнению с первой ($0,94 \pm 0,16$), $p=0,004$, также свидетельствовало о фоновых вторичных изменениях ренального паренхиматозного кровотока.

Выводы. Больные артериальной гипертензией со снижением скорости ренального паренхиматозного кровотока (V_{ps}) при ортостатической нагрузке, отличаются более высоким общим периферическим сосудистым сопротивлением по сравнению с теми пациентами, у которых при изменении положения тела регистрируется ускорение кровотока.

0582 ОЦЕНКА НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА

Мельников И.Ю., Яшина Л.М., Шеломова Н.Н.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель. Изучить нитроксидпродуцирующую функцию эндотелия у больных гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца в сочетании с ГБ (ИБС с ГБ), сахарным диабетом 2 типа (СД) с различной сердечно-сосудистой патологией.

Методы исследования. Обследовано 45 человек с ГБ, 49 человек с ИБС с ГБ и 37 человек с СД. Среди больных СД были 17 человек с ГБ, 20 человек — с ИБС с ГБ. Группа контроля включала 30 практически здоровых лиц. Все группы сопоставимы по полу и возрасту. Методы исследования включали оценку общепринятых клинико-инструментальных и лабораторных параметров с исследованием нитроксидэргического обмена. Для оценки нитроксидпродуцирующей функции эндотелия определяли содержание стабильных метаболитов оксида азота: нитрит- и нитрат-анионов (NO_2^- и NO_3^-) в плазме крови по Н.Л. Емченко (1994). Забор крови производился после 14-часового голодания. Больные не принимали пролонгированных нитратов. Полученные в процессе исследования результаты представлены в виде $M \pm \Delta$, рассчитывался критерий Стьюдента (t), различия значимы при $p < 0,05$.

Результаты исследования. В результате исследования выявлено значимо более высокое содержание NO_3^- в плазме крови больных ИБС с ГБ ($15,63 \pm 4,77$ мкмоль/л, $p=0,018$) и СД ($15,96 \pm 4,50$ мкмоль/л, $p=0,011$) в сравнении с группой контроля ($12,66 \pm 5,22$ мкмоль/л). Достоверных различий с группой контроля по уровню NO_2^- не найдено. Выявлено значимо более высокое содержание NO_2^- ($7,39 \pm 2,29$ мкмоль/л, $p=0,049$) в плазме крови больных СД по сравнению с больными ГБ ($6,55 \pm 1,78$ мкмоль/л). Достоверных различий в уровнях NO_3^- в группах больных лиц не выявлено. Отмечена тенденция нарастания уровней NO_2^- и NO_3^- в ряду лиц с ГБ, ИБС с ГБ, СД, с наименьшими показателями при изолированной ГБ (NO_2^- — $6,55 \pm 1,78$ мкмоль/л; NO_3^- — $14,47 \pm 4,87$ мкмоль/л) и максимальными при СД с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией (NO_2^- — $7,39 \pm 2,29$ мкмоль/л; NO_3^- — $16,19 \pm 4,35$ мкмоль/л). Это может свидетельствовать о прогрессировании дисфункции эндотелия при утяжелении сердечно-сосудистой патологии и присоединении СД.

Выводы. 1. Уровень нитрат-анионов в плазме крови больных ИБС с ГБ и СД значимо выше, чем в группе контроля. 2. Уровень нитрит-анионов в плазме крови больных СД значимо выше, чем у лиц с ГБ. 3. Наиболее выраженные нарушения функции эндотелия отмечены у больных с сахарным диабетом 2 типа с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

0583 РАННЕЕ ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Мельниченко О.В., Некрасов А.А., Лобанова Н.Ю., Бязрова А.В.

ГОУ ВПО НижГМА и ГКБ № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить прогностическое значение клинико-инструментальных данных и показателей раннего ремоделирования ЛЖ в

группах пациентов с разной выраженностью СН, определяемой через 6 месяцев наблюдения после перенесенного ИМ.

Методы: обследовано 75 больных с ИМ (средний возраст — $57,3 \pm 1,26$ лет, Q-ИМ-в $61,3\%$) и проведено сравнение групп пациентов с разной выраженностью СН, определяемой через 6 месяцев наблюдения: ФК СН ≤ 1 (гр.А) и ФК СН ≥ 2 (гр.В). Исходно, через 3 недели, 3 и 6 месяцев оценили фракцию выброса (ФВ), индексы конечного диастолического объема (ИКДО), конечного систолического объема (ИКСО), нарушений локальной сократимости (ИНЛС) ЛЖ, массы миокарда (ИММ) ЛЖ, относительную толщину стенок (ОТС) ЛЖ, миокардиальный стресс (МС), соотношение скоростей трансмитрального потока (Е/А). Использовали шкалу оценки клинического состояния (ШОКС) и определяли ФК ХСН. Применяли статистику Friedman ANOVA, критерий Манна-Уитни, Хи-квадрат, однофакторный и многофакторный регрессионный анализ.

Результаты: группа больных с худшим в отношении развития СН прогнозом (гр. В) исходно отличалась от группы А по демографическим и клиническим показателям: больные были старше ($p=0,003$), тенденция к увеличению доли женщин ($p=0,052$), большая исходная выраженность СН по ШОКС ($p=0,0001$) и чаще осложнения в виде ОЛЖН ($p=0,005$), выше концентрация С-реактивного белка (СРБ) при поступлении ($p=0,007$), а также по морфо-функциональным характеристикам сердца: меньшие показатели ИММ ($p=0,040$) и ОТС ЛЖ ($p=0,013$), больший ИНЛС ЛЖ в остром периоде ИМ ($p=0,018$), тенденция к увеличению МС ($p=0,08$). В динамике выявлены особенности ремоделирования ЛЖ: разнонаправленные изменения ИКСО в виде снижения в гр.А и увеличения в гр.В ($r_{3\text{мес}}=0,009$, $r_{6\text{мес}}=0,005$), однонаправленные изменения ИКДО в сторону увеличения, более выраженные в гр. В (межгрупповой $r_{3\text{мес}}=0,08$), замедленное восстановление глобальной и локальной систолической функции в гр. В (по показателю ФВ межгрупповые $r_{3\text{мес}}=0,014$ и $r_{6\text{мес}}=0,0001$; по ИНЛС межгрупповые $r_{3\text{мес}}=0,002$ и $r_{6\text{мес}}=0,016$), разнонаправленные нарушения диастолы (через 3 нед. уменьшение Е/А в гр.А и увеличение в гр.В, межгрупповой $r_{3\text{мес}}=0,040$).

Выводы: 1) выявлены предикторы СН: возраст, развитие ОЛЖН в остром периоде ИМ, исходная сумма баллов по ШОКС, повышение титра СРБ и Эхо-КГ показатели (МС и ИНЛС); 2) для раннего постинфарктного ремоделирования у пациентов с худшим прогнозом развития СН характерны: большая дилатация ЛЖ, замедленное восстановление глобальной и локальной систолической функции и большая частота развития диастолической дисфункции 2-го типа.

0584 ГОМОЦИСТЕИН И ПРОЦЕССЫ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Милевская И.В., Крюков Н.Н.

ГОУ ВПО «Самарский Государственный Медицинский Университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель: определить роль гомоцистеина плазмы крови в развитии процессов сосудистого ремоделирования у пациентов с артериальной гипертензией.

Методы исследования: В работе было обследовано 110 пациентов мужского пола, средний возраст $40,6 \pm 0,7$ лет с артериальной гипертензией. У всех пациентов определяли иммуноферментным методом сывороточные концентрации гомоцистеина, и методом дуплексного сканирования сосудов брахиоцефального ствола измеряли толщину комплекса интимы-медии общих сонных артерий (ТИМ ОСА).

Все участники были разделены на две группы в зависимости от уровня плазменного гомоцистеина. Первую группу составили 46 больных с концентрацией гомоцистеина до 15 мкмоль/л, вторую — 64 пациента с гипергомоцистеинемией. Основываясь на характере распределения концентрации гомоцистеина в плазме крови согласно методу перцентилей, вторую группу разделили на квартили по концентрации общего гомоцистеина и на соответствующие им четыре подгруппы пациентов. Уровень общего гомоцистеина в I подгруппе $15,1-17,2$ мкмоль/л, во II-й — $17,2-18,5$ мкмоль/л, в III-й — $18,6-19,4$ мкмоль/л и в IV-й — более 19,4 мкмоль/л

Результаты: При дуплексном сканировании сосудов брахиоцефального ствола у пациентов второй группы ТИМ ОСА

справа и слева была больше на 0,6 мм. Увеличение ТИМ ОСА в этой группе встречалось у 78% больных, в то время как в первой группе — только у 27%. У пациентов с повышенным уровнем гомоцистеина атеросклеротические бляшки были обнаружены на 35 % чаще, причем все случаи обнаружения бляшек со стенозом > 50% относились к пациентам второй группы. Выявлена положительная корреляция между ТИМ ОСА и уровнем плазменного гомоцистеина ($r_s=0,56$, $p<0,001$). Анализ степени атеросклеротического поражения в зависимости от концентрации гомоцистеина по методу перцентилей показал, что с повышением концентрации гомоцистеина наблюдается увеличение ТИМ ОСА. Причем наибольшее количество пациентов с увеличением этого показателя (94%) было в верхней четверти, а наименьшее (40,3%) — в нижней. С нарастанием концентрации гомоцистеина увеличивалось количество атером в ОСА и степень их стенозирования.

Выводы. Таким образом, гипергомоцистеинемия, по-видимому, является одним из факторов, влияющих на процессы сосудистого ремоделирования. Степень и распространённость атеросклеротического поражения общих сонных артерий увеличивается постепенно, начиная со значений общего гомоцистеина 15 мкмоль/л. Обнаружена положительная корреляция между толщиной комплекса интима-медиа общей сонной артерии и плазменным гомоцистеином у больных гипертонической болезнью, что свидетельствует о возможном прямом участии этой аминокислоты в развитии атеросклероза сонных артерий. В свою очередь атеросклеротический процесс оказывает влияние на стабилизацию и формирование артериальной гипертензии.

0585 АНАЛИЗ ТРУДОВОЙ АКТИВНОСТИ МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Милованова Е.В., Урванцева И.А.

Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Сургут, Россия

Цель исследования. Проанализировать динамику трудовой активности пациентов, перенесших оперативное лечение по поводу ИБС, через 3 года после вмешательства.

Материал и методы исследования. В исследование включены все мужчины с диагнозом ИБС, прооперированные в кардиохирургическом отделении ОКД — ЦД и ССХ за период с января 2002 г по декабрь 2003 г. Всего больных 641: в 460 случаях выполнено коронарное шунтирование (КШ), в 181 — чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ): баллонная ангиопластика со стентированием.

Результаты исследования. До операции работающих мужчин было больше среди отобранных на ЧКВ (79% против 67,6% группы КШ, $p=0,004$). Лиц умственного труда также было больше в группе ЧКВ (21,5%), чем в группе КШ (13,5%), $p=0,01$. Значимых различий между группами по лицам физического труда не выявлено ($p=0,5$). По неработающим инвалидам также не было различий между группами ($p=0,3$).

Через 3 года после операции у 234 (53,4%) больных, перенесших КШ, симптомы стенокардии отсутствуют, это достоверно больше, чем у перенесших ЧКВ — 62 (35,4%), $p<0,0001$. Но различие в количестве трудоспособных между двумя группами незначимо (51,1% среди перенесших КШ и 55,4% перенесших ЧКВ, $p=0,3$). В группе лиц умственного труда после операции сохраняют трудоспособность в целом 75% от числа работающих до операции (доля работающих больше в группе ЧКВ, чем КШ, 18,9% и 9,8% соответственно, $p=0,002$). В группе лиц физического труда трудоспособность сохранили 69,4% больных, работающих до операции, здесь нет различий между группами ЧКВ и КШ (36,6% и 41,3%, $p=0,3$). Среди работающих в отдаленном периоде 266 пациентов (83%) моложе 55 лет и лишь 55 (17%) старше 55.

Группа инвалидов в целом возросла в отдаленном послеоперационном периоде более чем в 2 раза (92 инвалида до и 210 через 3 года после вмешательства). После операции процент инвалидов больше среди больных, перенесших КШ (37,7% против 25,7% в группе ЧКВ, $p=0,005$).

Особого внимания заслуживает группа пациентов, имеющих хороший результат операции (отсутствие симптомов или стенокардия I ФК), возраст моложе 55 лет, но, тем не менее, являющихся неработающими инвалидами. Численность этой группы составляет 68 больных (10,6% от числа прооперированных), 16 из них перенесли ЧКВ и 52 — КШ. Всего лишь 9 (1,4%) пациентов, имеющих II группу инвалидности до операции, работают через 3 года после вмешательства.

Выводы. Таким образом, социально-экономическое значение инвазивного лечения ИБС, как правило, сводится к сохранению трудоспособности работающих пациентов, но не к восстановлению трудоспособности больных, являющихся инвалидами.

0586 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН

Милованова Е.В., Урванцева И.А.

Окружной кардиологический диспансер-Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, г. Сургут, Россия

Цель исследования: оценить результаты операций коронарного шунтирования в зависимости от техники и методики операций.

Материал и методы: проанализированы ближайшие и отдаленные (через 3 года после операции) результаты операций коронарного шунтирования (КШ) 460 мужчин с диагнозом ишемическая болезнь сердца (ИБС), прооперированных в кардиохирургическом отделении ОКД — ЦД и ССХ за период с января 2002 года по декабрь 2003 года. Пациентов разделили на три подгруппы соответственно использованному во время операции шунтам: I подгруппа — аортокоронарное шунтирование (АКШ): в качестве трансплантатов использованы только венозные шунты — поверхностные вены нижних конечностей бассейна большой подкожной вены — 70 больных, II подгруппа — маммарокоронарное шунтирование (МКШ): использованы только аутоартериальные шунты — левая и/или правая внутренняя грудная артерия, лучевая артерия — 102 больных, III подгруппа — АКШ+МКШ: использованы артериальные и венозные шунты — 288 больных. Большинство операций МКШ (86, или 84,3%) проведены без ИК на работающем сердце. Реваскуляризация считалась полной при условии шунтирования всех пораженных артерий со стенозом более 50%, включая артерии в зонах постинфарктного кардиосклероза.

Результаты: пациентам I подгруппы реваскуляризация проведена наименее полно по сравнению с двумя другими подгруппами — в 64,3% случаев, у больных III подгруппы — в 83,3% случаев, II — 71,3% ($p=0,0006$). В этой подгруппе в ближайшем послеоперационном периоде зафиксирована наибольшая частота летальных исходов — 3 больных (4,3%) против 9 больных (3,1%) III подгруппы ($p<0,0001$) и периоперационных инфарктов — 3 (4,3%) больных против 3 (1%) III подгруппы ($p=0,04$). II подгруппа характеризуется отличными ближайшими результатами: ни одного летального исхода и инфаркта миокарда не зарегистрировано.

Отдаленные результаты проанализированы у 438 (97,8%) выживших больных. Наилучший результат выявлен у больных III подгруппы, а наихудший — у больных I подгруппы. Отсутствие симптомов — у 63,1% больных III подгруппы, 54,5% — II и 44,6% — I ($p=0,016$); повторные реваскуляризации (ПР) — 1,1% больных III подгруппы, 9,1% — II и 13,8% — I ($p<0,0001$); летальные исходы — 2,9% больных III подгруппы, 3% — II и 12,3% — I ($p=0,003$). В итоге первичной конечной точки (смерть + ИМ + ПР + рецидив стенокардии 2-4 ФК) достигли 35% больных III подгруппы, 41,4% — II подгруппы и 52,3% — I подгруппы ($p=0,03$). Не выявлено статистически значимых различий между тремя подгруппами по параметрам возврата стенокардии ($p=0,5$), инфарктам в отдаленном периоде ($p=0,3$) и соотношению работающих ($p=0,2$) и инвалидов ($p=0,4$).

Выводы: в нашем исследовании наилучшие ближайшие результаты зарегистрированы у больных после операций маммарокоронарного шунтирования на работающем сердце. Наилучшие отдаленные результаты наблюдаются у больных, которым выполнена полная реваскуляризация миокарда с применением аутоартериальных шунтов.

0587 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА, УРОВЕНЬ СРБ И СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Милотина О.В.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Росздрава, Киров, Россия

Цель работы: изучить влияние терапии симвастатином на уровень СРБ, показатели липидного спектра и состояние эндотелия общих сонных артерий у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовано 23 пациента. Из них 12 человек с АГ I-II стадии в сочетании с ХОБЛ I-II стадий (GOLD, 2006) в фазе ремиссии и 11 больных с изолированной АГ. Группы были сопоставимы по возрасту ($p=0,253$). Всем определяли уровень С-реактивного белка (СРБ), исследовали липидный спектр крови с расчетом индекса атерогенности (ИА) и оценивали толщину КИМ общих сонных артерий. 12 человек с сочетанной патологией получали симвастатин в дозе 20 мг/сут на протяжении 6 месяцев.

Результаты. Липидный спектр в основной клинической группе: общий холестерин (ОХС) $5,0\pm 0,8$ ммоль/л, триглицериды (ТГ) $2,2\pm 1,8$ ммоль/л, ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) $1,2\pm 0,5$ ммоль/л, ХС липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) $2,9\pm 1,1$ ммоль/л, ХС липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) $1,1\pm 0,9$ ммоль/л, индекс атерогенности (ИА) $5,1\pm 2,1$. Липидный обмен группы контроля: ОХС $5,2\pm 1,3$ ммоль/л, ТГ $1,8\pm 1,0$ ммоль/л, ХСЛПВП $1,0\pm 0,4$ ммоль/л, ХСЛПНП $3,4\pm 1,1$ ммоль/л, ХСЛПОНП $0,8\pm 0,5$ ммоль/л, ИА $4,1\pm 1,6$. Статистических различий в показателях липидного спектра выявлено не было. Уровень СРБ при сочетанной патологии составил $7,0\pm 5,9$ мг/л, что достоверно выше, чем у больных с изолированной АГ — $1,7\pm 0,8$ мг/л ($p<0,0001$). Толщина КИМ общих сонных артерий в основной группе была достоверно выше и составила $1,0\pm 0,2$ см в сравнении с группой контроля — $0,7\pm 0,1$ см ($p<0,0001$).

Терапия симвастатином в дозе 20 мг/сут в основной клинической группе привела к снижению уровня СРБ до значений $2,13\pm 2,29$ мг/л уже через 3 месяца ($p=0,05$) и до $1,65\pm 0,21$ мг/л через 6 месяцев терапии ($p=0,040$).

Также на фоне лечения уменьшилась толщина КИМ общих сонных артерий до $1,02\pm 0,56$ см через 3 месяца терапии ($p=0,078$) и до $0,89\pm 0,29$ см через 6 месяцев ($p=0,018$). Достоверного снижения показателей липидного спектра на фоне 6 месячной терапии выявлено не было.

Вывод. Течение АГ на фоне ХОБЛ сопровождается повышением уровня СРБ и толщины КИМ общих сонных артерий, что является свидетельством системного воспаления при ХОБЛ, которое оказывает отрицательное влияние на прогрессирование атеросклероза. Применение симвастатида уже в дозе 20 мг/сут у больных АГ в сочетании с ХОБЛ достоверно снижает уровень СРБ и толщину КИМ общих сонных артерий, тем самым уменьшает риск сердечно-сосудистых событий у больных с данной сочетанной патологией.

0588 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЮ СЕРДЦА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Минаков Э.В., Кудашова Е.А.

ГОУ ВПО Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н.Бурденко Росздрава, Воронеж, Россия

Цель исследования: повышение эффективности терапии пациентов с ИБС и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами (ТДР).

Методы исследования: обследовано 76 пациентов (52 женщины, 24 мужчины), страдающих стабильной стенокардией напряжения (II — III ФК). Для оценки качества жизни (КЖ) пациентов применялся Сизтлский опросник для стенокардии (SAQ), для выявления тревоги и депрессии — госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

Уровень личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности оценивали с использованием шкалы Спилберга-Ханина, степень выраженности депрессии — с помощью шкалы CED-D. Дополнительно к антиангинальной терапии для коррекции ТДР 16 женщинам и 5 мужчинам (из которых у 13 женщин и 4 мужчин преобладала тревога) назначался афобазол 30мг в сутки в течение 4 недель. Группа сравнения: 15 женщин и 4 мужчин с ИБС и ТДР, не получавших афобазол.

Результаты: Среди женщин больные с ТДР составили 60%, среди мужчин — 38%, преобладание тревожного компонента в структуре ТДР выявлено у 48% женщин и 29% мужчин с ИБС. КЖ пациентов ИБС с ТДР было достоверно хуже, чем у больных с ИБС без ТДР. У пациентов с ТДР с преобладанием тревоги при добавлении афобазола отмечалось достоверное улучшение итогового показателя КЖ (у женщин — на 21%, у мужчин — на 18%) по сравнению с группой стандартного лечения. При применении афобазола выявлено повышение показателей по шкалам стабильности стенокардии, оценки лечения, восприятия болезни на 44,3%, 41,2%, 41,6% и на 38,4%, 37,1%, 37,2% у женщин и мужчин соответственно. У пациентов без преобладания тревоги структуре ТДР при добавлении афобазола также отмечалось улучшение КЖ, как итогового показателя, так и по шкалам стабильности стенокардии, оценки лечения, восприятия болезни (на 17%, 40,1%, 37,2%, 38,3% и на 16%, 36,7%, 35,7%, 35,9% у женщин и мужчин соответственно). Улучшение указанных показателей, вероятно, связано с тем, что на фоне терапии афобазолом уровень тревоги снизился с $11,5\pm 0,3$ до $6,9\pm 0,1$ у женщин и с $11,3\pm 0,2$ до $7,1\pm 0,1$ у мужчин. Показатели РТ и ЛТ уменьшились с $44,6\pm 1,5$ и $45,2\pm 0,7$ до $35,6\pm 1,4$ и $40,9\pm 1,2$ у женщин и с $42,3\pm 1,1$ и $45,1\pm 0,9$ до $36,6\pm 1,1$ и $41,3\pm 0,7$ у мужчин. Нежелательных явлений, послуживших причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось.

Выводы: 1. ТДР были выявлены у 58% женщин и 38% мужчин с ИБС, преимущественно с преобладанием тревожного компонента. 2. КЖ пациентов с ИБС при наличии ТДР достоверно хуже, чем у больных с ИБС без ТДР. 3. Улучшение по шкалам стабильности стенокардии, оценки лечения и восприятия болезни, а также интегрального показателя КЖ, позволяют рекомендовать включение афобазола в комплексную схему лечения пациентов с ИБС и коморбидными ТДР.

0589 КЛЕТОЧНО-ЦИТОКИНОВАЯ РЕАКЦИЯ АПОПТОЗА ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ

Мингазетдинова Л.Н., Амброва А.Р., Молчанова Н.Н., Муталова Э.Г., Хусаинова Л.Н., Садилова Р.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель: Исследовать субпопуляционную структуру лимфоцитов, экспрессию провоспалительных цитокинов, оценить их участие в апоптотической реакции у больных артериальной гипертензией с метаболическими нарушениями.

Методы: В исследование включено 77 больных женщин артериальной гипертензией (АГ), средний возраст $55,2\pm 4,1$ лет, из них 25 с АГ и ожирением, 30 — АГ и инсулинорезистентностью (ИР) и 22 пациента с АГ и сахарным диабетом II типа (СД) как группа сравнения. Контрольную группу составили 22 здоровых лиц. Все группы были сопоставимы по возрасту и полу. Проводилось общеклиническое обследование, изучение субпопуляций лимфоцитов по кластерам дифференцировки с использованием моноклональных антител серии «Клонспектр». Для изучения клеток, причастных к апоптозу (CD16, CD25, CD95- FAS) мазки обрабатывали флюоросцирированной моноклональной сывороткой к СД — рецепторам лимфоцитов производства ООО «Препарат». Содержание цитокинов в сыворотке крови (ИЛ-1 β , ИФН- γ , ФНО- α) определяли методом ИФА с набором диагностических систем «Веста».

Результаты: У больных АГ с метаболическими факторами количество лейкоцитов сохранялось на нормальном уровне, несколько снижаясь только при АГ и ИР. Клеточно-фагоцитарный потенциал колебался в большом диапазоне

(0,84–1,28), был выше нормы у больных СД с АГ. Уровень лимфоцитов также был выше нормы при АГ с ожирением и СД с АГ, специфический иммунный лимфоцитарно- моноцитарный потенциал (СИЛМП) был максимален у больных СД с АГ и АГ и ИР (0,73 у.е.). Уровень CD16+ лимфоцитов при АГ с ожирением и СД был значимо ниже нормы ($p < 0,05$), также во всех группах снижается показатель CD25. В отношении клеток CD95+ (FAS) значимое повышение было при АГ с ИР и СД на 27,7% и 116,7% соответственно ($p < 0,01$). Анализ проведенных исследований выявил значимое превышение уровня цитокина ИЛ-1 β , он увеличивался у больных АГ с ожирением на 28,8% ($p < 0,01$), на 31,3% ($p < 0,01$) при АГ с ИР. Уровень ИФН- γ по своему содержанию мало отличался от контрольных величин кроме АГ с ИР, где был повышен в 1,7 раза. Цитокин ФНО- α во всех группах превышал контроль в 4–5 раз, что определило его наибольшее участие в апоптозе как ключевого цитокина, обладающего воспалительной и иммунорегуляторной активностью.

Выводы: Полученные данные позволяют заключить, что у больных АГ отмечена достаточно хорошая реакция по удалению нежизненных клеток с их обновлением в процессе апоптотической реакции, где повышение ИЛ-1 β становится медиатором местного воспаления, а активация ФНО- α , вероятно, связана с проявлением апоптоза, наиболее выраженные у больных АГ и ИР.

0590 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА Gly389Arg ГЕНА ADRB1 С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Минушкина Л.О.¹, Никитин А.Г.², Бражник В.А.³, Носиков В.В.², Затеищikov Д.А.¹

¹ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия; ²ГНЦ РФ «ГосНИИ генетики», Москва, Россия; ³ГУЗ «Городская клиническая больница №51», Москва, Россия

Целью исследования было изучить ассоциацию полиморфных маркеров Gly389Arg и Ser49Gly гена ADRB1, Gly16Arg и Glu27Gln гена ADRB2, Trp64Arg гена ADRB3 и C825T гена GNB3 со структурными и функциональными особенностями миокарда левого желудочка у больных гипертонической болезнью.

Больные и методы. Обследовано 177 больных гипертонической болезнью (83 (46,9%) мужчины и 94 (53,1%) женщины). Средний возраст – 60,6 $\pm$ 0,76 лет. В обследованной группе было 19 (10,9%) больных с АГ I степени, 57 (32,8%) больных с АГ II степени и 101 (56,3%) – с АГ III степени. Структурные особенности миокарда левого желудочка исследовались с помощью эхокардиографии.

Результаты. В обследованной группе оказалось 40 больных без признаков ГЛЖ и 137 больных с увеличением ИММЛЖ. Больные с гипертрофией миокарда ЛЖ были старше ($p = 0,001$), имели большую длительность ГБ ($p = 0,018$), более высокий уровень систолического АД ($p = 0,008$) и больший индекс массы тела ($p = 0,001$). Среди больных с ГЛЖ было больше женщин (57,7% и 37,5%, $p = 0,025$), и больше больных с сахарным диабетом 2 типа (17,5% и 5,0%, $p = 0,040$). Среди больных с ГЛЖ достоверно выше оказалась частота генотипа Arg/Arg полиморфного маркера Gly398Arg гена ADRB1 ($p = 0,008$, OR 2,32 [1,34–4,11]). Носители гентипа Arg/Arg имели достоверно большую ММЛЖ (265,0 $\pm$ 7,84 г и 242,9 $\pm$ 11,33 г соотв., $p = 0,029$), ИММЛЖ (по отношению к площади поверхности тела) (140,68 $\pm$ 4,076 г/м² и 129,06 $\pm$ 5,312 г/м² соотв., $p = 0,050$) и ИММЛЖ по отношению к росту (158,79 $\pm$ 4,583 г/м и 145,89 $\pm$ 6,625 г/м соотв., $p = 0,039$) по сравнению с носителями аллеля Gly полиморфного маркера Gly398Arg гена ADRB1. У больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией ЛЖ также была отмечена достоверно большая частота генотипа Arg/Arg по сравнению с больными и нормальной геометрией ЛЖ и концентрическим ремоделированием ЛЖ. При проведении многофакторного анализа независимо связанными с увеличением ММЛЖ оказались возраст больных (OR 1.07 [1.03–1.12], $p = 0,002$), уровень САД (OR 1.06 [1.02–1.09], $p = 0,038$), наличие избыточной

массы тела (OR 4,58 [1,68–12,45], $p = 0,003$) и носительство генотипа Arg/Arg полиморфного маркера Gly389Arg гена ADRB1 (OR 2.42 [1.05–5.58], $p = 0,039$).

0591 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Миронова Н. А., Калинина О. В., Мишина И. Е.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель работы: выявить особенности вегетативного статуса у женщин с артериальной гипертензией (АГ), находящихся в климактерическом периоде.

Методы исследования: Обследована 121 женщина с АГ в возрасте от 36 до 60 лет, из них больных в климактерическом периоде 72 пациентки, которые были разделены на три основные группы. В первую группу вошли 25 женщин в возрасте 50,6 $\pm$ 0,72 лет в перименопаузе, во вторую группу – 27 женщин в возрасте 53,0 $\pm$ 0,44 лет в стадии гормонально активной постменопаузы – 5 лет после последней менструации, в третью группу – 20 пациенток в возрасте 56,9 $\pm$ 0,63 лет, имеющие гормонально неактивную стадию постменопаузы. Для контроля была сформирована четвертая группа, которую составили 49 женщин страдающих артериальной гипертензией в возрасте 40,9 $\pm$ 0,9 лет с сохраненной менструальной функцией. Проводилась оценка выраженности вегетативных нарушений с помощью специальной анкеты и схемы исследования больного, предложенных А.М.Вейном (1999). Вариабельность сердечного ритма (ВРС) изучалась методом спектрального анализа при регистрации электрокардиограммы с помощью аппаратно-программного комплекса «Поли-Спектр-12» («Нейрософт», Иваново) в положении лежа (5 минут).

Результаты: Средние показатели артериального давления (АД) в исследуемых группах не имели статистически значимых различий и составили: систолическое АД в 1 группе – 154,5 $\pm$ 2,5, во 2 группе – 151,9 $\pm$ 2,1, в третьей группе – 151,5 $\pm$ 2,1, в контроле – 153,3 $\pm$ 2,1 мм рт.ст.; диастолическое АД – 96,8 $\pm$ 1,5; 94,6 $\pm$ 1,0; 95,2 $\pm$ 1,4, в контроле – 97,4 $\pm$ 1,6 мм рт.ст. Однако все пациентки первых трех групп получили антигипертензивную терапию 1–3 препаратами, тогда как абсолютное большинство (92,3%) женщин контрольной группы медикаментозного лечения не получали. Среднее суммарное количество баллов по опроснику Вейна составило в первой группе – 53,3 $\pm$ 3,2, во 2 – 58,9 $\pm$ 2,0, в 3 – 58,2 $\pm$ 2,9, в контроле – 26 $\pm$ 3,4, по схеме, заполняемой врачом – в первой группе – 40,5 $\pm$ 2,7, во 2 – 43,0 $\pm$ 2,1, в 3 – 46,3 $\pm$ 2,3, в контрольной группе – 16,2 $\pm$ 1,4. Во всех трех группах женщин климактерического периода выраженность вегетативной дисфункции была достоверно выше, чем в контрольной группе ($p < 0,05$). При оценке показателей ВРС выявлена более низкая общая мощность волнового спектра (TP) во второй группе по сравнению с контролем (1009,4 $\pm$ 125 мс² против 2129,2 $\pm$ 347,1 мс², $p < 0,05$). В первой и второй группах было значимое повышение показателя LF/HF: при норме 1,5–2,0, в первой группе он составил 3,1 $\pm$ 0,3, во второй – 3,5 $\pm$ 0,4, в контрольной – 2,2 $\pm$ 0,27 ($p < 0,05$), что свидетельствовало об увеличении симпатического влияния на сердечный ритм.

Выводы: в период перименопаузы и гормонально активной стадии постменопаузы имеет место вегетативная дисфункция, проявляющаяся усилением симпатического влияния на сердечный ритм, которая требует оптимизации немедикаментозной и антигипертензивной терапии у этой категории пациенток.

0592 ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И СОДЕРЖАНИЕ СУБСТАНЦИИ Р У ЖЕНЩИН С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА

Митьковская Н. П., Патенюк И. В., Карпун Л. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель исследования: Изучить содержание субстанции Р и половых гормонов у женщин с сохраненной менструальной функцией при безболевого ишемии миокарда (БИМ) и сочетании БИМ и стенокардии.

Материалы и методы. В исследование включено 32 женщины в возрасте 25–50 лет, с сохраненной менструальной функцией и выявленной в ходе проведения холтеровского мониторирования ишемической депрессией сегмента ST. Пациентки разделены на 2 сопоставимые группы, 1-ю группу (n=15) составили женщины с БИМ, 2-ю группу (n=17) — женщины, у которых наряду с бессимптомными эпизодами наблюдалась стенокардия. Проводили определение содержания субстанции Р и половых гормонов — эстрадиола, фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), которые определялись в фолликулярную фазу менструального цикла.

Результаты исследований. Средняя амплитуда депрессии сегмента ST в 1-й группе составила $1,2 \pm 0,02$ мм. Во 2-й группе — $1,4 \pm 0,03$ мм (средняя амплитуда бессимптомного смещения сегмента ST $1,3 \pm 0,03$ мм). Средняя продолжительность одного эпизода ишемии в 1-й группе $2,9 \pm 0,03$ мин. Во 2-й группе этот показатель: $4,2 \pm 0,03$ мин (средняя продолжительность одного эпизода БИМ $3,2 \pm 0,03$ мин). Суммарная длительность ишемии за сутки у женщин 1-й группы составила $12,2 \pm 0,1$ мин, во 2-й группе $18,3 \pm 0,5$ мин (при этом длительность безболевой ишемии миокарда за сутки $15,4 \pm 0,5$ мин). Ишемические изменения носят достоверно более выраженный характер (больше глубина смещения сегмента ST, дольше продолжительность одного эпизода и суммарная длительность ишемии за сутки) у пациенток 2-й группы по сравнению с пациентками 1-й группы. У женщин 2-й группы суммарная длительность безболевой ишемии миокарда достоверно больше, чем длительность смещения сегмента ST, сопровождающегося стенокардией.

У женщин 1-й группы концентрация субстанции Р статистически значимо выше по сравнению с концентрацией у женщин 2-й группы ($0,75 \pm 0,08$ нг/мл и $0,38 \pm 0,06$ нг/мл соответственно), что может обуславливать отсутствие боли при ишемии, так как данный нейрпептид участвует в модуляции болевой чувствительности. Анализ результатов исследования половых гормонов выявил статистически значимые различия в концентрации ФСГ и ЛГ. У женщин 1-й группы уровень ФСГ составил $8,8 \pm 0,08$ мМЕ/мл, 2-й группы $3,5 \pm 0,05$ мМЕ/мл. Концентрация ЛГ составила $6,4 \pm 0,04$ мМЕ/мл и $3,5 \pm 0,05$ мМЕ/мл, в 1-й и 2-й группах соответственно.

Однонаправленность изменений содержания нейрпептида (субстанция Р) и гипофизарных половых гормонов, их взаимосвязь в обменных процессах в головном мозге, регуляции высшей нервной деятельности делает возможным предположить их влияние на формирование болевой чувствительности у женщин. Повышение концентрации субстанции Р и гипофизарных половых гормонов может обуславливать бессимптомное течение ишемической болезни сердца у женщин с сохраненной менструальной функцией.

0593 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Михайлова Н.А., Безгин А.В. Тимонова А.Н., Медведева С.К.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы: изучение особенностей ремоделирования сердца и сосудов у больных артериальной гипертензией (АГ) в сочетании с ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы исследования. Обследовано 62 больных (женщин) АГ II стадии, 2 степени на фоне РА II ст. активности, серопозитивного, I-II стадии. Группу сравнения составили 40 больных АГ без РА. Все обследованные были сопоставимы по полу и возрасту.

Морфофункциональные параметры сердца изучали методом эхокардиографии по стандартной методике. Методом доплерографии оценивали толщину комплекса интима медиа общих сонных артерий (КИМ ОСА).

Статистическую обработку полученных результатов проводили с применением статистических программ «Statistica».

Результаты и их обсуждение. Установлено, что индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) был достоверно выше при сочетании

АГ и РА в сравнении с данным показателем у больных АГ ($112,6 \pm 2,9$ г/м² и $150,1 \pm 3,6$ г/м² соответственно). Определены также достоверные различия в характере ремоделирования ЛЖ в группах обследованных больных. При сочетанной патологии доминировал эксцентрический тип гипертрофии ЛЖ (у 50% больных), у 4,8% больных имела место нормальная геометрия ЛЖ, концентрическая гипертрофия ЛЖ определена у 36,5%, концентрическое ремоделирование у 9,7% пациентов. У больных АГ II ст. преобладала концентрическая гипертрофия ЛЖ (у 35% больных), эксцентрическая гипертрофия установлена у 20% пациентов, нормальная геометрия ЛЖ — у 45% больных.

Таким образом, в отличие от больных АГ геометрическая адаптация миокарда к повышенному АД у больных с сочетанием АГ и РА осуществляется преимущественно путем формирования эксцентрической ГЛЖ, которая ассоциируется с высоким кардиоваскулярным риском. Также у больных с сочетанной патологией показатели трансмитрального диастолического потока (Е/А — $0,85 \pm 0,05$; ВИР — $86,7 \pm 3,1$ мс) были существенно ниже, чем у больных с АГ (Е/А — $1,13 \pm 0,07$; ВИР — $94,3 \pm 3,9$ мс). Толщина КИМ ОСА у больных сочетанной патологией была достоверно большей в сравнении с показателями у больных АГ и составила соответственно $0,88 \pm 0,04$ мм и $0,81 \pm 0,03$ мм для правой ОСА и $0,93 \pm 0,4$ мм и $0,78 \pm 0,03$ мм — для левой ОСА.

Таким образом, проведенные исследования показали, сочетание АГ и РА характеризуется достоверно большей выраженностью процессов ремоделирования сердечно-сосудистой системы в сравнении с показателями больных АГ.

0594 ПОТЕРЯ КАРДИОМИОЦИТОВ И РЕПАРАЦИЯ ДНК ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ У МЫШЕЙ MDX

Михайлов В.М.¹, Мамаева Г.И.², Веженкова И.В.¹

¹Институт цитологии РАН, Санкт-Петербург, Россия; ²Городская больница №31, Санкт-Петербург, Россия

Оценка потери кардиомиоцитов в миокарде представляет трудную задачу из-за отсутствия морфологических и цитохимических критериев апоптоза кардиомиоцитов. В сообщении представлены результаты оценки потери кардиомиоцитов в миокарде мышей mdx. Из-за отсутствия дистрофина в сократительных клетках мышей mdx развивается окислительный стресс, который является причиной апоптоза мышечных волокон скелетной мускулатуры. При этом гибель кардиомиоцитов не обнаруживается. По данным морфометрии концентрация кардиомиоцитов в миокарде мышей mdx меньше на 20–30% чем в миокарде мышей C57BL/6. При ЭКГ анализе обнаружена отрицательная реполяризация пика Т в 2, 3 и AVF отведениях. Вместе с данными ЭКГ о левой позиции оси сердца мышей mdx результаты указывают на наличие у мышей mdx гипертрофической формы кардиомиопатии. ПААГ электрофорез обнаружил в ДНК миокарда мышей mdx фрагменты ДНК 64–65 т.п.н. У 7% ядер кардиомиоцитов при помощи иммунной антисыворотки к фосфорилированной форме гистона H2Ax (γ -H2Ax) постоянно обнаруживаются двунитевые разрывы ДНК (Днр ДНК). Был сделан вывод, что кардиомиоциты мышей mdx постоянно находятся на начальной стадии апоптоза, избегая, однако, вступления в деструктивную стадию апоптоза. Низкомолекулярные фрагменты ДНК 300–400 п.н. обнаруживаются в миокарде через час после стресса, плаванья в холодной воде. При этом доля ядер с днр ДНК возрастает до 42%. Также имеется включение ³H-тимидина в 3% ядер кардиомиоцитов. Через 24 часа после стресса доля ядер кардиомиоцитов с днр ДНК уменьшается до 5%. Уменьшение доли γ -H2Ax(+) ядер кардиомиоцитов с 42% до 5% можно объяснить или репарацией Днр ДНК или исчезновением кардиомиоцитов из миокарда в результате апоптоза. По данным морфометрии суточная потеря кардиомиоцитов равна $3,4 \pm 0,6\%$, по данным электронномикроскопического анализа — 1,8% и по автордиографическим данным потери тимидиновой метки — 2,5%.

Таким образом, суточная потеря кардиомиоцитов мышей mdx после стресса колеблется от 1,8 до 3,4%. Эти цифры значительно ниже ожидаемой потери кардиомиоцитов из-за появления Днр

ДНК. Результат указывает на участие репарации ДНК в выживаемости кардиомиоцитов. Кроме того, оценка потери кардиомиоцитов только по определению двунитевых разрывов ДНК, например, методом TUNEL является недостаточной, так как мы не можем предсказать дальнейшую судьбу кардиомиоцитов с поврежденной ДНК.

0595 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ИНВАЗИВНЫХ И НЕИНВАЗИВНЫХ СТАЦИОНАРАХ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ)

Михальчикова Н.А., Бурова Н.Н.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» МЗ и СР РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель: разработать регистр Острого инфаркта миокарда (ОИМ) для получения объективной информации о демографических, клинических характеристиках больных ОИМ, о сроках и объеме специализированной помощи больным ОИМ.

Материал и методы. Сотрудниками НИЛ разработан регистр ОИМ на основе протокола регистра ОКС, проводимый Европейским обществом кардиологов (Euro Heart Survey). Формирование базы данных представлено в стандартной программе Access, что позволяет работать как на PC, так и на бумажном носителе. Регистр адаптирован для условий Российского региона и состоит из четырех блоков. В первый блок включена информация о догоспитальном этапе (в том числе о сроках развития заболевания, характере и объеме оказываемой помощи на этапе скорой медицинской помощи). В информацию 2 блока включен этап лечения больного в отделении реанимации (длительность пребывания в ОАР, клинические характеристики, включая наличие и характер осложнений, показатели гемодинамики, объем терапии). Характеристика течения ОИМ в кардиологическом отделении/отделении для лечения больных ОИМ/собрана в 3 блоке и включает данные об объеме терапии, результаты обследования, особенности клинической картины, осложнений ОИМ. В 4 блок внесены сведения о реабилитации и исходах заболевания. В случаях эндоваскулярного/кардиохирургического вмешательства в регистр вносятся данные о сроках коронарографии, характере поражения коронарного русла и об объеме выполненного оперативного лечения. В случаях летального исхода вносятся результаты патологоанатомического исследования.

Проанализированы данные регистра по двум стационарам г. Санкт-Петербурга: I — многопрофильный стационар, имеющий отделение анестезиологии и реанимации для лечения кардиологических больных, специализированное кардиологическое отделение для лечения больных ОИМ и не имеющий в составе больницы КХО/отделения рентгенэндоваскулярной хирургии и II — кардиологический стационар, имеющий все подразделения для оказания высокоспециализированной помощи больным ОИМ, включая отделение рентгенэндоваскулярной хирургии и кардиохирургическое отделение.

Результаты. В I-м стационаре в регистр включены 795 больных с ОИМ, во II-м стационаре — 359 больных. В обоих стационарах обращает внимание позднее обращение больных за медицинской помощью и, соответственно, поздняя госпитализация. Среди больных с ОИМ с элевацией сегмента ST, поступивших в стационары в первые 12 часов заболевания, системный тромболизис выполнялся только во II стационаре (89,3% больных). Коронароангиография проводилась I больному, лечившемуся в I стационаре и 68,5% больным II стационара. Оперативное вмешательство выполнено I больному I стационара (PCI) и 219 больным, получавшим лечение во II стационаре (146 больным — PCI, 73 — аортокоронарное шунтирование). Проанализированы характер и частота осложнений ОИМ в стационарах. Летальность среди больных была достоверно выше в I стационаре (20,5% и 7,2% соответственно, $p < 0,0001$).

0596 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Михеева О.М., Комиссаренко И.А., Лазебник Л.Б.

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва, Россия

АГ наблюдается у 15-25% взрослого населения, из них у 30% больных АГ сочетается с патологией печени. Для лечения больных АГ применяются ингибиторы АПФ и β -адреноблокаторы, которые подразделяются на жирорастворимые, подвергающиеся метаболизму, и водорастворимые, которые экскретируются в неизменном виде. Лечение больных с циррозом печени (ЦП) жирорастворимыми препаратами должно приводиться с осторожностью из-за возможности изменения их фармакокинетических эффектов.

Цель. Оптимизировать лечение больных с АГ и ЦП на основании фармакокинетических и фармакодинамических особенностей ингибиторов АПФ и β -адреноблокаторов.

Методы и материалы. Для оценки эффективности препаратов проводится СМАД. Определение концентраций препаратов осуществлялось методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. В исследование включено 360 больных с АГ в сочетании со стеатозом, ЦП и ЯБ (язвенной болезнью — контрольная группа). Каждая группа была разделена на подгруппы (в зависимости от назначаемых препаратов: эналаприл или лизиноприл по 10 мг, атенолол или метопролол по 50 мг). Исследование фармакокинетики препаратов проведено у 89 больных.

Результаты. Фармакокинетические данные указывают на снижение метаболической активности печени при ЦП. Уровень максимальной концентрации (С_{max}) активного метаболита эналаприла (эналаприлата), в отличие от лизиноприла, снижается в зависимости от выраженности нарушений печени. У пациентов ЦП выявлено наибольшее снижение уровня С_{max} эналаприлата, чем у больных ЯБ ($38,8 \pm 9,3$ vs $58,1 \pm 1,41$ нг/мл $p < 0,001$). При этом время достижения С_{max} эналаприлата увеличивалось с $3,25 \pm 0,29$ ч у больных ЯБ до $5,5 \pm 0,38$ ч ($p < 0,001$) у лиц, страдающих ЦП. В отличие от атенолола концентрация метопролола при патологии печени изменяется. Выявлено повышение С_{max} в группе больных ЦП по сравнению с показателями у больных ЯБ ($18,98 \pm 4,94$ и $10,22 \pm 1,79$ нг/мл $p < 0,001$). Время достижения С_{max} пролонгируется у больных ЦП по сравнению с показателями у пациентов ЯБ ($5,42 \pm 0,74$ и $4,57 \pm 0,82$ ч). С помощью СМАД мы проводили сравнительную оценку эффективности препаратов. У 46,7% больных ЯБ эналаприл в дозе 10 мг приводил к стабильному гипотензивному эффекту в сравнении с 23,3% больных ЦП. При лечении лизиноприлом хороший гипотензивный эффект был получен у 53,3% больных с ЦП. При анализе результатов лечения метопрололом отмечено достоверное максимальное урежение минимальной ЧСС у больных ЦП до $49,93 \pm 5,15$ ударов в минуту (на 18,24%) в сравнении с группой пациентов ЯБ (10,34%, $p = 0,001$). Средняя ЧСС значительно урежалась под воздействием метопролола у больных ЦП (на 15,54% ммHg).

Выводы. По выраженности гипотензивного эффекта лизиноприл рекомендуется для лечения больных с АГ и ЦП. Атенлол, в отличие от метопролола, может применяться при лечении АГ у больных, не зависимо от функционального состояния печени.

0597 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВАРФАРИН

Михеева Ю.А., Кропачева Е.С., Игнатьев И.В., Сычев Д.А., Добровольский А.Б., Кукес В.Г., Панченко Е.П.

Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, Москва, Россия; Институт клинической фармакологии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Росздравнадзора, Москва, Россия

Цель: изучить влияние генетического полиморфизма CYP2C9 и VKORC1 (G3673A) на частоту геморрагических осложнений (ГО) у больных, получающих варфарин.

Методы: включено 86 пациентов (46 муж/40 жен), средний возраст $62,8 \pm 10,6$ лет. Показаниями к терапии варфарином (В)

были: мерцательная аритмия ($n=72$), тромбозы глубоких вен ($n=6$), протезированные клапаны сердца ($n=4$), тромбоз полости ЛЖ ($n=4$). Контроль МНО 1 раз в месяц. Целевое МНО 2,0–3,0. Период наблюдения — от 1 месяца до 1 года. Определение носительства аллельных вариантов генов CYP2C9, VKORC1 (полиморфный маркер G3673A) проводили методом ПЦР-ПДРФ. Учитывались все геморрагические осложнения (ГО). Результаты представлены как $M \pm SD$.

Результаты: В течение 1-го месяца терапии варфарином ГО имели место у 26% больных. В их структуре больших оказалось 23%. В течение года ГО повторялись у 29% больных, среди них было 29% больших. «Дикий тип» (CYP2C9*1/*1) обнаружен у 67,8% пациентов, частота встречаемости полиморфизмов CYP2C9*2 и CYP2C9*3 составила 16,7% и 15,5% соответственно. По результатам генотипирования VKORC1 генотип GG («дикий тип») был обнаружен у 31% больных, генотип GA — у 55%, а генотип AA — у 14% больных. Больные — носители «диких типов» обоих генов CYP2C9 и VKORC1 имели максимальную дозу варфарина $7 \pm 2,18$ мг/сут., у 38% из них отмечались эпизоды МНО >3 , у 12,5% — ГО. В случае носительства только одного любого из вариантов (GA, AA, CYP2C9*2, CYP2C9*3) доза В. была достоверно ниже $5,1 \pm 1,85$ мг/сут. ($p=0,006$), при этом частота ГО и эпизодов МНО $>3,0$ достоверно не повышалась. В случае носительства сочетания генотипов GA/AA с CYP2C9*2/CYP2C9*3 величина поддерживающей дозы варфарина была еще меньше: $3,4 \pm 1,37$ и $7 \pm 2,18$ мг/сут. соответственно ($p=0,02$). По сравнению с носителями «диких типов» достоверно чаще отмечались эпизоды МНО $>3,0$: 81% и 38% ($p=0,03$), достоверных различий в частоте ГО не было. Самая маленькая величина поддерживающей дозы В. оказалась у носителей гетеро- или гомозигот аллеля А (GA, AA) в сочетании с аллельным вариантом CYP2C9*3: $2,7 \pm 1,75$ мг/сут. Все больные этой группы имели эпизоды повышения МНО $>3,0$, 67% больных этой группы демонстрировали ГО. По частоте ГО и эпизодов МНО $>3,0$ различия оказались достоверными по сравнению с носителями «дикого типа» по CYP2C9 и VKORC1: 67% и 12,5% соответственно ($p=0,03$); 100% и 38% соответственно ($p=0,02$).

По данным многофакторного анализа, факторами риска ГО у больных, принимавших варфарин, оказались: носительство генотипа AA (VKORC1) и/или аллельного варианта CYP2C9*3, значения МНО $>2,5$, женский пол и наличие ИБС.

Выводы. Одновременное носительство полиморфизмов в генах CYP2C9 и VKORC1 (G3673A) требует минимальной поддерживающей дозы варфарина и является наиболее неблагоприятным в отношении риска кровотечений и нестабильности МНО.

0598 ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Мовчан Л.Н.

ГОУ ДПО Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования Росздрава, кафедра терапии, функциональной диагностики, профилактической и семейной медицины, Челябинск, Россия

Цель исследования. Изучение распространенности различных изменений электрокардиограмм (ЭКГ) по Миннесотскому коду (МК) в популяции в сопоставлении с частотой встречаемости общепринятых факторов риска.

Материалы и методы. Проведено популяционное кросс — секционное исследование населения г. Челябинска в возрасте 18–64 года. Сформирована репрезентативная выборка, объем которой составил 1200 человек. В последующем отобрана 25-процентная выборка (296 человек), из них 197 женщин (66,6%) и 99 мужчин (33,4%). Всем обследуемым проведено анкетирование по стандартному протоколу программы CINDI (1994), физикальное и лабораторное обследование с целью выявления факторов риска. Оценивались ЭКГ в 12 стандартных отведениях по критериям Миннесотского кода (1984).

Результаты. В неорганизованной популяции измененные ЭКГ, оцененные согласно критериев МК, выявлены в 72,3%, а неизмененные ЭКГ — в 27,7% ($p<0,001$). Наиболее важные для диагностики ишемической болезни сердца признаки 1-го (изменения со стороны зубца Q и комплекса QRS), 4-го (депрессия сегмента ST) и 5-го (отрицательный зубец T) классов МК определены у 53 (17,9%) человек. Распространенность основных поведенческих факторов риска в популяции (без учета различий по полу) составила: курения — 32,8%, недостаточной физической активности — 38,5%, избыточной массы тела — 32,8%, увеличенной окружности талии — 45,6%, повышенного употребления жирной пищи — 31,8%, низкого употребления фруктов и овощей — 71,6%, чрезмерного потребления соли — 38,5%, злоупотребления алкоголем — 11,1%, полного отказа от алкоголя — 17,6%. Частота биологических факторов риска составила: артериальной гипертензии — 31,8%, гиперхолестеринемии — 42,6%. Наибольшее количество факторов риска выявлено у лиц, имеющих изменения ЭКГ 1-го; 3-го; 4-го и 5-го классов МК. Тесная связь между изменениями ЭКГ и выявленными факторами риска подтверждена наличием достоверной прямой корреляционной зависимости ($p<0,05$). Изменения 1-го класса МК ассоциировались с: физической неактивностью ($r=0,320$), ожирением ($r=0,12$), полным отказом от алкоголя ($r=0,123$), артериальной гипертензией ($r=0,121$) и гиперхолестеринемией ($r=0,240$). Изменения 3-го класса МК ассоциировались с: курением ($r=0,124$), злоупотреблением алкоголем ($r=0,121$), артериальной гипертензией ($r=0,113$). Изменения 4-го и 5-го классов МК — с полным отказом от алкоголя ($r=0,142$), а со всеми патологическими ЭКГ ассоциированы: курение ($r=0,175$) и артериальная гипертензия ($r=0,137$).

Выводы. В неорганизованной популяции измененные ЭКГ, оцененные на основании критериев Миннесотского кода, встречаются достоверно чаще, чем неизмененные (72,3 и 27,7%, $p<0,001$). Наибольшее количество факторов риска выявлено у лиц, имеющих изменения ЭКГ 1-го; 3-го; 4-го и 5-го классов Миннесотского кода. Установлена прямая корреляционная связь между факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и изменениями ЭКГ.

0599 МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЕЛОТРЕНИРОВОК

Молчанова А.А.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул, Россия

Цель исследования — изучить влияние велотренировок (ВТ) в режиме свободного выбора нагрузки (СВН) на микроциркуляторное русло (МЦР) больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией.

Материалы и методы. В исследование включено 62 больных, из них 12 женщин. Средний возраст $77,4 \pm 8,0$ лет; 61,3% пациента были в возрасте ≥ 80 лет. Артериальная гипертензия (АГ) II ст. была у 6,5%, АГ III ст. — у 93,5%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) I ст. — у 43,5%, ХСН IIa ст. — у 56,5% пациентов. Больные рандомизированы на две группы: основная включала 39 человек, которые получали медикаментозную терапию и ежедневные ВТ (10–12 на курсе), сравнения — 23 человека, получавших только медикаментозную терапию. Длительность лечения составила в среднем $21,2 \pm 3$ дня. Состояние МЦР оценивалось методом биомикроскопии сосудов конъюнктивы наружного угла обоих глаз при помощи щелевой лампы (ШЛ2Б, Россия). Исследование проводилось в начале и конце лечения.

Результаты. В начале исследования у больных с АГ II ст. распространенный периваскулярный отек был у 50% пациентов, единичные зоны отека — у 50%, у больных с АГ III ст. — 75,6% и 24,3% соответственно. Сладж- феномен в венах и артериолах зарегистрирован у пациентов с АГ III ст. — в 38% и в 18,9% случаев соответственно. Состояние МЦ у пациентов с АГ характеризовалось неравномерностью калибра сосудов (у 77,4%) и их извито-

стью (у 69%). У больных АГ с ХСН I ст. распространенный периваскулярный отек был у 75%, единичные зоны отека — у 25%, соответственно с ХСН IIa ст. у 71,4% и у 28,5%. У АГ с ХСН I ст. сладж-феномен отмечался только в венах в 12,5% случаев. У больных АГ с ХСН IIa ст. сладж-феномен зарегистрирован как в артериолах так и в венах в 42,8% и 38% случаев соответственно. После лечения в основной группе распространенный периваскулярный отек исчез у всех больных, сохранялись единичные зоны отека у пациентов с АГ III ст. — в 29,7%, сладж-феномен в венах в 8,1%. Также единичные зоны отека были у больных АГ с ХСН I ст. в 12,5%, у больных с ХСН IIa — в 33,3% случаев. У больных с ХСН I ст. замедление кровотока не отмечалось, а с ХСН IIa ст. определялось в 32,8% случаев. Количество больных с наличием сладж-феномена в артериолах и венах сократилось до 14,3% и 9,5% соответственно. Сосудистое звено в процессе лечения существенных изменений не претерпевало. В группе сравнения единичные зоны периваскулярного отека сохранялись у 32% больных, распространенный отек и сладж-феномен — у 9,5%. Остальные показатели не претерпели существенных изменений.

Заключение. Таким образом, у больных пожилого возраста с сочетанной сердечно-сосудистой патологией имеются выраженные изменения всех компонентов МЦР. Комплексное лечение с включением ВТ в режиме СВН у данной категории больных приводит к значительно уменьшает МЦ нарушения.

0600 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ВЕСА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ.

Молчанова О.В., Бритов А.Н.

ФГУ Государственный Центр Профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Взаимосвязь между ожирением и сердечно-сосудистыми заболеваниями хорошо известна. 60% лиц с ожирением или избыточным весом страдают артериальной гипертензией (АГ). Немедикаментозные методы вмешательства, направленные на снижение веса с целью улучшения контроля артериального давления (АД) могут быть использованы для профилактики АГ среди лиц с избыточным весом или ожирением.

Цель исследования: оценить эффективность диетического вмешательства в проспективном исследовании у лиц с высоким нормальным АД и избыточной массой тела (МТ)/ожирением по снижению веса с целью профилактики АГ в сравнении с естественной динамикой веса и АД.

Материалы и методы: в результате скринирующего обследования были сформированы группы вмешательства (203 человека) и сравнения (252 человека) из 2-х организованных популяций рабочих и служащих по идентичным критериям: АД 130-139/85-89 мм рт.ст. с индексом массы тела (ИМТ) $\geq 25 \text{ кг/м}^2$, мужчины и женщины в возрасте 25-54 года.

Результаты: выявлена высокозначимая взаимосвязь между ИМТ и систолическим АД у мужчин ($p=0,0045$) и у женщин ($p=0,0001$); между ИМТ и диастолическим АД у мужчин ($p=0,0001$) и у женщин ($p=0,0001$). Также отмечено, что при увеличении ИМТ на 1 кг/м^2 систолическое АД увеличивается на $1,3 \text{ мм рт.ст.}$ у мужчин и на $0,7 \text{ мм рт.ст.}$ у женщин; диастолическое АД возрастает на $0,7 \text{ мм рт.ст.}$ у мужчин и — на $0,9 \text{ мм рт.ст.}$ у женщин. При регрессионном анализе определено, что 19% вариативности систолического АД можно объяснить влиянием массы тела у женщин и 27% у мужчин. Вариативность диастолического АД в 17% можно объяснить влиянием массы тела у женщин и в 11% у мужчин. Исходно показатели массы тела 2-х групп не отличались. Через 3 года диетического вмешательства масса тела в группе вмешательства снизилась на $2,43 \text{ кг}$, что достоверно значимо ($p<0,05$). У мужчин масса тела снизилась на $2,63 \text{ кг}$ ($p<0,05$). В группе сравнения вес увеличился на $4,02 \text{ кг}$ у женщин, у мужчин увеличился на $6,16 \text{ кг}$ — изменения веса были достоверными ($p<0,05$). Исходное АД не отличалось в группах сравнения и вмешательства. В группе вмешательства систолическое АД снизилось на $3,27 \text{ мм рт.ст.}$ у мужчин и на $1,92 \text{ мм рт.ст.}$ у женщин ($p<0,05$), диастолическое

АД снизилось на $2,09 \text{ мм рт.ст.}$ и на $1,91 \text{ мм рт.ст.}$ у женщин. В группе сравнения произошла естественная динамика АД: систолическое АД увеличилось на $2,97 \text{ мм рт.ст.}$ у мужчин и на $2,56 \text{ мм рт.ст.}$ у женщин ($p<0,05$). Диастолическое АД увеличилось на $1,29 \text{ мм рт.ст.}$ у мужчин и на $2,39 \text{ мм рт.ст.}$ у женщин ($p<0,05$).

Заключение: диетические программы, направленные на снижение веса и контроля АД, апробированные в рамках исследования, эффективны среди лиц с высоким нормальным АД и избыточным весом или ожирением и могут быть использованы для профилактики АГ на популяционном уровне.

0601 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Моргунов Л.Ю.

20 городская клиническая больница, Москва, Россия

Цель: оценить прогноз острого инфаркта миокарда у пациентов с сахарным диабетом типа 2, получающих различную сахароснижающую терапию, а также сравнить прогностическое влияние метаболического контроля у таких пациентов в зависимости от скорости снижения гликемии интенсивной инсулинотерапией.

Методы исследования: в исследование включено 173 пациента с острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (средний возраст $62,3 \pm 4,1$ года). Длительность сахарного диабета типа 2 составила $8,4 \pm 4,7$ года. В зависимости от уровня гликемии пациенты получали глибенкламид (38 человек)-1 группа, глимепирид (41 пациент)-2 группа, интенсифицированную инсулинотерапию (80 пациентов)-3 группа или базисно-болюсную терапию инсулином (14 пациентов)-4 группа. Пациенты были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, длительности сахарного диабета, тяжести артериальной гипертензии. Ни один из пациентов ранее инфаркт миокарда не переносил (критерий включения в исследование). Пероральная сахароснижающая терапия оставалась прежней при уровне постпрандиальной гликемии ниже $7,8 \text{ ммоль/л}$ и гликемии натощак ниже $5,5 \text{ ммоль/л}$, в остальных случаях назначалась инсулинотерапия. Контроль гликемии в блоке интенсивной терапии проводился ежедневно. В дальнейшем в течение года пациенты отслеживались с помощью городского регистра пациентов сахарным диабетом с регулярными осмотрами эндокринологом и кардиологом. Оценивались летальность в стационаре и через 12 месяцев.

Полученные результаты: на этапе стационарного лечения летальность в группе 1 составила 15,7% (6 пациентов), в группе 2-14,6% (6 пациентов), в группе 3-13,6% (11 пациентов), в группе 4-14,2% (2 пациента), данные статистически недостоверны ($p>0,05$). Однако, у пациентов, получающих интенсивную инсулинотерапию, при скорости снижения гликемии, превышающую $2,3 \pm 0,2 \text{ ммоль/л}$ в час (41 пациент), стационарная летальность оказалась достоверно выше (17,0%), чем в группе пациентов (39 больных), скорость снижения гликемии у которых была ниже указанного темпа (10,2%) ($p<0,05$). Через год летальность в группе 1 составила 15,7%, в группе 2-19,5%, в группе 3-15,0%, в группе 4-21,4% ($p>0,05$).

Выводы: для коррекции углеводного обмена у пациентов с инфарктом миокарда и сахарным диабетом типа 2 могут применяться различные схемы сахароснижающей терапии, обеспечивающие уровень гликемии в пределах субнормальных значений, что практически не влияет на прогноз. Тем не менее, следует уделять особое внимание скорости снижения гликемии в первые часы заболевания, которая не должна превышать 2 ммоль/л в час, и, таким образом, может снизить летальность в стационаре.

0602 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ

Моргунов Л.Ю.

20 городская клиническая больница, Москва, Россия

Цель: Выявить особенности артериальной гипертензии у пациентов с первичным гипотиреозом в зависимости от степени нарушения функции щитовидной железы.

Методы исследования: В течение года наблюдались 107 пациентов (38 мужчин и 69 женщин), средний возраст $52,7 \pm 4,6$ года, страдающих первичным гипотиреозом и артериальной гипертензией. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-с манифестным гипотиреозом (свободный тироксин (Т4) — $8,3 \pm 1,9$ пмоль/л, тиреотропный гормон (ТТГ) — $19,8 \pm 5,2$ мМЕ/л), всего 52 человека, 2-с субклиническим гипотиреозом (ТТГ — $9,6 \pm 3,1$ мМЕ/л, св. Т4 — в норме), всего 55 человек. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, но различались по уровню ТТГ ($p < 0,001$). Контрольную группу составили 30 пациентов с эутиреозом и артериальной гипертензией. Суточное мониторирование АД осуществлялось прибором ТМ — 2421 с измерением АД в дневное время с интервалом 15 минут, в ночное — 30 минут. Определялись средние значения систолического и диастолического АД (САД и ДАД) степень ночного снижения (СНС) САД и ДАД; величина утреннего подъема (ВУП) САД и ДАД — по разнице между максимальным и минимальным АД в период с 4 до 10 ч. Анализировались данные, включающие в себя не менее 86% эффективных измерений. Уровни ТТГ и св.Т4 определялись радиоизотопным методом с интервалом 3 месяца. Все пациенты получали АПФ-ингибитор (каптоприл), доза титровалась в процессе лечения.

Полученные результаты: Несмотря на назначенную заместительную терапию тироксином в общепринятых дозировках, средние показатели САД днем у больных 1-й группы уровень составили $132,3 \pm 4,5$ мм рт.ст, ДАД днем $87,8 \pm 3,2$ мм рт.ст, САД ночью составило $130 \pm 3,8$ мм рт.ст, ДАД ночью — $79,4 \pm 1,7$ мм рт.ст, а во 2 группе средние показатели САД днем составили $141,2 \pm 4,3$ мм рт.ст, ДАД днем $90,2 \pm 1,7$ мм рт.ст., САД ночью $136,0 \pm 3,2$ мм рт.ст., ДАД ночью $84,1 \pm 2,6$ мм рт.ст. Степень ночного снижения САД и ДАД не коррелировала со степенью тяжести гипотиреоза (по уровню ТТГ, $p > 0,05$). В обеих группах преобладали нон-дипперы (77,1 и 74,6% соответственно, $p < 0,001$).

Выводы: Среди пациентов с первичным гипотиреозом и АГ чаще выявляются нон-дипперы. Эффективность гипотензивной терапии может быть меньшей у пациентов с манифестным гипотиреозом и определяться его тяжестью, что должно учитываться при ее назначении у таких больных.

0603 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Морозова Е.И., Радаева Е.В., Говорин А.В., Давыдкина Е.Н.
Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости нарушений диастолической функции левого желудочка в зависимости от типа его архитектоники у больных циррозом печени вирусной этиологии.

Материалы и методы: обследовано 28 больных вирусным циррозом печени класс от А до С по Чайлд-Пью, 21 мужчин и 7 женщин. Средний возраст — $39,2 \pm 7,8$ лет. Больным проводилось стандартное эхокардиографическое исследование на аппарате «VIVID» — 3 expert.

Результаты: В группе больных циррозом печени были выявлены все типы геометрии левого желудочка. 11% больных имели концентрическую и эксцентрическую гипертрофии ЛЖ, 22%-концентрическое ремоделирование, у 56% пациентов наблюдалась нормальная геометрия ЛЖ. Все больные, включенные в исследование, имели удовлетворительную систолическую функцию левого желудочка. Диастолическая дисфункция сердца (ДДЛЖ) выявлена у 22%. При оценке встречаемости ДДЛЖ в зависимости от типа ремоделирования левого желудочка обнаружено, что достоверно чаще она наблюдалась у пациентов с КГЛЖ (13% больных).

Выводы: у больных циррозом печени вирусной этиологии выявлены структурно-функциональные изменения сердечной мышцы, характеризующиеся ремоделированием миокарда левого желудочка с развитием его диастолической дисфункции. Самым частым типом патологического ремоделирования сердца можно считать КР. ДДЛЖ встречается преимущественно при КГЛЖ.

0604 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЗОФЕНОПРИЛА НА СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Морозова Т.Е., Шилов Е.М., Андрущишина Т.Б., Белобородова А.В.
ГОУ ВПО Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность, безопасность и влияние на скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и уровень микроальбуминурии (МАУ) ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) зофеноприла у больных метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: у 23 больных МС с субклиническим поражением почек в возрасте 33-74 лет (средний возраст $56,2 \pm 1,9$ лет; м.-12, ж.-11) изучены эффективность и безопасность зофеноприла (Зокардис®, Berlin-Chemie, Германия) по динамике параметров суточного мониторирования артериального давления (СМАД), СКФ, МАУ. Диагноз МС ставили согласно классификации The International Diabetes Federation (IDF) 2005г. Длительность лечения 6 месяцев, средняя суточная доза $30 \pm 2,2$ мг.

Полученные результаты: Исходно все больные страдали АГ I-II ст., уровень глюкозы натощак составил $5,16 \pm 0,61$ ммоль/л, через 2 часа после 75 г глюкозы $7,62 \pm 2,40$ ммоль/л, триглицериды $2,23 \pm 1,19$ ммоль/л, холестерин ЛПВП $1,16 \pm 0,34$ ммоль/л, креатинин плазмы крови $1,07 \pm 0,18$ мг/дл, СКФ рассчитанная по формуле Кокрофта-Гоулта с приведением на стандартную массу тела по формуле Дюбуа $85,5 \pm 19,0$ мл/мин/1,73м², уровень микроальбуминурии $1,4-264,9$ мг/л.

На фоне терапии зофеноприлом доля пациентов с нормофильтрацией увеличилась с 10% до 40%, с гипо- и гиперфильтрацией уменьшилась с 70% до 60% и с 20% до 0% соответственно. Уровень МАУ за время исследования снизился в среднем с $52,98$ мг/л до $34,61$ мг/л ($p < 0,05$). Так же отмечено снижение уровня среднесуточного САД с $135,5 \pm 3,5$ до $130,2 \pm 4,6$ ($p < 0,05$) и среднесуточного ДАД с $82,6 \pm 2,7$ до $80,9 \pm 3,1$ мм рт.ст. ($p < 0,05$), гипертонической нагрузки (индекс времени САД снизился с $48,2 \pm 7,5$ до $37,2 \pm 6,7\%$ ($p < 0,05$), индекс времени ДАД — с $36,93 \pm 2,82$ до $31,48 \pm 3,14\%$ ($p < 0,05$)). Количество пациентов с суточным профилем АД night-peakers уменьшилось с 13,0 до 8,7%. Не отмечено изменений суточной вариабельности АД. При контроле лабораторных показателей не выявлено достоверного изменения уровня креатинина плазмы крови. Масса тела и антропометрические показатели значимо не менялись на фоне терапии.

Выводы: ингибитор АПФ зофеноприл, помимо антигипертензивного эффекта, оказывает хороший нефропротективный эффект у больных с метаболическим синдромом, что сопровождается нормализацией СКФ у 30% больных и снижением уровня альбуминурии.

0605 РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИАРИТМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Морозов И.А., Фурман Н.В., Олейник Г.С., Раковская И.М., Пучиньян Н.Ф.

ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий», Саратов, Россия

Цель. Определить эффективность и безопасность радиочастотной катетерной абляции (РЧА) суправентрикулярных тахикардий у пациентов старше 60 лет.

Материалы и методы. В течение 2 лет (с 1 марта 2007г. по 1 марта 2009г.) выполнено 147 операций радиочастотной абляции по поводу суправентрикулярных тахикардий. Пациенты были разделены по возрасту на две группы. Первая группа — старше 60 лет; вторая — 18-45 лет.

Первую группу составили 46 пациентов в возрасте от 60 до 78 лет; вторая группа включала 101 больного в возрасте от 18 до 45 лет. Обе группы были сопоставимы по половому признаку (мужчины составили 43,4% в 1-ой группе и 44,5% во 2-ой).

Результаты. В условиях рентгенооперационной всем пациентам выполнено эндокардиальное электрофизиологическое исследование и операция катетерной радиочастотной абляции. Все пациенты оперированы классическим флюороскопическим способом. Получены следующие результаты.

В обеих группах эффективность коррекции АВ узловой реципрокной тахикардии составила 100%. Результаты оперативного лечения АВ тахикардии с участием дополнительных путей проведения, предсердной тахикардии, трепетания предсердий были сопоставимы в двух группах, и составляли соответственно (92,3 и 94,1%; 66,6 и 80%; 88,8 и 100%).

Осложнений, связанных с операцией катетерной абляции, не отмечалось.

Выводы. Радиочастотная катетерная абляция суправентрикулярных тахикардий у лиц пожилого и старческого возраста по эффективности и безопасности сопоставима с результатами лечения более молодых пациентов.

0606 ДИНАМИКА ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА И СРЕДНЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ

Мошкина А.А., Зонов О.А., Зонова Ю.А.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

В последние годы отмечается достоверное увеличение удельного веса пациентов с сочетанными заболеваниями, в том числе сочетание бронхиальной астмы (БА) с артериальной гипертензией (АГ) в среднем составляет 34,8 %.

Цель: изучить динамику парциального давления кислорода (рО₂) и среднего артериального давления (АД) на фоне длительной терапии БА у пациентов с сочетанием персистирующей БА средней степени тяжести и АГ 1, 2 степени тяжести.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 90 пациентов с сочетанием персистирующей БА средней степени тяжести и АГ 1, 2 степени тяжести. Все пациенты были рандомизированы: 1 гр. (n=30) в качестве базисной терапии БА получали беклометазона дипропионат (БМД) в средних суточных дозировках (500-1000 мкг) в комбинации с пролонгированным ингаляционным β₂-адреномиметиком (β₂-АМ) сальметеролом 100 мкг в сутки, 2 гр. (n=30) — аналогичную дозировку БМД и пероральный β₂-АМ пролонгированного действия кленбутерол 45 мкг в сутки, 3 гр. (n=30) — высокие дозы БМД (1000-2000 мкг в сутки). Пациентам были даны рекомендации по поводу немедикаментозной терапии АД и коррекции факторов риска. Больные использовали β₂-АМ короткого действия по потребности. Исходно, через 7 и 30 дней терапии оценивалась эффективность лечения: динамика среднего АД, пиковый экспираторный поток, рО₂ капиллярной крови. Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики, сравнение трех независимых групп осуществлялось методом Краскела-Уоллиса, корреляция — методом Спирмена.

Результаты: исходно показатели рО₂ в исследуемых группах статистически не различались: в 1 гр. рО₂ составляло 68,2±7,3 мм Нг, среднее АД 110,2±2,4 мм Нг, во 2 гр. — 71,8±4,6 мм Нг, 109,1±3,8 мм Нг, в 3 гр. — 70,8±8,4 мм Нг, 110,8±3,6 мм Нг. Через 7 дней терапии у пациентов 1, 2 гр. увеличилось рО₂ и снизилось среднее АД: 1 гр. рО₂ — 88,1±4,46 мм Нг (p=0,03), среднее АД — 106,7±3,1 мм Нг (p=0,1), во 2 гр. соответственно — 90,4±4,2 мм Нг (p=0,014), 104,3±4,2 мм Нг (p=0,6), у пациентов 3 гр. динамика этих показателей недостоверна — 73±6,8 мм Нг (p>0,05) и 108,3±2,7 мм Нг (p=0,24). При сравнении изменений показателей рО₂ у пациентов 1 и 2 групп различий не выявлено (p>0,05). Через 30 дней после первого визита во всех группах увеличилось рО₂ и снизилось среднее АД: 1 гр. — соответственно 94,2±3,2 мм Нг (p=0,01), 103,9±2,2 мм Нг (p=0,18), 2 гр. — 92,6±4,6 мм Нг (p=0,02), 104,1±1,9 мм Нг (p=0,08) и в 3 гр. — 90,2±4,5 мм Нг (p=0,03), 105,3±3,2 мм Нг (p=0,54). При сравнении на 30 день показателей рО₂ в 1, 2 и 3 группах достоверной разницы не выявлено (p>0,05). Обнаружена

отрицательная корреляция при сравнении изменений рО₂ и среднего АД во всех группах на 30 день терапии: 1 гр. R= - 0,23, p=0,01; 2 гр. R= - 0,12, p=0,04; 3 гр. R= - 0,21, p= 0,02.

Выводы: терапия высокими дозами БМД или сочетанием его средних доз с пролонгированными β₂-АМ в равной степени достоверно увеличивают рО₂ к 30 дню, однако, на фоне комбинированной терапии прирост рО₂ происходит достоверно быстрее, чем на монотерапии высокими дозами БМД. Имеющаяся отрицательная корреляция между изменениями показателей рО₂ и среднего АД, говорит о возможном гипоксическом механизме развития АГ у больных с БА.

0607 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛА

Мошкова Е.В., Долгов Д.В., Попов А.И., Романюк М.А.

ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера, Надым, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) стала одной из главных проблем медицины. Так, в 2006 г. в России смертность сельских жителей превышала смертность городских жителей в 1,3 раза. Заболеваемость ИБС по Ямало-Ненецкому автономному округу среди взрослых в 2007 г. составила 24,2 на тысячу населения. ИБС приводит к существенному снижению качества жизни (КЖ) населения.

Цель исследования: изучить распространенность ИБС и качество жизни сельских жителей, проживающих в зонах тундры и арктических пустынь.

Методы исследования: проведено эпидемиологическое исследование по изучению сельского населения, проживающего в арктической климатической зоне. Диагноз ИБС основывался на критериях ВОЗ (1999), расшифровка ЭКГ осуществлялась по Миннесотскому коду, качество жизни оценивали с помощью русскоязычной версии вопросника КЖ — SF-36.

Полученные результаты: распространенность ИБС по расширенному критерию среди сельского населения в возрасте 20-59 лет составила 14,0%, у коренных жителей — 16,3%, у пришлого населения — 8,8%. При сравнении этих групп населения выявлено, что среди аборигенов в возрасте 20-39 лет распространенность ИБС по расширенному критерию выше в 4,8 раза, чем у пришлых того же возрастного диапазона (16,3% и 3,4% соответственно, p=0,01). Показатель распространенности ИБС среди мужчин в возрасте 20-59 лет среди коренных выше в 4 раза, чем среди пришлых (20,7% против 5,0%, p=0,03). Гендерные различия в распространенности ИБС более выражены в возрасте 30-39 лет (30,8% у мужчин и 10,0% у женщин, p=0,02). Значение уровня общего состояния здоровья (ОЗ) для пришлого населения (63,3%) выше, чем для коренного населения (55,0%, p=0,0218). У поселковых жителей показатель ОЗ до 40 лет выше, чем у лиц старше 40 лет (74,1% против 66,1%). Более выражено это у пришлых женщин (65,4% против 54,5%). Показатель физической активности (ФА) выше у сельских жителей до 40 лет, чем у лиц старше 40 лет (81,2% против 73,3%, p=0,001). Сила связи ИБС на показатель общего здоровья как среди коренных жителей, так и среди пришлых, в возрасте 20-59 лет оказалась средней — 0,4; 0,46 (коэффициент взаимной сопряженности Крамера).

Выводы: Таким образом, у сельских жителей коренной национальности в возрасте 20-39 лет выявлена высокая распространенность ИБС по расширенному критерию. ИБС в одинаковой мере влияла на снижение параметра общего здоровья, как в группе коренного, так и в группе пришлого населения.

0608 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ

Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П., Торшина З.В., Коваленко Т.С. МОНИИАГ, МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Пароксизмальная желудочковая тахикардия (ПЖТ) — крайне редкая патология у здоровых беременных (до 0,04% от всех нару-

шений ритма), однако она традиционно ассоциируется с риском внезапной смерти и беременность при ней считается противопоказанной.

Цель исследования. На основании изучения вариабельности сердечного ритма (ВСР) выявить у беременных взаимосвязь между ПЖТ и симпатической активностью, а также на этой основе оптимизировать лечебную тактику во время беременности и родов.

Материалы и методы. Обследовано 4 женщины на различных сроках гестации и направленных в МОНИИАГ для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности. У 3 пациенток регистрировалась неустойчивая монотопная правожелудочковая ПЖТ, у 1 — политопная желудочковая экстрасистолия и левожелудочковая ПЖТ. При ЭхоКГ исследовании патологии выявлено не было и ПЖТ расценена как идиопатическая. У всех женщин до родов неоднократно, во время и после родов через 2-5 суток проводили суточное мониторирование по Холтеру с использованием регистратора Meditech (Венгрия) и оценкой основных временных и спектральных параметров ВСР.

Полученные результаты. У обследованных пациенток не отмечалось эпизодов головокружения или потери сознания. У 3 женщин наблюдалась прямая зависимость между суточным ростом симпатической активности и частотой желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) или ПЖТ (при SDANN 250±75 мсек в дневное время средняя частота ЖЭ составила 350±156, а при SDANN 450±134 мсек в ночные часы — 215±130). Лишь у одной пациентки увеличение частоты ЖЭ и ПЖТ было связано со снижением симпатической активности, исключая ночные часы. Физиологически низкая активность симпатического отдела вегетативной нервной системы у этой пациентки ночью сочеталось с уменьшением эпизодов ЖТ и увеличением (!) числа экстрасистол.

Выводы. У беременных с ПЖТ показано определение при ЭКГ топики аритмогенного очага. Наличие аритмии, исходящей из правого желудочка, при отсутствии синкопальных состояний ассоциируется с благоприятным прогнозом пролонгирования беременности. У большинства пациенток выявляются катехоламинзависимые ПЖТ, протекающие с индуцируемым цАМФ механизмом тока кальция в клетку. Проведение самопроизвольных родов под эпидуральной анестезией с использованием адепозина внутривенно, обладающего влиянием на образование цАМФ, позволяло во всех случаях завершить беременность родами через естественные родовые пути, уменьшить количество ПЖТ в каждом периоде родов по сравнению с дородовым периодом. При отсутствии катехоламинзависимого механизма, развитии родовой деятельности в условиях низкой симпатической активности хороший антиаритмический эффект получен от использования лидокаина при эпидуральной анестезии и внутривенно во время самопроизвольных родов. Длительная терапия соталолом приводила к феномену «ускользания» и сопровождалась уменьшением числа желудочковых экстрасистол лишь на 10-18% без снижения случаев пароксизмов ЖТ.

0609 СТАТИФИКАЦИЯ МАТЕРИНСКОГО РИСКА — ОСНОВА УСПЕШНОГО ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА

Мравян С.Р., Петрухин В.А., Пронина В.П., Фёдорова С.И., Коваленко Т.Н.

МОНИИАГ, МОНИКИ им.М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Цель исследования. На основании трёхступенчатой статификации материнского риска оценить исходы беременности в отношении матери и плода у женщин с пороками сердца.

Материалы и методы. Обследовано 175 женщин с врождёнными или приобретенными пороками сердца, направленных в МОНИИАГ для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности или способа родоразрешения. У всех беременных проводились клиническое обследование, эхокардиография с оценкой общепринятых показателей гемодинамики и суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру.

Полученные результаты. Беременные с низким риском кардиологических осложнений были консультированы однократно

кардиологом в условиях научно-консультативного отделения МОНИИАГ и госпитализировались на доношенном сроке (38-40 недель) для самостоятельного родоразрешения (94,9%). У остальных пациенток родоразрешение осуществлялось кесаревым сечением по акушерским показаниям. После первой консультации беременных с промежуточным риском кардиологических осложнений, высоким функциональным классом сердечной недостаточности или субъективным неблагополучии осуществлялась госпитализация в отделение патологии беременных специализированного стационара. При отсутствии факторов риска (нарастание сердечной недостаточности, градиента давления, объёмных параметров ЭхоКГ) пациентки этой группы продолжали консультироваться амбулаторно, начиная с 26-ой недели беременности, 1 раз в 2 недели. Родоразрешение осуществлялось операцией кесарева сечения на доношенном сроке в 70,2% (за исключением одной пациентки с дородовым излитием околоплодных вод на сроке 30 недель беременности). В 20% проводились самопроизвольные роды, в 9,8% — кесарево сечение по комплексу показаний. Наблюдение за двумя пациентками из группы высокого риска осуществлялось амбулаторно и стационарно по индивидуальной программе (обе — с резким стенозом аортального клапана), а родоразрешение проводилось оперативным путём. Отсутствие случаев досрочного родоразрешения у женщин с пороками сердца обусловило благоприятные перинатальные исходы (у 2,9% детей балльная оценка по Апгар составила 6-7 баллов, у остальных — 8-9 баллов).

Выводы. Статификация материнского риска в отношении кардиологических осложнений является объективной основой для выработки режима динамического амбулаторного, а при показаниях — стационарного обследования и лечения беременных с пороками сердца. Использование предложенной схемы ведения пациенток с пороками сердца позволяет избежать часто необоснованной трехкратной госпитализации всех женщин на заранее определённых сроках беременности, снизить затраты их стационарного лечения и обследования, а также оптимизировать порядок наблюдения за беременными с промежуточным и высоким рисками кардиологических осложнений. Внедрение статификации материнского риска кардиологических осложнений позволяет избежать случаев раннего родоразрешения и существенно улучшить перинатальные исходы у женщин с пороками сердца.

0610 АНАЛИЗ ВАРИАбельНОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А.В., Фомин Ф.Ю.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия; ООО «Нейрософт», Иваново, Россия

Цель исследования: оценить показатели вариабельности желудочковых сокращений (ВЖС) у больных с пароксизмальной, персистирующей и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы исследования: обследовано 58 больных с ФП, из них 30 мужчин и 28 женщин, средний возраст 62,3±10,5 лет. У 12 пациентов имелась пароксизмальная или персистирующая и у 46 — постоянная форма аритмии. Этиологическим фактором нарушения ритма чаще всего были гипертоническая болезнь, ИБС или их сочетание, у нескольких пациентов имелись ревматические пороки сердца, тиреотоксикоз или идиопатическая форма ФП. Все больные получали терапию по поводу основного заболевания, а лица с постоянной формой аритмии — препараты для контроля числа желудочковых сокращений (бета-блокаторы, сердечные гликозиды, либо верапамил). Всем обследуемым проводилась оценка ВЖС путем анализа 5-минутной записи ЭКГ на фоне ФП с проведением ортостатической пробы. Исследование проводилось с помощью АПК «Поли-Спектр-8/ЕХ» («Нейрософт», Иваново). В каждой группе больных оценивалось стандартное отклонение средней продолжительности интервалов RR в течение 5 минут (SDNN). Этим же пациентам проводилось Холтеровское мониторирование ЭКГ с помощью АПК «Поли-Спектр-СМ» («Нейрософт», Иваново) на фоне ФП

с анализом суточной ВЖС: оценивались показатели SDNN, SDNNi, SDANNi, HRV-index, TINN путем расчета медианы и интерквартильного размаха (25%-75%), достоверность результатов оценивалась с использованием U-критерия Манна-Уитни.

Результаты: При анализе 5-минутной записи ЭКГ в группе больных с пароксизмальной и персистирующей формой ФП показатель SDNN составил 140 (125-189) мс, в то время как у лиц с постоянной формой аритмии он был выше и составил 189,5 (149,5-216,8) мс, ($p < 0,05$). При проведении ортостатической пробы отмечено уменьшение показателя SDNN в обеих группах больных, ($p < 0,05$). При анализе суточной ВЖС выявлено достоверное увеличение показателей SDNN (216,6 (162,1-241,9) мс; HRV-index 45 (35-60,5); и TINN 734 (605,5-965) у пациентов с постоянной формой аритмии по сравнению с персистирующей формой (соответственно: 140,4 (132,1-157,0) мс; 31,5 (28,8-35,8); 562 (482,5-602)), ($p < 0,05$), что свидетельствует о более выраженной нерегулярности ритма желудочковых сокращений при постоянной форме ФП. Отмечена также суточная динамика SDNN в виде увеличения этого показателя в ночные часы по сравнению с дневными, что может быть связано с вегетативными влияниями.

Выводы: 1. У больных с постоянной формой ФП повышена ВЖС по сравнению с пароксизмальной и персистирующей формой аритмии.

2. Показатель SDNN имеет суточную динамику, в виде увеличения в ночные часы по сравнению с дневными.

3. При проведении ортостатической пробы отмечается уменьшение SDNN.

0611 ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Мусин А.М.

Семипалатинский государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: оптимизация гипотензивной терапии больных эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) II степени и гипотиреозом средней степени тяжести на фоне базисной терапии эутироксом с применением антагониста кальция нового поколения.

Методы исследования: обследовано 47 больных, из них 45 (80%) женщин и 2 (20%) мужчин, средний возраст $52 \pm 3,2$ года. Основную группу составили 35 больных с гипотиреозом средней степени тяжести и АГ II степени получавшие леркамен на фоне гормонзаместительной терапии эутироксом. Контрольную группу составили 12 больных с эссенциальной АГ получавшие амлодипин. Для оценки гипотензивного эффекта при приеме первой дозы измеряли АД по методу Короткова при этом учитывали средние значения трех измерений АД сидя, выполненных с интервалом в 2 минуты в течение первого часа после приема препарата. Всем больным проводился контроль уровня АД методом Короткова и суточное мониторирование артериального давления (СМАД), с анализом средних значений систолического и диастолического артериального давления (САД, ДАД) за сутки, день и ночь; вариабельность САД и ДАД в разные периоды суток; индексы времени гипертензии (ИВ) САД и ДАД днем и ночью.

Полученные результаты: Результаты СМАД в основной группе по сравнению с контрольной группой показали отсутствие подъемов АД в утренние часы, нормальная вариабельность АД в течение суток без влияния на ЧСС. Снижение индекса времени гипертензии САД до $62,18 \pm 3,46$ днем и $78,29 \pm 5,89$ ночью ($p < 0,05$ в обоих случаях), также ИВ ДАД $62,38 \pm 6,12$ ($p < 0,05$) днем и $73,34 \pm 5,78$ ($p < 0,05$). Исходное значение индекса времени гипертензии систолического артериального давления составили $78,15 \pm 6,0$ днем и $94,29 \pm 4,78$ ночью, а также ИВ ДАД $98,74 \pm 4,99$ днем и $95,54 \pm 3,99$ ночью соответственно. Также отмечалось снижение средней САД и ДАД при $p < 0,05$ в обоих случаях. Значительное снижение интервалов утренних циркадных пиков АД в основной группе на 60%, что в контрольной группе больных составило 40%.

Выводы: таким образом, применение пролонгированного антагониста кальция дигидропиридинового ряда леркамена в комбинации с гормонзаместительной терапией эутироксом у больных с гипотиреозом средней степени тяжести и артериальной гипертензией II степени обеспечивает достоверное снижение АД, что способствует улучшению качества жизни больных.

0612 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Мусин А.М.

Семипалатинский государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Цель: изучить антигипертензивное действие комбинированного препарата экватор — антагониста кальция дигидропиридинового ряда с фиксированной дозой амлодипина и ингибитора АПФ — лизиноприла в одной таблетке у больных артериальной гипертензией (АГ) III степени и гипотиреозом тяжелой степени тяжести на фоне базисной терапии эутироксом.

Методы исследования: обследовано 27 больных, средний возраст пациентов составил $52 \pm 3,2$ лет. Основную группу составили 15 больных с гипотиреозом тяжелой степени и АГ III степени получавшие экватор на фоне гормонзаместительной терапии эутироксом. Контрольную группу составили 12 больных с эссенциальной АГ получавшие амлодипин. Для оценки гипотензивного эффекта при приеме первой дозы измеряли АД по методу Короткова при этом учитывали средние значения трех измерений АД сидя, выполненных с интервалом в 2 минуты в течение первого часа после приема препарата. Всем больным проводился контроль уровня АД методом Короткова и суточное мониторирование АД (СМАД), с анализом средних значений систолического и диастолического АД (САД, ДАД) за сутки, день и ночь; вариабельность САД и ДАД в разные периоды суток; индексы времени гипертензии (ИВ) САД и ДАД днем и ночью.

Полученные результаты: по данным СМАД в основной группе по сравнению с контрольной группой отмечалось стойкое снижение АД в течение суток; отсутствие подъемов АД в утренние часы; нормальная вариабельность АД в течение суток. Снижение средней САД до $141,0 \pm 1,6$ и ДАД $91,0 \pm 2,1$ при $p < 0,05$ в обоих случаях. Снижение ИВ САД до $60,35 \pm 4,89$ днем и $74,33 \pm 4,79$ ночью ($p < 0,05$ в обоих случаях), при исходном значении $71,66 \pm 4,72$ и $84,61 \pm 4,52$ соответственно, также индексы времени гипертензии ДАД составили $62,38 \pm 6,12$ ($p < 0,05$) днем и $74,26 \pm 5,14$ ($p < 0,05$) ночью. Также отмечалось значительное снижение интервалов утренних циркадных пиков АД в основной группе на 60%, что в контрольной группе больных составило 40%.

Ни в одном случае не было выявлено побочных эффектов применяемой антигипертензивной и заместительной терапии.

Выводы: таким образом, использование нового комбинированного препарата экватор в комбинации с гормонзаместительной терапией эутироксом у больных с гипотиреозом тяжелой степени и III степени АГ оказывает многоплановое корригирующее влияние на параметры суточного профиля АД; обеспечивает достоверное оптимальное пролонгированное снижение АД в течение суток; достоверно уменьшает индекс “нагрузка давлением” в дневное и ночное время, приводя к более выраженному гипотензивному эффекту.

0613 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ИММУННЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Муталова Э.Г., Фрид С.А., Мустафина О.Е., Карпов А.А., Курчатова Н.Н.

Кафедра госпитальной терапии №1 БГМУ, Уфа, Россия

Цель: изучение влияния параметров липидного, углеводного обмена на иммунный статус у женщин с метаболическим синдромом и у пациенток с изолированной систолической гипертензией пожилых.

Материалы и методы: обследовано 120 женщин, 60 из которых страдало метаболическим синдромом (МС) и 60 с изолированной систолической гипертензией (ИСАГ). Изучали: общее количество лейкоцитов, лимфоцитов в периферической крови, иммунофенотипирование лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD25+, CD95+, CD45), апоптоз клеток (проточная цитометрия, FACSCALIBUR, «Becton Dickinson», США), показатели углеводного обмена — глюкоза натощак и через 2 часа после нагрузки (ммоль/л), концентрация иммунореактивного инсулина (ИРИ, пкмоль/л), концентрация С — пептида в сыворотке крови (моль/л) и параметры липидного обмена — холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерин липопротеидов очень низкой плотности (ХС ЛПОНП) и триглицериды (ТГ, ммоль/л). Антропометрические показатели: индекс массы тела (ИМТ), соотношение окружности талии и бедер (СТБ).

Результаты исследования: Количество лимфоцитов у пациентов с ИСАГ и в контрольной группе было достоверно больше ($p < 0,05$). Уровень Т — лимфоцитов, В — лимфоцитов, Т — хелперов у пациенток с МС было достоверно ниже, чем у женщин в группе сравнения и у пациенток с ИСАГ ($p < 0,05$). Уровень CD 25+ у пациенток с ИСАГ не отличался от доноров, а у пациентов с МС был достоверно ниже ($p < 0,05$). Уровень CD 95+ и процент лимфоцитов с морфологическими признаками фрагментации ядра (M1) — у пациентов с МС был достоверно выше, ($p < 0,05$). При анализе корреляционных связей установлено, что у пациентов с МС на уровень лимфоцитов наибольшее положительное влияние оказывают уровень ХС ЛПОНП ($r = 0,76$), ХС ЛПНП ($r = 0,74$) и в меньшей степени триглицериды ($r = 0,49$), а также сильное отрицательное влияние CD 95+ ($r = -0,86$), ИРИ ($r = -0,81$), M1 ($r = -0,79$). У пациентов с ИСАГ на уровень лимфоцитов сильное влияние оказывает ХС ЛПНП ($r = 0,55$), триглицериды (0,72) и слабое влияние ИМТ ($r = 0,31$), уровень глюкозы через 2 часа ($r = 0,43$), ИРИ ($r = 0,48$). На уровень CD 95+ у пациентов с МС сильнее всего оказывало влияние соотношение ИРИ / С — пептид ($r = 0,91$), ХС ЛПОНП ($r = 0,78$), ИМТ. А у пациенток с ИСАГ, наоборот — САД ($r = 0,67$), триглицериды ($r = 0,76$) и в меньшей степени ИРИ ($r = 0,42$), ИМТ ($r = 0,34$).

Выводы. 1. Пациенты с МС имеют выраженные нарушения иммунного статуса, в отличие от пациентов с ИСАГ, проявляющиеся в виде: абсолютной и относительной лимфопении, дефицита Т и В лимфоцитов и усиления гибели лимфоцитов по механизму апоптоза.

2. Возможно, одной из причин иммунодефицита у пациентов с МС, является усиление гибели лимфоцитов по механизму апоптоза.

3. Согласно полученным данным, ключевую роль в усилении процессов апоптоза у женщин с МС играет инсулинорезистентность и высокий уровень ХС ЛПНП и ХС ЛПОНП.

0614 ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ: РОЛЬ САМОКОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Мухомеева Э.Т., Шаварова Е.К., Кобалава Ж.Д.

Российский университет дружбы народов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Москва, Россия

Цель: оценить возможность применения самоконтроля артериального давления (СКАД) для оценки терапевтической эквивалентности генерика и оригинального препарата фозиноприла в сравнении с другими методами контроля артериального давления (АД) у больных с артериальной гипертензией (АГ) 1-2 степени.

Материалы и методы: 16 пациентов с впервые выявленной или ранее не леченной неосложненной АГ 1-2 степени, средний возраст — 54,6±6,7 года, давность АГ — 2,8±1,3 лет, курение — 37,5%, ожирение — 63%, отягощенная наследственность — 23%, сахарный диабет — 13%, гиперхолестеринемия >5,0 ммоль/л — 81,2%, гипертрофия левого желудочка по ЭКГ — 9%. Больные рандомизировались на 2 группы (группа 1 — моноприл 10 мг или группа 2 — фозикард 10 мг), при отсутствии достижения целевого АД через 2 недели после рандомизации добавляли гидрохлоро-

тиазид 12,5 мг, через 4 недели — увеличивали дозу фозиноприла до 20 мг. Использовался перекрестный дизайн исследования: после 6 недель лечения следовал 2-недельный период отмены, после чего каждому пациенту проводилась смена препарата с аналогичной схемой титрования дозы. Антигипертензивный эффект препаратов оценивался на основании трех методов: офисного измерения АД, суточного мониторирования АД (СМАД) и СКАД.

Результаты: офисное систолическое АД (САД) / диастолическое АД (ДАД) исходно составило 148,6±8,1/90,3±4,2 мм рт.ст. в группе 1 и 150,1±7,5/92,6±5,5 мм рт.ст. в группе 2, отмечалось снижение САД/ДАД на 2 неделе в группе 1 на 16/7 мм рт.ст. ($p < 0,001$), в группе 2 — на 19/9 мм рт.ст. ($p < 0,001$), на 6 неделе — в 1 группе на 24/12 мм рт.ст. ($p < 0,001$), во 2 группе на 23/11 мм рт.ст. ($p < 0,001$). При СМАД — снижение САД/ДАД через 6 недель лечения составило в 1 группе на 22/15 мм рт.ст. ($p < 0,001$), во 2 группе на 18/13 мм рт.ст. ($p < 0,001$). При сравнении степени снижения АД по данным офисного измерения АД и СМАД с динамикой АД, оцененной по СКАД, результаты достоверно не различались: при СКАД отмечалось снижение САД/ДАД на 2 неделе в группе 1 на 20/9 мм рт.ст. ($p < 0,001$), в группе 2 — на 20/9 мм рт.ст. ($p < 0,001$), на 6 неделе — в 1 группе на 20/10 мм рт.ст. ($p < 0,001$), во 2 группе на 19/7 мм рт.ст. ($p < 0,001$). Все пациенты к окончанию 6-недельной терапии достигли целевых цифр АД. Из нежелательных явлений следует отметить появление сухого кашля в группе моноприла у одного пациента (отмена терапии), появление слабости у одного человека в группе фозикарда (терапия продолжена).

Выводы: степень снижения АД, оцененная на основании офисного измерения АД и СМАД, сопоставима с результатами, полученными при СКАД, что позволяет рекомендовать этот метод в качестве альтернативы традиционным методикам в оценке терапевтической эквивалентности антигипертензивных препаратов.

0615 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЗИНОПРИЛА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С БИСОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Мухитдинов Х.К., Абдуллаев Т.А., Курбанов Н.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение сравнительной эффективности терапии лизиноприлом (Л) и его комбинации с бисопрололом (Б) у больных митральными пороками сердца (МПС) ревматической этиологии.

Материал и методы. В исследование включено 40 больных в возрасте от 18 до 60 лет, в среднем (48,7±3,3 года) с приобретенными МПС, в том числе с преобладанием стеноза митрального отверстия (СМО) — 28, и недостаточности митрального клапана (НМК) — 12 пациентов. Всем больным помимо оценки клинического состояния проводились: ЭКГ и трансторакальная ЭхоКС. Пациенты были разделены на две: I (n=19, 47±2,5 лет) и II (n=21, 49,5±3,8 лет) группы. В I группе в качестве препарата базисной терапии СН назначался Л, средняя доза которого составила 5,6±0,8 мг/сут. Во II группе назначалась комбинация Л с Б (5,4±0,6 и 3,1±0,3 мг/сут соответственно). Длительность исследования составила 6 месяцев.

Результаты. По итогам терапии отмечено значительное улучшение клинического статуса больных обеих групп, проявляющийся достоверной регрессией суммы баллов ШОКС на 42,1% и 57,1%, сопровождающийся уменьшением среднего ФК СН на 26,2% и 34,3% соответственно (все $p < 0,05$). Оценка показателей внутрисердечной гемодинамики выявила тенденцию к улучшению сократимости ЛЖ, выражавшийся уменьшением КСР ЛЖ, ФВ ЛЖ и соотношения КСО ЛЖ/КДО ЛЖ, также отражающего систолическую функцию, на 4,2%, 6,2% и 6,7% соответственно, у больных I группы ($p > 0,05$). Во II группе отмечалось уменьшение КСР ЛЖ на 9% достоверного характера, сопровождающийся приростом ФВ ЛЖ на 4,5% ($p > 0,05$). КДР ЛЖ у пациентов обеих групп уменьшился на 2,9% и 4,7%, причем во втором случае

изменения носили статистически значимый характер. Анализ динамики размеров правых отделов сердца показал уменьшение линейного размера ПЖ на 2,4% — у больных I группы, и на 10,5% — во второй ($p < 0,05$, при сравнении межгрупповых различий), при достоверном уменьшении у них соотношения ПЖ/КДР ЛЖ, характеризующий дисфункцию ПЖ, на 11,5%. Данные изменения в группе больных II группы сопровождались также улучшением диастолической функции ЛЖ. Так, параметр V_e (м/с) снизилась достоверно на 10,8% (с $2,35 \pm 0,06$ до $2,05 \pm 0,06$; $p = 0,01$), а показатель V_a — на 16,6% (с $1,82 \pm 0,06$ до $1,5 \pm 0,09$; $p < 0,01$), что привело к достоверному уменьшению соотношения V_e/V_a на 16,6% (с $1,26 \pm 0,1$ до $1,05 \pm 0,1$; $p < 0,01$). Стоит отметить, что комбинированный прием Л и Б, не вызывал существенного снижения АД по сравнению с I группой: снижение САД по итогам терапии составило 12,7% и 15,6% соответственно ($p > 0,05$, при сравнении межгрупповых различий). За весь период наблюдения отмены препаратов, обусловленных развитием гипотонии и других побочных эффектов, не отмечено.

Выводы. Таким образом, 6-месячная терапия Л в комбинации с Б, выявляет некоторые преимущества в плане благоприятного влияния на клинический статус и структурно-функциональное ремоделирование сердца, включая диастолическую функцию ЛЖ, у больных с митральными пороками, при хорошей её переносимости.

0616 ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА У БОЛЬНЫХ НЕРВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ

Нагаева Г.А., Абдуллаев Т.А.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить взаимосвязь параметров вариабельности ритма сердца (ВРС) и иммунологического статуса с половым аспектом у больных неревматическими миокардитами (М).

Материалы и методы. Исследование было проведено у 58 больных, из которых количество мужчин составило 20 (34,48%), средний возраст $32,89 \pm 8,84$ лет, а женщин — 38 (65,52%), средний возраст $36,73 \pm 9,47$ лет. В группе мужчин у 10, а в группе женщин — у 12 был диагностирован острый миокардит. Всем больным проводилось физикальное обследование, оценка иммунологического статуса, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, ЭхоКС, а также суточное мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ). Значимость различий определяли согласно критерию t Стьюдента.

Результаты. При анализе параметров ВРС в зависимости от половой принадлежности у больных М обращает на себя внимание тот факт, что у мужчин все временные параметры выше ($SDNN_m = 161,1$ против $SDNN_{ж} = 145,54$; $SDNNi_m = 86,17$ против $SDNNi_{ж} = 66,27$; $SDANN_m = 167,15$ против $SDANN_{ж} = 105,27$ $p < 0,05$; $rMSSD_m = 116,15$ против $rMSSD_{ж} = 70,7$; $pNN50_m = 20,90$ против $pNN50_{ж} = 17,39$), хотя и не достигают уровня достоверности, тем не менее, показатель Ti , являющийся геометрическим выражением состояния вагосимпатического баланса, на 0,02 у.е. больше, чем у женщин ($33,31$ против $33,29$). Со стороны частотного спектра достоверных различий между мужчинами и женщинами страдающими М выявлено не было, но у лиц женского пола данные показатели были несколько выше. Тем не менее, отношение низкочастотного спектра к высокочастотному в группе мужчин было в 1,15 раза больше ($LF/HF_m = 1,24$ против $LF/HF_{ж} = 1,17$). Аналогичная картина наблюдалась и в плане циркадности ЧСС: ЦИ муж. > ЦИ жен. в 1,06 раза. Т.е., у лиц мужского пола на фоне М отмечается развитие вегетативного дисбаланса, с преимущественной активацией симпатической нервной системы, при относительной сохранности соотношения ЧСС день/ночь ($ЧСС_d = 82,58$ уд/мин и $ЧСС_n = 68,50$ уд/мин у мужчин против $ЧСС_d = 82,13$ уд/мин и $ЧСС_n = 70,80$ уд/мин у женщин). Касательно взаимосвязи иммунологического статуса с половым признаком, здесь наши результаты выявили, что у лиц мужского пола иммунодепрессия носит более выраженный характер, чем у лиц женского пола. В частности содержание Т-хелперов у мужчин на 3,86% меньше, чем у женщин ($26,13 \pm 0,97\%$ против

$27,18 \pm 0,86\%$), Т-супрессоров — на 7,72% ($19,61 \pm 0,98\%$ против $21,25 \pm 0,79\%$) и ИРИ, соответственно, также снижен в группе мужчин на 18,94% ($1,37 \pm 0,06$ против $1,69 \pm 0,38$).

Выводы. Неревматические миокардиты у лиц мужского пола сопровождаются более выраженной иммунодепрессией и симпатикотонией, чем у лиц женского пола.

0617 ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Назарова О.А., Итязова Ю.В., Муромкина А.В.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Результаты обучения пациентов с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой и др. доказали эффективность этой формы немедикаментозного лечения. Одновременно существует потребность в разработке и изучении эффективности образовательной программы для пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП).

Цель работы: разработать программу и методику терапевтического обучения пациентов с ФП и изучить его клиническую эффективность

Методы. В ИвГМА разработана и зарегистрирована программа «Школы для пациентов с фибрилляцией предсердий», по которой за 2 года обучено 116 больных с ФП (средний возраст — $60,6 \pm 8,4$ года). Постоянную форму ФП имели 30 пациентов. Эффективность обучения оценивалась сразу после окончания обучения, через 1, 3 и 6 месяцев по динамике следующих показателей: информированность пациента о своем заболевании, приверженность постоянному медикаментозному лечению, клиническая эффективность (достижение нормосистолии, наличие/отсутствие осложнений при постоянной форме ФП; число пароксизмов в месяц на одного пациента с пароксизмальной формой ФП); ведение дневников самоконтроля, социальная эффективность (число обращений за медицинской помощью, число госпитализаций с ФП, число вызовов скорой медицинской помощи).

Результаты. В результате обучения информированность пациентов о заболевании выросла с $4,6 \pm 2,2$ баллов (низкий уровень знаний) до $8,3 \pm 1,5$ баллов (средний уровень, $p < 0,05$). До обучения высокая приверженность лечению наблюдалась у 19,7%, средняя — у 34,8%, низкая — у 45,5% пациентов. Через 1 мес. высокая приверженность лечению отмечена у 83,3% пациентов ($p < 0,05$), через 3 мес. — у 75,8% пациентов ($p < 0,05$).

Среди пациентов с постоянной формой ФП нормосистолия до обучения была зафиксирована у 30%, через 3 месяца — у 68,4% ($p < 0,05$). До обучения в группе пациентов с пароксизмальной формой средняя частота пароксизмов ФП в месяц составила 1,5, через 3 мес. — 1,2 пароксизма в мес.

Улучшение контроля ФП вследствие обучения сопровождалось снижением потребности в медицинской помощи, что проявлялось снижением количества вызовов скорой медицинской помощи (за предшествующие обучению 6 месяцев — 1,19, после обучения — 0,62, $p < 0,05$), обращений за амбулаторной помощью (с 0,84 до 0,41, $p < 0,05$), госпитализаций (с 0,71 до 0,23, $p < 0,05$).

Выводы. Рост уровня информированности пациентов с ФП, увеличение числа пациентов с высокой приверженностью постоянному медикаментозному лечению свидетельствует об эффективности терапевтического обучения пациентов в «Школе для пациентов с ФП». Опыт обучения пациентов с постоянной и пароксизмальной формой ФП свидетельствует о целесообразности дифференцированного обучения этих групп пациентов.

0618 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ

Назарова О.А., Романчук С.В., Масленникова О.М., Кириченко М.В.

ГОУ ВПО «ИвГМА Росздрава», ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Оценка жесткости сосудистой стенки при артериальной гипертензии (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 в диагностике и динамическом наблюдении 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 доплеровского 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, получавших современную адекватную антигипертензивную терапию, из которых 44 пациента — получали нолпрел. 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 нолпрела (на 13,5%). Положительная динамика СПВ наблюдалась раньше, чем динамика эхокардиографических показателей структурного состояния ЛЖ.

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

0619 ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ МАТЕРИНСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Натарова Е.В., Туев А.В., Агафонов А.В.

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

Цель исследования. Изучить факторы неблагоприятных исходов беременности и родов у женщин с ВПС.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 87 беременных, из них 42 женщины с ВПС и 45 соматически здоровых женщин. Пациентки обеих групп сопоставимы по возрасту и паритету родов ($p=0,035$). Структура ВПС у беременных была представлена: дефектом межжелудочковой перегородки (ДМЖП) — 36%, дефектом межпредсердной перегородки (ДМПП) — 34%, открытым артериальным протоком (ОАП) — 14 %, стенозом легочной артерии (СЛА) — 9% и тетрадой Фалло (ТФ) — 7 %.

Проводилось изучение показателей центральной гемодинамики, эхокардиографии и доплерометрии маточно-плацентарного кровотока (МПК).

Результаты. Изучение риска развития осложнений у беременных с заболеваниями сердца показало, что развитие осложнений не зависит от паритета родов ($R=0,02$, $p=0,88$).

Беременные с ВПС имеют худшие исходы беременности и родов, по сравнению со здоровыми. У беременных с ВПС чаще,

чем у здоровых, возникают осложнения беременности: фетоплацентарная недостаточность (ФПН) была отмечена в 47 % случаев, у здоровых беременных — в 14% ($p<0,005$), преждевременные роды — в 23%, в группе сравнения — в 4,4% ($p<0,025$), задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР) — в 29% случаев, у здоровых — в 8% случаев ($p<0,05$). Курение женщины во время беременности, особенно, страдающей ВПС, способствует увеличению риска рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР), с низкой массой тела и формированию патологических изменений в МПК.

У 29,5% беременных имелась легочная гипертензия (ЛГ) I-II степени (СДЛА в среднем составило $32,0 \pm 13,2$ мм рт.ст.). Изучение исходов беременности у женщин с ЛГ выявило значительно меньшие показатели массы, роста и оценки состояния новорожденного по шкале Апгар, по сравнению с больными беременными без ЛГ.

У беременных с ВПС достоверно чаще (41%) отмечаются нарушения МПК, по сравнению со здоровыми (18,3%) ($p=0,031$).

Выводы. Первая и одноплодная беременность у женщин с ВПС является самостоятельным фактором риска неблагоприятных исходов беременности и родов. ВПС — значимый фактор риска формирования сердечно-сосудистой патологии у плода (в 4 раза выше, по сравнению со здоровыми). ЛГ и курение беременной являются значимыми факторами риска таких осложнений со стороны матери и плода, как нарушения МПК с развитием ФПН, преждевременные роды, гипотрофия плода, ВПР и РДС новорожденных.

0620 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Наумова В.В., Земцова Е.С.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Росздрава», Новокузнецк, Россия; ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, Новокузнецк, Россия

Цель исследования — изучить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у здоровых лиц и больных АГ и на их основе разработать способ оценки эффективности лечения АГ.

Методика исследования. Обследовано 198 здоровых и 174 больных АГ зрелого возраста. Исследование осуществлялось при помощи биоимпедансной системы «Кентавр». Регистрировалось 500 кардиоинтервалов в положении лежа, в покое. После окончания записи проводился спектральный анализ ВРС по методике быстрого преобразования Фурье. Оценивалась общая мощность спектра ВРС (TP) в четырех частотных диапазонах спектра: ультранизкочастотном (ULF), очень низкочастотном (VLF), низкочастотном (LF) и высокочастотном (HF).

Результаты исследования. Выделено 3 типа колебательной (регуляторной) активности ритма сердца — низкоамплитудная (TP менее 26 баллов), среднего уровня (TP от 26 до 167 баллов) и высокоамплитудная (TP более 167 баллов). В основу классификации положены значения 25 и 75 перцентилей TP в выборке здоровых лиц.

У больных АГ по сравнению со здоровыми чаще наблюдались высокоамплитудные колебания кардиоритма (в 51% случаев против 25%, $p<0,001$) и реже колебания среднего уровня (30% против 50%, $p<0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что при АГ, как правило, отмечается напряжение основных механизмов регуляции кардиоритма и редко наблюдается оптимальная регуляция данного параметра.

Разработан способ оценки эффективности лечения АГ, при котором учитывается не только величина артериального давления, но и вариабельность кардиоритма, что позволяет оценить регуляторные процессы при АГ. Перед началом лечения регистрируют медленные колебания кардиоритма с определением величины TP. Назначают терапию препаратом одной из групп антигипертензивных средств. Через 2 недели вновь осуществляют запись медленных колебаний кардиоритма и при значении TP от 26 до 167 баллов судят об эффективности

проводимой терапии; при отклонении ТР от этих показателей в сторону повышения или снижения судят о недостаточной эффективности лечения, увеличивают дозу лекарственного препарата, назначают комбинированную терапию или меняют группу препаратов.

Антигипертензивные препараты по-разному влияют на величину ТР, что необходимо учитывать при выборе терапии. Больным с устойчивым снижением ТР (энергетическим дефицитом) лучше всего подходят бета-адреноблокаторы, с повышением ТР (гиперадаптозом) — антагонисты кальция, с нормальными показателями — ингибиторы АПФ.

Заключение. Анализ динамики медленных колебаний кардиоритма при проведении антигипертензивной терапии позволяет оценить и повысить ее эффективность.

0621 ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Наумова В.В., Земцова Е.С., Захаренков В.В., Наумов Д.Ю.

ГОУ ДПО «Новокузнецкий институт усовершенствования врачей Росздрава», Новокузнецк, Россия; ГУ НИИ комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний СО РАМН, Новокузнецк, Россия

Известно, что переход от здоровья к болезни не является внезапным и начинается с нарушения процессов управления функциями организма. Современной неинвазивной методологией оценки состояния регуляторных процессов в организме является анализ медленных колебаний гемодинамики. Известно, что характеристики вариабельности параметров гемодинамики (ритма сердца, артериального давления и др.) изменяются раньше привычных параметров гомеостаза, и эти сдвиги можно назвать доклиническими. Таким образом, анализ медленных колебаний гемодинамики позволяет диагностировать пограничные между нормой и патологией состояния, своевременно провести оздоровительные и профилактические мероприятия, контролировать их эффективность.

Цель исследования: изучить характеристики вариабельности систолического артериального давления (САД) у здоровых и больных артериальной гипертензией (АГ) и на основе полученных данных разработать критерии риска развития АГ.

Методика исследования. Обследовано 66 больных АГ (возраст — $49,1 \pm 5,1$ лет) 76 здоровых лиц (возраст — $42,9 \pm 5,6$ лет), сопоставимых по полу. Исследование осуществлялось при помощи биоимпедансной системы «Кентавр». Проводился спектральный анализ вариабельности САД по методике быстрого преобразования Фурье. Оценивались общая мощность спектра (ТР), абсолютные и относительные значения мощности в ультранизкочастотном (ULF, %ULF), очень низкочастотном (VLF, %VLF), низкочастотном (LF, %LF) и высокочастотном (HF, %HF) диапазонах спектра.

Результаты исследования. В спектре вариабельности САД у здоровых лиц выявлено значительное превалирование LF-составляющей, которая отражает активность барорефлекса. У больных АГ в равной степени доминировали LF и VLF-колебания.

При сравнении абсолютных и относительных спектральных показателей вариабельности САД здоровых и больных АГ определены статистически значимые отличия только по одному показателю — %LF ($p=0,01$): у больных АГ чаще встречались более низкие значения данного параметра. Таким образом, при АГ снижается барорефлекторный контроль регуляции сердечно-сосудистого гомеостаза. 25-ый перцентиль %LF в группе здоровых, составивший 38%, выбран в качестве критического значения и положен в основу оценки риска развития АГ.

Заключение. На основе анализа вариабельности артериального давления у здоровых и больных АГ разработан критерий оценки риска развития артериальной гипертензии — снижение %LF менее 38% свидетельствует о нарушении механизмов регуляции артериального давления (ослабление барорефлекса) и указывает на высокий риск развития АГ.

0622 РОЛЬ ЛИПИДМОДИФИЦИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ЭТОКСИДОЛОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

Начкина Э.И.

ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель: изучение сопряженности нарушений состава фосфолипидного бислоя мембран кардиомиоцитов с электрофункциональными изменениями в миокарде при эндотоксикозе, а также определение эффективности нового производного 3-оксипиридина этоксида в коррекции выявленных электрометаболических нарушений сердца при его токсическом повреждении.

Методы исследования: В основу работы положены экспериментальные исследования на беспородных половозрелых собаках обоего пола массой от 7,9 до 12,5 кг, эндогенная интоксикация которых воспроизводилась путем моделирования калового перитонита. В контрольные сроки (1, 3, 5 суток) производили релапаротомию, торакотомию, забор крови, биопсию тканей миокарда, электрокардиографическое исследование. В опытной группе в комплексном лечении применяли этоксидол (10 мг/кг). Определяли выраженность эндогенной интоксикации в плазме крови, липидный состав, интенсивность перекисного окисления липидов (ПОЛ), активность фосфолипазы A_2 , каталазы тканей миокарда.

Результаты: При моделировании перитонита у животных контрольной группы развивался выраженный синдром эндогенной интоксикации, что подтверждалось увеличением содержания в крови гидрофильных и гидрофобных токсических продуктов. Показатели общей, эффективной концентрации и резерва связывания альбумина существенно снижались относительно исходных, при этом индекс токсичности плазмы возрастал в 3,8–7 раз ($p<0,05$), содержание молекул средней массы — на 82,0–140,0 % ($p<0,05$). Наблюдалась активация процессов ПОЛ с увеличением уровня диеновых и триеновых конъюгатов, малонового диальдегида при повышении ферментативной активности фосфолипазы A_2 , что сопровождалось существенным изменением качественного и количественного состава липидов в тканях миокарда; развитием электрофизиологических отклонений в деятельности сердечной мышцы. Применение этоксида корригирует изменения метаболических и функциональных показателей сердца при эндотоксикозе, способствуя уменьшению интенсивности ПОЛ и фосфолипазной активности, восстановлению состава фосфолипидного бислоя мембран кардиомиоцитов и электрофизиологической активности миокарда. Выявлена корреляционная зависимость ($r=0,67-0,82$) между эффективностью терапии в отношении модификации липидного спектра биомембран кардиомиоцитов, с одной стороны, и влиянием ее на электрофизиологическую активность миокарда — с другой.

Выводы. Угнетение электрофизиологической активности миокарда при эндотоксикозе сопряжено с изменением фосфолипидного состава бислоя мембран кардиомиоцитов, которое в свою очередь зависит от интенсивности ПОЛ и активности фосфолипазных систем. Применение при эндотоксикозе этоксида приводит к быстрому восстановлению электрофизиологической активности сердца. Кардиопротекторное действие препарата при эндотоксикозе обусловлено его способностью восстанавливать состав фосфолипидного бислоя мембран кардиомиоцитов и корригировать не только интенсивность ПОЛ, но и фосфолипазную активность тканевых структур сердца.

0623 ПОСТОЯННАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС

Неаполитанская Т.Э. Скидан В.И., Давидович И.М.

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», Краевая клиническая больница №1, Хабаровск, Россия

Цель исследования. Оценить показатели СМАД у больных артериальной гипертензией в ранние сроки после имплантации ЭКС.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования 42 больных с имплантированными системами постоянной электрокардиостимуляции и сопутствующей АГ 2-3 степеней в возрасте $57 \pm 12,4$ лет. Все больные получали стандартную гипотензивную терапию. Показаниями к имплантации ЭКС в 15 (35,7%) случаях был СССУ I/II тип, бразидзависимые формы трепетания/фибрилляции предсердий 5 (11,9%), приобретенная персистирующая АВ блокада II-III степеней у 14 (33,3%) больных, нарушения проведения в системе Писа-Пуркине в 3 (7,1%) и синдром бинодальной слабости в 5 (11,9%) наблюдениях. Среди них ЭКС в режимах DDD(R) были имплантированы в 29 (69,0%) случаях, у 9 (21,4%) пациентов изолированная желудочковая стимуляция (VVI), у 4 (9,5%) больных предсердная (AAI). Доминирующими имплантированными системами электрокардиостимуляции у больных в наблюдении были: ЭКС452, ЭКС552М, ЭКС511, Vitatron, Medtronic. Всем больным в ранних сроках ($25 \pm 19,2$ суток) после имплантации выполнялось СМАД с помощью аппаратно-программного комплекса «BPlab» (Россия) осциллометрическим методом.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ результатов СМАД при высокой валидности исследований позволил выявить определенные особенности течения АГ в ранних сроках после имплантации ЭКС. Так отмечено, что в дневные часы средние значения САД и ДАД составили $117,16 \pm 12,13$ и $75,70 \pm 7,39$ мм рт.ст., индексы гипертонической нагрузки также не превышали нормативные величины — ИВ САД и ДАД — $12,03 \pm 10,51\%$ и $9,57 \pm 7,41\%$ соответственно. Показатели вариабельности АД отмечены в пределах нормальных значений по САД $12,35 \pm 9,2$ и ДАД $3,23 \pm 2,78$ мм рт.ст. В ночные часы при нормальных средних значениях по САД $110,62 \pm 18,64$ мм рт.ст. и ДАД $69,85 \pm 11,17$ мм рт.ст. отмечалось достоверное повышение индексов нагрузки давлением в сравнении с дневными часами по ИВ гипертонии САД и ДАД $33,38 \pm 18,35\%$ и $35,9 \pm 28,29\%$ соответственно. Показатели вариабельности АД ночью наблюдались в пределах нормальных величин по САД $11,31 \pm 5,2$ и ДАД $8,23 \pm 2,63$ мм рт.ст. Недостаточное снижение АД в ночные часы формировало низкий суточный индекс в группе наблюдения. Среди пациентов преобладали нон-дипперы по ДАД 10 (23,8%) и найт-пикеры по САД и ДАД 12 (28,5%). Величина утреннего подъема по САД и ДАД составила $40,1 \pm 13,93$ и $27,72 \pm 10,08$ мм рт.ст., скорость утреннего подъема САД и ДАД $32,75 \pm 29,66$ и $14,98 \pm 9,89$ мм рт.ст. соответственно.

Выводы. У больных с ИБС и АГ на фоне после установки ЭКС имеет место тенденция к АГ систолидиастолического характера с повышением индексов гипертонической нагрузки ночью, а также нарушением суточного профиля АД с недостаточным снижением и повышением АД в ночные часы, что способствует высокому риску поражения органов-мишеней и развития сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

0624 ЭТНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ СЛАВЯНСКОЙ И КОРЕЙСКОЙ ГРУПП

Невзорова В.А., Потапова Е.С., Абрамов Е.А., Настрин О.В.
Владивостокский ГМУ, Владивосток, Россия

Цель: Выявить этнические различия в гормонально-метаболических и антропометрических показателях у пациентов с метаболическим синдромом (МС) кавказской и корейской этнической принадлежности.

Материалы и методы: В исследование включено 204 человека: I группа — 65 пациентов, мигранты Южной Азии 2-3 поколения; II группа — 99 пациенты кавказской этнической принадлежности. Контроль — 20 человек корейской этнической принадлежности и 20 — кавказской расы, сопоставимого с пациентами возраста, без артериальной гипертензии (АГ) и МС. Ни один больной на момент обследования не получал гипотензивных и гиполлипидемических препаратов. Программа обследования пациентов: определение концентрации глюкозы и инсулина в крови натощак и через 120 мин после нагрузки 75 г. глюкозой; исследование липидного спектра и уровня лептина.

Результаты: Базальный и постпрандиальный уровни глюкозы, как в I, так и II группах достоверно между собой не отличались ($p > 0,05$). Уровень базального инсулина у лиц кавказской расы ($25,63 \pm 3,09$ мкЕД/мл) был достоверно выше, чем у корейцев

($16,15 \pm 4,04$ мкЕД/мл) $p < 0,05$, постпрандиальный инсулин в исследуемых группах достоверно не различался ($p > 0,05$), но имел более высокие показатели по сравнению с группой контроля в обеих группах. НТГ было выявлено у 55,6% обследованных. При этом НТГ чаще отмечалось у лиц корейской этнической принадлежности (33,1% случаев), чем у славян (22,5% случаев). Уровень лептина у пациентов II группы ($28,61 \pm 9,96$ мкЕД/мл) достоверно превышал показатель пациентов I группы — $12,96 \pm 6,39$ мкЕД/мл ($p = 0,03$), имеющих большую степень АО. Исследование показателей липидного обмена показало, что у лиц корейской и кавказской этнической принадлежности происходит достоверное снижение содержания ХС ЛПВП и повышение концентрации ТГ, ХС ЛПНП, ХС ЛПОНП, ОХС ($p < 0,05$). Вместе с тем изменения липидного спектра статистически значимо не отличались между обеими обследованными группами ($p > 0,05$).

Заключение: Неоднородность этнического состава населения нашей страны требует индивидуального подхода к расчету степени сердечно-сосудистого риска. Лица кавказской расы с АГ и МС имеют худшие показатели в проявлении степени АО и состоянии углеводного обмена по сравнению с корейцами. В то же время у представителей корейской этнической принадлежности изменения в состоянии углеводного и липидного обменов присоединяются на более ранних этапах формирования АО.

0625 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНДАПАРИНУКСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Невзорова В.А., Родионова Л.В., Потапова Е.С.
ГОУ ВПО ВГМУ Росздрава, Владивосток, Россия

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата фондапаринукса (арикстры) в сравнении с эноксапарином (клексаном) при остром коронарном синдроме (ОКС).

Материалы и методы. Обследовано 40 пациентов ОКС с подъемом сегмента ST, получавших препарат фондапаринукс в дозе 2,5 мг/сутки. Контрольная группа состояла из 35 пациентов с ОКС, которой был назначен эноксапарин в дозе 1 мг на 1 кг массы тела подкожно.

Пациенты были сопоставимы по исходным характеристикам. Средний возраст больных составил $66,6 \pm 7,3$ года. Из обследуемых преобладали мужчины (62%). Средний срок от начала ишемической боли до рандомизации составил 12,7 часа в обеих группах. Среди пациентов с ОКС 55% составляли больные с инфарктом миокарда с зубцом Q, 45% — нестабильной стенокардией. У каждого четвертого больного ОКС фоновым заболеванием был сахарный диабет. Диагноз ОКС был подтвержден современными лабораторно-инструментальными методами, в том числе коронарография была выполнена у 63% пациентов. Подавляющее большинство пациентов получало современную сопутствующую терапию аспирином (около 97%), иАПФ (75%), β -блокаторами (87%), статинами (79%).

Фондапаринукс применялся до выписки из стационара, но не более 8 суток. Длительность использования эноксапарина составляла от 2 до 8 суток.

Результаты. Первичными точками эффективности выбранных препаратов запланирована комбинация смерти, инфаркта миокарда и рефрактерной ишемии на девятые сутки наблюдения. Безопасность препарата фондапаринукс оценивалась по частоте больших кровотечений в те же сроки. На девятые сутки испытания отмечалось, что фондапаринукс оказался столь же эффективным, как и эноксапарин в снижении смертности, частоты инфаркта миокарда (соответственно 5,8%, 5,7%).

Обращает внимание, что малые и большие кровотечения оказались значительно меньше в группе больных, принимавших фондапаринукс по сравнению с эноксапарином (2% против 4,1%). Эти показатели были связаны со снижением случаев больших геморрагий (у 7% больных, принимавших фондапаринукс, в то время как в группе больных, принимавших низкомолекулярные гепарины эти показатели составили 22%).

Выводы: 1. У пациентов с ОКС без подъема S-T высокого риска фондапаринукс столь же эффективно, как и эноксапарин, в короткие сроки (до 9 суток) способствует профилактике основных ишемических событий.

2. Фондапаринукс более чем в два раза снижает риск кровотечений, следовательно, его использование предпочтительнее у больных с высоким риском развития кровотечений.

0626 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Неклюдова Ю.Н., Зенцова В.К., Мураталиев Т.М., Махмудходжаев С.А., Кыдыралиева Р.Б., Окунова А.А.

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования. Оценить приверженность к лечению у больных с коронарной болезнью сердца (КБС) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. Обследовано 95 госпитализированных пациентов с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по классификации NYHA. Диагноз ХСН устанавливался на основании критериев Общества специалистов по сердечной недостаточности. Приверженность пациентов к лечению и влияющие на нее факторы оценивались методом структурированного клинического опроса и анкетирования, включающего вопросы, касающиеся клинических проявлений и особенностей лечения ХСН, социально-демографических характеристик, доверия больных врачу, регулярности и правильности приема лекарств.

Результаты исследования. Возраст обследованных составил $61,2 \pm 8,6$ года; из них 75,8% мужчин и 24,2% женщин. Средняя продолжительность ХСН составила $4,4 \pm 2,7$ года. Проанализировано 95 ответов больных. Среди анкетированных 31,0% больных имели высшее образование, 20,6% — средне-специальное и 48,2% — среднее и неполное среднее образование. 35,5% больных проживали в сельской местности и 65,3% — в городе. Согласно сообщениям пациентов 48,3% были обеспечены письменными рекомендациями (памятками, брошюрами) по ХСН, 72,4% — устными, и 41,4% получили от врачей как письменные, так и устные рекомендации. Анализ приверженности пациентов к лечению выявил очень частые нарушения режима приема рекомендуемых врачом лекарственных препаратов. Так, больше половины больных — 56 (58,9%) полностью прекращали прием одного и более препаратов при хорошем самочувствии, 27 (28,4%) пациентов принимали препараты нерегулярно, 55 (57,8%) больных самостоятельно уменьшили дозу препаратов, только 59 (62,1%) пациентов смогли правильно назвать назначенную терапию, а 17 (17,9%) не могли вспомнить, какое лечение они получают. Выявлены наиболее часто встречаемые факторы, приводящие к низкой приверженности к лечению у больных с ХСН: «малосимптомная» ХСН (ФК II) — в 20% случаев, неблагоприятные эффекты от приема лекарственных препаратов — 12,6%, недостаточно подробные объяснения со стороны врачей цели применения и особенностей действия назначенных препаратов — 61%, а также низкий уровень образования — в 29,4% и проживание в сельской местности — 27,3%. Кроме того, у 22,1% лиц пожилого возраста низкая приверженность к лечению ассоциировалась с забывчивостью приема препаратов и у 23,1% — социальной незащищенностью (отсутствие средств).

Выводы: выявленная низкая приверженность к лечению больных с ХСН требует более активного и целенаправленного воздействия на коррекцию влияющих факторов и совершенствование образовательных программ с целью повышения мотивации к лечению и более эффективного взаимодействия больного с врачом.

0627 КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА

Некрасова Т.В., Иванов В.В.

ГОУ ВПО «СПбГМА им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: клиническая оценка определения предикторов внезапной смерти (ВС) у пациентов без структурных изменений сердца.

Методы: наблюдались 20 пациентов в возрасте от 19 до 29 лет (в среднем $23,5 \pm 0,5$ года). Критерием включения являлось отсутствие структурных изменений сердца. У 17 (85%) пациентов

основным клиническим проявлением явились перебои в работе сердца. Всем пациентам помимо клинко-лабораторного исследования проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы (ЭКГ), определялись дисперсия зубца Р, поздние потенциалы предсердий (ППП) и желудочков (ППЖ) по методу В. Simpson (1981), дисперсия интервала QT (QTd) по методу С. Р. Day et al. (1990) и вариабельность ритма сердца по данным 5-минутных записей ЭКГ с использованием компьютерного комплекса «Поли-спектр». Кроме того, оценивались факторы риска (ФР) развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Результаты: по данным суточного мониторирования ЭКГ у 7 (35%) пациентов была выявлена непароксизмальная предсердная тахикардия (НПТ) (I или основная группа), а у остальных пациентов нарушения ритма отсутствовали или не превышали физиологически допустимых колебаний (контрольная группа). При углубленном обследовании были выявлены следующие заболевания: у 3 (42,9%) и 5 (38,5%) пациентов пролапс митрального клапана (ПМК) ($p > 0,05$), у 3 (42,9%) и 4 (30,8%) хронический гастродуоденит ($p > 0,05$) — в I и контрольной группах соответственно. ППП были выявлены только у пациентов I группы, ППЖ у 2 (28,4%) и 5 (38,5%) пациентов I и контрольной групп соответственно. Значения остальных изучаемых показателей ЭКГ не выходили за пределы нормы в обеих группах. При оценке ФР было выявлено, что у всех пациентов I группы наблюдалась отягощенная наследственность по гипертонической болезни (ГБ), а в контрольной — у 8 (61,6%) пациентов ($p < 0,05$), по ИБС в I группе у 3 (42,9%), в контрольной — у 4 (30,8%) пациентов ($p > 0,05$). Курили > 1 пачки в день 4 (57,1%) и 5 (38,5%) ($p < 0,05$), употребляли > 5 г поваренной соли в день 4 (57,1%) и 3 (23,1%) ($p < 0,05$) I и контрольной групп соответственно. Частота выявления остальных ФР в обеих группах достоверно не различалась. Наличие НПТ и выявленные ППП коррелировали с отягощенной наследственностью по ГБ ($r = 0,99$), курением > 1 пачки в день ($r = 0,57$), употреблением поваренной соли > 5 г в день ($r = 0,57$). Выявлена корреляция между ППЖ и отягощенной наследственностью по ГБ ($r = 0,99$), ИБС ($r = 0,57$), наличием ПМК ($r = 0,5$). Положительная прогностическая значимость ППП для развития НПТ составила 100%.

Выводы: при наличии жалоб на перебои в работе сердца у 35% обследованных пациентов в возрасте от 19 до 29 лет была выявлена НПТ, наличие которой коррелировало с отягощенной наследственностью по ГБ, курением, употреблением поваренной соли > 5 г в день ($r > 0,5$). При наличии сердцебиения в сочетании с вышеуказанными ФР всем пациентам этой возрастной группы показано определение ППП, причём прогностическая значимость ППП для развития НПТ составила практически 100%.

0628 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Никитина Н.М., Ребров А.П.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Ревматоидный артрит (РА) является наиболее распространенным воспалительным заболеванием суставов, которым страдает 0,5–1,0% населения. Анализ данных показал, что сердечно — сосудистая смертность у больных с РА на 30–60% выше, чем у пациентов с остеоартрозом и у лиц без поражения суставов. В основе сердечно — сосудистой патологии, по мнению большинства авторов, лежит раннее развитие атеросклероза. Вызывает интерес изучение факторов его развития у больных РА.

Цель исследования. Определение частоты встречаемости липидных нарушений и особенностей липидного профиля крови у больных РА.

Методы исследования. Липидный профиль крови был изучен у 204 больных с достоверным диагнозом РА (по критериям ACR, 1987) и 21 здоровых добровольцев, сопоставимых по полу и возрасту с основной группой. Исследовали уровни ОХ, ХСЛПВП, ТГ на анализаторе «Hitachi» с использованием реактивов «DDs» в сыворотке, взятой после 12-часового голодания. Уровень ХСЛПВП рассчитывали по формуле W. Friedwalds. У 65 больных было изучено содержание аполипопротеинов В и А1 в сыворотке крови. Активность РА оценивалась с использованием индекса DAS28. Все больные подписали информированное согласие на

участие в исследовании. Обработка результатов проводилась с помощью программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0.

Результаты. У 58,8% больных РА выявлялись липидные нарушения, из них у 63,3% — повышение уровня ОХ, у 62,8% больных было увеличено содержание ХСЛПНП. Гипертриглицеридемия наблюдалась у 24% больных. При этом индекс атерогенности у больных РА не превышал рекомендуемых значений, что связано с нормальным содержанием в крови ХСЛПВП, прямой корреляционной зависимостью уровней ОХС и ХСЛПВП ($r=0,46$, $p<0,05$). Значения ХСЛПВП колебались в диапазоне от 0,48 до 2,32 ммоль/л (медиана — 1,43 ммоль/л). Только у 18,4% отмечено снижение уровня ХСЛПВП. Содержание в крови аполипопротеинов у больных РА было в норме. Значимые изменения — снижение уровня аполипопротеина А1 ($136,1\pm 36,8$ мг/дл и $159,6\pm 32,4$ мг/дл, $p<0,01$), повышение значений индекса атерогенности ($3,1\pm 0,8$ усл.д. и $2,8\pm 1,4$ усл.д., $p<0,05$) и соотношения ОХ/ХСЛПВП ($4,1\pm 0,9$ и $3,7\pm 1,2$, $p<0,05$) — были ассоциированы с выявлением ревматоидного фактора. При наличии внесуставных проявлений у больных РА отмечается статистически значимое повышение уровня ХСЛПНП, снижение содержания ХСЛПВП, повышение индекса атерогенности и соотношения ОХ/ХСЛПВП как по сравнению с контролем, так и с группой больных без системных проявлений.

При проведении корреляционного анализа с ростом индекса активности DAS28 отмечается снижение уровня ХСЛПВП ($r=-0,31$, $p<0,05$) повышение индекса атерогенности ($r=0,32$, $p<0,05$) и соотношения ОХ/ХСЛПВП ($r=0,26$, $p<0,05$).

Выводы. У 58,8% больных РА выявляются липидные нарушения. Особенности течения самого РА оказывают негативное влияние на липидные показатели крови. Наличие системных проявлений РА, серопозитивность по РФ, высокая активность РА сопряжены с более низким уровнем ХСЛПВП и высокими атерогенными индексами.

0629 ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЛИДИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Никитина Н.М., Ребров А.П.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель исследования заключалась в оценке липидснижающего эффекта и переносимости аторвастатина у больных ревматоидным артритом (РА) с гиперлипидемией.

Материалы и методы. В исследование были включены 30 больных с достоверным диагнозом РА (10 мужчин и 20 женщин), средний возраст которых составил $55,3\pm 6,3$ года (от 44 до 74 лет), средняя продолжительность РА — $6,6\pm 7,4$ лет (от 6 мес. до 32 лет), имеющие нарушения липидного профиля крови. Всем пациентам в составе комбинированной терапии был назначен аторвастатин (Аторис® фирмы KRKA, Словения) в дозе 10 мг в сутки однократно в вечернее время в течение 24 недель. Проводилось общеклиническое обследование, контроль уровня печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ), креатинина. Определение в сыворотке крови содержания общего холестерина (ОХ), холестерина в составе липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВП), триглицеридов (ТГ), уровня аполипопротеинов (апо В и апо А1) проводилось иммунотурбидиметрическим методом на анализаторе «Hitachi» с использованием реактивов фирмы «DDS». Содержание ХСЛПНП рассчитывали по формуле W. Friedwalds. Забор крови производился после 12-часового голодания пациента.

Результаты. отмечено значимое снижение уровня ОХ уже через 1 месяц терапии в среднем на 16,2%, через 12 нед. — на 17% по сравнению с исходным уровнем ($p<0,05$). К 24 неделе наблюдения дополнительного снижения уровня ОХ не происходило. Уровень ХСЛПНП снизился более значимо, в среднем на 29,7% ($p<0,01$) через месяц терапии и оставался на этом уровне в течение всего времени наблюдения. Содержание ТГ к 12-ой неделе терапии также уменьшилось более чем на 20%, достигая статистически значимого снижения к 24-ой недели наблюдения, и составило $1,2\pm 0,41$ ммоль/л ($p<0,01$). Уровень ХСЛПВП имел тенденцию к повышению на фоне приема аториса (с $1,28\pm 0,34$ ммоль исходно до $1,40\pm 0,35$ ммоль/л на 24-ой неделе), однако, это изменение было статистически незначимо. Отмечено снижение уровня апо В с $112,5\pm 23,2$ мг/дл до $84,3\pm 12,2$ мг/дл ($p<0,05$) к 24-ой неделе наблюдения и тенденция к повышению уровня

апо А1 с $147,3\pm 27,2$ мг/дл до $151,1\pm 36,4$ мг/дл на 12-ой неделе и $169,9\pm 41,6$ мг/дл ($p>0,05$) на 24-ой недели терапии по сравнению с исходными уровнями.

Переносимость аториса была хорошей, клинически значимого изменения уровней трансаминаз и креатинина крови за время наблюдения не было выявлено.

Выводы. Таким образом, на фоне 24-х недельной комбинированной терапии, включающей аторвастатин, у больных РА отмечено значимое снижение уровней ОХ, ХСЛПНП, ТГ. Хорошая переносимость терапии аторвастатином, отсутствие нежелательных явлений позволяют рекомендовать применение аторвастатина для длительного лечения гиперлипидемии у больных РА.

0630 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ

Николаева И.Е., Валеев И.Г., Яруллина А.Р., Шмелева Г.А., Федорова Е.А., Губаев К.И.

БГМУ, Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Медикаментозная терапия у больных с трепетанием предсердий не всегда дает удовлетворительные результаты. В связи с этим предается большое значение восстановлению синусового ритма с использованием электроимпульсной терапии, в том числе эндокардиальной кардиоверсии.

Цель исследования. Оценить эффективность восстановления синусового ритма у больных с постоянной формой трепетания предсердий с использованием эндокардиальной кардиоверсии на фоне медикаментозной терапии метопрололом.

Материалы и методы. В исследование были включены 28 больных в возрасте от 38 до 70 лет с продолжительностью трепетания предсердий в анамнезе от 1 до 6 месяцев (мужчин — 25, женщин — 3). У 3 больных был инфаркт миокарда в анамнезе, у 17 больных была диагностирована ишемическая болезнь сердца (без перенесенного инфаркта миокарда), у 4 больных гипертоническая болезнь, у 3 больных миокардитический кардиосклероз. Для оценки уточнения диагноза и оценки морфофункциональных изменений миокарда проводилось эхокардиографическое исследование по стандартной методике. Из исследования исключались больные с выраженной дилатацией левого предсердия (размер левого предсердия в парастернальной позиции более 4,2 см), анамнезом трепетания предсердий более 6 месяцев, хронической сердечной недостаточностью тяжелее I стадии. Перед попыткой восстановления ритма в течение 20 дней проводилась антикоагулянтная терапия варфарином в течение 20-25 дней. В среднем по группе был достигнут МНО 2,71. Эндокардиальная кардиоверсия проводилась с начальным разрядом 5 Дж с последующим наращиванием мощности до достижения восстановления синусового ритма. Для контроля частоты сердечных сокращений все больные получали метопролол в дозе 100 мг в сутки.

Полученные результаты. При проведении эндокардиальной кардиоверсии у всех 28 больных с трепетанием предсердий был восстановлен синусовый ритм. При этом не было отмечено развития серьезных осложнений. Однако у 1 больного синусовый ритм сохранялся 2 суток, у другого — 10 суток.

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности и безопасности эндокардиальной кардиоверсии у больных трепетанием предсердий.

0631 ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ТРИГЛИЦЕРИДОВ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Николаева И.Е., Закирова А.Н., Фахретдинова Е.Р., Мухамедрахимова А.Р., Кильмаматова В.В., Казиева З.А., Хмелевских Н.А., Прудько Е.Л.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность применения омега-3 триглицеридов у больных, перенесших острый инфаркт миокарда.

Материалы и методы: в исследование были включены 38 больных, мужчин в возрасте $48 \pm 9,6$ лет, перенесших острый инфаркт. Крупноочаговый инфаркт миокарда был диагностирован у 22 больных, в том числе трансмуральный у 10 пациентов. Мелкоочаговый инфаркт — у 16 человек. Инфаркт нижней локализации был определен в 21 случае, а передней — 17. В отдельную группу были выделены больные, у которых по данным Холтеровского мониторирования ЭКГ зарегистрированы эпизоды неустойчивой желудочковой тахикардии. Схема лечения кроме аспирина, нитратов, β -блокаторов, ингибиторов АПФ включала в себя омега-3 триглицериды в дозе 1 г (1 капсула) в день. Контрольную группу составили больные, сопоставимые по возрасту и полу, перенесшие острый инфаркт миокарда, в схему лечения, которых омега-3 триглицериды не входил.

Результаты: у всех пациентов в процессе лечения была отмечена закономерная положительная динамика ЭКГ-изменений, улучшение самочувствия, уменьшение числа или отсутствие ангинозных приступов, снижение потребности в нитратах, в том числе в аэрозольных формах. По данным повторного мониторирования ЭКГ через 2 недели после начала лечения омега-3 триглицеридами, достоверно реже выявлялись нарушения ритма такие, как желудочковая экстрасистолия, а у тех больных, у которых ранее фиксировались частые желудочковые экстрасистолы, количество экстрасистол снизилось на 65% и более. В контрольной группе Количество желудочковых экстрасистол снизилось только в среднем на 23%. В группе больных с пробежками желудочковой тахикардии на фоне терапии омега-3 триглицеридами количество эпизодов снизилось в среднем на 41%, в контрольной группе достоверного снижения получено не было. После выписки на госпитальном этапе всем пациентам было рекомендовано продолжить прием омега-3 триглицеридов. Через 3 месяца больные проходили повторный осмотр у кардиолога, всем больным проводилось ЭКГ исследование, по показаниям ВЭМ и мониторирование ЭКГ. Было выявлено, что через 3 месяца у больных, в схему лечения которых вошел омега-3 триглицериды, достоверно реже, чем в контрольной группе встречались желудочковые нарушения ритма (18% и 32% случаев) Нами была выявлена хорошая переносимость омега-3 триглицеридов. Побочных действий, требующих отмены препаратов, в нашем исследовании выявлено не было. Кроме того, пациенты, принимающие омега-3 триглицериды, оказались более привержены к лечению.

Выводы: таким образом, включение в схему лечения острого инфаркта миокарда препарата «Омакора» улучшает самочувствие больных после инфаркта миокарда, влияет на частоту желудочковых нарушений ритма сердца. Эффективность и удобство применения позволяет рекомендовать омега-3 триглицериды для применения в реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда.

0632 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОРАСЕМИДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Николаева И.Е., Закирова А.Н., Фахретдинова Е.Р., Мухамедрахимова А.Р., Кильматов В.В., Казиева З.А., Хмелевских Н.А., Прудько Е.Л.
Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Целью исследования было оценить безопасность и эффективность торасемида в лечении больных с постинфарктным кардиосклерозом, страдающих гипертонической болезнью и хронической сердечной недостаточностью.

Методы исследования. В исследование были включены 41 больных, мужчин в возрасте $51 \pm 8,4$ лет. Все пациенты перенесли острый инфаркт миокарда различной степени давности и находились на стационарном этапе лечения. В настоящее время пациенты находились в стационаре по поводу ухудшения самочувствия. У всех были диагностированы стенокардии ФК 3 и хроническая сердечная недостаточность II-III функционального класса по классификации (NYHA) в сочетании с гипертонической болезнью. Всем больным проведены рентгенография органов грудной клетки, Эхо-КГ, ЭКГ в динамике и Холтеровское мониторирование ЭКГ (МТ ЭКГ) и суточное мониторирование АД (СМАД). На догоспитальном этапе схема лечения

кроме аспирина, нитратов, β -блокаторов, ингибиторов АПФ включала в себя гипотиазид или фуросемид. В отделении мочегонные были заменены торасемидом в дозировке от 2,5 до 10 мг в сутки. Контрольную группу составили больные, сопоставимые по возрасту, полу и диагнозу, в схему лечения, которых входили гипотиазид или фуросемид. В исследование не включались пациенты с почечной недостаточностью и выраженными нарушениями функции печени.

Результаты. У всех пациентов в процессе лечения была положительная динамика: улучшение самочувствия, уменьшение числа или отсутствие ангинозных приступов, снижение потребности в нитратах, в том числе в аэрозольных формах. Отмечено уменьшение проявлений сердечной недостаточности, таких как периферические отеки, одышка, уменьшение или исчезновение влажных хрипов в легких. На рентгенограммах выявлено уменьшение застоя в малом круге кровообращения. СМАД показал эффективность торасемида как гипотензивного средства, хорошо контролировавшего уровень АД у всех пациентов. В контрольной группе достичь целевого уровня давления удалось лишь у 76% пациентов. После выписки на госпитальном этапе всем пациентам было рекомендовано продолжить прием торасемида. Через 6 месяцев после выписки из стационара больные проходили повторный осмотр у кардиолога, всем больным проводилось ЭКГ, ЭхоКГ, по показаниям рентгенография органов грудной клетки, ВЭМ и мониторирование ЭКГ и АД. Было выявлено, что через 6 месяцев больные, в схему лечения которых вошел торасемид, достоверно реже, чем в контрольной группе обращались за медицинской помощью и нуждались в назначении дополнительных препаратов.

Нами была выявлена хорошая переносимость торасемида. Побочных действий, требующих отмены препаратов, в нашем исследовании выявлено не было. Кроме того, пациенты, принимающие торасемид, оказались более привержены к лечению.

Выводы. Таким образом, включение в схему лечения торасемида улучшает самочувствие больных с постинфарктным кардиосклерозом, хорошо влияет на уровень артериального давления и уменьшает проявления хронической сердечной недостаточности.

0633 РЕГИСТРАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРЫХ ФОРМ ИБС В РОССИИ: ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Никулина Н.Н., Якушин С.С.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань, Россия

Цель: провести анализ заболеваемости и смертности населения от острых форм ИБС и сравнить полученные результаты с показателями официальной статистики.

Методы: среди населения 285 736 человек регистрировались все фатальные и нефатальные случаи острой ИБС за 6 месяцев (г. Воронеж), 12 месяцев (г.Рязань) и 13 месяцев (г.Ханты-Мансийск), в том числе не зарегистрированные и не учтенные статистически. Зарегистрированные случаи выявлялись на основании первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), незарегистрированные — путем тщательного анализа рабочей группой исследователей медицинской документации ЛПУ, протоколов вскрытий (в случае смерти), информации, полученной от врачей скорой медицинской помощи, самих пациентов, в случаях смерти — от родственников умершего.

Результаты: За период наблюдения был выявлен 21 неучтенный статистически нефатальный случай острой ИБС и было зарегистрировано 1972 случая смерти от всех причин. Официально зарегистрированная смертность от острой ИБС составила 67,36 случаев на 100 000 населения обоих полов, среди мужчин — 93,18 случаев на 100 000 мужского населения, среди женщин в 1,92 раза ниже — 48,65 случаев на 100 000 женского населения. По результатам углубленного анализа уточненный уровень смертности от острых форм ИБС превысил официально зарегистрированный у мужчин в 2,13 раза ($p < 0,001$), составив 198,65 случаев на 100 000 мужского населения, у женщин — в 2,28 раза (110,95 случаев на 100 000 женского населения, $p < 0,001$). Вышеперечисленные результаты привели к изменению уровня и структуры заболеваемости острыми формами ИБС. Среди официально зарегистрированных случаев острой ИБС 23% (мужчины) и 25% (женщины) летальных случаев, тогда как по уточненным

данным — 39% ($p < 0,01$) и 44% ($p < 0,01$) соответственно, что связано с выявленной высокой догоспитальной летальностью — 87,98% у мужчин и 76,68% у женщин (вместо зарегистрированных 70,67% ($p < 0,05$) и 39,58% ($p < 0,01$) соответственно). В 81,0% установленных нами с высокой долей вероятности случаев смерти от острой ИБС в медицинском свидетельстве о смерти в качестве причины смерти была указана хроническая ИБС, в 5,03% случаев — заболевание, не относящееся к болезням системы кровообращения.

Максимальное количество невыявленных случаев острой ИБС, преимущественно фатальных, регистрируется у мужчин в возрасте 50–79 лет, у женщин — 60–89 лет.

Выводы: проведенный анализ на примере типичных регионов России показал, что в настоящее время острая ИБС недооценивается в качестве причины смерти населения, особенно в случаях смерти на догоспитальном этапе, что приводит к занижению показателей смертности и, соответственно, заболеваемости острыми формами ИБС.

0634 АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРЫХ ФОРМ ИБС В г.РЯЗАНИ

Никулина Н.Н., Якушин С.С.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель: провести анализ смертности от острых форм ИБС среди населения г.Рязани.

Материал и методы: Проводилось активное выявление летальных случаев острой ИБС среди населения 81 841 человек и последующее сравнение с данными официальной статистики. Источники уточненной информации — протоколы аутопсии, скорой медицинской помощи, истории болезни, амбулаторные карты, информация от участковых терапевтов и родственников. Источники официальной информации — медицинское свидетельство о смерти. За 6 месяцев умерло/погибло 547 человек, из них 51,9% — мужчины. Средний возраст мужчин на момент смерти 64,8 (95% ДИ 34,4–95,2) лет, женщин — 75,0 (95% ДИ 48,3–101,7) лет.

Результаты. По официальным данным основу сердечно-сосудистой смертности (ССС) составили ИБС (40,1%) и цереброваскулярная болезнь (55,1%). Доля инфаркта миокарда (ИМ) в структуре смертности от ИБС — 9,7%. Летальность при ИМ — 27%, из них только 7,6% — на догоспитальном этапе. Все острые формы ИБС составили 17,2% в структуре смертности от ИБС. Внегоспитальная смертность при острых формах ИБС — 19,0%.

По результатам уточненного анализа: зарегистрировано 314 случаев СССР вместо официальных 334 случаев (57,4% от общей смертности среди лиц ≥ 18 лет вместо 61,1%, $p > 0,05$). В 29,1% случаев смерти от ИБС диагноз не был обоснован (подтверждено 95 случаев вместо официальных 134, $p < 0,01$), еще в 32 случаях причиной смерти явилась острая, а не хроническая ИБС. Смертность от острых форм ИБС превысила официально зарегистрированную в 2,4 раза ($p < 0,001$), составив 46,6% смертности от ИБС. Уточненная смертность при острой ИБС на догоспитальном этапе соответствует 61,1% (официальная — 19,0%, $p < 0,001$).

Заключение: Проведенный анализ показал необоснованно частое использование диагноза ИБС в качестве причины смерти, что во многом обуславливает тенденцию к завышению показателей СССР, при этом в случаях смерти вне лечебных учреждений недостаточно выявляются острые формы ИБС (уточненный уровень 61,1%, официальный — 19,0%, $p < 0,001$).

0635 НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Никулина С. Ю., Шульман В. А., Чернова А.А., Воевода М. И., Максимова В. Н.

ГОУ ВПО КрасГМА, Красноярск, Россия; ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить ассоциации синдрома слабости синусового узла с полиморфизмом генов β_1 -адренорецептора и транскрипционного фактора SP4.

Материал и методы. Из базы данных кафедры терапии №1 Красноярского Государственного медицинского университета были отобраны 29 семей с наследственным синдромом слабости синусового узла. Среди пробандов было 20 женщин и 9 мужчин, средний возраст составил $58 \pm 0,15$ лет. Среди родственников I, II и III степени родства было 65 мужчин и 68 женщин, средний возраст $39 \pm 0,13$ лет. Всем был проведен клинический осмотр, электрокардиография, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, атропиновая проба, чрепщеводная стимуляция левого предсердия, эхокардиоскопия, кардиоритмография. Молекулярно-генетическое исследование проводилось в лаборатории медицинской генетики ГУ НИИ терапии СО РАМН Новосибирска. Были взяты образцы крови 108 человек (16 пробандов и 33 их родственников с наследственным СССР, подтвержденным с помощью чрепщеводной стимуляции левого предсердия, и 59 их здоровых родственников). Группа контроля представлена популяционной выборкой из 198 человек в возрасте 25–64 года. Генетические исследования включали в себя выделение ДНК из лейкоцитов периферической крови и генотипирование по изучаемым полиморфным сайтам гена β_1 -адренорецептора и транскрипционного фактора SP4. Выделение тотальной ДНК проводили из лейкоцитов периферической крови с помощью фенол-хлороформной экстракции по модифицированной методике Смита и соавт. Амплификацию интересующих участков ДНК, содержащих полиморфные фрагменты, проводили методом полимеразной цепной реакции.

Статистическую обработку данных проводили с использованием пакета программ Statistica 7.0. Соответствие распределения аллелей и генотипов равновесию Харди-Вайнберга, сравнительный анализ частот генотипов выполнялось с использованием критерия χ^2 .

Результаты и обсуждение. У больных СССР достоверно чаще отмечается гетерозиготный вариант генотипа гена β_1 -адренорецептора Ser49Gly (36,7%) по сравнению с лицами контрольной группы (19,2%). Соответственно в группе больных СССР (36,7%) отмечено статистически значимое преобладание носителей более редкого аллеля Gly49 в отличие от лиц контрольной группы (22,2%). Обнаружено достоверное преобладание гомозиготного генотипа по более редкому аллелю T80807T у больных СССР (34,0%) по сравнению с лицами контрольной группы (18,4%).

Таким образом, изученные генетические маркеры могут быть использованы для выявления предрасположенности к наследственному синдрому слабости синусового узла.

0636 ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Нилова О.В., Колбасников С.В.

ГОУ ВПО Тверская ГМА, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности изменений вегетативной регуляции сердечного ритма у больных артериальной гипертензией в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности.

Методы исследования: обследовали 130 больных АГ I–III стадии, которые в зависимости от выраженности сосудисто-мозговой недостаточности были разделены на 3 группы: 1-я — без признаков дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), $n=78$; 2-я — с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения (НПНМК), $n=30$; 3-я — с ДЭ I–II стадией, $n=22$. Всем пациентам выполнялась кардиоинтервалография с использованием кардиоанализатора КАД-ОЗ (производство «ДНК» г. Тверь). Рассчитывались мода (M_0 , с); амплитуда моды (AM_0 , %); вариационный размах (ΔX , с); индекс напряжения (ИН, усл. ед.).

Полученные результаты: у 58 (44,6%) пациентов выявлялась умеренная симпатикотония, у 24 (18,4%) — вегетативное равновесие, у 48 (36,9%) — умеренная ваготония. У больных артериальной гипертензией без церебральных нарушений показатели ритмограммы ($M_0 = 1,01 \pm 0,026$; $AM_0 = 22,0 \pm 1,6$; $\Delta X = 0,28 \pm 0,006$; ИН — $60,0 \pm 7,1$) характеризовались некоторым увеличением ΔX , M_0 , снижением AM_0 и ИН, отражая преобладание вагусных влияний и ослабление центрального контура регуляции ритма сердца. Однако, при НПНМК у больных артериальной гипертензией наблюдались обратные соот-

ношения ($M0 - 0,84 \pm 0,015$; $AM0 - 35,0 \pm 2,1$; $\Delta X - 0,16 \pm 0,009$; $ИН - 172,0 \pm 22,5$): снижение ΔX ($p=0,0014$), Mo ($p=0,0018$) при одновременном увеличении AMo ($p=0,0036$) и $ИН$ ($p=0,0024$), что свидетельствовало о повышении активности симпатического отдела нервной системы и центрального контура регуляции сердечным ритмом. При ДЭ I-II стадии ($M0 - 0,86 \pm 0,008$; $AM0 - 36,8 \pm 2,3$; $\Delta X - 0,12 \pm 0,016$; $ИН - 210,0 \pm 20,4$) имелось дальнейшее снижение ΔX ($p=0,05$) и повышение AMo и $ИН$, что указывало на доминирование симпатических влияний и централизации управления сердечным ритмом.

Таким образом, у больных артериальной гипертензией с нарастанием тяжести сосудисто-мозговой недостаточности вегетативная регуляция сердечного ритма трансформируется из преимущественно парасимпатических влияний на уровне периферического контура регуляции в напряженное функционирование симпатического отдела вегетативной нервной системы с избыточной централизацией управления сердечным ритмом при ДЭ, отражая разную степень адаптационно-компенсаторных сдвигов в связи с нарастающим разобщением центральной и церебральной гемодинамики.

0637 ФУНКЦИОНАЛЬНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Нилова С.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель: изучить особенности гемодинамики у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПС).

Материал и методы. Обследованы 260 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с АГ (мужчин — 148 и женщин — 112, средний возраст 57 ± 4 г). У них изучался порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция ионов натрия с мочой (СЭИНМ), проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование сердца. Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 22% (57) больных, средний (0,16%) у 24% (63), высокий (более 0,16%) у 54% (140). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я — лица с низким ПВЧПС, 2-я — с высоким.

Результаты СЭИНМ у лиц 1-й группы составила — $152 \pm 8,0$ Мм/сут, 2-й — $274 \pm 8,7$ Мм/сут, ($p<0,01$). При пересчете на ПС оказалось, что пациенты потребляли в среднем соответственно 9 и 16 г. Головные боли беспокоили 19% больных с низким ПВЧПС и 56% — с высоким ($p<0,01$). У больных 1-й группы боли в области сердца и за грудиной встретились в 31%, а у 2-й в 86% ($p<0,01$) случаев, стенокардия напряжения I — III функциональных классов соответственно в 21% и 73% случаев ($p<0,01$). Курящих среди лиц 1-й группы было 25%, а 2-й — 72% ($p<0,01$), уровень холестерина в крови у пациентов 1-й группы был существенно ниже, чем у 2-й ($p<0,05$). Отягощенная наследственность встретилась соответственно в 27% и 62%; $p<0,01$. У больных 2-й группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у 1-й. По данным СМАД систолическое АД днем у пациентов 1-й группы было $137 \pm 6,5$ мм рт.ст., а у 2-й — $156 \pm 5,5$ мм рт.ст. ($p<0,01$), ночью $122 \pm 6,5$ и $145 \pm 5,3$ мм рт.ст. ($p<0,01$). Соответствующие показатели для диастолического АД были: $83 \pm 6,0$ и $91 \pm 6,0$ мм рт.ст. ($p>0,05$); $68 \pm 6,3$ и $85 \pm 6,0$ мм рт.ст. ($p<0,01$). В процентном соотношении большая часть дипперов была сосредоточена в 1-й группе больных ($p<0,05$). Напротив, доля недипперов среди лиц 2-й группы почти в 3 раза была выше, чем среди 1-й. При этом овердипперы выявлялись только в 1-й группе больных, тогда как найт-пикеры только во 2-й. По данным ЭхоКГ оказалось, что масса миокарда левого желудочка (ЛЖ) ($p<0,05$), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ были существенно больше у пациентов с высоким ПВЧПС, чем с низким. Фракция выброса

у больных 2-й группы была достоверно меньше, чем у 1-й ($p<0,05$). Практически у всех лиц 2-й группы имелась диастолическая дисфункция ЛЖ.

Вывод. Своевременная диагностика с помощью СМАД и ЭхоКГ исследования указанных нарушений позволит не только дифференцированно подходить к назначению гипотензивных препаратов, но и улучшить прогноз у данного контингента больных. Выявленные особенности суточного профиля АД и функционально-геометрических показателей ЛЖ в зависимости от вкусовой чувствительности к ПС указывают на важную роль ограничения потребления этой пищевой добавки в профилактике осложнений у пациентов с данной коморбидной патологией.

0638 ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Новгородцева Н.Я, Тоголашвили Н.Г.

Учреждение Российской академии медицинских наук НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия

Целью исследования было изучение связи нарушений проводимости сердца с факторами риска сердечно — сосудистых заболеваний. Исследование выполнялось в популяции сельского населения Красноярского края. Было обследовано 1204 сельских жителя обоего пола в возрасте 16 лет и старше: 474 мужчины и 729 женщин. Охват составил 76,1% от списочного состава обследуемого населения.

В ходе исследования были проанализированы факторы риска сердечно — сосудистых заболеваний у лиц с нарушениями проводимости сердца. В целом в обследованной популяции блокады сердца выявлены у 7,1% обследованных. В группе лиц с блокадами сердца АГ регистрировалась в 50,6%, у обследованных без этих нарушений в 42,3%, различия статистически не значимы ($p>0,05$). Употребление алкоголя отмечали 29,4% лиц с НПС и 37,5% без них ($p>0,05$). Курение чаще наблюдалось у обследованных с блокадами сердца, чем без них: 35,3% и 26,2% соответственно ($p>0,05$). В частоте таких факторов риска, как избыточная масса тела и наследственная отягощенность, также не было получено статистически значимых различий между лицами с НПС и без них. Избыточная масса тела выявлена у 32,9% и 35,8%, а отягощенная наследственность у 30,6% и 32,5% обследованных, соответственно.

У мужчин с блокадами сердца АГ выявлялась в 51,1%, без них — реже в 40,8%, различия статистически не значимы. Употребление алкоголя отмечали 33,3% мужчин с НПС и 47,1% мужчин без НПС ($p>0,05$). Курение незначительно чаще наблюдалось в группе мужчин с блокадами, чем без них: 51,1% и 47,5% соответственно ($p>0,05$). В частоте избыточной массы тела и наследственной отягощенности у мужчин с НПС и без них существенных различий не наблюдалось: 24,4% и 21,9%; 37,8% и 31,5% соответственно ($p>0,05$ в обоих случаях).

У женщин с блокадами сердца АГ выявлялась в 50% случаев, у женщин без этих нарушений в 43,3%. Употребление алкоголя отмечали 25% женщин с НПС и 31,5% без них, различия статистически не значимы. В частоте курения у женщин с блокадами и без них также не получено различий: 17,5% и 12,2% соответственно. Избыточная масса тела отмечалась у 42,5% женщин с НПС и у 44,4% женщин без них. Наследственная отягощенность была выявлена у 22,5% женщин с блокадами и у 33,1% без блокад ($p>0,05$).

Также было проанализировано сочетание 3 наиболее распространенных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц с НПС и без них. В целом у обследованных с блокадами сердца эти факторы наблюдались в 3,5% случаев, без них в 5%, различия не достоверны. У мужчин с НПС данные факторы отмечались в 4,4%, без них в 10,9% ($p>0,05$). У женщин с блокадами сердца сочетание факторов отмечалось в 2,5%, без них в 1,3% случаев.

При проведении корреляционного анализа между факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний и НПС статистически значимых связей не выявлено.

0639 СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ

Новиков Р.А.¹, Скворцов К.Ю., Головачева Т.В., Лукьянов В.Ф., Шувалов С.С.², Вержишкис О.С.³

¹ООО МЦ «Здоровье», ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия; ²ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, Саратов, Россия; ³ММУ «МСЧ Саратовского подшипникового завода», Саратов, Россия

Цель: оценить частоту и структуру нарушения ритма сердца (НРС) у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) в зависимости от наличия депрессии.

Материалы и методы. В исследование было включено 200 больных ССН II-IV ФК (средний возраст 51,1±7,01, женщин 22%). Контрольную группу составили 66 клинически здоровых доноров крови, по полу и возрасту сопоставимых с больными стенокардией. Критериями исключения являлись: ХОБЛ (по данным спирометрии), любые продольные или поперечные блокады сердца, фибрилляция предсердий, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда (<6 мес.), сахарный диабет, ХСН >2 ФК по NYHA, нарушения функции печени и почек, синдром WPW, имплантированный ЭКС, непереносимость β-адреноблокаторов. Всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Н. Холтеру на аппарате «Кардиотехника-4000 АД» (АОЗТ «Инкарт», СПб). Верификация депрессии проводилась с использованием госпитальной шкалы депрессии Гамильтона с последующей консультацией психиатра.

Результаты. В зависимости от выраженности депрессии больные ССН были разделены на 2 группы: основную группу составили больные со сформировавшимся депрессивным синдромом (n=100, 16,08±2,12 балла) и группу сравнения-больные, имеющие отдельные его признаки (n=100, 5,89±0,64 балла). В контрольной группе показатель шкалы Гамильтона составил 2,06±0,08 балла. Различия между группами достоверны (p<0,01).

Число НРС у лиц основной группы и группы сравнения было достоверно больше, чем у доноров крови (p<0,01). НРС отсутствовали в 8%, 21% и 71% случаев, соответственно. У больных с депрессией суправентрикулярная экстрасистолия (СВЭ) встречалась на 17% чаще, чем у больных группы сравнения (92 vs 75 больных, соответственно, p<0,05). Редкая монотопная желудочковая экстрасистолия (ЖЭ) имела сходный паттерн распределения: 61% vs 49% (p<0,05). Наиболее выраженные отличия между сопоставляемыми группами касаются пароксизмов суправентрикулярной тахикардии (ПСВТ) и желудочковой тахикардии (ПЖТ). У больных основной группы ПСВТ зафиксирована у 6% больных по сравнению с 3% группы больных, не имеющих депрессию (p<0,02), ПЖТ в 3 раза чаще регистрировались у больных с депрессией, чем у больных без признаков последней (9% и 3%, соответственно, p<0,01). ЖЭ «высоких грааций» (3-5 класса по Lown-Wolf) встречалась в основной группе на 13% чаще, чем в группе сравнения (65% и 52%, соответственно, p<0,05).

Выводы. Полученные предварительные результаты позволяют сделать вывод о том, что при ССН возникновение и/или усугубление депрессии может ухудшать жизненный прогноз больных, так как у данных пациентов значительно чаще наблюдаются прогностически неблагоприятные НРС.

0640 ВЗАИМОСВЯЗИ РЕГУЛЯЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Новиков Р.А.¹, Лукьянов В.Ф., Головачева Т.В., Скворцов К.Ю., Журкин И.Г.², Глушкова-Семякина О.В.³, Онищенко Т.Г.³

¹ООО МЦ «Здоровье», ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия; ²ФБУ Центр социальной и медицинской реабилитации ГУФСИН России по Саратовской области, Саратов, Россия; ³ГОУ ВПО «Саратовский государственный университет им. Н.Г. Чернышевского», Саратов, Россия

Цель исследования. Оценить функциональное состояние артериального и капиллярного отдела сосудистого русла (АОСР)

и КОСР) кожи у здоровых добровольцев, больных артериальной гипертензией (АГ) 2 степени, а также у пациентов, страдающих АГ 2 степени в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа; охарактеризовать взаимосвязи нейрогенного и эндотелиального компонентов регуляции микроциркуляции в указанных группах обследованных лиц.

Материалы и методы. В исследование включили 68 человек в возрасте от 30 до 68 лет, которые были распределены на 3 группы. I группу составили добровольцы с нормальным АД (28 человек), II группу – 20 больных АГ 2 степени, III группу – 20 больных АГ 2 степени в сочетании с СД 2 типа. Всем участникам исследования проводили лазерную доплеровскую флоуметрию подушечек пальцев кистей. Анализ амплитудно-частотного спектра (АЧС) отраженного сигнала проводили с помощью вейвлет-преобразования. Вклад АОСР и КОСР в общую спектральную мощность отраженного сигнала оценивали по амплитуде ритма в диапазонах частот 0,007-0,017 Гц и 0,023-0,046 Гц, соответственно. Для оценки функционального состояния АОСР и КОСР проводили пробу с реактивной гиперемией с созданием манжетой тонометра артериальной окклюзии (АО) в течение 1 минуты на уровне плеча и последующей регистрацией и оценкой записи на протяжении 6 минут декомпрессии. Обработку данных проводили с помощью пакета программ Statsoft 5.0.

Результаты. В I группе выявлена корреляционная зависимость между исходными и посткомпрессионными значениями амплитуды КОСР и АОСР (R=0,68, R=0,86, соответственно, p<0,01). Во II группе отмечена отрицательная корреляционная связь КОСР и АОСР до (R=-0,65 p<0,01) и после АО (R=0,45 p=0,01). В группе III до и после АО получены следующие коэффициенты корреляции (-0,88; -0,84, соответственно, p<0,01). Также в III группе отмечалось и максимальное снижение амплитуды 0,23±0,08 пф.ед. в КОСР и 0,19±0,07 пф.ед. в АОСР при сравнении с аналогичными показателями I и II групп (различия статистически достоверны).

Выводы. АГ 2 степени приводит к изменению реактивности микроциркуляторного русла в капиллярном отделе при сохраняющемся нейрогенной регуляции в артериальном отделе. При сочетании АГ с СД 2 типа выявляются более грубые нарушения регуляции, что свидетельствует о более глубоком функциональном их нарушении и, по всей видимости, их органическом происхождении.

0641 ВОЗРАСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Носов А.Е., Агафонов А.В., Туев А.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера Росздрава», кафедра госпитальной терапии №1, Пермь, Россия

Целью исследования стало изучение показателей жесткости артерий и общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), полученных путем суточного анализа периферических осциллограмм, их взаимосвязи с ремоделированием миокарда в зависимости от возраста пациентов.

Обследовано 66 пациентов, из которых 43 с подтвержденным ранее диагнозом «Артериальная гипертензия», а 23 имели артериальное давление в пределах нормы. Среди обследованных – 64% мужчин, 36% женщин. Средний возраст обследованных составил 53,0±1,59 лет с колебаниями от 23 до 80 лет. Пожилыми применительно к данному исследованию считали лиц в возрасте 60 и более лет. Доля таких пациентов равнялась 33%.

Специальное исследование было представлено мониторингом артериального давления, которое проводили с помощью программно-аппаратного комплекса BPLAB (Россия), производящего суточную регистрацию артериального давления осциллографическим методом. Определяли следующие показатели, характеризующие состояние артериального русла: мощность пульсового артериального давления ($dp/dt_{\text{пад}}$), временной интервал между экстремумами первой производной ($T_{\text{пад}}$), мощность затухания диастолической волны ($dp/dt_{\text{дв}}$).

Согласно ранее опубликованным данным считали, что compliance артерий обратно пропорционален $dP/dt_{\text{пад}}$ и $T_{\text{пад}}$, а ОПСС прямо пропорционально $dP/dt_{\text{пад}}$ и $T_{\text{пад}}$ и обратно пропорционально $dP/dt_{\text{дв}}$. Для удобства представления результатов введен коэффициент $K_1 = dP/dt_{\text{пад}} \cdot T_{\text{пад}}$, характеризующий артериальную жесткость и коэффициент $K_2 = dP/dt_{\text{пад}} \cdot T_{\text{пад}} / dP/dt_{\text{дв}}$, характеризующий ОПСС. Проводили анализ указанных показателей в течение целых суток с их последующим усреднением. Для статистической обработки использованы непараметрический критерий Манн-Уитни, непараметрическая корреляция Спирмена. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез в данном исследовании принимался равным 0,05.

В группе пожилых пациентов выявлено значимое увеличение показателя K_1 , характеризующего артериальную жесткость. В этой группе он составил $2,12 \pm 0,48$ мм рт.ст., а в группе молодых пациентов — $1,65 \pm 0,25$ мм рт.ст. ($p=0,00054$). Также, в группе пожилых выявлено значимое увеличение показателя K_2 до $2,89 \pm 0,64$ с, против $2,26 \pm 0,46$ с в группе молодых ($p=0,00057$). При корреляционном анализе выявлена прямая взаимосвязь показателя K_2 и толщины задней стенки левого желудочка ($R=0,39$; $p=0,03$), конечного систолического объема ($R=0,48$; $p=0,006$). Корреляция K_2 и толщины межжелудочковой перегородки также была прямой, но статистической значимости не достигла ($R=0,31$; $p=0,09$).

Таким образом, с использованием метода суточной осциллометрии нами продемонстрировано увеличение артериальной жесткости и ОПСС у пожилых пациентов. Также, установлена прямая взаимосвязь показателей жесткости и ремоделирования миокарда.

0642 ВЛИЯНИЕ ФЕНОМЕНА «РАЗМИНКИ» НА КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Нохрина О.Ю., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: изучить влияние феномена «разминки», как клинической модели ишемического preconditionирования у пациентов со стабильной стенокардией напряжения (СН), на количественные характеристики фильтрованного комплекса QRS сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ)

Методы. В исследование включено 14 пациентов ($53,2 \pm 1,2$ года) со СН II-III ФК. Парные тредмил-тесты (ТТ) проводились по стандартному протоколу Bruce. Интервал времени между первым и вторым ТТ составил 20 мин. ППЖ определяли исходно и после проведения каждого ТТ с использованием системы «Marquette-Hellige 2000». Оценивали значения продолжительности фильтрованного комплекса QRS (длит. QRS в мс), низкоамплитудных (менее 40 мкВ) высокочастотных (в диапазоне от 40 до 250 Гц) сигналов в терминальной части (длит. HFLA в мс.) и среднеквадратичную амплитуду последних 40 мс (RMS 40 мкВ). Критериями наличия ППЖ считались: длит. QRS ≥ 114 мс, длит. HFLA ≥ 38 мс, RMS $40 \leq 20$ мкВ. При отклонении от нормы двух из критериев констатировали наличие ППЖ.

Результаты. Парные ТТ были идентичны по уровню выполняемой нагрузки. При анализе показателей СУ-ЭКГ исходно, в покое, и через 30 мин после первого ТТ, было выявлено статистически значимое увеличение средних значений RMS 40 (мкВ) на 34,4% ($p=0,024$), а также уменьшение величины длит. HFLA (мс) на 21,4% ($p=0,006$). Средняя величина длит. HFLA через 30 мин после второго ТТ, была меньше на 17,5% ($p=0,074$), по сравнению с зарегистрированной после первого ТТ. Также были получены более высокие значения амплитудного показателя RMS 40, хотя различия не достигли статистически значимого уровня. Средние величины продолжительности фильтрованного комплекса QRS после проведения парных ТТ не изменились. Исходно ППЖ не были зарегистрированы ни у одного из пациентов, включенных в исследование. После первого ТТ ППЖ были отмечены

только у одного пациента по двум признакам, с условным «улучшением» их количественных характеристик после второго ТТ в виде увеличения показателя RMS 40 (с 5 до 11 мкВ) и уменьшения HFLA (с 42 до 39 мс).

Заключение. Улучшение количественных показателей СУ-ЭКГ, при проведении парных ТТ у больных со СН, может быть связано с положительным влиянием феномена «разминки» на электрофизиологические свойства миокарда.

0643 СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Нуржанова И.В., Воронина Л.П., Маклакова Н.В., Полунина Е.А., Яценко М.К.

ГОУ ВПО АГМА Росздрава, Астрахань, Россия

Цель: изучить влияние различных схем терапии обострения бронхиальной астмы на функциональное состояние сосудистого эндотелия в сравнении.

Методы: в общей сложности было обследовано 164 человека. Все пациенты были распределены на четыре группы наблюдения. В группу 1 вошли 22 пациента (19%) с обострением БА средней степени тяжести, получавшие на поликлиническом этапе поддерживающие дозы глюкокортикостероидов per os более 1 года. Стационарная терапия обострения в группе 1 включала системные ГКС (преднизолон как перорально, так и внутривенно). Группу 2 составили 28 пациентов (25%) с обострением БА средней степени тяжести, не имеющих стажа амбулаторного приема системных ГКС. Стационарная терапия обострения в группе 2 включала парентеральное применение преднизолона. Группа 3 — 28 больных (25%) с обострением БА средней степени тяжести, не имеющих стажа амбулаторного приема системных ГКС. Пациенты группы 3 стационарно получали препарат Пульмикорт дважды в день по 2 мл (0,5 мг/мл) через небулайзер. Четвертую группу составили 36 пациентов (31%), госпитализированных по поводу тяжелого обострения БА и не имеющих стажа амбулаторного приема системных ГКС. С учетом тяжести обострения стационарная терапия в группе 4 включала системные ГКС (преднизолон как перорально, так и внутривенно).

Результаты. При проведении локального ионофореза эндотелий-зависимого вазодилатора 1% ацетилхолина во всех группах больных БА до лечения нами было выявлено ($p<0,05$) укорочение времени развития максимальной вазодилатации и низкие значения резерва капиллярного кровотока при ионофорезе 1% ацетилхолина, свидетельствующее о снижении выработки и компенсаторном ускорении выброса эндотелием вазодилатирующих субстанций при обострении заболевания. У пациентов со стажем амбулаторного приема системных ГКС per os (группа 1), выявленные нарушения вазорегулирующей функции эндотелия носили, предположительно, необратимый характер, так как сохранялись и при стихании обострения. В группах 2 и 4 после лечения с использованием системных ГКС резерв капиллярного кровотока (РКК AX) при эндотелий-зависимой вазодилатации оставался ниже соответствующих показателей группы соматически здоровых лиц. Однако в группах 2 и 4 статистически значимо ($p<0,05$) увеличилось время развития эндотелий-зависимой вазодилатации (T2-T4 AX). И только у пациентов, в терапевтическую схему которых входили ингаляции Пульмикорта через небулайзер без использования системных ГКС (группа 3), признаки нарушения вазорегулирующей функции эндотелия нивелировались: время развития эндотелий-зависимой вазодилатации и резерв капиллярного кровотока при выписке статистически значимо не отличались ($p>0,05$) от соответствующих показателей группы соматически здоровых лиц.

Вывод. Полученные данные были расценены нами как доказательство негативного воздействия системных ГКС на функциональное состояние сосудистого эндотелия. Это предположение подтверждали и «застывшие» показатели ЭЗВД у пациентов, длительно принимавших пероральные ГКС (группа 1), свидетельствующие о сформировавшейся эндотелиальной дисфункции.

0644 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Нурматова Д.Б.

НИИ Терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Внепочечные проявления хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), особенно со стороны сердечно-сосудистой системы, требуют особого подхода к лечению этих категорий больных. Этому способствуют часто необратимое ограничение воздушного потока, которое носит, как правило, неуклонно прогрессирующий характер и связано с воспалительной реакцией.

Цель исследования — изучить некоторые показатели легочной гемодинамики, состояние правых и левых отделов сердца и суточный профиль артериального давления у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. Обследованы 45 больных ХОБЛ II-III стадии (GOLD 2006). Основную массу составили мужчины. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) проводили согласно рекомендациям МЗ РФ. Эхокардиографическое исследование — на ультразвуковом аппарате Toshiba SSH-60A (Япония).

Результаты. Из обследованных пациентов с ХОБЛ мы выделили 20 больных без АГ. Толщина передней стенки правого желудочка (ПЖ) у пациентов превышает таковую здоровых лиц, причем достоверное увеличение — по мере нарастания тяжести заболевания. Гипертрофия передней стенки ПЖ выявлена у 88,4% больных. У всех пациентов гипертрофия передней стенки ПЖ сочетается с повышением систолического давления легочной артерии (СДЛА) в покое, у 70,6% — с дилатацией ПЖ. Толщина передней стенки ПЖ в значительной степени определяется СДЛА, о чем свидетельствует выявленная взаимосвязь между этими показателями. У 62,3% пациентов выявлено нарушение диастолической функции ПЖ, причем отмечено возрастание ее частоты по мере нарастания тяжести заболевания.

Исследование суточного профиля систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) выявило, что в группе сравнения у больных эссенциальной АГ без ХОБЛ преобладает тип «dipper». У больных ХОБЛ как с АГ, так и с нормальным АД, тип «dipper» встречается менее чем у трети пациентов, а доминирует — тип «non-dipper». При ХОБЛ с АГ чаще отмечается тип «night-reakers» по сравнению с частотой аналогичного типа в группе пациентов с эссенциальной АГ. У половины пациентов с лабильной АГ сохранен профиль «dipper» по САД ($p < 0.01$, по сравнению со стабильной АГ). При стабильной АГ достоверно чаще встречается устойчивое повышение ночного АД (суточный индекс (СИ) САД < 0), чем при лабильной АГ ($p < 0.01$). При стабильной форме АГ СИ САД и ДАД достоверно ниже аналогичных показателей в группе сравнения ($p < 0.001$ и $p < 0.01$ соответственно).

Вывод. При ХОБЛ создаются благоприятные условия для формирования кардиоваскулярной патологии. В основе их развития лежит комплекс патогенетических механизмов, действующий непосредственно на органы-мишени (ремоделирование правых и левых отделов сердца) или опосредованно (повреждение сосудистой стенки, эндотелиальная дисфункция). Терапия ХОБЛ должна быть направлена не только на легочные нарушения, но и на коррекцию сердечно-сосудистых проявлений.

0645 СОСТОЯНИЕ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Нуртдинова Э.Г., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Хайретдинова Т.Б., Берг А.Г., Валеев И.Г., Черякова К.В.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: изучить состояние вазодилатирующей функции эндотелия у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ППМК) в зависимости от наличия миксоматозной дегенерации створок (МДС) митрального клапана и нарушений ритма сердца (НРС).

Методы: Проведено комплексное обследование 127 больных ППМК (85 мужчин и 42 женщины; средний возраст $24,5 \pm 1,2$ лет). Среди обследованных ППМК I степени выявлен у 90 (70,9%) человек, ППМК II степени у 37 (29,1%). МДС выявлена у 46 человек (36,2%), НРС у 65 пациентов (72,2%) с ППМК I степени и 20 больных (54%) с ППМК II степени. Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия НРС: 42 больных без НРС и 85 пациентов с НРС. В зависимости от наличия МДС обследованные разделились следующим образом: 46 человек с МДС и 81 человек без нее. В контрольную группу вошли 25 здоровых добровольцев, из них 16 мужчин и 9 женщин, (средний возраст $24,9 \pm 1,9$ лет). Всем обследованным проведена проба с реактивной гиперемией плечевой артерии.

Результаты: Согласно полученным результатам у пациентов с ППМК при наличии МДС отмечено значимое снижение показателей эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) (6,9%) по сравнению с данными пациентов без МДС (9,2%) и здоровых лиц (10,2%) (33; 47,8%; $p < 0,05$).

При изучении воздействия НРС у пациентов с ППМК на сосудодвигательную функцию эндотелия установлено значимое снижение прироста диаметра плечевой артерии на эндотелийзависимый стимул по сравнению с группой здоровых лиц (24,4%, $p < 0,05$). Показатели ЭЗВД у пациентов с ППМК без НРС были сопоставимы с данными здоровых лиц. Показатели ЭЗВД в контрольной группе колебались в пределах от 6,9% до 12,5%. Исходя из этих данных, за нижнюю границу нормы ЭЗВД у данной категории лиц мы приняли 6,9%.

Из 85 больных с ППМК и НРС по результатам пробы с реактивной гиперемией нормальная функция эндотелия констатирована у 36 больных (42,4%). У 43 пациентов с ППМК и НРС, имевших показатели ЭЗВД меньше контрольных значений и 6 пациентов с вазоконстрикцией диагностирована дисфункция эндотелия (ДЭ). При сравнении показателей в этих группах, установлено, что у пациентов с ДЭ средний возраст был выше ($26,8 \pm 1,3$; $22,9 \pm 1,1$; 17%; $p < 0,05$), МДС, митральная регургитация III степени встречались значимо чаще в 1,7 и 3 раза ($p < 0,05$), глубина пролабирования митрального клапана была значимо больше (18,4%); а суточное количество желудочковых и наджелудочковых экстрасистол существенно превышало соответствующие показатели группы пациентов с нормальной функцией эндотелия.

Выводы: Таким образом, результаты исследования позволяют сделать вывод о том, что выраженность ЭЗВД у больных ППМК снижается при наличии НРС и МДС. ДЭ у больных ППМК с НРС ассоциируется с глубиной пролабирования митральных створок и наличием МДС, сопряжена с выраженностью митральной регургитации и частотой экстрасистол.

0646 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Нуртдинова Э.Г., Закирова А.Н., Хамидуллина Р.М., Фахретдинова Е.Р., Семенова В.В., Руденко В.Г., Шмелева Г.А.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: изучить особенности нарушений ритма сердца (НРС) и состояние вегетативной нервной системы у пациентов с первичным пролапсом митрального клапана (ППМК) в зависимости от степени ППМК и наличия миксоматозной дегенерации створок (МДС).

Методы: Проведено комплексное обследование 127 больных ППМК (85 мужчин и 42 женщины; средний возраст $24,5 \pm 1,2$ лет). Среди обследованных ППМК I степени выявлен у 90 (70,9%) человек, ППМК II степени у 37 (29,1%). В зависимости от наличия МДС обследованные разделились следующим образом: 46 человек с МДС и 81 человек без нее. В контрольную группу вошли 25 здоровых добровольцев, из них 16 мужчин и 9 женщин, (средний возраст $24,9 \pm 1,9$ лет). Всем обследованным проведено Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ в течение 24 часов с временным анализом вариабельности ритма сердца (ВРС). Для диагностики вегетативных расстройств использовали вопросник А.М.Вейна, степень их выра-

женности оценивали в баллах. Наличие синдрома вегетативной дис-tonии (СВД) диагностировали при сумме баллов, превышающей 15.

Результаты: При проведении ХМ ЭКГ в течение суток НРС были выявлены у 85 пациентов (66,9%). Не обнаружены значимые различия показателей ХМ ЭКГ у пациентов с ППМК разной степени. Однако у больных ППМК при наличии МДС выявлено большее суточное количество желудочковых и наджелудочковых экстрасистол ($288,6 \pm 40,1$; $292,3 \pm 30,6$) по сравнению с больными без признаков МДС ($152,5 \pm 25,6$; $182,6 \pm 27,8$) в 1,9 и 1,6 раза соответственно ($p < 0,05$). Нами установлено, что у пациентов с ППМК I-II степени, при наличии МДС митрального клапана, среднесуточная ЧСС существенно превышала ее значения у здоровых лиц ($89,6 \pm 5,3$; $72,3 \pm 5,8$) в среднем на 17 ударов в минуту ($p < 0,05$).

По данным временного анализа ВРС у больных ППМК с НРС отмечено значимое снижение показателя SDANN ($90,4 \pm 11,2$; $136,2 \pm 15,6$; $130,1 \pm 14,4$; 33,6%, 30,5%; $p < 0,05$), PNN50 ($8,0 \pm 0,6$; $10,1 \pm 0,5$; $9,8 \pm 0,4$; 20,8%, 18,4%, $p < 0,05$), значимое увеличение показателя SDNNi ($89,2 \pm 5,8$; $65,6 \pm 5,9$; $71,5 \pm 6,2$; 26,5%, 19,8%; $p < 0,05$) по сравнению с группой контроля и пациентами без НРС. Согласно этим данным у больных ППМК с НРС наблюдалось значимое увеличение суточной активности симпатической и снижение тонуса парасимпатической нервной системы на фоне снижения общей ВРС по сравнению со здоровыми и пациентами с ППМК без НРС.

По результатам анкетирования СВД был выявлен у 13 (52%) здоровых лиц, у 24 (59,5%) пациентов с ППМК без НРС и 67 (78,8%) больных ППМК с НРС. Важно отметить, что в последней группе СВД диагностировался значимо чаще, чем у больных без НРС и у здоровых лиц в 1,3 и 1,5 раза соответственно ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, течение ППМК сопровождается НРС. Наличие МДС у пациентов с ППМК существенно увеличивает риск развития желудочковых и наджелудочковых НРС. ППМК с НРС ассоциируется с вегетативным дисбалансом, характеризующимся снижением ВРС, повышением симпатических и уменьшением парасимпатических влияний.

0647 ЛИПИД ВЫСВОБОЖДАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Обухова О.В.

ГОУ ВПО «ИИМА им. ак. Е. А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: изучить патогенетическое и клиническое значение нарушений липид высвобождающей способности лейкоцитов (ЛВСЛ) у больных ИБС.

Методы: обследованы 58 больных ИБС, в том числе стабильной (I-III ФК) — 1-я группа (30 человек) и нестабильной стенокардией (прогрессирующая, де novo) — 2-я группа (28 человек) в возрасте от 41 до 66 лет. В обеих группах преобладали мужчины. (76% и 70% соответственно). Для сравнительной оценки ЛВСЛ обследовано 20 практически здоровых лиц в возрасте от 41 до 60 лет. У 15 больных ИБС выполнено ультразвуковое дуплексное сканирование сонных и бедренных артерий. Условный «объем» выявленных атеросклеротических бляшек (АСБ) оценивали как сумму произведений наибольшего вертикального и горизонтального размеров сагиттального сечения АСБ (см²). Определение ЛВСЛ выполняли согласно методу, предложенному А.В. Туевым, В.Ю. Мишлановым (патент № 2194995, 2002г.). Изучали влияние ИЛ 1(5, ИЛ 2 (ронколейкина) и ФНО-а на ЛВСЛ in vitro.

Результаты. Средняя величина ЛВСЛ в общей группе больных ИБС превышала показатель практически здоровых лиц 41-60 лет — $0,171 \pm 0,08$ и $0,118 \pm 0,05$ ммоль/л соответственно ($p = 0,026$). У больных 1-ой группы средняя величина ЛВСЛ составила $0,117 \pm 0,05$ ммоль/л, во 2-ой группе — $0,252 \pm 0,14$ ммоль/л ($p = 0,0001$). Добавление в культуральную среду ронколейкина (5 ЕД/мл) в 100% случаев стимулировало высвобождение белково-липидных комплексов (БЛК) из лейкоцитов. Средние величины ЛВСЛ составили $0,099 \pm 0,016$ ммоль/л и $0,197 \pm 0,049$ ммоль/л соответственно без добавления и после внесения препарата ($p = 0,019$). Раствор интерлейкина-1 β в дозе 200 пкг/мл из коммерческого набора фирмы «Протеиновый контур» для определения концентрации этого цитокина у больных ИБС во всех пробах стимулировал ЛВСЛ. Исходный уровень высвобождения БЛК составил $0,061 \pm 0,044$ ммоль/л, после

добавления препарата в культуральную среду — $0,081 \pm 0,049$ ммоль/л ($p = 0,004$). При добавлении в культуральную среду раствора ФНО-а в дозе 0,005 пкг/мл в 100% случаев наблюдалось увеличение высвобождения БЛК из лейкоцитов. Средняя величина ЛВСЛ до внесения препарата составила $0,163 \pm 0,056$, после — $0,400 \pm 0,270$ ммоль/л ($p = 0,074$). Методом корреляционного анализа установлены прямые взаимосвязи между величиной ЛВСЛ, «объемом» атеросклеротического поражения ($R = 0,7351$, $p = 0,003$) и количеством пораженных артерий ($R = 0,5193$, $p = 0,047$) у больных ИБС.

У больных, лейкоциты крови которых при культивировании высвобождали БЛК в концентрации менее 0,150 ммоль/л, средняя величина «объема» бляшки составила $1,08 \pm 0,63$ см², а у больных, имевших уровень ЛВСЛ более 0,150 ммоль/л — $2,04 \pm 0,75$ см² ($p = 0,025$).

Выводы: величина ЛВСЛ является значимым критерием активности атерогенеза у больных ИБС. Увеличение липидвысвобождающей способности лейкоцитов сочетается с более выраженным атеросклерозом магистральных артерий и с нестабильной клинической картиной болезни. Высокая способность нейтрофилов высвобождать БЛК у больных ИБС регулируется провоспалительными цитокинами — ИЛ-1, ИЛ-2, ФНО-а).

0648 ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Овечкин А.Л., Сыромятникова Т.Н., Ховаева Я.Б., Головской Б.В., Выход Н.Ю., Берг М.Д.

ГОУВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель исследования. Выявление структурных особенностей сосудистой стенки артерий разных регионов у курящих и некурящих больных артериальной гипертензией.

Методы исследования. Обследован 61 пациент с артериальной гипертензией (АГ) I-II степени в возрасте от 19 до 65 лет, среди которых 15 чел. (24,6%) имели стаж курения $11,6 \pm 1,5$ л., а 46 чел. (75,4%) не курили. Проводилось дуплексное исследование общих, внутренних и наружных сонных артерий, плечевого ствола, брюшной аорты, правых плечевой, бедренной и подколенной артерий с исследованием толщины комплекса интима-медиа (КИМ). В правых общей сонной (ПОСА), плечевой (ППА), бедренной (ПБА) и подколенной (ППОДА) артериях исследовались систолический (Дсист.) и диастолический (Ддиаст.) диаметры сосудов и производился расчет отношения КИМ/Ддиаст и артериального комплайнса (АК). Сосудодвигательную функцию плечевой артерии изучали по методике, описанной D. Celermajer et al. (1992), с оценкой динамики Ддиаст. В качестве норматива эндотелийзависимой вазодилатации принимался прирост Ддиаст более 10%, а эндотелийнезависимой — более 17% от исходного. Обработка результатов осуществлялась в программе «Statistica 7.0» с расчетом $M \pm m$, где М — среднее значение, m — стандартная ошибка среднего. Сравнение показателей производилось по t-критерию Стьюдента.

Результаты. На фоне курения толщина КИМ всех исследуемых сосудистых регионов была выше, чем у некурящих, при достоверных различиях в ПОСА — на 15,9% ($p = 0,03$), ПБА — на 26,6% ($p = 0,02$), ППОДА — на 22,5% ($p = 0,02$). Так же у курящих регистрировались более высокие значения отношения КИМ/Ддиаст, по сравнению с не курящими, наиболее выраженные в ПБА — на 11,3% ($p = 0,04$) и ППОДА — на 14,9% ($p = 0,04$), что свидетельствует о развитии внутреннего гипертрофического ремоделирования артерий. Величины АК у курящих были ниже, чем у не курящих, во всех исследуемых сосудах, что указывает на снижение эластических свойств сосудистой стенки под действием фактора риска. Достоверные различия по величине АК наблюдались в ППА и составляли 33,3% ($p = 0,04$). Эндотелийзависимая вазодилатация ППА была снижена как у курящих, так и у не курящих больных АГ. Прирост Ддиаст ППА в обеих группах составлял 8,6%, однако у не курящих он отмечался через 60 сек после декомпрессии и был достоверным ($p = 0,04$), а у курящих — через 30 сек, в то время как на 60-ой сек он снижался и составлял 8,4%. Эндотелийнезависимая вазодилатация на ППА у не курящих соответствовала норме и составляла 17,74% ($p = 0,04$), а у курящих была снижена — 15,7% ($p = 0,04$).

Вывод. Курение усугубляет процессы структурного ремоделирования в сосудах нижних конечностей (бедренных, подколенных), за счет увеличения толщины КИМ и в артериях верхних конечностей (плечевых) в виде снижения эластичности. Функциональные нарушения на фоне курения сопровождаются снижением как эндотелийзависимой, так и эндотелийнезависимой вазодилатации.

0649 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Овечкин А.Л.

ГОУВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель исследования. Изучение особенностей структуры артерий разных регионов у больных артериальной гипертензией (АГ) на фоне нормального и повышенного уровня общего холестерина сыворотки (ОХС).

Методы исследования. Обследован 61 пациент с АГ I-II степени в возрасте от 19 до 65 лет, среди которых у 13 чел (21,3%) уровень ОХС был выше 6,5 ммоль/л (средний уровень ОХС — $7,48 \pm 0,41$ ммоль/л), а у 48 чел (78,7%) уровень ОХС ниже 6,5 ммоль/л (средний уровень ОХС — $4,42 \pm 0,25$ ммоль/л). Проводилось дуплексное исследование толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общих, внутренних и наружных сонных артерий, плечевого ствола, брюшной аорты, правых плечевой (ППА), бедренной (ПБА) и подколенной артерий (ППоА). В правой общей сонной артерии (ПОСА), ППА, ПБА и ППоА исследовались систолический (Дсист.) и диастолический (Ддиаст.) диаметры сосудов и рассчитывались отношение КИМ/Ддиаст и артериальный комплайнс (АК). Сосудодвигательную функцию ППА изучали по методике, описанной D. Celermajer et al. (1992), с оценкой динамики Ддиаст. В качестве норматива эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) принимался прирост Ддиаст более 10%, а эндотелийнезависимой (ЭНЗВД) — более 17% от исходного. Уровень ОХС исследовали ферментативным колориметрическим методом реагентами фирмы «HUMAN» (Германия). Обработка результатов осуществлялась в программе «Statistica 7.0» с расчетом $M \pm m$, где M — среднее значение, m — стандартная ошибка среднего. Сравнение показателей производилось по t-критерию Стьюдента.

Результаты. На фоне гиперхолестеринемии толщина КИМ всех исследуемых артерий была выше, чем при нормальном уровне ОХС, при достоверных различиях в обеих внутренних сонных артериях, слева — на 17,3% ($p=0,03$), справа — на 20% ($p=0,03$), а также в ПБА — на 22,9% ($p=0,03$), в ППоА — на 24,19% ($p=0,03$). Значения отношения КИМ/Ддиаст у лиц с гиперхолестеринемией, по сравнению с пациентами с нормальным ОХС, были выше: в ПБА — на 12,5% ($p=0,04$) и ППоА — на 23,4% ($p=0,04$), что свидетельствует о развитии внутреннего гипертрофического ремоделирования артерий. Величины АК не имели достоверных различий при разном уровне ОХС, однако, более низкие их значения на фоне гиперхолестеринемии указывали на тенденцию к снижению сосудистой эластичности. ЭЗВД на ППА у лиц с гиперхолестеринемией была ранней и нестойкой: прирост Ддиаст через 15 сек после декомпрессии составлял 7,75%, а через 60 сек — 6,4%. При нормальном уровне ОХС прирост Ддиаст был постоянным и составлял 8% ($p=0,01$). ЭНЗВД на ППА у лиц с нормальным уровнем ОХС через 5 мин после приема препарата составляла 17,5% ($p=0,001$), а на фоне гиперхолестеринемии была снижена до 12,9% и определялась через 4 мин после приема нитроглицерина ($p=0,04$).

Вывод. Сопутствующая гиперхолестеринемия у больных АГ усугубляет структурное ремоделирование внутренних сонных артерий и артерий нижних конечностей (бедренной, подколенной) за счет увеличения толщины КИМ и сопровождается нарушениями функционирования вазодилаторных механизмов.

0650 КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИФЕДИПИНОМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ

Олейников В.Э., Матросова И.Б., Борисова Н.А., Гришаева Е.Е., Томашевская Ю.А.

Пензенский медицинский институт при ПГУ, Пенза, Россия

Цель: изучение влияния длительной терапии нифедипина медленного высвобождения на показатели, характеризующие сосудистую жесткость: скорость распространения пульсовой волны, сердечно — лодыжечный сосудистый индекс CAVI, индекс аугментации у лиц старше 60 лет с изолированной систолической АГ (ИСАГ).

Методы исследования: всего обследовано 20 человек с ИСАГ: из них — 3 мужчин (15%) и 17 женщин (85%). Средний возраст составлял $67,7 \pm 3,67$ лет; длительность АГ — $10,7 \pm 6,75$ лет; САД и ДАД — $157 \pm 7,66$ и $86,5 (84,5; 88)$ мм рт.ст. Сосудистую жесткость оценивали методом объемной сфигмографии с помощью прибора Va-Sera-1000 («Fucuda Denshi», Япония). Определяли следующие показатели: скорость распространения пульсовой волны (СРПВ) в аорте (PWV), в артериях преимущественно эластического типа справа и слева (R-PWV, L-PWV), в артериях мышечного типа (B-PWV), а также сердечно-лодыжечный сосудистый индекс — CAVI1 и L-CAVI. Эти показатели, вычисляемые автоматически, характеризуют податливость артерий и степень их атеросклеротического поражения. Индекс CAVI позволяет оценить истинную жесткость артерий и исключить влияние отраженной волны на уровень системного АД. Для количественной оценки обратной пульсовой волны использовали индекс аугментации R-AI. Кроме указанных показателей, автоматически определялся биологический возраст сосудов пациента. Всем пациентам с ИСАГ был назначен Кордафлекс РД в дозе 40 мг/сут в течение 48 недель.

Полученные результаты: в результате длительной терапии наблюдалось достоверное снижение офисного САД до $125,5 \pm 3,55$ мм рт.ст. ($p<0,05$) и ДАД — до $74,86 \pm 3,56$ мм рт.ст. ($p<0,05$). Кордафлекс РД вызвал достоверное уменьшение всех характеристик сосудистой жесткости, а именно: PWV в аорте с $9,8 \pm 4,3$ до $5,2 \pm 2,3$ м/с; R-PWV с $17,4 \pm 3,2$ м/с до $15,1 \pm 2,5$ м/с ($p<0,05$); L-PWV с $17,6 \pm 2,7$ м/с до $15,2 \pm 2,6$ м/с ($p<0,05$) и B-PWV с $8,6 \pm 1,7$ м/с до $7,3 \pm 1,3$ м/с ($p<0,05$). Выявлена статистически значимая положительная динамика индекса CAVI1 с $11,1 \pm 2,3$ до $9,6 \pm 1,6$ ($p<0,01$) и L-CAVI1 с $11,4 \pm 3,0$ до $9,6 \pm 1,4$ ($p<0,01$). Также отмечено статистически значимое снижение R-AI с $1,2 \pm 0,2$ до $0,8 \pm 0,3$ ($p<0,001$). По окончании курса лечения у больных наблюдалось достоверное уменьшение биологического возраста с $71,45 \pm 5,43$ до $65,2 \pm 9,4$ лет ($p<0,05$).

Выводы: у лиц старше 60 лет повышение САД связано со снижением растяжимости аорты и крупных артерий, что приводит к увеличению СРПВ, скорости и амплитуды отраженной пульсовой волны. Известно, что повышение каротидно — феморальной СРПВ является маркером роста сердечно — сосудистой заболеваемости и смертности в данной возрастной популяции. Длительный прием Кордафлекса РД обеспечивает нормализацию офисного АД у пожилых лиц с ИСАГ. Одна из причин — регресс ремоделирования сосудистой стенки, который заключался в положительном влиянии Кордафлекса РД на СРПВ в артериях эластического и мышечного типа; улучшении структурно — функциональных свойств сосудов и уменьшении амплитуды отраженной волны.

0651 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВЛИЯНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1–2 СТЕПЕНИ

Олейников В.Э., Матросова И.Б., Елисеева И.В., Гусаковская Л.И. Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель: оценка клинической эффективности и влияния на липидный профиль препарата карветренд (Pliva) отдельно и в

сочетании с зорстатом (Pliva) у больных метаболическим синдромом (МС) с АГ 1 – 2 степени.

Методы исследования: всего обследовано 62 пациента с МС: 28 мужчин (45%) и 34 женщины (55%) в возрасте от 32 до 61 лет (средний возраст $50,87 \pm 8,61$ лет). Все обследованные были разделены на 2 группы: 1-ая группа ($n=36$; 13 мужчин – 36% и 23 женщины – 64%, средний возраст $49,85 \pm 9,35$ лет) включала больных, имевших 3 признака МС (по критериям ВНОК, 2007 г.), во 2-ую группу ($n=26$; 15 мужчин – 60% и 11 женщин – 40%, средний возраст $52,82 \pm 7,22$ лет) распределяли пациентов с 4-мя и более признаками МС. Измерение офисного АД проводили до лечения и в динамике по Н.С. Короткову. Офисное АД в первой группе составило $148,8 \pm 11,7$ и $97,2 \pm 5,1$ мм рт.ст.; ИМТ – $31,8 \pm 4,7$ кг/м², окружность талии – $102,69 \pm 9,9$ см. Во второй группе указанные показатели были соответственно: $151,2 \pm 10,1$ и $97,0 \pm 5,2$ мм рт.ст.; $33,88 \pm 5,2$ кг/м², $108,91 \pm 9,1$ см. Изучали уровни общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ); коэффициент атерогенности (КА), который рассчитывали по формуле: $КА = (ОХ - ЛПВП) / ОХ$. В первой группе показатели липидного профиля составили: ОХ – $5,95 \pm 0,6$ ммоль/л; ЛПНП – $4,14 \pm 0,7$ ммоль/л; ЛПВП – $1,28$ (0,9; 1,5) ммоль/л; ТГ – $1,89$ (1,5; 1,9) ммоль/л; КА – $3,89 \pm 1,2$. Во второй группе отмечены следующие показатели: ОХ – $6,39$ (5,8; 6,8) ммоль/л; ЛПНП – $4,37 \pm 0,8$ ммоль/л; ЛПВП – $1,24 \pm 0,3$ ммоль/л; ТГ – $2,12$ (1,3; 2,2) ммоль/л; КА – $4,04 \pm 1,2$. Все пациенты получали карветренд $12,5-37,5$ мг/сут. При недостаточном антигипертензивном эффекте монотерапии добавляли коринфар уно (AWD pharma) $20-40$ мг/сут. Пациенты 2-й группы получали зорстат $10-20$ мг/сут и формин 850 мг/сут. Длительность лечения составила 16 недель.

Результаты: через 16 недель лечения отмечалось достоверное снижение офисного САД на 14,9% и ДАД – на 18,2% (до $126,7 \pm 5,9$ и $79,5 \pm 5,0$ мм рт.ст.; $p < 0,01$) в 1-й группе; САД – на 16,2% и ДАД – на 15,5% (до $126,7 \pm 4,5$ и $82,0 \pm 3,2$ мм рт.ст.; $p < 0,01$) во 2-й группе. Отмечено снижение показателей липидного профиля в первой группе однако статистически незначимое. Во второй группе наблюдалось достоверное снижение уровня ОХ на 12% (до $5,6$ (4,8; 6,3) ммоль/л; $p < 0,01$) и ЛПНП на 16,2% (до $3,66 \pm 0,9$ ммоль/л; $p < 0,01$). У пациентов данной группы отмечена положительная тенденция по улучшению остальных показателей липидного профиля.

Выводы: карветренд в виде монотерапии и совместном применении с коринфаром-уно эффективно снижает АД у больных МС с АГ 1–2 степени по данным офисных значений независимо от количества факторов риска, не ухудшая липидный обмен. Добавление зорстата пациентам с МС и АГ позволяет достичь достоверного снижения ОХ и ЛПНП.

0652 ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST: ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Олесин А.И., Коновалова О.А., Козий А.В., Семенова Е.В., Уол Л.С., Кухарчик Г.А., Шабров А.В.

Кафедра госпитальной терапии с курсом семейной медицины, клинической фармакологии и клинической лабораторной диагностики Государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – возможность оценки риска развития жизнеугрожающих желудочковых аритмий (ЖЖА) у больных острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST, осложненным развитием желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) в первые 24 ч от начала заболевания.

У 46 собак моделировалась ЖЭ с механизмом ранней, задержанной постдеполяризации, ге-энтри и ишемические аритмии. Наблюдалось 168 больных ОКС без подъема сегмента ST, осложненным ЖЭ II – V класса по Лауну. Всем больным, помимо общеклинического обследования, определялись поздние потенциалы

желудочков (ППЖ), дисперсия интервала QT (QTd), турбулентность ритма сердца (ТРС) ЖЭ. Результаты исследования показали, что по данным экспериментального исследования, развитие устойчивой ЖТ и(или) ФЖ наблюдалось у всех животных при моделировании ЖЭ по механизму ранней постдеполяризации, у 75,00% и у 85,71% – ге-энтри и по ишемическому типу соответственно. На госпитальном этапе ЖЖА наблюдалось у 13,76% больных ОКС, причем у 69,32% из них – в первые 3 суток от начала клинической картины заболевания. Положительная прогностическая значимость развития ЖЖА у больных ОКС на госпитальном этапе для выявленных ППЖ, QTd > 80мс, патологических значений ТРС ЖЭ – не превышала 42%. Дополнительным показателем для оценки риска развития ЖЖА является определение риска развития ЖЖА, рассчитываемого по формуле: $РРЖЖА = A \div B$, где РРЖЖА – риск развития ЖЖА (в относительных единицах), А – линейного отклонения скорректированного предэктопического интервала (в мс) не менее чем в 20 ЖЭ, рассчитанного отдельно для лево-ЖЭ и право-ЖЭ, В – количество ЖЭ, используемых для исследования (выраженное в количестве экстрасистол в час). При значениях РРЖЖА < 0,5 у больных ОКС без подъема сегмента ST, осложненным ЖЭ, расценивается как высокий риск развития ЖЖА на госпитальном этапе с положительной прогностической значимостью 96,34%.

Таким образом, у больных ОКС, осложненным ЖЭ, с высоким риском развития ЖЖА показано назначение сразу препаратов III класса и (или) проведение реваскуляризации миокарда, при наличии показаний после оценки проходимости коронарного русла.

0653 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Онуцина Е.Л., Соловьёв О.В., Мочалова О.В., Кононов С.К., Онуцин С.Г. Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель работы: выявить особенности хронической персистирующей фибрилляции предсердий (ФП) у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и различной степенью углеводных нарушений.

Материал и методы. Обследованы 124 пациента в возрасте от 44 до 83 лет с рецидивами ФП: при абдоминальном ожирении (ИМТ более 30 кг/м^2 , окружность талии больше 80 см у женщин и 94 см у мужчин) выделены группы с нормальным углеводным обменом (НУВ), $n=30$, с нарушенной толерантностью к углеводам (НТГ), $n=20$, с сахарным диабетом 2 типа (СД2), $n=46$; в группу контроля вошли пациенты без МС, $n=28$. Критерии исключения: перманентная ФП, значимые пороки сердца, инфаркт миокарда с Q в анамнезе, аневризма сердца. Оценили частоту и степень тяжести хронической персистирующей ФП; углеводный и липидный обмен; контроль артериальной гипертензии (АГ); результаты эхокардиографического исследования и суточного ЭКГ мониторингирования (синусный ритм); индекс инсулинорезистентности НОМА IRindex (ИР).

Результаты. Средний возраст пациентов в группах сопоставим, но 65-80% пациентов с МС составили женщины (в группе контроля – 43%) ($p < 0,05$ во всех группах в сравнении с контролем). Уровень среднесуточной гликемии выше в группах МС. Во всех группах выявлен неблагоприятный липидный спектр, наиболее измененный у пациентов с МС: гипертриглицеридемия $1,7 \pm 0,4$, $1,8 \pm 0,3$, $1,99 \pm 0,6$ в группах НУВ, НТГ, СД2; в группе контроля – $1,24 \pm 0,6$) и снижение липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) ($1,18 \pm 0,3$, $1,28 \pm 0,4$ и $1,14 \pm 0,2$ в группах НУВ, НТГ, СД2; в группе контроля – $1,6 \pm 0,8$) ($p < 0,05$ в группах МС в сравнении с контролем). Отсутствие контроля АГ – 47-65% больных МС и 36% в контрольной группе ($p > 0,05$). У пациентов с МС установлено увеличение размеров левого предсердия (КДР ЛП, мм) ($44 \pm 4,4$, $45 \pm 4,42$ и $46,3 \pm 4,8$ соответственно в группах НУВ, НТГ, СД2 против $40,8 \pm 5,3$ в группе контроля) ($p < 0,05$ во всех группах в сравнении с контролем); увеличение индекса массы миокарда левого желудочка (ЛЖ) и у мужчин и у женщин ($p < 0,05$ во всех группах в сравнении с контролем). У 56-80% пациентов с МС

выявлена диастолическая дисфункция ЛЖ (в контроле — 43%), у 60-74% — концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ (в группе контроля — 44%). У пациентов с МС выявлено повышение ИР ($2,2 \pm 1,03$, $3,8 \pm 1,54$ и $4,2 \pm 1,9$ в группах НУВ, НТГ, СД2; контроль — $1,1 \pm 0,25$) ($p < 0,05$ во группах в сравнении с контролем). В группе СД2 установлена связь ИР с КДР ЛП ($r = 0,474$, $p = 0,04$). У пациентов с МС отмечена тахикардия ($119,3 \pm 17,8$, $100,8 \pm 16,1$ и $114,2 \pm 29,9$ в группах НУВ, НТГ, СД2) ($p < 0,05$ в сравнении с контролем). В группе СД2 выявлено снижение показателя SDANN ($p < 0,05$). При наличии МС рецидивы ФП более 1 раза в месяц возникали чаще (НУВ — 56%, НТГ — 65%, СД2 — 61%), чем в группе контроля (36%) ($p < 0,05$). Тяжело переносили рецидивы ФП практически все пациенты с МС (90-96%) и две трети больных в группе контроля (64%) ($p < 0,05$ в сравнении с контролем).

Выводы. У пациентов с МС рецидивы персистирующей ФП возникают чаще (особенно при НТГ или СД2) и протекают тяжелее, что возможно обусловлено увеличением ИР с прогрессированием метаболических нарушений, ремоделированием миокарда и выраженной гиперсимпатикотонией.

0654 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

Онушин С.Г., Елсукова О.С. Власихина Е.Н.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель: изучить распространенность артериальной гипертензии (АГ), ассоциированных с АГ факторов, сравнить выраженность АГ у пациенток СД2 с наличием синдрома диабетической стопы (СДС) и без СДС, оценить и сравнить эффективность различных вариантов гипотензивной терапии у данных групп пациенток по достижению целевых значений лечения АГ при СД.

Материалы и методы: обследовано 189 пациентки с длительно декомпенсированным (более 1 года) СД2. Пациентки в зависимости от наличия СДС разделены на группы: 1-я группа ($n = 50$ пациенток СД2 с СДС), 2-я группа ($n = 139$ пациенток СД2 без СДС). Пациентки обеих групп не различались по полу (ж), возрасту ($67,21 \pm 5,84$ лет ($M \pm s$) и $66,23 \pm 8,74$ лет, $p = 0,46$), длительности СД ($13,25 \pm 4,42$ лет и $11,9 \pm 3,05$ лет, $p = 0,54$), длительности АГ ($15,34 \pm 6,78$ лет и $14,56 \pm 5,34$ лет, $p = 0,46$). Критический уровень значимости различий $p < 0,05$.

Результаты. АГ выявлена у 98% пациенток СД2 с СДС и 97% пациенток без СДС. У пациенток с СДС систолическое АД (САД) составило $173,10 \pm 22,37$ мм рт.ст. и было достоверно выше ($p < 0,001$), чем у пациенток без СДС — $160,90 \pm 20,97$ мм рт.ст. Диастолическое АД (ДАД) было высоким в обеих группах пациенток — $94,55 \pm 13,59$ мм рт.ст. в 1-ой группе и $93,06 \pm 9,25$ мм рт.ст. во 2-ой группе. Диабетическая нефропатия (ДН) была выявлена у 73,46% больных АГ с СДС и у 55,56% пациенток без СДС ($p = 0,012$). Однако у пациенток с СДС выявлены более тяжелые стадии ДН, чем у пациенток без СДС ($p < 0,001$). У больных с СДС стадия протеинурии выявлена в 71,05%. У пациенток без СДС преобладала стадия МАУ — 69,33% случаев. Целевой уровень АД был достигнут у 85,71% больных с СДС и у 97,78% пациенток без СДС ($p = 0,007$). САД к концу лечения составило $136,10 \pm 18,02$ мм рт.ст. у пациенток 1-ой группы и $125,17 \pm 9,54$ мм рт.ст. у пациенток группы сравнения ($p < 0,001$), ДАД к концу лечения составило $80,84 \pm 6,83$ мм рт.ст. в группе СДС и $75,64 \pm 5,64$ мм рт.ст. в группе сравнения ($p < 0,001$). Для достижения целевых значений 2-х компонентная гипотензивная терапия (ИАПФ, тиазидоподобный диуретик) использовалась у 16,32% пациенток с СДС и 34,82% у пациенток без СДС, 3-х компонентная (ИАПФ, тиазидоподобный диуретик, β -блокатор или БКК) — у 77,55% пациенток с СДС и 65,18% пациенток без СДС ($p = 0,02$), 4-х компонентная терапия (ИАПФ, тиазидоподобный диуретик, β -блокатор, БКК) использовалась лишь у пациенток с СДС в 6,13% случаев.

Выводы. Выявлена высокая распространенность АГ среди пациенток СД2. У пациенток с СДС выявлены более высокие цифры АД. В усилении и утяжелении АГ при СДС значительную роль играет наличие и прогрессирование ДН, особенно стадии протеинурии. Для контроля АД у пациенток с осложненным СД требуется многокомпонентная схема гипотензивной терапии с назначением ИАПФ. Двухкомпонентная терапия эффективна у 30% пациенток, не имеющих ДН. Монотерапия АГ неэффективна у пациенток с осложненным СД.

0655 КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ополонский Д.В., Максимов Н.И.

ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель. Стабильная стенокардия напряжения (ССН) — наиболее распространенная форма ишемической болезни сердца (ИБС). Метаболический синдром (МС) — одна из основных причин развития ИБС и фактор, осложняющий ее течение. Дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС) играет важную роль в патогенезе данных заболеваний, а также определяет прогноз. С целью повышения эффективности коррекции вегетативных нарушений мы предлагаем использовать препарат нейротропного действия бенфотиамин (БТ).

Методы исследования. В исследовании приняли участие 168 больных ССН (ФК $2,76 \pm 0,03$, возраст $52,33 \pm 0,38$ года, ИМТ $40,04 \pm 0,43$ кг/м²) без инфаркта миокарда и сахарного диабета второго типа в анамнезе с признаками МС IDF-2005. Больных разделили на 2 группы: наблюдения ($n = 102$) и сравнения ($n = 66$); больные группы наблюдения в дополнение к стандартной терапии получали БТ 300 мг/сутки, больные группы сравнения получали стандартную терапию; продолжительность исследования — 6 месяцев. Исходно, через 2 и 6 месяцев наблюдения с помощью цифрового электрокардиографа «Поли-Спектр-12» и компьютерной программы анализа вариабельности ритма сердца (АВРС) «Поли-Спектр-Ритм» оценивали реакции ВНС: проводили АВРС фоновой записи ЭКГ в течение 5 минут, пробу с глубоким управляемым дыханием (ДП), пробу Вальсальвы (ПВС), активную ортостатическую пробу (АОП), пробу с изометрической нагрузкой (ПИС). Программой «Поли-Спектр-Ритм» результаты $K_{ДП}$, $K_{30/15}$, $K_{ПВС}$, САД_{АОП}, ДАД_{ПИС} переводились в баллы: патологическое значение — 2, пограничное значение — 1, норма — 0. Общее состояние ВНС ($ОС_{ВНС}$) оценивали по сумме баллов всех показателей; состояние парасимпатического отдела ВНС ($ПС_{ВНС}$) — по сумме баллов $K_{ДП}$, $K_{30/15}$ и $K_{ПВС}$; состояние симпатического отдела ВНС ($М_{ВНС}$) — по сумме АД_{АОП}, АД_{ПИС} и $K_{ПВС}$.

Полученные результаты. Больные ССН с МС характеризуются выраженным поражением $ПС_{ВНС}$ и умеренным поражением $М_{ВНС}$. На промежуточном (2 мес.) и конечном (6 мес.) этапах исследования в обеих группах получены достоверные позитивные результаты, более выраженные в группе наблюдения (достоверность различий с показателем группы сравнения: ^{наб} — достоверно, * — $p < 0,05$, ** — $p < 0,01$, *** — $p < 0,001$); в группе сравнения: $K_{ДП}$ ($1,75 \pm 0,05$, $1,69 \pm 0,05$, $1,57 \pm 0,05$), $K_{30/15}$ ($1,79 \pm 0,05$, $1,74 \pm 0,05$, $1,62 \pm 0,05$), $K_{ПВС}$ ($1,65 \pm 0,06$, $1,6 \pm 0,06$, $1,43 \pm 0,06$), САД_{АОП} ($0,54 \pm 0,07$, $0,49 \pm 0,07$, $0,35 \pm 0,05$), ДАД_{ПИС} ($1,43 \pm 0,09$, $1,35 \pm 0,08$, $1,17 \pm 0,08$), $ПС_{ВНС}$ ($5,19 \pm 0,08$, $5,02 \pm 0,08$, $4,62 \pm 0,08$), $М_{ВНС}$ ($3,63 \pm 0,14$, $3,44 \pm 0,13$, $2,96 \pm 0,12$), $ОС_{ВНС}$ ($7,17 \pm 0,14$, $6,87 \pm 0,13$, $6,15 \pm 0,12$); в группе наблюд.: $K_{ДП}$ ($1,75 \pm 0,04^{наб}$, $1,62 \pm 0,04^{наб}$, $1,38 \pm 0,04^{наб}$), $K_{30/15}$ ($1,79 \pm 0,04^{наб}$, $1,67 \pm 0,04^{наб}$, $1,44 \pm 0,04^{наб}$), $K_{ПВС}$ ($1,66 \pm 0,05^{наб}$, $1,51 \pm 0,05^{наб}$, $1,25 \pm 0,05^{наб}$), САД_{АОП} ($0,54 \pm 0,06^{наб}$, $0,46 \pm 0,05^{наб}$, $0,31 \pm 0,04^{наб}$), ДАД_{ПИС} ($1,44 \pm 0,07^{наб}$, $1,28 \pm 0,07^{наб}$, $0,98 \pm 0,06^{наб}$), $ПС_{ВНС}$ ($5,2 \pm 0,07^{наб}$, $4,8 \pm 0,07^{наб}$, $4,07 \pm 0,07^{наб}$), $М_{ВНС}$ ($3,64 \pm 0,11^{наб}$, $3,25 \pm 0,10^{наб}$, $2,54 \pm 0,08^{наб}$), $ОС_{ВНС}$ ($7,18 \pm 0,12^{наб}$, $6,54 \pm 0,11^{наб}$, $5,36 \pm 0,10^{наб}$).

Выводы. Включение метаболически нейтрального бенфотиамин в стандартную схему лечения больных стабильной стенокардией напряжения с метаболическим синдромом достоверно улучшает показатели вегетативных функций.

0656 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Орлов А.В., Харламов А.И.

1602 окружной военный клинический госпиталь МО РФ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы. Изучить суточные профили артериального давления у военнослужащих на рабочем месте.

Методы исследования. Суточный профиль артериального давления на рабочем месте изучался у 171 военнослужащего мужского пола, средний возраст которых составил $37,1 \pm 4,1$ лет. У всех военнослужащих, включенных в исследование, в ходе ежегодного диспансерного обследования показатели (САД) систолического артериального давления (артериальное давление измерялось врачом в ходе осмотра военнослужащего) не превышали 135 мм рт.ст., а диастолического (ДАД) — 80 мм рт.ст. В ходе исследования суточное мониторирование артериального давления у всех военнослужащих проводилось в период суточного дежурства, в период обычной служебной деятельности и один раз во время отдыха (в выходной день).

Полученные результаты. В результате исследования установлено, что у 88 (51,5%) военнослужащих во время суточного дежурства, во время обычной служебной деятельности и во время отдыха артериальное давление было нормальным и составляло: САД — $122,3 \pm 7,1$ мм рт.ст., ДАД — $78,7 \pm 6,2$ мм рт.ст. У 65 (38,0%) военнослужащих была выявлена артериальная гипертензия первой степени. Во время суточного дежурства у них наблюдалось транзиторное повышение артериального давления (САД — $138,3 \pm 9,1$ мм рт.ст., ДАД — $92,7 \pm 8,5$ мм рт.ст.), преимущественно в дневное и вечернее время, и высокая вариабельность АД (17% — вариабельность систолического артериального давления и 14% — вариабельность диастолического артериального давления). Во время обычной служебной деятельности повышенное артериальное давление сохранялось у 22 (33,8%) военнослужащих (САД $141,7 \pm 8,3$ мм рт.ст., ДАД $93,1 \pm 9,5$ мм рт.ст.). Во время отдыха лишь 15 (23,1%) военнослужащих артериальное давление достигало показателей мягкой артериальной гипертензии (САД — $144,7 \pm 7,6$ мм рт.ст., ДАД — $93,2 \pm 4,1$ мм рт.ст.), а у остальных 50 (76,9%) военнослужащих этой группы артериальное давление было в норме (САД — $125,3 \pm 3,1$ мм рт.ст., ДАД — $77,2 \pm 5,3$ мм рт.ст.). У 18 (10,5%) военнослужащих была выявлена стойкая артериальная гипертензия второй степени. Артериальное давление было стабильно высоким как во время суточного дежурства (САД — $171,3 \pm 8,3$ мм рт.ст., ДАД — $104,7 \pm 3,0$ мм рт.ст.), так и во время обычной служебной деятельности (САД — $170,1 \pm 5,2$ мм рт.ст., ДАД — $101,9 \pm 2,7$ мм рт.ст.). Во время отдыха у 4 (23,5%) военнослужащих суточные показатели артериального давления были нормальными, а у остальных (14 человек) регистрировались показатели, характерные для артериальной гипертензии первой степени (САД — $149,1 \pm 10,2$ мм рт.ст., ДАД — $93,7 \pm 2,8$ мм рт.ст.).

Выводы. Таким образом, полученные при диспансерном обследовании случайные значения артериального давления не отражают изменений АД военнослужащего в период служебной деятельности и в повседневной жизни и поэтому приводят к переоценке или недооценке действительной динамики АД, что наглядно подтверждается результатами настоящего исследования.

0657 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ У КУРЯЩИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Орлов А.В., Харламов А.И.

1602 окружной военный клинический госпиталь МО РФ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы. Настоящее исследование проводилось для сравнительной оценки показателей суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у курящих и некурящих военнослужащих во время выполнения ими обязанностей военной службы.

Методы исследования. Суточный профиль артериального давления на рабочем месте изучался у 87 военнослужащих,

которые были разделены на две группы, сопоставимые по полу (все военнослужащие были мужского пола), возрасту (возраст курящих составил $35,7 \pm 8,9$ лет, а не курящих — $33,6 \pm 9,1$ лет) и индексу массы тела (ИМТ курящих — $27,5 \pm 6,2$ м²/кг, а не курящих — $25,8 \pm 5,9$ м²/кг). Первую группу курящих военнослужащих составили 47 человека, а вторую группу некурящих военнослужащих — 40 человек. Исходно у всех военнослужащих во время диспансерного обследования показатели артериального давления не превышали цифр высокого нормального АД и составили: систолическое артериальное давление (САД) — $132,2 \pm 5,2$ мм рт.ст. и диастолическое артериальное давление (ДАД) — $84,2 \pm 4,3$ мм рт.ст. В ходе исследования суточное мониторирование артериального давления у всех военнослужащих проводилось в период суточного дежурства, в течение которого военнослужащие отдыхали (спали) четыре часа.

Полученные результаты. Полученные результаты обращают внимание на тот факт, что в группе курящих военнослужащих артериальная гипертензия на рабочем месте регистрировалась в 74,5% случаев (у 35 человек) достоверно выше ($p < 0,05$) чем в группе некурящих (в 40,0% случаев, у 16 человек). При этом показатели среднесуточного систолического АД (САД $158,4 \pm 7,2$ мм рт.ст.) и среднесуточного диастолического АД (ДАД $93,7 \pm 3,6$ мм рт.ст.) у курящих военнослужащих, с выявленной артериальной гипертензией, были достоверно выше ($p < 0,05$) аналогичных показателей группы некурящих военнослужащих с артериальной гипертензией (САД — $143,2 \pm 6,4$ мм рт.ст. ДАД $86,4 \pm 2,8$ мм рт.ст.). Показатели суточной вариабельности САД ($18,3 \pm 2,5\%$) и ДАД ($14,8 \pm 4,3\%$) в группе курящих военнослужащих были достоверно выше ($p < 0,05$) изменений САД ($12,1 \pm 2,8\%$) и ДАД ($9,4 \pm 1,1\%$) в группе некурящих военнослужащих. Оценка степени снижения ночного артериального давления выявила следующий факт: в группе некурящих военнослужащих, с артериальной гипертензией, достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались «дипперы» ($43,7 \pm 2,1\%$ случаев). В то время как, в группе курящих военнослужащих, с артериальной гипертензией, «дипперов» было лишь $24,8 \pm 5,6\%$. Достоверных различий по среднесуточной частоте сердечных сокращений (ЧСС) между исследуемыми группами не было выявлено (ЧСС в группе курящих военнослужащих составила $77,3 \pm 5,2$ ударов/мин, а в группе некурящих — $69,1 \pm 4,2$ ударов/мин).

Выводы. Сравнение показателей СМАД показало, что среди курящих военнослужащих достоверно чаще, чем у некурящих выявляется артериальная гипертензия на рабочем месте. В группе курящих военнослужащих наблюдается большая вариабельность АД и недостаточная степень снижения ночного АД (в этой группе преобладают «нондипперы»), по сравнению с аналогичными показателями АД группы некурящих военнослужащих.

0658 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Орлова Е.В., Тишкина Н.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования: повысить эффективность профилактики и лечения артериальной гипертензии (АГ) у работников железнодорожного транспорта путем проведения школ здоровья.

Методы исследования. Было проведено 4 школы здоровья «Артериальная гипертензия», каждую из которых посетили от 20 до 25 лиц, всего — 92 поездных диспетчера Дорожного центра управления перевозками ОАО РЖД на станции Воронеж-1, т. к. у этой категории лиц высока вероятность наличия следующих факторов риска АГ: психоэмоциональных перегрузок и стрессов на работе, нерационального режима труда и отдыха с работой в ночные смены и отсутствием регулярного полноценного ночного сна, гиподинамией с низким уровнем физической активности и сидячим образом жизни.

Участникам предлагалась анкета по индивидуальной оценке влияния школы здоровья «Артериальная гипертензия» на дальнейший образ жизни.

Результаты исследования. По мнению пациентов, школа оказалась эффективна у 87 человек (94,6% от всех обследуемых), неэффективна только у 5 (5,4% от всех обследуемых). При детальном анализе анкет, было выявлено, что фактор риска «отсутствие контроля АД» имелся у 63 человек (68,5% всех обследованных), из них 24 человека (38,0% имеющих данный фактор риска и 26,1% всех обследованных) после проведения школы решили измерять АД ежедневно утром и вечером. Нерациональное питание было выявлено у 89 пациентов (96,7% всех обследованных), из них 52 человека (58,4% имеющих данный фактор риска и 56,5% всех обследованных) решили придерживаться принципов здорового питания после школы здоровья. Фактор риска «гиподинамия» имелся у 76 опрошенных (82,6% всех обследованных), из них 55 пациентов (72,4% имеющих данный фактор риска и 59,8% всех обследованных) решили увеличить свою физическую активность после посещения школы здоровья. Курили 46 человек (50% всех обследованных), решили бросить курить после посещения школы здоровья 32 пациента (69,6% имеющих данный фактор риска и 34,8% всех обследованных). Стресс как фактор риска АГ был выявлен у 90 пациентов (97,8% всех обследованных), из них 46 человек (51,1% имеющих данный фактор риска и 50,0% всех обследованных) после проведения школы отметили, что их отношение к стрессовым ситуациям изменилось, и они овладели элементарными способами релаксации и управления стрессом.

Выводы:

1. Проведение школы здоровья повлияло на все основные факторы риска АГ у работников железнодорожного транспорта, причем наиболее — на приверженность здоровому питанию, отказ от курения, повышение уровня физической активности, изменение отношения к стрессовым ситуациям.

2. Эффективность школы здоровья «Артериальная гипертензия» в среднем оказалась выше среди женщин, чем среди мужчин.

3. Школа здоровья является важной частью профилактики АГ и должна быть включена в комплексное лечение данного заболевания.

0659 КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЕЗДНЫХ ДИСПЕТЧЕРОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА

Орлова Е.В., Тишкина Н.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования: выявить факторы риска артериальной гипертензии (АГ) у поездных диспетчеров железнодорожного транспорта.

Методы исследования. В исследуемую группу вошли 92 поездных диспетчера, 44 мужчины и 48 женщин в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст — $40,5 \pm 0,8$ лет), которые участвовали в анкетировании по выявлению факторов риска АГ. Нормальное АД имели 69 человек (75% обследованных), I степень АГ — 20 (21,7%), II степень — 3 (3,3%).

Результаты исследования. Изначально не знали свой уровень АД 43 человека (46,7%), из них страдали АГ 14 (32,6% от тех, кто не знал свое АД). Фактор риска «отсутствие контроля АД» был выявлен у 34 мужчин (77,2%) и 29 женщин (60,4%). Обследуемых с нормальной массой тела было 22 женщины (45,8% обследуемых женщин) и 16 мужчин (36,4% обследуемых мужчин), с избыточной массой тела — 17 (35,4%) и 15 (34,1%) соответственно, с I степенью ожирения — 7 (14,6%) и 13 (29,5%), со II степенью ожирения — 2 женщины (4,2%). Продукты животного происхождения значительно чаще употребляли мужчины (ежедневно или 2–3 раза в неделю 33 мужчины (75%) и 22 женщины (45,9%)). Обезжиренные продукты преобладали в рационе 37 женщин (77,1%) и лишь 18 мужчин (40,9%). 20 мужчин (45,5%) и 23 женщины (47,9%) ежедневно использовали в пищу молочные продукты. Фактор риска «употребление в пищу субпродуктов» имели 19 обследованных мужчин (43,2%) и 27 женщин (56,3%). Овощи и фрукты ежедневно употребляли 22 мужчины (50,0%) и 22 женщины (45,8%). Фактор риска «досаливание пищи» встре-

чался у мужчин в 1,7 раза чаще, чем у женщин (14 (31,8%) против 9 (18,8%)). Морскую рыбу не употребляли в пищу одинаковое число мужчин и женщин (6 (13,6%) и 5 (10,4%) соответственно). Спортсменами не занимались 27 мужчин (61,4%) и 37 женщин (77,1%), менее 2-х раз в неделю — 7 (15,9%) и 5 (10,4%) соответственно, 2–4 раза в неделю — 10 (22,7%) и 6 (12,5%), более 4-х раз в неделю — никто из обследованных. Фактор риска «курение» присутствовал у 30 мужчин (68,2%) и 16 женщин (33,3%). При этом менее 1 пачки сигарет в день выкуривали 11 мужчин (25,0%) и 15 женщин (31,2%), более 1 пачки — 17 (38,7%) и 1 (2,1%) соответственно, более 2-х пачек — 2 мужчин (4,5%) и никто из женщин. Стресс на работе испытывали 48 женщин (100%) и 42 мужчины (95,5%), стресс дома — 16 женщин (33,3%) и 5 мужчин (11,4%).

Выводы. 1. Наиболее часто встречающимися факторами риска АГ у поездных диспетчеров являются стресс на работе, гиподинамия, курение, отсутствие контроля АД, нерациональное питание.

2. Комплексная оценка факторов риска АГ у работников железнодорожного транспорта является необходимой частью профилактики данного заболевания.

0660 ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Орлова Н.В., Ситников В.Ф., Ярцева И.М., Хавка Н.Н., Прохин А.В.
ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель. Изучение полиморфизмов генов IL 10–627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2 у больных ИБС с дислипидемией.

Методы исследования. Было обследовано 40 больных ИБС, стабильная стенокардия, в возрасте от 40 до 60 лет. Диагноз ИБС устанавливали на основании типичных болевых приступов, анамнеза заболевания, данных электрокардиографии, велоэргометрии, коронарографии. Контрольную группу составили 40 больных без наличия признаков ишемической болезни сердца по данным обследования. У всех пациентов определялся липидный спектр. Определение полиморфных фрагментов ДНК исследуемых генов проводили с помощью электрофоретического метода. При проведении полимеразной цепной реакции (ПЦР) был использован пара синтезированных праймеров (фирма «Синтол»), специфичных для данного полиморфного варианта. Для вариантов IL 10–627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2 использовался ПДРФ анализ с последующим электрофорезом на полиакриламидном геле. Полученные данные обработаны на персональном компьютере на базе Intel Celeron в программной среде Microsoft Excel. Индекс отношения шансов (OR) определяли по четырехпольной таблице, вычисляли доверительный интервал (ДИ) программа STATISTICA.

Полученные результаты. При оценке отношений шансов полиморфизмов иммунных генов выявляется ассоциация генотипа A/C гена IL-10-627 A/C с развитием ИБС, OR составило $3,1 \pm 0,46$ (ДИ=1,24;7,71) ($p < 0,05$). Была выявлена ассоциация генотипа TNF2/TNF2 гена TNF- α –308 TNF1/TNF2 с развитием ИБС, OR составило $4,75 \pm 0,83$ (ДИ=1,04;23,99) ($p < 0,05$). При оценке отношений шансов по полиморфизмам иммунных генов, выявляются значительное превышение показателя OR для генотипа A/C гена IL-10-627 A/C у больных с гиперхолестеринемией, которое составило $4,72 \pm 0,58$ (ДИ=1,53;14,6) при сравнении с показателями больных с нормальным уровнем холестерина равное $1,88 \pm 0,59$ (ДИ=0,59;5,9) ($p < 0,05$). Взаимосвязи гиперхолестеринемии с полиморфизмами гена TNF- α –308 TNF1/TNF2 выявлено не было. При сопоставлении OR генотипов изучаемых генов воспаления IL-10-627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2 с уровнями ЛПНП достоверно значимых отличий получено не было.

Выводы. Выявлена ассоциация ИБС с генотипами генов воспаления IL-10-627 A/C и TNF- α –308 TNF1/TNF2. Ассоциация генотипа A/C гена IL-10-627 A/C с гиперхолестеринемией у больных ишемической болезнью сердца может свидетельствовать о генетической обусловленности воспаления при атеросклеротическом процессе.

0661 ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЭКСПРЕСС МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Орлова О.И., Полунина О.С., Воронина Л.П., Хазова В.А., Облицова М.А. МУЗ «Центр восстановительной медицины и реабилитации», Астрахань, Россия; ГОУ ВПО Астраханская государственная медицинская академия Росздрав, Астрахань, Россия

Цель. Оптимизация диагностики функционального состояния сердечно-сосудистой системы и лечения пожилых больных ИБС на основе анализа показателей экспресс мониторинга ЭКГ на поликлиническом этапе реабилитации.

Материалы и методы. Для выполнения цели и задач в общей сложности обследовано 236 пациентов разных возрастных групп. Группу наблюдения составили 56 пациентов пожилого возраста перенесших ИМ с зубцом Q. Пациенты были разделены на две группы. Пациенты — 1а группы — 28 человек, которые получали стандартную реабилитационную программу. Пациентам 1б группы — 26 человек, помимо стандартной реабилитационной программы был назначен препарат Неотон.

Результаты. При проверке однородности групп исследования не было выявлено статистически значимых различий между группами 1а и 1б до реабилитации, что указывало на однородность данных групп по изучаемым показателям и позволило проводить в этих группах сравнительную оценку реабилитационных мероприятий. При оценке эффективности традиционных реабилитационных мероприятий были установлены статистически значимые различия (на уровне значимости $p=0,05$) в показателях общей длительности ишемии, максимальной длительности ишемии, толерантности к физическим нагрузкам и высоты подъема по лестнице после реабилитации, по сравнению с данными до реабилитации. Не обнаружено достоверных различий в показателях: время выполнения физической нагрузки, смещение ST. Статистически значимые отличия после проведенной реабилитации в группах 1а и 1б выявлялись по всем изучаемым показателям. У пожилых больных с Q-ИМ, получивших комплексную реабилитацию с применением препарата Неотон общая длительность ишемии, максимальная длительность ишемии, время выполнения нагрузки и смещение интервала ST были статистически значимо ($p<0,05$) меньше, чем до реабилитации и у больных после стандартного курса. У пожилых больных, перенесших Q инфаркт миокарда, получивших комплексную реабилитацию толерантность к физическим нагрузкам и показатель высоты подъема по лестнице, были статистически значимо ($p<0,05$) больше, чем до реабилитации и у больных после стандартного курса.

Выводы. Наличие положительной динамики не по всем показателям экспресс мониторинга ЭКГ у пожилых больных перенесших Q инфаркт миокарда, получивших стандартные реабилитационные мероприятия свидетельствует о недостаточно полном эффекте этих мероприятий у пациентов старших возрастных групп с обширной зоной некроза. Включение Неотона в комплекс реабилитационных мероприятий повышает их эффективность, что подтверждается более существенной динамикой всех показателей экспресс мониторинга ЭКГ у пожилых больных перенесших Q инфаркт миокарда.

0662 ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСТАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА

Орлов Ю.А., Килейников Д.В.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Изучить динамику артериального давления и показателей дистального кровотока (ДК) у больных первичным гипотиреозом (ПГТ) с сопутствующей артериальной гипертензией (АГ) при компенсации тиреоидного статуса.

Материалы и методы исследования. Обследовано 70 больных ПГТ с сопутствующей АГ (женщин — 64, мужчин — 6, средний возраст $54,0\pm 1,2$ года). У всех больных определялся базальный уровень тиреотропного гормона (ТТГ) и тироксина (Т4св) в сыворотке крови и проводилось исследование артериального кровотока с определением средней линейной скорости кровотока за сердечный цикл (V_m , см/с), систолической (V_s , см/с), конечной диастолической (V_d , см/с), с расчетом индекса Пурсело (RI), индекса Госслинга (PI) и определением времени максимального прироста кровотока (МПК), времени восстановления кровотока (ВВК) после проведения пробы с реактивной гиперемией (аппарат Минимакс-Допплер-К). Также проводилось суточное мониторирование АД (аппарат Кардиотехника-04, Санкт-Петербург), с оценкой систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) в дневные и ночные часы, величины утреннего подъема (ВУПСАД, ВУПДАД), скорости утреннего подъема (СУПСАД, СУПДАД), циркадного индекса САД и ДАД (ЦИСАД, ЦИДАД). У 28 пациентов с ПГТ проводилось повторное исследование ДК и суточное мониторирование АД после достижения эутиреоидного статуса. Контрольную группу составили 36 женщин с эссенциальной АГ (средний возраст $53,4\pm 2,3$ лет).

Результаты исследования. У больных ПГТ исходно V_m , V_s , RI и PI были выше, чем в контрольной группе (соответственно $8,7\pm 0,31$, $16,1\pm 0,44$ см/с, $0,73\pm 0,01$, $1,46\pm 0,06$ и $7,1\pm 0,39$, $12,2\pm 0,66$ см/с, $0,63\pm 0,01$, $1,12\pm 0,05$, все $p<0,01$), по V_d группы были сопоставимы. После пробы с реактивной гиперемией у больных с ПГТ прирост V_s был больше, чем в контрольной группе (соответственно $19,2\pm 0,56$ и $14,9\pm 0,8$ см/с, $p<0,01$), так же сохранялись более высокие значения RI и PI ($0,72\pm 0,01$, $1,47\pm 0,07$ и $0,64\pm 0,02$, $1,1\pm 0,06$, $p<0,01$). Достоверных различий в V_d и V_m после пробы с реактивной гиперемией получено не было. ВВК у больных ПГТ было достоверно больше, чем в контрольной группе ($5,5\pm 0,12$ и $5,1\pm 0,07$ мин, $p<0,05$). На фоне компенсации тиреоидного статуса происходило достоверное снижение V_s исходно и после пробы с реактивной гиперемией ($15,48\pm 0,69$ и $12,42\pm 1,01$ см/с; $18,59\pm 0,9$ и $15,16\pm 1,3$ см/с, $p<0,05$). По данным суточного мониторирования АД, у больных ПГТ на фоне компенсации тиреоидного статуса происходило достоверное снижение САД днем и ночью ($134,7\pm 2,29$ и $127,6\pm 1,82$, $p<0,01$; $118,2\pm 2,86$ и $113,3\pm 2,46$, $p<0,05$, соответственно).

Выводы. У больных ПГТ с сопутствующей АГ исходно V_m , V_s , RI, PI и прирост V_s после пробы с реактивной гиперемией выше, чем в контрольной группе. Компенсация тиреоидного статуса у больных ПГТ приводит к достоверному снижению V_s как исходно, так и после пробы с реактивной гиперемией, а также к снижению САД в дневные и ночные часы.

0663 «ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У МУЖЧИН СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ

Осипова И.В., Зальцман А.Г*, Антропова О.Н., Воробьева Е.Н., Курбатова И.И*, Аверьянова Е.С.*

ГОУВПО АГМУ, Барнаул, Россия; *НУЗ ОКБ станции Барнаул, Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования был анализ эффективности «Школы Здоровья на рабочем месте» («ШЗ») на факторы риска и суммарный коронарный риск у лиц операторской профессии (работники локомотивных бригад).

Материал и методы. Проведено обследование 100 работников локомотивных бригад (машинистов и помощников машинистов Западно-Сибирского Алтайского отделения железной дороги), мужчин в возрасте от 23 до 55 лет. Обследование включало: анкетирование, клиническое, функциональное (суточное мониторирование АД (СМАД), ЭКГ) и лабораторное исследование (уровень холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицеридов (ТГ) и глюкозы сыворотки крови, проведение теста толерантности к углеводам. Артериальную гипертензию диагностировали в соответствии с основными критериями ВНОК (2004), метаболический синдром (2007). Суммарный коронарный риск рассчитывали по моделям исследований SCORE, PROCAM.

Программа занятий в «Школе Здоровья» на рабочем месте была составлена с учетом рекомендаций ГНИЦ профилактической медицины. Основные вопросы работы школы были изложены в методических рекомендациях вместе с дневником самоконтроля и выданы всем участникам. Занятия «Школы Здоровья» проводились раз в неделю по 20 минут на рабочем месте перед проведением «графиков». Лекции сопровождались показом слайдов и наглядного материала. Число слушателей, присутствующих на каждом занятии составило от 70 до 100. Продолжительность занятий «Школы» составила 3,5 месяца. До и после цикла занятий «ШЗ», а также спустя 12 месяцев проводили анкетирование рассчитывали суммарный коронарный риск.

Результаты. Выявлено, что у работников локомотивных бригад с АГ метаболический синдром отмечен в 52%, что возможно связано с длительным психоэмоциональным напряжением на рабочем месте. По шкале SCORE средний суммарный коронарный риск у всех пациентов соответствует низкому и умеренному уровню риска, но он не учитывает изменений факторов риска, всего спектра липопротеидов. В связи с большим процентом распространенности метаболического синдрома у лиц данной профессии проведен расчет суммарного 10-летнего риска ишемических событий по шкале PROCAM. Оказалось, что высокий уровень риска имеют 5% пациентов, средний — 23%, низкий — 72%. Спустя 12 месяцев после окончания «ШЗ» на рабочем месте отмечено повышение физической активности, снижение АД, степени абдоминального ожирения, уменьшение количества выкуриваемых сигарет и употребления спиртных напитков, отказ от курения (с 18 до 37%), соблюдение диеты и контролирование своего веса, снижение суммарного коронарного риска (с $6,8 \pm 1,01$ до $4,4 \pm 0,62$, $p < 0,05$), уменьшение уровня ТГ, ХС ЛПНП и повышению концентрации ХС ЛПВП сыворотки крови у обследованных пациентов.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют, что «ШЗ» на рабочем месте является эффективным многофакторным методом коррекции, снижает выраженность метаболических нарушений и уровень суммарного коронарного риска.

0664 ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Воробьева Е.Н., Курбатова И.И.*, Белоусова Т.Б.*, Аверьянова Е.С.*
ГОУ ВПО АГМУ, Барнаул, Россия; *НУЗ ОКБ на ст. Барнаул ОАО «РЖД», Барнаул, Россия

Цель исследования — провести сравнительную оценку 10-летнего суммарного коронарного риска у лиц стрессовой профессии при использовании рискосметров 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 группы — 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 рискосметрам.

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 рискосметру 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 рискосметров 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 рискосметрами SCORE и Framingham.

0665 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Осипов Д.А., Кром И.Л.

Центр медико-социологических исследований, Саратов, Россия

Цель исследования — сравнительный анализ предикторов, определяющих социализацию больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с перенесенным инфарктом миокарда.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) занимает одно из ведущих мест в структуре причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения России. Заболевание часто приводит к длительной нетрудоспособности. Для определения медико-социального прогноза больных с ИБС необходимо одновременно учитывать влияние многих факторов, прямо или косвенно определяющих социализацию больных. В настоящее время практически отсутствуют работы, в которых проводился бы комплексный анализ социально-соматических предикторов, определяющих медико-социальный прогноз этой категории больных.

В исследовании участвовали 160 больных трудоспособного возраста, преимущественно до 50 лет, страдающих ИБС с перенесенным инфарктом миокарда. У всех больных диагноз ИБС поставлен на основании известных критериев ВОЗ и основывался на жалобах, клинических данных, результатах инструментального исследования. Одним из факторов, определяющих клинический прогноз больных ишемической болезнью сердца является хроническая сердечная недостаточность. Несмотря на успехи современной кардиологии, прогноз при хронической сердечной недостаточности III — IV функционального класса по NYHA (Нью-Йоркская классификация сердечной недостаточности) остается неблагоприятным. Не вызывает сомнения, что у инвалидов, страдающих хронической сердечной недостаточностью IV функционального класса по NYHA, существует четкая зависимость тяжести соматического состояния и неспособности к трудовой деятельности. При хронической сердечной недостаточности II–III функционального класса по NYHA в ходе проведенного исследования было установлено отсутствие корреляции ($p \geq 0,2$) тяжести клинических предикторов (сердечной недостаточности и функционального класса постинфарктной стенокардии) и трудовой занятости — фактора эффективной возрастной социализации инвалидов. Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больного соматических, психологических и социальных ресурсов. Болезнь и ее социальные последствия объединяются понятием «ситуация болезни» (М.М. Орлова), которое отражает изменившиеся условия социализации больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности.

В формировании медико-социального прогноза больных, страдающих ИБС с перенесенным инфарктом миокарда, клинические предикторы не являются obligatными. Роль последних играют социальные и личностные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состоянием, «ситуацией болезни» и ресурсы, предоставляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической патологией.

0666 РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА. РЕЗУЛЬТАТЫ СИНХРОНИЗИРОВАННОЙ С ЭКГ ПЕРФУЗИОННОЙ ТОМОСЦИНТИГРАФИИ

Остроумов Е.Н.*, Котина Е.Д.***, Слободяник В.В.*, Тонкошкурова В.В.*, Шумаков Д.В.*, Ермоленко А.Е.*

*НИИТрансплантологии и ИО Росмедтехнологий, Москва, Россия; **Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Цель: Сегодня ресинхронизирующая терапия (РТ), применяемая при сердечной недостаточности, не эффективна у 20-30% больных. Для повышения эффективности мы попытались выяснить связь между клиническими результатами РТ, исходной внутривентрикулярной асинхронией и жизнеспособностью миокарда.

Методы и результаты: Были исследованы 15 больных сердечной недостаточностью II-III функциональных классов по NYHA (6-ИБС, 9-ДКМП) и значительной внутривентрикулярной патологической асинхронией ЛЖ. Клинические результаты и показатели, синхронизированной с ЭКГ, перфузионной томоцинтиграфии оценивали исходно, спустя 2-3 дня после и через 3-4 месяца после имплантации устройства. Использовали непараметрические методы статистики. После проведения РТ результаты 6-минутной пробы выросли с выросла с 200м (190м, 300м) до 320м (300м, 368м) ($p=0,0054$). Результаты ранговой корреляции по Спирмену показали наиболее высокую обратную связь между исходным объемом и локализацией нежизнеспособного миокарда (степень нарушений систолического утолщения миокарда) и величиной 6-минутной пробы после РТ ($r=-0,88571$, $p=0,018845$).

Вывод: Исходная оценка жизнеспособности миокарда должна стать обязательным условием отбора больных на ресинхронизационную терапию.

0667 МОЧЕВАЯ КИСЛОТА И РАННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ощепкова Е.В., Половиткина О.В., Титов В.Н., Дмитриев В.А. ФГУ РКНПК «Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель: изучить содержание мочевого кислоты сыворотки крови (МКСК) и мочи (МКМ) у больных гипертонической болезнью в сопоставлении с функциональным состоянием почек

Методы: Определение МКСК (норма 202-416 мкмоль/л) и МКМ (норма 1,48-4,43 ммоль/сут) проводилось уриказным методом на биохимическом автоанализаторе «НТАСНИ» 912 фирмы Хофман ла Рош, Швейцария. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле Кокрофта-Гаулта. Микроальбуминурию (МАУ) определяли методом турбидиметрии на биохимическом автоанализаторе «НТАСНИ» 912. С-реактивный белок измерялся методом турбидиметрии. Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрических методов Манна-Уитни и Спирмена с применением STATISTICA 6.

Результаты: обследовано 67 больных гипертонической болезнью (ГБ) среднего и высокого риска (48 М, 19Ж) и 14 здоровых лиц (6М, 8Ж) сопоставимого возраста (44,2±1,4 и 45,5±2,1 лет; соответственно, н/д). У 28 больных ГБ (42%) обнаружена клубочковая гиперфильтрация (169,3±9,5 мл/мин), у которых выявлены достоверно более высокие уровни МКСК и МКМ, чем у больных ГБ со СКФ в пределах физиологической нормы (356±9 и 317±10 мкмоль/л, $p<0,01$; и 3,9±0,3 и 3,0±0,1 ммоль/сут, $p<0,05$, соответственно). У больных ГБ с гиперфильтрацией выявлена позитивная корреляционная взаимосвязь уровня МКМ с СРБ ($r=0,58$; $p=0,001$). У 10 больных ГБ (15%) выявлена МАУ. Зависимости МКСК и МКМ от МАУ не обнаружено.

Выводы: У больных гипертонической болезнью с ранними признаками поражения почек (гиперфильтрация) наблюдается высокое содержание МКМ и ее тесная ассоциация с СРБ, что может способствовать развитию интерстициального поражения почек.

0668 ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ

Павлова Я.Р., Константинов В.О.

ГОУВПО СПбГМА им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Значение первичной профилактики атеросклероза трудно переоценить. Это имеет особое значение среди лиц с множественными риск-факторами, такими как абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, нарушенная толерантность к глюкозе, дислипидемия и др., объединяемыми в понятие «метаболического синдрома».

Цель исследования — оценить частоту и характер доклинических проявлений атеросклероза у мужчин с абдоминальным типом ожирения, разработать рациональные пути первичной профилактики заболевания у этого контингента обследуемых.

Обследовано 100 мужчин в возрасте от 28 до 58 лет (средний возраст — 46 лет), с избыточной массой тела, не имевших на момент первичного обследования клинических манифестаций атеросклероза.

Избыточная масса тела (индекс массы тела (ИМТ) = $25,0-29,9 \text{ кг/м}^2$) определена у 37 пациентов (37%), I степень ожирения (ИМТ=30,0-34,9 кг/м^2) — у 54 (54%), II степень ожирения (ИМТ=35,0-39,9 кг/м^2) выявлена у 9 пациентов (9%). Из 100 обследованных только 28 имели нормальное артериальное давление (АД), у 27 отмечалось высоко нормальное АД, 37 пациентов имели АГ I ст., 8 пациентов — II ст. У 17 (17%) обследованных был ранее диагностирован сахарный диабет (СД) II типа; у 6 (6%) СД был впервые выявлен нами; 43 пациента имели нарушенную толерантность к глюкозе (НТГ) и лишь у 34 толерантность к глюкозе оказалась нормальной. Те или иные изменения липидного спектра крови встретились практически в 100% случаев. Как и следовало ожидать, чаще всего определялись комбинированные дислипидемии в виде гипертриглицеридемии и гипоальфахолестеринемии (55%). Признаки доклинического атеросклероза по данным дуплексного сканирования общей сонной артерии были найдены у 72% пациентов (толщина комплекса интима медиа (ТКИМ) > 1,0 мм), при этом, ТКИМ имела прямую корреляцию с ИМТ.

Всем обследованным рекомендовали индивидуализированную низкокалорийную, гиполлипидемическую и гипогликемическую диету и систематические физические тренировки (ежедневную 40-минутную ходьбу в быстром темпе). При необходимости использовали гипотензивные, гипогликемические и гиполлипидемические лекарственные средства. На фоне лечения у большинства обследованных отмечено значимое снижение массы тела, снижение уровня артериального давления, нормализация липидного спектра крови и гликемии. Интересно, что у лиц, адекватно ответивших на предложенные мероприятия по снижению массы тела, через 2 года проспективного наблюдения найдено значимое уменьшение ТКИМ сонной артерии.

Полученные данные свидетельствуют о важном значении снижения массы тела у лиц с множественными риск-факторами с целью первичной профилактики атеросклероза.

0669 ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА

Палеев Ф.Н., Абудеева И.С.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Цель: изучить процессы постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у пациентов, перенесших стентирование коронарных артерий в подостром периоде Q-инфаркта миокарда (ИМ).

Материалы и методы: в ходе проспективного исследования (3,1±0,3 года) наблюдались 124 больных с Q-ИМ. 55 пациентам (группа 1) было проведено стентирование симптом-связанной коронарной артерии в подостром периоде ИМ, 69 пациента получали только консервативную терапию (группа 2). Возраст больных составил 66±7,1 года и 65±6,2 года соответственно. Женщин в 1 группе было 9 (16,4%), во второй — 23 (37,7%). Все больные получали традиционную медикаментозную терапию по поводу острого инфаркта миокарда с последующим лечением у кардиолога по программе динамического диспансерного наблюдения с применением статинов, ингибиторов АПФ, β-адреноблокаторов, антагонистов кальция, антиагрегантов и антикоагулянтов, метаболической терапии. Оценка варианта ремоделирования проводилась через 12 месяцев после развития Q-ИМ при помощи Эхо-КГ по классификации R. Devereux. Электрическую нестабильность миокарда определяли при помощи холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМ).

Результаты: при анализе позднего постинфарктного ремоделирования отмечалось достоверное увеличение КДР левого желудочка на 8% во второй группе по сравнению с 2,5% в 1-й, индекса Керена с 1,5 до 2,5 у пациентов 2 группы при незначительном приросте в 1 группе. Прогрессирование дилатации полости ЛЖ чаще сопровождалась изменением ее геометрии у пациентов второй группы — она приобрела более сферическую форму, о чем свидетельствовал прирост индекса сферичности (ИС) ЛЖ от 0,63 до 0,67 по сравнению с незначительными колебаниями ИС в группе пациентов, которым было проведено стентирование коронарных артерий (0,56–0,59). Из параметров диастолической функции ЛЖ достоверное межгрупповое различие выявилось при анализе времени замедления раннего наполнения: с 141 до 136 мс и 135 до 122 мс соответственно. У пациентов, получавших только консервативную терапию при мониторинге ЭКГ, суправентрикулярные единичные экстрасистолы зарегистрированы в 24% случаев, частые и групповые у 72,1%, пароксизмы мерцательной аритмии у 12,2%, желудочковые одиночные экстрасистолы у 43%, частые и парные желудочковые экстрасистолы у 56,4%, эпизоды желудочковой тахикардии у 10%. У пациентов после стентирования коронарных артерий — 71%, 16%, 7,5%, 28%, 10%, 2,5% соответственно. Достоверно более редко у пациентов 1 группы отмечались эпизоды безболевой и болевой ишемии по сравнению со 2 группой. У пациентов 1 группы реже отмечалась тенденция к неадекватной реакции на физическую нагрузку, недостаточному снижению ЧСС в ночное время.

Выводы: Стентирование коронарных артерий в подостром периоде Q-ИМ уменьшает выраженность дезадаптивных вариантов постинфарктного ремоделирования, приводящих к усугублению систолической и диастолической дисфункции ЛЖ.

0670 ДИНАМИКА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ФОНЕ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗА

Пальшина А.М., Баннаев И.Ф.

ГОУ ВПО «Якутский государственный университет им. М.К. Аммосова», Якутск, Россия

Цель исследования: Изучить динамику систолического АД у больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости на фоне системного остеопороза

Объект и методы исследования: Основную группу составили 246 больных АГ (193 женщины, средний возраст 75,4±7,0 лет и 53 мужчин, средний возраст 73,2±6,6 лет) с переломом проксимального отдела бедренной кости на фоне системного остеопороза. Контрольная группа 139 больных (83 женщины, средний возраст 77,0±7,9 лет и 56 мужчин, средний возраст 72,2±7,6 лет) с переломом проксимального отдела бедренной кости на фоне системного остеопороза, которые не страдали АГ. Пациенты как основной, так и контрольной группы находились на стационарном лечении в травматологическом отделении ГУЗ РБ №2 ЦЭМП.

Определение уровня АД и лечение АГ проводили согласно рекомендаций ВНОК (2004). Гипотензивная терапия основной группе больных проводилась индапамидом 2,5–5 мг/сут; амлодипином 5–10 мг/сут, карведилолом 12,5–25 мг/сут.

У больных контрольной группы гипотензивная терапия проводилась препаратами короткого действия. Статистический анализ данных проводили при помощи программного пакета STATISTICA 6.0

Результаты исследования: В группе исследования при поступлении в стационар САД≥140 мм рт.ст. наблюдалось у 46 (18,7±2,5%) больных; САД≥160 мм рт.ст. у 147 (59,7±3,1%); САД≥180 мм рт.ст. у 53 пациентов (21,6±2,7%). Перед оперативным вмешательством САД≥160 мм рт.ст. наблюдалось у 76 пациентов (30,9±3,2%); САД≥180 мм рт.ст. наблюдалось у 170 пациентов (69,1±2,9%). Оперативное вмешательство было проведено в разные сроки после поступления в стационар, начиная с дня госпитализации и до 15 суток после госпитализации.

У больных контрольной группы САД≥140 мм рт.ст. наблюдалось в первые сутки у 43,2±4,2% травмированных, на пятые сутки у 12,2±2,8%. САД≥160 мм рт.ст. наблюдалось у 12,9±2,8% человек, САД≥180 мм рт.ст. у 5,0±1,8% больных. Перед оперативным вмешательством САД≥140 мм рт.ст. наблюдалось у 85 (61,1±4,2%); САД≥160 мм рт.ст. у 35 (25,2±3,9%); САД≥180 мм рт.ст. — у 19 (13,7±1,4%) больных контрольной группы.

Выводы: У больных пожилого и старческого возраста, страдающих АГ, с переломами проксимального отдела бедренной кости на фоне системного остеопороза в течение первых суток после госпитализации, а также в день операции, независимо от времени получения травмы, наблюдаются нестабильность АД и значительное повышение АД, несмотря на проводимую комбинированную гипотензивную терапию.

0671 ВЛИЯНИЕ ГЛИКЕМИИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ

Панова Е.И.

Нижегородская государственная медицинская академия, городская клиническая больница №5, Нижний Новгород, Россия

Цель: проследить влияние гликемии при экстренной госпитализации больных сахарным диабетом 2 типа (СД) на течение инфаркта миокарда (ИМ) и отдаленный прогноз (выживаемость в течение 7 лет).

Методы исследования: клиническое обследование 268 больных СД, госпитализированных по поводу ИМ, ЭКГ в динамике, ЭхоКС, гликемия, липидограмма, мочевина, креатинин, электролиты плазмы крови. Все больные были разделены на 4 класса тяжести ИМ по рекомендациям Николаевой Л.Ф., Аронова Д.М. (1988) для дифференцированных программ реабилитации, где при определении класса тяжести учитывались такие параметры, как обширность и глубина ИМ, степень недостаточности кровообращения, наличие осложнений острого периода ИМ и артериальной гипертензии (АГ). Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0. с расчетом медианы (Me) и квартилей, при расчете коэффициентов корреляции применялся метод ранговой корреляции Спирмена. Анализ выживаемости больных проводился методом Каплана-Майера, при исследовании влияния одного фактора на выживаемость использовался критерий Гехана-Вилкоксона.

Результаты: развитие ИМ при СД у большинства больных сопровождалось выраженной декомпенсацией углеводного обмена с высокими показателями гликемии (в отдельных случаях до 28,8 ммоль/л), в среднем гликемия составила 9,5 (7,4–11,1) ммоль/л. Повышенная (≥8,0 ммоль/л) гликемия при госпитализации коррелировала с некоторыми особенностями течения ИМ, характеризующими его тяжесть: наличием Q ИМ (r=0,3, p=0,02), максимальным, IV классом тяжести ИМ (r=0,4, p=0,03), наличием аритмий острого периода (r=0,6, p=0,02), а также развитием фатального ИМ (r=0,42, p=0,04) в основном

(53,5%) вследствие кардиогенного шока. При наличии кардиогенного шока, который явился смертельным осложнением у всех больных, средняя гликемия при госпитализации была 10,3 (9,4–11,8) ммоль/л, значимо превышая таковую у выживших больных с СД-8,8 (7,6–9,2), $p=0,03$. Аритмии, второе по частоте фатальное осложнение ИМ (25,4%), также возникали на фоне выраженной гипергликемии, составляющей в среднем 11,0 (10,3–12,0), в то время как среди выживших больных – 8,9 (7,7–9,5) ммоль/л, $p=0,045$; среди этих пациентов в 84,6% случаев гликемия превышала 8,0 ммоль/л, и ни в одном случае не снижалась до уровня $\leq 5,5$ ммоль/л. Гликемия $\leq 5,5$ ммоль/л в остром периоде также была связана с тяжелым течением ИМ. Так, выявлялась обратная корреляция с максимальным классом тяжести ИМ ($r=-0,4$, $p=0,02$), аритмиями ($r=-0,5$, $p=0,011$), однако среди погибших больных подобных показателей гликемии не выявлялось. Кумулятивная выживаемость при гликемии $\geq 8,0$ ммоль/л составила 0,03 (0,09; 0,01), $< 8,0$ ммоль/л – 0,24 (0,30; 0,19), $p=0,04$; при гликемии $\leq 5,5$ ммоль/л – 0,06 (0,09; 0,07), $> 5,5$ ммоль/л – 0,19 (0,23; 0,15), $p=0,03$.

Выводы: гипергликемия у больных СД при госпитализации по поводу ИМ утяжеляет течение коронарной патологии на стационарном этапе, сопровождаясь большей частотой осложнений и фатальных исходов, чаще в остром периоде вследствие, в основном, кардиогенного шока и аритмий. Относительно пониженные показатели гликемии также ассоциируются с большей тяжестью течения ИМ, однако не сопровождаются фатальными осложнениями. Как гипер-, так и гипогликемии при госпитализации неблагоприятно влияют на отдаленный прогноз (выживаемость в течение 7 лет) больных СД.

0672 СЕЗОННЫЕ БИОРИТМЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Паришина С.С., Глухова Н.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение сезонных особенностей антикоагулянтной защиты у больных нестабильной стенокардией (НС).

Обследовано 285 пациентов с НС: в зимний период – 93 чел., в весенний – 59 чел., в летний – 28 чел. и в осенний сезон – 105 пациентов. Группы контроля (по сезонам) составили 98 практически здоровых лиц.

Изучались: активность антитромбина-III (Ат-III), содержание эндогенного гепарина (Г) и нарушения в системе протеина С (ПрС) (резистентность Va фактора к активированному ПрС по данным НО РАПС и суммарный показатель нарушений в системе ПрС – НО ПрС); оценивался уровень фибриногена (ФГ).

Установлено, что у здоровых лиц сезонная динамика антикоагулянтного потенциала обеспечивается изменением содержания гепарина ($p<0,05$), в то время как активность Ат-III характеризуется хронорезистентностью: величина данного показателя не отличается в различные сезонные периоды ($p>0,05$).

У больных НС происходит утрата хронорезистентности активности Ат-III, характерная для здоровых лиц: повышение активности Ат-III происходит весной ($p<0,05$), а резкое уменьшение – летом ($p<0,05$). В сравнении со здоровыми лицами активность Ат-III у больных НС была снижена только в зимний и летний сезоны ($p<0,05$). Минимальное содержание гепарина отмечается летом ($p<0,05$).

У больных НС отмечены компенсаторные реакции повышения одних естественных антикоагулянтов в ответ на снижение активности других. Летнее снижение содержания гепарина и активности Ат-III сопровождается повышением НО ПрС ($p<0,05$), что позволяет считать систему протеина С основным фактором, обеспечивающим защиту в условиях дефицита остальных эндогенных антикоагулянтов и подчеркивает ее роль как наиболее устойчивого компонента адаптации. Максимальная активность системы ПрС отмечается летом ($p<0,05$), наибольшее содержание эндогенного гепарина – осенью ($p<0,05$), к зиме нарастает НО РАПС ($p<0,05$), а весенний период характеризуется наиболее высокой активностью Ат-III ($p<0,05$).

Снижения НО ПрС и НО РАПС не выявлено ни в один из сезонных периодов ($p>0,05$ с контролем).

Уровень ФГ у больных НС оставался стабильно высоким ($p<0,05$) без существенной динамики осенью, зимой и весной ($p>0,05$), его нормализация наблюдается только в летний период ($p<0,05$), на фоне закономерного снижения активности гепарина и Ат-III.

Таким образом, сезонные биоритмы показателей антикоагулянтной защиты у больных НС отличаются от аналогичных сезонных биоритмов здоровых лиц прежде всего появлением резких колебаний активности Ат-III, что может служить дополнительным фактором нестабильности системы гемостаза. Показатели системы протеина С имеют сезонные колебания, однако являются наиболее стойким фактором антикоагулянтной защиты, поскольку их снижения в сравнении с показателями здоровых лиц не выявлено ни в один из сезонных периодов. Сбалансированность системы естественных антикоагулянтов у больных НС характеризуется наличием сезонно-обусловленных компенсаторных взаимосвязей между отдельными компонентами антикоагулянтной защиты.

0673 ПЕРВЫЙ ОПЫТ НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ВЯЗКОСТИ КРОВИ И ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Паришина С.С., Головачева Т.В., Царев О.А., Сидиков М.Р., Афанасьева Т.Н., Водолагина Е.С., Третьякова Я.Г., Яшина Е.В.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Важными факторами, влияющими на течение и прогноз ишемической болезни сердца (ИБС), являются нарушение реологических свойств крови и эластичности сосудистой стенки. Нами было показано, что повышение вязкости крови (ВК) у больных стабильной стенокардией в зимний и весенний сезоны является одним из факторов нарастания тромбогенного потенциала крови, что способствует дестабилизации состояния пациентов и развитию прогрессирующей стенокардии. В связи с этим актуальным является динамический мониторинг реологических свойств крови, который позволил бы своевременно оценить нарастание реологических нарушений и скорректировать проводимую терапию, что требует появления нового класса аппаратов по неинвазивной диагностике вязкости крови. Поскольку в возникновении реологических нарушений существенную роль играют условия потока, особую актуальность приобретает одновременное определение структурно-функционального состояния сосудистой стенки, а именно, ее эластичности.

Целью работы явилось изучение возможности параллельной неинвазивной оценки вязкости крови и жесткости сосудистой стенки у больных ИБС с помощью оригинального аппарата, разработанного профессором О.А. Царевым (патент РФ №2125265) и позволяющего одновременно исследовать данные показатели неинвазивным методом. Жесткость сосудистой стенки определялась по скорости пульсовой волны (СПВ). Кроме того, изучалась ВК стандартным способом с помощью ротационного вискозиметра АКР-2 (НИИФХМ МЗ РФ, Москва, 1997), измеряемая в мПа·с. Обследовано 55 больных со стабильной стенокардией III–IV ф.к. Контрольная группа включала 38 здоровых лиц. Группы сопоставимы по возрасту и полу.

Установлено, что СПВ у больных ИБС статистически достоверно превышала показатель здоровых лиц ($8,60 \pm 0,35$ и $6,48 \pm 0,25$ усл.ед., $p<0,05$). В то же время ВК не имела статистически достоверного различия в исследуемых группах ($4,91 \pm 0,10$ отн.ед. в группе ИБС и $4,84 \pm 0,15$ отн.ед. в группе здоровых, $p>0,05$). Полученные данные согласуются с результатами стандартного исследования ВК с помощью АКР-2, согласно которым повышения ВК в группе больных стабильной стенокардией также выявлено не было: ВК 200с^{-1} в группе ИБС составила $5,04 \pm 0,23$ мПа·с, в группе здоровых $4,49 \pm 0,22$ мПа·с ($p>0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о повышении жесткости сосудистой стенки у больных стабильной стенокардией при отсутствии выраженных реологических нарушений. Предложенная методика неинвазивной диагностики позво-

ляет быстро и одновременно оценить два важнейших патогенетических механизма развития сердечно-сосудистой патологии — структурно-функциональное состояние сосудистой стенки и внутрисосудистый компонент — нарушение реологических свойств крови, что свидетельствует о целесообразности использования данного устройства для скрининговых осмотров, а также для динамического мониторинга реологических свойств крови при длительном индивидуальном наблюдении за пациентом либо при контроле проводимого лечения.

0674 НЕОДНОРОДНОСТЬ МЕХАНИЗМОВ ТРОМБОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ СТЕНОКАРДИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СЕЗОННЫЕ ПЕРИОДЫ

Паришина С.С.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Прогрессирование ишемической болезни сердца обусловлено нестабильностью атеросклеротической бляшки и резким повышением тромбогенного потенциала крови. Особенности сезонных биоритмов тромбогенных сдвигов при развитии нестабильной стенокардии не изучены.

Целью работы явилась оценка сезонных особенностей тромбогенных нарушений, обеспечивающих переход стабильной стенокардии в нестабильную.

Обследованы 285 пациентов с нестабильной стенокардией (НС) и 167 больных стабильной стенокардией напряжения II — IV ф.к. (СС). Больные НС обследовались в зимний (93 чел.), весенний (59 чел.), летний (28 чел.) и осенний (105 чел.) периоды. Больные СС также обследовались в зимний (42 чел.), весенний (42 чел.), летний (19 чел.) и осенний (64 чел.) сезоны.

Исследовались активированное время рекальцификации плазмы (АВР), протромбиновое время (ПВ), содержание фибриногена (ФГ), активность антитромбина-III (Ат-III), содержание гепарина (Г), активность зуглобулинового фибринолиза (ЭФ), антикоагулянтная и фибринолитическая активность эндотелия сосудистой стенки (АКАСС и ФАСС), вязкость крови (ВК) при скоростях сдвига 200с^{-1} , 100с^{-1} , 20с^{-1} , реологический индекс сосудистой стенки (РИСС) как частное ВК после и до проведения манжеточной пробы.

Результаты. Установлено, что единого механизма декомпенсации процессов гемокоагуляции и гемореологии у больных СС нет. В каждый из сезонов года переход стабильной стенокардии в нестабильную обусловлен особой комбинацией тромбогенных нарушений.

В зимнее время года они включают ($p < 0,05$): активацию образования протромбиназы (укорочение АВР), возрастание ВК 200с^{-1} , 100с^{-1} , 20с^{-1} и снижение АКАСС. Остальные тромбогенные нарушения (гиперфибриногенемия, снижение активности Ат-III, угнетение ЭФ и др.) не принимают участия в срыве компенсации, поскольку одинаково выражены у больных СС и НС ($p > 0,05$). В весенний период декомпенсация обусловлена уменьшением содержания гепарина, угнетением ЭФ, нарастанием ВК 200с^{-1} и 100с^{-1} , увеличением РИСС 20с^{-1} и 200с^{-1} ($p < 0,05$). В летний сезон тромбогенный сдвиг обусловлен активацией начальных этапов свертывания крови (укорочение ПВ и АВР), снижением активности Ат-III и содержания гепарина, угнетением ЭФ и нарастанием РИСС 20с^{-1} , 100с^{-1} и 200с^{-1} ($p < 0,05$); в осеннее время года — только нарастанием блокады ЭФ ($p < 0,05$).

Таким образом, причиной тромбогенного сдвига при прогрессировании ИБС являются: зимой — эндотелиальная дисфункция, активация свертывающих механизмов, реологические нарушения; весной — эндотелиальная дисфункция, блокада ЭФ, реологические нарушения; летом — эндотелиальная дисфункция, активация свертывающих механизмов, блокада ЭФ; осенью — только блокада фибринолиза.

Вывод. У больных СС рекомендуется посезонное определение коагулограммы и реологических свойств крови не менее 4-х раз в год. При этом следует обращать внимание на потенциально опасные сдвиги показателей, которые обеспечивают нарастание тромбогенного потенциала именно в данный сезонный период.

0675 РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Паскарь Н.А., Парижская Е.Н., Симонова О.Н., Ишутина И.С., Черникова Е.С.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

В рамках реализации Приоритетного Национального проекта «Здоровье», профилактическое направление здравоохранения становится одним из приоритетных, а основным методом реализации задач профилактики является диспансеризация населения, направленная на раннее выявление и эффективное лечение социально-значимых заболеваний, являющихся основными причинами смертности и инвалидности трудоспособного населения России. В новых социально-экономических условиях проблема технологии и качества диспансеризации населения является одной из самых актуальных. В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ 47 от 22 марта 2006г №188 «О порядке проведения дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях» в Санкт-Петербурге в 2006-2008гг проводилась дополнительная диспансеризация работающего населения. За 2006 год осмотрено 139767 чел., что составило 84,8% от годового плана. Определены группы состояния здоровья лиц для определения потребности и вида оказания медицинской помощи, в том числе, и высокотехнологичной (ВТМП). План на 2007 год — 265 822 человек, на 2008 год — 139 620 человек. В 2008г осмотрено 140 820 чел. (100,9%). Из них: здоровые — 25880 чел. (18,4%); в 2006г — 13,9%; нуждались в профилактической коррекции образа жизни — 14 205 чел. (10,1%); в 2006г — 22,0% соответственно; нуждались в амбулаторном дообследовании и лечении — 98 418 чел. (69,9%); в 2006г — 61,0%; нуждались в стационарном дообследовании и лечении 1317 чел. (0,9%); в 2006г — 2,6%; нуждались в оказании ВТМП — 974 чел. (0,7%); в 2006г — 0,5%. В 2006-2007гг нами реализован метод диспансеризации сотрудников детских садов и учителей школ Колпинского и Ломоносовского районов, в 2008 году — работников жилищно-коммунального управления Приморского района при использовании комплекса для автоматизированной интегральной оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы «Кардиометр-МТ» ЗАО «МИКАРД-ЛАНА» в отделениях профилактики, включающих в себя кабинеты профилактики артериальной гипертензии (АГ). Опыт работы использован для динамического наблюдения за больными с сердечно-сосудистыми заболеваниями, взятых под диспансерное наблюдение участковыми терапевтами и кардиологом.

Таким образом, совершенствование диспансеризации населения по обеспечению высокого качества и эффективности комплекса профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных и социальных мероприятий, масштабности охвата диспансеризацией, а также формирования банка данных медицинского осмотра и динамического наблюдения в сформированных группах без внедрения компьютерных технологий трудно представить. Конечным результатом является укрепление здоровья людей, увеличение продолжительности жизни, повышение творческой активности и производительности их труда.

0676 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ

Паскарь Н.С.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — оценить структурно-функциональное состояние миокарда левого желудочка после хирургической пластики постинфарктных аневризм левого желудочка (АнЛЖ).

Методы исследования: С 2000г по 2008 г в нашем центре выполнено 306 реконструктивных операций пациентам с постинфарктной АнЛЖ. Средний возраст пациентов составил $56,4 \pm 5,7$ лет. Абсолютное большинство из них — мужчины: 276 пациентов (90,2%). Отдаленные результаты хирургической коррекции оценены у 57 пациентов. Средний срок наблюдения составил $2,2 \pm 0,7$ (от 1 года до 8 лет).

В зависимости от вида пластики ЛЖ больные разделены на 2 группы. Пациентам, у которых отсутствовало поражение межжелудочковой перегородки (МЖП) выполнялась линейная пластика (1 группа — 42 пациента), при вовлечении в аневризму МЖП использовалась внутривентрикулярная пластика (2 группа — 15 пациентов). Все пациенты были обследованы по стандартному протоколу перед операцией, включая эхокардиографию (ЭхоКГ), которая позволяет оценить объемы полости ЛЖ, его сократительную функцию, распространенность и локализацию аневризмы.

Полученные результаты. Всем пациентам одномоментно с хирургической пластикой АЛЖ был выполнен полный объем реваскуляризации миокарда. Исходно в 1 группе конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР) составил $6,1 \pm 2,3$ см, конечно-диастолический объем (КДО) $206,0 \pm 43,1$ мл, ФВ (Simpson) % $41,7 \pm 7,2$, во 2-й — КДР составил $6,6 \pm 3,4$; КДО $264,8 \pm 58,2$, ФВ $32,8 \pm 5,2$. После операции (7-е сутки) в 1 группе КДР ЛЖ $5,8 \pm 2,3$; КДО $165,5 \pm 35,7$ мл, ФВ (Simpson) % $44,9 \pm 7,9$; во 2-й группе КДР $6,4 \pm 2,2$; КДО ЛЖ $180,1 \pm 44,9$ мл, ФВ увеличилась до $41,8 \pm 5,5$ %. В отдаленном периоде отмечалось некоторое увеличение показателей по сравнению с послеоперационными данными, однако различия были недостоверны: так в 1 группе конечно-диастолический размер ЛЖ составил $5,9 \pm 0,7$ см, КДО $204,1 \pm 53,9$ мл, ФВ (S) % $41,7 \pm 9,6$, во 2-й — КДР составил $5,8 \pm 2,3$; КДО $219,5 \pm 13,7$, ФВ $34,5 \pm 4,2$. У большинства пациентов обеих групп в отдаленном периоде сохранялся невысокий функциональный класс СН. 38 (90,5%) пациентов 1 группы и 14 (93,3%) 2 группы имели проявления СН на уровне I-II ф. к., СН III ф.к. была у 4 (9,5%) пациентов у 1 группы и у 1 (6,7%) пациента из 2 группы. СН на уровне IV ф.к. не было среди пациентов обеих групп. Среди пациентов обследованных менее 2 лет от момента операции клиники стенокардии не наблюдалось.

Выводы: Методики хирургической коррекции позволяют уменьшить объемы ЛЖ, увеличить сократительную функцию миокарда ЛЖ, тем самым эффективно улучшить клиническое состояние пациентов. Достигнутый эффект операции сохраняется в отдаленном периоде как после линейной, так и после внутривентрикулярной пластики АЛЖ.

0677 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Пелиновская Л.И., Демко И.В., Зубкова О.В., Глизер Р.Н.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, КГУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия

Цель работы: изучить частоту и выраженность кальциноза аортального клапана у больных в зависимости от поражения коронарных артерий атеросклерозом.

Методы исследования: проведена сравнительная оценка клинических, эхокардиографических критериев степени кальциноза аортального клапана и выраженности поражения коронарных артерий по данным коронарографии. Основные параметры эхокардиографии сопоставлены с типом кровоснабжения миокарда и степенью поражения коронарных артерий на коронарограммах. Полученные результаты подвергнуты статистической обработке с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0».

Результаты: из 108 обследованных больных мужчин было 68 человек (63%). Все исследуемые больные были распределены на 3 группы в зависимости от характера поражения коронарных артерий. В первую группу вошли 11 больных с неизменными коронарными артериями; во вторую группу — 16 больных со стенозом коронарных артерий менее 50%; третья группа включала 81 больного с гемодинамически значимым стенозом или окклюзией коронарных артерий. Средний возраст больных первой группы был $56,7 \pm 1,53$ лет, второй — $58,7 \pm 2,55$ лет, третьей — $61,1 \pm 1,21$ года. Средние размеры аорты, левого предсердия, левого желудочка, фракция выброса, давление в легочной артерии достоверно по группам не отличались. Средние цифры холестерина низкой плотности были во всех группах выше нормы, но достоверности в степени повышения между группами не было. Анализ распространенности кальциноза аортального клапана выявил отчетливую зависимость от степени поражения атеросклерозом

коронарных артерий ($p < 0,05$). В группе пациентов с неизменными коронарными артериями достоверно реже встречался выраженный II-III степени кальциноз аортального клапана. В третьей группе больных со значительными стенозами коронарных артерий достоверно чаще наблюдался выраженный аортальный кальциноз.

Выводы: кальциноз аортального клапана по данным эхокардиографического исследования имеет достоверную корреляционную связь с возрастом и степенью поражения коронарных артерий атеросклерозом и может выступать в роли независимого предиктора поражения коронарных артерий.

0678 СПОНТАННАЯ АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ

Перевалова Е.Б., Говорин А.В., Муха Н.В., Зайцев Д.Н., Соколова Н.А., Радаева Е.В.

ГОУ ВПО Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель: оценить спонтанную агрегационную способность тромбоцитов у больных сахарным диабетом 1 типа при кетоацидозе в динамике.

Методы исследования: обследовано 2 группы пациентов: 1 группу составили 18 больных (средний возраст — $25 \pm 5,2$ лет) с сахарным диабетом 1 типа в стадию декомпенсации, осложненным кетоацидозом; 2 группу — 12 пациентов с сахарным диабетом 1 типа (средний возраст — $31 \pm 6,7$ год) в стадию компенсации. Средняя длительность заболевания была $5,8 \pm 3,92$ и $5,5 \pm 3,1$ лет соответственно. У больных 1-й группы исследование проводили на 1-е, 5-е и 10-е сутки лечения. Группу контроля составили 15 здоровых лиц, сопоставимые по возрасту. Спонтанную агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью стандартного турбидометрического метода с использованием двуканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Биола» (модель LA230, Россия).

Результаты: У пациентов с сахарным диабетом 1 типа в стадию компенсации по данным кривой светопропускания степень (%) и скорость (%/мин) спонтанной агрегации тромбоцитов составили $3,1 \pm 0,7$ и $3,1 \pm 0,8$ соответственно. Тогда как у больных с кетоацидозом в 1-е сутки госпитализации исследуемые показатели были в 2,3 и 2,9 раз выше по сравнению со 2-й группой ($p < 0,001$). На 5-е сутки лечения степень и скорость спонтанной агрегации у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом, снижались в 2,2 и 3,1 раза соответственно ($p < 0,001$), при этом по сравнению со 2-й группой уже не было отмечено достоверных отличий. Выявленные изменения сохранялись и на 10-е сутки госпитализации. У больных 2-й и 1-й групп на протяжении всего периода исследования степень и скорость спонтанной агрегации тромбоцитов были значительно повышены по отношению к контрольной группе (0 и $0,6 \pm 0,1$ соответственно, $p < 0,001$).

Заключение: у пациентов с сахарным диабетом 1 типа, осложненным кетоацидозом, выявлено усиление спонтанной агрегации тромбоцитов по данным кривой светопропускания, сохраняющееся и после компенсации углеводного обмена; при этом максимальная агрегационная способность кровяных пластинок отмечена в 1-е сутки кетоацидоза.

0679 КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Перова Н.В., Александрович О.В., Озерова И.Н., Метельская В.А., Шальнова С.А.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва, Россия

Раннее выявление нарушений углеводного обмена является важным для профилактики развития и осложнений ССЗ, обусловленных атеросклерозом. Инсулинорезистентность считается центральным звеном формирования кардиометаболических факторов риска.

Целью работы было выяснить, как связаны классические факторы риска ССЗ с проявлениями нарушений обмена углеводов

В исследование были включены 105 человек (47 мужчин и 58 женщин), случайно отобранных из популяции москвичей 55–84 лет. Группу 1 ($n=35$) составили лица с повышенным уровнем ТГ ($\geq 1,7$ ммоль/л) и сниженным ХС ЛВП ($< 1,0$ ммоль/л); в группу 2 ($n=35$) были включены лица с нормальным уровнем ТГ ($< 1,7$ ммоль/л) и повышенным ХС ЛВП ($\geq 1,6$ ммоль/л). У лиц 1 группы оказался более высоким индекс массы тела (МЭ: 30,7 против 26,8 кг/м²; $p=0,001$) и систолическое артериальное давление (140 против 131 мм рт. ст.; $p=0,047$), уровень ХС (6,7 против 6,0 ммоль/л; $p=0,006$), ХС ЛНП (4,6 против 3,8 ммоль/л; $p=0,0004$), апо В (161 против 103 мг/дл; $p=0,0001$), апо АП (38 против 34 мг/дл; $p=0,009$) и более низкой концентрация апо АІ (142 против 181 мг/дл; $p=0,0001$), фосфолипидов ЛВП (101 против 130 мг/дл; $p=0,0001$) и ХС-акцепторная способность сыворотки крови (18,8 против 22,8%; $p=0,0001$). В обеих группах концентрация глюкозы натощак в сыворотке крови оказалась практически одинаковой (6,0 против 5,5 ммоль/л; $p=0,06$). В то же время, в 1 группе обнаружен более высокий уровень инсулина (11,8 против 5,1 мкЕд/мл; $p=0,0004$) и более высокий индекс инсулинорезистентности НОМА-ІR (1,6 против 0,9; $p=0,0005$).

Таким образом, у обследованных лиц случайной выборки пожилых москвичей кардиометаболические факторы риска ССЗ (дислипидемия, ожирение, повышенное артериальное давление) ассоциированы с более выраженной инсулинорезистентностью, обусловленной более высоким уровнем инсулина, что усугубляет риск развития ССЗ, связанных с атеросклерозом.

0680 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПРОДУКЦИЕЙ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА- $\beta 1$

Першина Е.С., Старченко Т.Г., Коваль С.Н., Губанова О.М.

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

Цель работы — изучить взаимосвязь между уровнем трансформирующего фактора роста- $\beta 1$ (ТФР- $\beta 1$) в крови и диастолической функцией левого желудочка у больных гипертонической болезнью (ГБ) с сахарным диабетом (СД) 2 типа в зависимости от наличия ожирения.

Материал и методы. Обследовано 58 больных ГБ с СД 2 типа, из числа которых 36 имели ожирение 1 ст. (индекс Кетле 30–34,9 кг/м²). Больные ГБ в сочетании с СД 2 типа с ожирением или без него были сопоставимы по полу и возрасту. Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц. У всех больных определяли уровень ТФР- $\beta 1$ в крови иммуноферментным методом (“DRG Instruments GmbH”, Germany). Функциональные показатели сердца изучали методом доплероэхокардиографии с определением максимальной скорости раннего диастолического наполнения (Е), максимальной скорости предсердной систолы (А), отношения Е/А, время замедления кровотока раннего диастолического наполнения (DT).

Результаты. При изучении уровня ТФР- $\beta 1$ у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа и ожирением было выявлено его достоверное повышение в сравнении со здоровыми людьми: соответственно $(17,8 \pm 1,21)$ нг/мл и $(7,12 \pm 1,2)$ нг/мл, ($p < 0,05$). У больных ГБ с СД, имеющих нормальную массу тела, изучаемый фактор роста составил $(13,5 \pm 1,34)$ нг/мл, что также существенно отличалось от показателей здоровых лиц ($p < 0,05$). Кроме того, уровень изучаемого фактора роста оказался достоверно выше у обследуемых с ожирением ($p < 0,05$). Исследование диастолической функции левого желудочка обнаружило ее более частое нарушение у пациентов, имеющих ожирение, в сравнении с обследуемыми с нормальным весом: соответственно 85,6% и 54,7% ($p < 0,05$), что подтверждается выявленной положительной корреляционной зависимостью уровня ТФР- $\beta 1$ с функциональными показателями сердца — DcT ($r = +0,39$; $p < 0,05$) и отрицательной с соотношением Е/А ($r = -0,43$; $p < 0,05$).

Выводы. Таким образом, у пациентов ГБ с СД 2 типа с ожирением наблюдается статистически значимое повышение уровня в крови ТФР- $\beta 1$ в сравнении с больными ГБ с СД 2 типа, имею-

щими нормальный вес. Возможно, одним из патогенетических механизмов развития диастолической дисфункции левого желудочка сердца у больных ГБ и СД 2 типа с ожирением является повышение уровня в крови ТФР- $\beta 1$, продуцируемого непосредственно адипоцитами.

0681 ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Периуков И.В., Шульженко Л.В., Кадыров Б.К., Пя Ю.В., Рамазанов Д.М., Лазарев И.А., Батыралиев Т.А., Преображенский Д.В., Сидоренко Б.А.

ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия; Sani Konukoglu Medical Center, Gaziantep, Turkey; УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Введение: Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) в значительной степени ограничивает возможности лечения больных с хронической ишемией миокарда. Чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ) в настоящее время широко применяются для реваскуляризации миокарда при ишемической болезни сердца (ИБС), но безопасность и долгосрочная эффективность ангиопластики и стентирования не изучены среди больных с ИБС и ХОБЛ.

Цель настоящей работы состояла в оценке ближайшей и отдаленной эффективности ЧКВ у больных ИБС и ХОБЛ, а также — сравнении частот неблагоприятных событий после ЧКВ у больных имеющих и не имеющих ХОБЛ.

Методы исследования: С октября 2002 года по сентябрь 2005 года нами было пролечено ангиопластикой со стентированием 275 больных с хронической ИБС на фоне ХОБЛ. Все пациенты имели нативные коронарные поражения. Для сравнения из базы данных были взяты данные 275 пациентов с хронической ИБС без ХОБЛ, аналогично последовательно пролеченных в тот же период. Всем пациентам была назначена двойная антиагрегатная терапия. ЧКВ выполнялось бедренным доступом, баллонная ангиопластика завершалась стентированием при любом результате преддилатации. В группе больных с ХОБЛ мы не применяли бета-блокаторы.

Результаты: Большинство наблюдаемых больных в обеих группах были мужчинами (82% в группе «ХОБЛ» и 78% в группе «без ХОБЛ») в возрасте от 39 до 72 лет (средний возраст 56 ± 7 лет), значимых различий по полу и возрасту между группами не было. Исходные клинические и инструментальные данные также не имели значимых различий между группами, за исключением степени дыхательной недостаточности, которая в группе ХОБЛ была значимо выше ($p < 0,001$).

Локализация настоящего поражения коронарных артерий не имела межгрупповых различий. Чаше были дилатированы стенозы в ПНА (41% в группе ХОБЛ и 44% в группе без ХОБЛ), реже всего — поражения ПКА (25% в группе ХОБЛ и 23% в группе без ХОБЛ). Непосредственный ангиографический успех был достигнут в 100% в обеих группах, а клинический — в 99,3–99,6%. Госпитальная летальность составила 4% в группе ХОБЛ и 0% в группе без ХОБЛ ($p=0,002$). При анализе причин более высокой летальности в группе ХОБЛ независимым предиктором оказалось длительность выполнения ЧКВ (ОР 1,61 на каждые 30 минут, 95% ДІ 1,22–4,38).

Выводы: Лечение больных с ИБС на фоне ХОБЛ связано с повышенной госпитальной летальностью из-за сопутствующей дыхательной недостаточности и более тяжелого статуса пациентов.

0682 ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Петелина Т.И., Гатон Л.И., Бахматова Ю.А., Авдеева К.С., Усова Т.В. Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования: Проанализировать особенности показателей суточного профиля АД по данным суточного мониторирования

АД (СМАД) у больных АГ в сочетании с ИБС по сравнению с аналогичными показателями у больных АГ в рамках метаболического синдрома (МС).

Материалы и методы: В исследование включено 120 человек мужского и женского пола в возрасте от 30 до 60 лет с МС. Основная группа 82 пациента, страдающих АГ в сочетании с ИБС в рамках МС (АГ I–III степени, сахарный диабет (СД) 2 типа в состоянии хорошей и удовлетворительной клинко-лабораторной компенсации, абдоминальное ожирение (АО), ИБС, стабильная стенокардия напряжения (СН) II–III ФК). Группа сравнения 38 больных АГ в рамках МС (АГ I–III степени, СД 2 типа, АО). Пациенты достоверно не различались по полу, возрасту, офисному АД, степени АГ, СД, АО. Суточный профиль АД оценивали по данным СМАД (аппарат «ИНКАРТ», комплекс «Кардиотехника»). Анализировали показатели систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) во все временные интервалы суток, ЧСС, двойное произведение (ДП), индекс времени (ИВ) САД и ДАД, вариабельность АД (по стандартному отклонению от среднего значения АД), суточный индекс (СИ) САД и ДАД, величину и скорость утреннего подъема (УП) САД и ДАД.

Результаты. Анализ данных СМАД показал, что больные основной и группы сравнения не имели достоверных различий по уровню САД во все временные интервалы суток и среднесуточному ДАД. Достоверно более низкие значения среднесуточного ($p < 0,01$) и среднесуточного ($p < 0,05$) ДАД зарегистрированы у больных АГ в сочетании с ИБС. ИВ, отражающий «нагрузку давлением» показал сходные изменения с показателями среднесуточных величин САД и ДАД в обеих группах. Пульсовое АД у больных АГ в сочетании с ИБС оказалось достоверно более высоким в дневное время ($p < 0,05$). Анализ среднесуточной ЧСС выявил, что у больных АГ в сочетании с ИБС показатель во все временные интервалы суток достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у лиц, страдающих АГ в рамках МС. Кроме того, в основной группе больных выявлены достоверно более низкие значения среднесуточного ДП ($p < 0,01$). Величины УП САД и ДАД в группах обследуемых больных достоверно не отличались, скорость УП ДАД оказалась достоверно более высокой ($p < 0,01$) у больных АГ в сочетании с ИБС, чем в группе сравнения. Достоверных различий по вариабельности и суточному индексу САД и ДАД у пациентов в обеих группах не выявлено.

Выводы. Таким образом, по данным суточного мониторингирования ЭКГ видно, что наличие ИБС, стабильной стенокардии напряжения, привносит ряд особенностей в характеристику показателей суточного профиля АД у больных АГ с метаболическими нарушениями и позволяет рассматривать данную категорию больных в качестве группы очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, особенно в ранние утренние часы.

0683 КОМБИНАЦИЯ ЛИЗИНОПРИЛА И СИМВАСТАТИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ: ВЛИЯНИЕ НА ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ И ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Петелина Т.И., Гапон Л.И., Авдеева К.С., Терехова Ж.В., Цветкова Е.Ю. Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: изучить эффективность комбинированной терапии лизиноприлом и симвастатином на показатели суточного мониторирования артериального давления (СМАД), эластические свойства артерий, параметры липидного спектра крови и оксидативного стресса у больных артериальной гипертонией (АГ) с абдоминальным ожирением (АО).

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов с мягкой и умеренной АГ в сочетании с абдоминальным ожирением (пациенты принимали лизиноприл (диротон «KRKA») в индивидуальной дозе и симвастатин (симвастол «KRKA») 20 мг/сут). Средний возраст ($52,68 \pm 1,1$), стаж АГ ($8,0 \pm 1,04$), ИМТ $31 \pm 0,8$ кг/м². Обследование проводилось на чистом фоне и через 12 месяцев терапии.

Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате АВРМ-04 венгерской фирмы Meditech. Эластические

свойства артерий изучались по данным прибора VASERA VS-1000 FUCUDA Denshi по показателям — скорости пульсовой волны (PWV) по артериям эластического и мышечного типа, сердечно-сосудистому индексу (CAVI) — истинная жесткость сосудистой стенки, R-AI — индексу аугментации (величина отраженной волны) и потокзависимой вазодилатации (ПЗВД). Показатели липидного обмена определяли на автоматическом биохимическом анализаторе «EOS-BRAVO», Швейцария. Определяли ОХС, ТГ, ХСЛПНП, ХС ЛПВП. Показатели окислительного стресса определяли по уровню малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК) и супероксиддисмутазы (СОД).

Результаты: Целевой уровень АД достигли 70% пациентов. По результатам СМАД выявлено достоверное снижение ($p < 0,05$) среднесуточного, среднесуточного, средненочного САД и ДАД; индекса нагрузки временем и площадью САД и ДАД. Зарегистрировано достоверное ($p < 0,05$) повышение процента лиц с адекватным суточным индексом (группа dipper СИ 10–22%), снижение скорости утреннего подъема (СУП) АД. Через 12 месяцев терапии у пациентов выявлена тенденция к снижению PWV $13,9 - 11,8 \pm 0,44$ м/с, CAVI $8,3 - 6,8 \pm 0,38$, достоверный прирост ПЗВД — вазодилатирующей способности сосудов $6,8 - 8,1 \pm 3,8\%$ ($p < 0,05$). Достоверное снижение МДА, ДК и повышение уровня СОД ($p < 0,05$). Зарегистрирована тенденция к снижению уровня ОХ, ХС ЛПНП, повышению ХС ЛПВП. Выявлены корреляционные взаимосвязи ($p < 0,05$) показателей СМАД, PWV, R-AI с ИТМ, уровнем ТГ, ХС ЛПВП, МДА.

Выводы: Комбинированная терапия лизиноприлом с симвастатином обладает достоверной гипотензивной эффективностью. Стабилизация параметров СМАД, эластических свойств сосудистой стенки на фоне тенденции к нормализации параметров липидного профиля и оксидативного стресса, свидетельствует о наличии у комбинации препаратов органопротективных свойств, что дает возможность использовать ее для профилактики сердечно-сосудистых осложнений у больных АГ с абдоминальным ожирением.

0684 РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БЕССИМПТОМНОЙ ИБС ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Петрова Г.Д., Громнацкий Н.И.

ГУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа», Белгород, Россия; ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет», Курск, Россия

Метаболический синдром (МС) — важный фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний, существенно влияющих на качество и продолжительность жизни в группе наиболее активной части населения, у лиц молодого и среднего возраста.

Цель работы: ранняя диагностика бессимптомной ИБС у пациентов молодого и среднего возраста с МС. Диагноз МС устанавливали в соответствии с Рекомендациями ВНОК (2007).

В исследование включены 88 лиц молодого и среднего возраста в соответствии с классификацией экспертов ВОЗ (1963): до 45 лет — 32 пациента (36%), 45–59 лет — 56 пациентов (64%); в т.ч. мужчин — 21 (24%), женщин — 67 (76%). Контрольную группу составили 25 здоровых лиц без признаков МС, в т.ч. мужчин — 6, женщин — 19, средний возраст — $43,8 \pm 3,9$ года.

Всем пациентам производилось суточное мониторирование (СМ) ЭКГ по Холтеру («Кардиотехника-4000», «Инкарт», Санкт-Петербург, 2004), велоэргометрическая проба (ВЭМП) (велоэргометр «Tunturi», Финляндия, 2001). Оценивалась динамика ST-T в период покоя и на фоне нагрузки, эпизоды безболевой ишемии миокарда (БИМ), величина пульса и АД, жалобы пациента, толерантность к физической нагрузке (ТФН) и двойное произведение (ДП).

При СМ ЭКГ у 17 пациентов с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) и (или) сахарным диабетом (СД) 2 типа (19%) выявлены признаки латентной коронарной недостаточности с диагностически значимыми «нагрузочными» эпизодами депрессии сегмента ST, в т.ч. у 5 человек эпизоды БИМ в ночное время. По данным ВЭМП признаки латентной коронарной недостаточности и бессимптомной ИБС выявлены у 4 пациентов (9%) в группе с МС

без нарушений углеводного обмена и 17 пациентов (58%) в группе с НТГ/СД 2 типа; всего — у 21 человека (24% обследованных лиц). В контрольной группе БИМ не выявлена. Корреляционный анализ взаимосвязей компонентов МС и параметрами ДП и ТФН, характеризующими латентную ИБС у пациентов с МС, показал следующее: положительные связи сильной интенсивности отмечены с показателями НТГ/гипергликемии (ГГ) ($r=0,718$; $p<0,001$), средней интенсивности с уровнем САД ($r=0,511$; $p<0,01$); отрицательные корреляционные связи сильной интенсивности отмечены с уровнем ХС ЛВП ($r=-0,709$; $p<0,001$).

Таким образом, сниженный уровень ХС ЛВП и наличие НТГ/ГГ у пациентов с МС прогнозировали развитие БИМ и бессимптомной ИБС, и, соответственно, высокий и очень высокий индивидуальный риск сердечно-сосудистых осложнений.

Больным с МС и признаками бессимптомной ИБС предложено исследование методом коронароангиографии (КАГ), которая проведена у 14 пациентов, по разным причинам отказались 7 человек. Выявлены признаки стенозирования на 60-85% передней межжелудочковой артерии у 10 пациентов и правой коронарной артерии — у 4 пациентов; произведено стентирование пораженных артерий.

0685 ТЕРАПИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТОМ «ОПРА» У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА

Петрова Е.В., Искендеров Б.Г., Николаев В.М.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель работы: изучение эффективности препарата «Опра» у больных с искусственным водителем ритма (ИВР) и коморбидными тревожно-депрессивными расстройствами.

Материал и методы. Обследовано 70 больных (43 женщины и 27 мужчин) в возрасте от 22 до 65 лет ($53,5\pm 2,6$ года). Применялись режимы электрокардиостимуляции (ЭКС): VVI — у 42 больных, AAI — у 18 больных и DDD — у 10 больных. В исследование включались больные с субклинической и клинически выраженной тревогой и/или депрессией по данным клинико-психопатологического и психологического исследования. Оценку выраженности тревоги и депрессии 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. Курс терапии Опррой был рассчитан на 3-6 месяцев. Индивидуальная терапевтическая доза подбиралась методом титрования. I-й этап активной терапии (8-12 недель) продолжался до полного устранения симптомов тревоги. Основанием для отмены препарата являлось наличие выраженных некупируемых побочных явлений. На II этапе поддерживающей, стабилизирующей терапии (3-5 мес.) доза используемого препарата менялась: уменьшалась при стабилизации состояния или увеличивалась при усилении тревожных расстройств. На заключительном III-м этапе (2-4 нед.) препарат отменялся путем постепенного снижения дозы.

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 пациентов с субклинической тревогой/депрессией, начиная с 3-й недели лечения, было отмечено улучшение настроения, что подтвердилось результатами повторного тестирования по шкале HADS: 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 было 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. Препарат «Опра» обеспечивает эффективную редукцию тревожно-депрессивных расстройств у больных с искусственным водителем ритма сердца и оказывает положительное влияние на течение соматической патологии.

0686 ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА

Петрова Е.В., Искендеров Б.Г., Дочева М.В.

Пензенский институт усовершенствования врачей, Пенза, Россия

Цель: изучить клинические особенности тревожных расстройств у больных с нарушениями ритма и проводимости сердца до и после имплантации искусственного водителя ритма (ИВР).

Материал и методы: исследовались 186 больных с ИВР в возрасте от 27 до 75 лет. Из них у 67,7% больных показанием к имплантации ИВР являлась атриовентрикулярная (АВ) блокада II-III степени, у 23,7% — брадисистолическая форма синдрома слабости синусового узла (СССУ) и у 8,6% — синдром бради-тахикардии. Использовались режимы электрокардиостимуляции (ЭКС): у 72,1% больных VVI-стимуляция, у 22,0% больных AAI-стимуляция и у 5,9% больных двухкамерная ЭКС. В 8,1% случаев применялась частотно-зависимая ЭКС: AAIR, VVIR, DDDR. Больным проводили клинико-психологическое тестирование с использованием опросника СМИЛ, Л.Н.Собчик, и госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) до и после имплантации ИВР.

При сравнительной оценке психосоматических отношений учитывали следующие факторы: 1) выраженность клинических проявлений основного заболевания; 2) клиническая симптоматика нарушений сердечного ритма (синкопальные приступы, пароксизмы тахикардии и т.д.); 3) эффективность ЭКС (наличие осложнений ЭКС, в том числе требующих повторной операции). Контрольную группу составили 46 больных без ЭКС и нарушений сердечного ритма.

Результаты. До имплантации ИВР клинически выраженная тревога диагностировалась у 47,8% больных, субклинический уровень — у 40,9% и у 11,3% больных показатель находился в пределах нормы. После имплантации ИВР клинически выраженная тревога выявлялась в 36,6% случаев и субклинический уровень тревоги — в 45,2%. У остальных больных показатель был в норме. Необходимо отметить, что после имплантации ИВР у 66,7% больных снизился уровень тревоги, особенно у больных с высоким исходным уровнем тревоги, и у 33,3% больных, наоборот, отмечалось увеличение выраженности тревоги.

Выявлено, что развитие блокады сердца и частых пароксизмов тахикардии по сравнению с контрольной группой характеризуется повышенным уровнем тревоги ($7,8\pm 1,9$ и $9,3\pm 2,1$ соответственно; $p<0,05$). По сравнению с асимптомными нарушениями сердечного ритма (больные с врожденной полной АВ-блокадой и брадисистолической формой СССУ) наличие синкопальных приступов значительно увеличивает уровень тревоги: $7,4\pm 1,7$ и $12,2\pm 2,3$ соответственно ($p<0,01$). У больных с различными осложнениями ЭКС, особенно при развитии неэффективности ЭКС (перелом и дислокация электрода, преждевременное истощение батареи ИВР) уровень тревоги оказался выше, чем в группе больных со стабильной работой ИВР ($11,5\pm 2,6$ и $8,0\pm 1,7$ соответственно; $p<0,01$). Кроме того, ограничения жизненной активности больных, связанные с соблюдением правил поведения больных с ИВР, необходимость регулярных технических проверок ИВР и реимплантации (плановая замена ИВР в связи с истощением батареи аппарата). Благоприятное влияние оказывает подбор оптимальных параметров ЭКС путем перепрограммирования характеристик импульсов. Если у больных до 40 лет степень тревоги выражена умеренно, то в старших возрастных группах отмечается тенденция к повышению интенсивности тревоги.

Заключение. Тревожные расстройства у больных с симптоматическими блокадами сердца и при наличии осложнений ЭКС наиболее выражены. Психоэмоциональная адаптация больных после имплантации ИВР носит интегральный и неоднозначный характер, что указывает на важность своевременного выявления коморбидных тревожных расстройств и их адекватной терапевтической коррекции.

0687 ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Петрова М.Н., Маркова О.Г.

ФАО ГОУ ВПО «ЯГУ имени М.К.Аммосова», МУ «ЯГКБ», Якутск, Россия

Цель: акцентировать внимание терапевтов поликлиник на вопросах уточнения диагноза наследственных нарушений соединительной ткани (ННСТ).

Методы исследования: наблюдение пациентов с уточненным клиническим диагнозом «Дисплазия соединительной ткани» (ДСТ) в качестве основного или сопутствующего заболевания, получивших стационарное лечение в городском ревматологическом центре за 2006-2008 гг.

Полученные результаты: всего обследовано 23 пациента (16 мужчин (средний возраст $21,2 \pm 2,3$ года) и 7 женщин (средний возраст $26,3 \pm 3,5$ лет)). Внешние признаки ДСТ в виде пороков развития скелета, гипермобильного синдрома выявлены у 15 пациентов (65,2%). В анамнезе проявления ДСТ были диагностированы у 4 пациентов. Только 6 пациентов наблюдались по поводу малых аномалий сердца (МАС). У одного пациента было сочетание как внешних признаков ДСТ, так и МАС. В остальных случаях пациенты были госпитализированы с такими направленными диагнозами как: НЦД, спондилоартропатия, ревматоидный полиартрит, деформирующий остеоартроз, реактивный артрит. В стационаре ЭКГ проведена 15 пациентам. У 40 % (6 человек) из них зарегистрирована неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Эхо-КГ также проведена 15 пациентам. У 13 (56,5%) из них выявлена патология клапанного аппарата, в том числе: дополнительные хорды — у 2; ПМК+хорда — у 3; ПМК I ст. — у 2; ПМК I ст. с минимальной регургитацией — у 1; ПМК II ст. — у 1; ПМК II ст. с регургитацией — у 2; ПТК с регургитацией I ст. — у 1; комбинированный порок + НМК II ст. + АК I — у 1.

Выводы: Общие подходы к диагностике ННСТ должны быть основаны на комплексном анализе результатов клинических, генеалогических, лабораторно-инструментальных и молекулярно-генетических исследований. Клиническое обследование должно включать в себя уточнение жалоб пациента, сбор наследственного и семейного анамнеза, фенотипическое и физикальное обследование. Чрезвычайно важной частью комплексного обследования пациента является обследование семьи, позволяющее подтвердить наследственную природу выявленной патологии. Учитывая неспецифичность жалоб и клинических проявлений у пациентов с ДСТ необходимо тщательнее проводить дифференциальную диагностику, особенно в первичном звене здравоохранения. В специализированных отделениях необходимо внедрять лабораторные методики, позволяющие оценить метаболизм соединительной ткани. Поскольку назначаемая терапия при данной патологии имеет некоторые отличия, а в некоторых случаях и противопоказания.

0688 НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Петров В.С., Якушин С.С., Радченко Е.Н., Исаева Е.В., Иванова Г.О., Потапова Е.Л.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия; ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Цель нашей работы была оценка диагностики и ведения больных с хронической ревматической болезнью сердца (ХРБС) на современном этапе.

Обследовано 108 человек с диагнозом ХРБС, проходивших лечение в ревматологическом отделении кардиологического диспансера. Средний возраст пациентов составил $53,6 \pm 1,3$ года; мужчины — 17,6%. При изучении анамнеза клиника острой ревматической лихорадки (ОРЛ) выявлена только у $37,0 \pm 5,6\%$ пациентов, бициллино-профилактика проводилась у $35,2 \pm 5,3\%$, а частые ангины в анамнезе отметили $54,6 \pm 5,7\%$ больных.

В структуре жалоб пациентов преобладали: кардиалгии $57,4 \pm 5,7\%$, одышка $71,3 \pm 5,2\%$, сердцебиение $60,2 \pm 5,6\%$, перебои в работе сердца $58,3 \pm 5,7\%$, головные боли $57,4 \pm 5,7\%$, головокружение $52,8 \pm 5,8\%$. Загрудинная боль отмечалась только у $15,7 \pm 4,2\%$ больных.

При оценке порока по данным ЭхоКГ стеноз левого AV отверстия выявлен только у $61,1 \pm 5,6\%$ пациентов, недостаточность митрального клапана у $87,9 \pm 3,8\%$, аортального $77,8 \pm 4,8\%$, стеноз устья аорты у $39,8 \pm 5,7\%$. Средний размер аорты $3,3 \pm 0,05$ см, уплотнение (атеросклероз) аорты в 84,4% случаев; левое предсердие дилатировано $4,64 \pm 0,09$ см, конечный диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) $5,5 \pm 0,07$ см, конечный систолический размер ЛЖ $3,58 \pm 0,06$ см, ТМЖП $1,15 \pm 0,026$ см, ТЗСЛЖ $1,08 \pm 0,02$; Площадь митрального отверстия (S-Mo) по доплеру $1,74 \pm 0,08$ см, давление ЛЖ-Аорта $37,02 \pm 3,06$ mmHg. Частота легочной гипертензии составила $31,5 \pm 5,4\%$, давление на ТК $31,9 \pm 1,26$ mmHg.

У $31,5 \pm 5,4\%$ пациентов была перманентная фибрилляция предсердий, у $6,5 \pm 2,8\%$ пароксизмальная ФП. Диагноз ИБС: стенокардия напряжения установлен у $18,5 \pm 4,4\%$, частота ОНМК составила $4,6 \pm 2,4\%$.

В отношении пациентов отмечается низкая оперативная активность: частота выполнения комиссуротомий составила 13,9%, протезирование клапанов выполнено у 12,2% пациентов с ХРБС.

Проводимая в терапевтическом стационаре медикаментозная терапия состояла из иАПФ 73,3%, БАБ 60,0%, дигоксина 62,7%, спиронолактона 73,3%, петлевых диуретиков (фуросемид) 32%, аспирина 63%, амиодарона 7,4%, верапамила 4,6%. Среди БАБ чаще использовался метопролол тартрат 66,7%. Рекомендуются для ХСН метопролола сукцинат и биспролол назначались у 16,7% пациентов, реже карведилол 5,6% и небиволол 5,6%. Среди иАПФ чаще использовался эналаприл 52,2% и периндоприл 23,9%, реже лизиноприл 17,4% и фозиноприл 4,3%. Несмотря на высокую частоту фибрилляции предсердий и наличие инсультов у ряда больных непрямыми антикоагулянтами (варфарин) назначался только у больных с протезированными клапанами.

Таким образом, ведение пациентов в основном соответствует рекомендациям по ХСН, однако имеет место низкая оперативная активность и частота назначения непрямыми антикоагулянтов для профилактики системной эмболии.

0689 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Петров И.М., Багшиева С.В., Татыева Т.В., Коваленко Е.В., Дороньева Е.Ф.

Юменская государственная медицинская академия Росздрава, Юменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Юмень, Россия

Цель настоящего исследования: изучить распространенность факторов риска ИБС и СД 2 типа среди организованного контингента трудоспособного возраста проживающего условиях Крайнего Севера.

Материалы и методы: Всего обследовано 152 работника банковской сферы и сотрудников общеобразовательных учреждений, проживающих в условиях Крайнего Севера (г. Новый Уренгой) не менее 5 лет, в возрасте от 21 года до 60 лет. Средний возраст пациентов составил $38,73 \pm 10,79$ лет, среди обследуемых женщин — 76,9% (117) и мужчин — 23,1% (35).

Результаты: Средние значения индекса массы тела (ИМТ) составили $26,48 \pm 5,12$ кг/м², дефицит массы тела зарегистрирован в 1,32% (2) случаев, нормальный диапазон ИМТ определялся у 41,45% (63), избыток массы тела у 26,97% (41), ожирение I степени у 24,34% (37) и ожирение II степени у 5,92% (9) респондентов. Таким образом, в 57,24% (87) случаев зафиксировано наличие избыточной массы тела или ожирения I-II степени.

Уровень систолического АД составил $126,09 \pm 18,94$ мм рт.ст. и диастолического АД — $78,09 \pm 11,38$ мм рт.ст. Ранее установленный диагноз артериальной гипертензии (АГ) отмечен у 24,34% (37) обследуемых лиц, в том числе АГ I степени у 9,21% (14), II степени у 9,21% (14) и III степени у 5,92% (9). При этом, жалобы на эпизоды повышения артериального давления (АД) отмечены у 36,18% (55) пациентов (включая лиц с АГ) и 16,45% (25) опрошенных отмечали склонность к гипотонии. Только 29,72% (11) больных АГ получали антигипертензивные препараты на постоянной основе.

При анализе липидного профиля среднее значение концентрации общего холестерина (ОХС) составило $5,49 \pm 0,93$ ммоль/л, содержание липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) — $1,73 \pm 0,48$ ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) — $3,15 \pm 0,89$ ммоль/л и триглицеридов (ТГ) — $1,2 \pm 0,88$ ммоль/л, таким образом коэффициент атерогенности составил — $2,38 \pm 1,04$. Уровень ОХС более 5,5 ммоль/л зафиксирован у 23,03% (35) обследованных, снижение содержания ЛПВП (менее 1,03 ммоль/л у мужчин и менее 1,29 ммоль/л у женщин) — у 13,82% (21) и повышение содержания ТГ более 1,7 ммоль/л — у 16,45% (25) респондентов.

Отягощенная наследственность по заболеваниям сердечно-сосудистой системы отмечена у 30,26% (46) опрошенных и факт наличия СД 2 типа у родственников первой степени родства — у 14,47% (22). Уровень С-реактивного белка составил $1,083 \pm 0,65$ мг/л, при этом у 7,23% (11) его содержание составило >3 мг/л, что свидетельствует о повышенном риске развития атеросклероза. Повышение глюкозы венозной плазмы натощак более 5,6 ммоль/л отмечено у 5,95% (9).

Выводы: Полученные результаты свидетельствуют о высокой частоте распространенности факторов кардиометаболического риска среди организованного контингента трудоспособного возраста проживающего в условиях Крайнего Севера, что требует разработки научно-обоснованного подхода к коррекции выявленных нарушений.

0690 УРОВЕНЬ NT-pro-BNP У ЛИЦ С СОЧЕТАНИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Петров И.М., Багшиева С.В., Татуева Т.В., Коваленко Е.В., Дорондьева Е.Ф.

Тюменская государственная медицинская академия Росздрава, Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия

Цель настоящего исследования: охарактеризовать уровень NT-pro-BNP у лиц трудоспособного возраста проживающих в условиях Крайнего Севера с сочетанием факторов риска ИБС и СД 2 типа

Материалы и методы: всего обследовано 152 работника банковской сферы и сотрудников общеобразовательных учреждений, проживающих в условиях Крайнего Севера (г. Новый Уренгой) не менее 5 лет, в возрасте от 21 года до 60 лет. Средний возраст пациентов составил $38,73 \pm 10,79$ лет, среди обследуемых женщин — 76,9% (117) и мужчин — 23,1% (35). Концентрация NT-pro-BNP между мужчинами и женщинами принимающими участие в исследовании достоверно не различалась, составляя $218,92 \pm 92,94$ фмоль/л и $243,1 \pm 141,82$ фмоль/л, соответственно.

Результаты: нормальный диапазон ИМТ определялся у 41,45% (63), избыток массы тела у 26,97% (41), ожирение I степени у 24,34% (37) и ожирение II степени у 5,92% (9) респондентов. У пациентов с нормальной массой тела содержание NT-pro-BNP в плазме составило $238,0 \pm 118,46$ фмоль/л, в группе с избытком массы тела — $210,0 \pm 66,19$ фмоль/л, при наличии ожирения I степени — $302,12 \pm 125,44$ фмоль/л ($p < 0,05$ в сравнении с пациентами имеющими ИМТ < 30 кг/м²) и в группе с ожирением II степени — $286,66 \pm 63,3430$ фмоль/л. Корреляционный анализ концентрации NT-pro-BNP с антропометрическими параметрами (ИМТ и ОТ), уровнем С-реактивного белка и основными параметрами липидного профиля, достоверной корреляционной взаимосвязи не показал. При этом рост абсолютного и относительного содержания полисахаридов в составе суточного рациона взаимосвязан с более низким содержанием NT-pro-BNP в плазме крови обследованных пациентов ($r = -0,55$; $p = 0,002$ и $r = -0,34$; $p = 0,018$ соответственно).

Концентрация NT-pro-BNP в группе с отсутствием артериальной гипертензии (АГ) составила $237,25 \pm 126,02$ фмоль/л, при наличии АГ данный параметр составил $309,12 \pm 1,57,12$ фмоль/л, что достоверно выше ($p < 0,05$).

При проведении регрессионного анализа с учетом возраста, пола, степени АГ и наличия нарушений углеводного обмена

установлено, что достоверное влияние на уровень концентрации NT-pro-BNP в плазме крови обследованных пациентов оказывает только факт наличия АГ II и III степени ($p = 0,001793$).

Выводы: содержание NT-pro-BNP в плазме крови не зависит от возраста, пола, степени ожирения и наличия метаболических нарушений (нарушения углеводного обмена, рост концентрации С-реактивного белка, гиперхолестеринемия и дислипидемия), единственным предиктором повышенного содержания NT-pro-BNP в плазме является факт наличия АГ II и III степени. Полученные результаты требуют проведения дальнейших исследований, так как в ряде ранее проведенных работ установлено, что у тучных пациентов уровень NT-pro-BNP выше на 63%, в сравнении с пациентами имеющими нормальную массу тела и это повышение не связано со значимым повреждением миокарда.

0691 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНДОПРИЛА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Петров С.Л., Есенова И.И.

РМАПО, Москва, Россия

Цель: оценить влияние периндоприла в дозе 4 мг/сут на суточный профиль артериального давления (АД) и биохимические показатели крови у молодых мужчин с артериальной гипертонией (АГ) и алиментарным ожирением (АО).

Материалы и методы: обследовано 38 мужчин (возраст 19-35 лет) с АГ I-II ст. и АО I-III ст. Исходно и через 12 недель лечения периндоприлом (престариум) в дозе 4 мг/сут пациентам проводили антропометрические измерения (ИМТ, объем талии/объем бедер), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), биохимический анализ крови с определением общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), уровня гликемии натощак, иммунореактивного инсулина (ИРИ). Рассчитывали индекс инсулинорезистентности (НОМО IR) и функциональной активности β -клеток (НОМО- β -cell).

Результаты: на фоне лечения достоверной была положительная динамика среднесуточных, дневных, ночных цифр АД, индексов нагрузки систолического АД и диастолического АД, вариабельность САД. Степень ночного снижения АД исходно недостаточная нормализовалась. Снизились от исходного уровня ХС на 12,6% ($P < 0,05$), ЛПНП на 29,08% ($P < 0,05$), ТГ на 31,6% ($P < 0,05$). Уровень ЛПВП увеличился на 14,7% ($P < 0,05$), демонстрируя позитивное влияние периндоприла на метаболизм липидов. Отмечалось достоверное снижение ИРИ, НОМО- β -cell, НОМО IR, что свидетельствует о снижении потребности организма в инсулине. Побочных эффектов отмечено не было.

Выводы: периндоприл — эффективное гипотензивное средство для лечения молодых мужчин с АГ I-II ст. и АО I-III ст., которое достоверно снижает АД в дневные и ночные часы, нормализует суточный профиль АД. Препарат хорошо переносится. В данном исследовании после терапии нормализовался липидный спектр крови — снизились атерогенные фракции, увеличился уровень ЛПВП. Улучшение метаболизма глюкозы на периферии под влиянием периндоприла подтверждалось снижением ИРИ, НОМО- β -cell, НОМО IR.

0692 РИЛМЕНИДИН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Петров С.Л., Есенова И.И.

РМАПО, Москва, Россия

Цель: изучение гипотензивной эффективности рилменидина (альбарел) у молодых мужчин с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: обследовано 36 мужчин с метаболическим синдромом (МС). Диагноз МС был установлен по критериям отчета Образовательной программы США по холестерину (2001). Средний возраст составил $27 \pm 5,1$ лет, уровень систолического АД $152,4 \pm 4,5$ мм рт.ст., диастолического АД $92 \pm 1,4$ мм рт.ст.; уровень глюкозы плазмы натощак — $6,8 \pm 1,02$ ммоль/л,

индекс массы тела $33,5 \pm 4,6$ кг/м². Лечение рилменидином начинали с дозы 0,25 мг/сут с постепенным увеличением дозы до 1 мг/сут. Лечение проводили в течение 12 недель.

Результаты: на фоне терапии рилменидином положительная динамика была выявлена в 83% случаев, при этом отмечалось снижение систолического АД на 13,4% ($P < 0,01$), диастолического АД на 14,2% ($P < 0,01$). Достоверного изменения частоты сердечных сокращений не наблюдалось. Индивидуальные суточные дозы, необходимые для достижения терапевтического эффекта распределялись следующим образом: 0,25 мг — 8 больных (24%), 0,5 мг — 10 больных (26%), 1 мг — 18 больных (50%). Обращает на себя внимание хорошая переносимость препарата: появление преходящей сухости во рту в 4,7% случаев. Исследование биохимических параметров у наблюдаемых пациентов к концу 12-й недели приема рилменидина показало, что средние показатели гликемии снизились на 11,4%, общий холестерин — на 5,7%, триглицериды — на 12,8%, окружность талии уменьшилась на 4,3%.

Выводы: включение в терапию рилменидина у больных с метаболическим синдромом вызывает удовлетворительный гипотензивный эффект, а также благоприятное метаболическое воздействие на показатели углеводного и липидного обмена.

0693 ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ФАКТОР В ИНИЦИИРОВАНИИ СРЫВА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Пилант Д.А., Ищенко Т.А.

УЗ «Витебский областной диагностический центр», Витебск, Беларусь

К непосредственным причинам срыва ритма у больных пароксизмальной формой МА (ПФМА) можно отнести ряд факторов, таких как систолическую и диастолическую дисфункцию ЛЖ, митральную регургитацию (Эрлих Дж. Р. и др., 2006).

Цель работы. Оценить изменение внутрисердечной гемодинамики при проведении стресс ЭхоКГ и её роль в инициировании срыва ритма у больных ПФМА.

Материал и методы. Обследовано 65 больных с ПФМА ($56,5 \pm 3,5$ г). В качестве основного заболевания у 24 чел. установлена АГ I ст., у 41 чел. ИБС, из них 12 чел. имели стенокардию I-II ФК. После восстановления синусового ритма и выписки из кардиологического отделения (спустя 1 месяц) больным проводилась стресс-ЭхоКГ на аппарате HD-11 «Philips» по стандартной методике. В качестве стресс-теста применяли ВЭМ в положении лежа, под контролем ЭКГ по протоколу (50-75-100-125Вт). Пробу прекращали по общепринятым критериям, а также при достижении порога систолического (и/или) диастолического резерва. По последнему критерию больные были разделены на 2 группы: 1-ю гр. составили 38 человек с сохраненным резервом, обеспечивающим толерантность к ФН (ТФН) более 75Вт; 2-ю группу составили 27 чел. со сниженным резервом (ТФН ниже указанного уровня). Рассчитывали: ударный индекс (УИ, мл/м²), фракцию выброса ЛЖ (ФВ, %), индекс диастолического объема левого предсердия (ИДОЛП, мл/м²), фракцию изгнания ЛП (ФИЛП, %), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.). Расчет индекса митральной недостаточности (ИМН) проводился по методике Thomas L., Shiller NB. (1999). Анализ осуществлялся с помощью пакета программ STATISTICA 5.5.

Результаты. При исходном обследовании больных ПФМА нарушений систолической функции не выявлено (ФВЛЖ $> 50\%$). Нарушение диастолической функции отмечено у всех больных (30-первый тип, 67% — второй тип). При проведении Стресс-Эхо КГ у больных 1-й гр. имела место адекватная реакция гемодинамики. При пороговой мощности ВЭМ 105 ± 12 Вт, рост УИ составил в среднем 54%. В процессе нагрузки отмечено незначительное увеличение ИДОЛП на 8% ($p > 0,05$) и повышение на 36% его фракции изгнания (ФИЛП $79 \pm 4,0$; $p < 0,05$), отмечено также увеличение СДЛА ($23 \pm 5,3$; $p > 0,05$) не превышающего верхней границы нормы. В данной группе у 23% больных исходно регистрировалась митральная регургитация 1-2-й ст. (ИМН $0,5 \pm 0,9$) без значимого её роста в процессе нагрузки ($p > 0,05$). У больных 2-й гр. при пороговой мощности ВЭМ 65 ± 9 Вт ($p < 0,05$) прирост УИ составил в среднем 17%. В процессе нагрузки

отмечено увеличение ИДОЛП на 30% ($p < 0,05$), что не сопровождалось увеличением его фракции изгнания (ФИЛП 30 ± 3 , $p > 0,05$). У всех больных 2-й гр. исходно отмечено нарушение диастолической функции ЛЖ, в большинстве случаев регистрировался 2-й тип (псевдонормальный), а при стресс-ЭхоКГ у некоторых больных отмечено нарастание рестриктивных тенденций и рост СДЛА до $36 \pm 4,8$ ($p < 0,05$). У 67% больных 2-й гр. исходно регистрировалась митральная регургитация 1-2-й ст. (ИМН $1,1 \pm 0,2$), которая в процессе нагрузки возрастала (ИМН $2,3 \pm 0,3$; $p < 0,05$) и была отмечена в 88% больных. У 5 человек на высоте нагрузки зарегистрирована суправентрикулярная экстрасистолия, у 2-х больных срыв ритма (ПФМА). Интересно, что у больных 2-й группы, при оценке анамнестических данных чаще регистрировались приступы ПФМА ($5,5 \pm 1,3$ в год) в сравнении с больными 1-й группы ($2,4 \pm 0,9$ в год; $p < 0,05$). При этом установлено, что приступам срыва ритма, как правило, предшествовала повышенная физическая или эмоциональная нагрузка, с которой пациенты часто сталкивались в быту.

Выводы. Таким образом, у больных ПФМА частота срыва ритма взаимосвязана со степенью нарушения диастолической функции сердца и степенью митральной недостаточности, что может способствовать возникновению рецидива МА.

0694 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОГО ТКАНЕВОГО ДОПЛЕРА В ОЦЕНКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Пилант Д.А., Морозов М.П.

УЗ «Витебский областной диагностический центр», Витебск, Беларусь

Переход мерцательной аритмии из пароксизмальной (ПФМА) в постоянную форму сопровождается прогрессированием процессов ремоделирования сердца, важную роль в которых играет гемодинамический фактор, включающий систолическую и, менее изученную, диастолическую дисфункцию ЛЖ (ДД ЛЖ).

Цель исследования. Оценить нарушение диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ) у больных ПФМА и её роль в структурно-функциональном ремоделировании сердца.

Материал и методы. Обследовано 67 больных с ПФМА ($56,5 \pm 3,5$ г). В качестве основного заболевания у 24 чел. установлена АГ I ст., у 43 чел. ИБС, из них 12 чел. имели стенокардию I-II ФК. После восстановления синусового ритма и выписки из стационара (спустя 1 месяц) больным проводилась ЭхоКГ на аппарате HD-11 «Philips» по стандартной методике с использованием технологии импульсно-волнового тканевого доплера (ТДЭхоКГ). Рассчитывали: фракцию выброса ЛЖ (ФВ, %), индекс диастолического объема левого предсердия (ИДОЛП, мл/м²), фракцию изгнания ЛП (ФИЛП, %), систолическое давление в легочной артерии (СДЛА, мм рт.ст.). Для оценки ДФЛЖ изучались параметры ДЭхоКГ и ТДЭхоКГ: скорость раннего диастолического подъёма основания ЛЖ (E'), соотношение скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ к E' (E'/E'). Анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA 5.5.

Результаты. У обследованных больных ПФМА нарушений систолической функции не выявлено (ФВЛЖ $> 50\%$), в то время как нарушение ДФЛЖ имело место у всех больных и распределилось в следующей пропорции: гипертрофический тип у 20 чел. (30%), псевдонормальный тип у 45 чел. (67%), рестриктивный у 2 чел. (3%). Первый тип нарушения ДФЛЖ (гипертрофический) не вызывал трудностей в диагностике т.к. его оценка базировалась на доплеровском исследовании трансмитрального кровотока. У большей части данных больных (17 чел.) индекс ДОЛП не превышал верхнюю границу нормы ($32 \pm 2,1$ мл/м²), ФИЛП увеличена ($79,2 \pm 4,0$; $p < 0,05$), что указывало на повышение сократительной активности ЛП. Систолическое давление в ЛА не превышало верхней границы нормы ($24 \pm 3,5$ мм рт.ст.). У части больных ПФМА (45 чел. - 67%) выявлен псевдонормальный тип нарушения ДФЛЖ, который дифференцировать удалось используя ТДЭхоКГ. При этом отмечены следующие изменения, свидетельствующие о псевдонормальном типе трансмитрального кровотока: сочетание пика E' < 7 см/с и соотношения $E'/A' < 1$, а так же соотношение $E'/E' \geq 15$. У больных ПФМА с псевдонормальным типом

ДД ЛЖ индекс ДОЛП составлял $38 \pm 2,4$ мл/м², что указывало на признаки гемодинамической перегрузки левого предсердия. В данной группе больных отмечено развитие ЛГ (СДЛА $32 \pm 3,6$ мм рт.ст.). У 2 чел. ПФМА выявлен рестриктивный тип ДДЛЖ. Доплеровский спектр считался рестриктивным при соблюдении одного из следующих условий: 1. Отношение Е/А больше 2; 2. ВЗРН ЛЖ меньше 130 мс в сочетании с Е/А больше 1,5. Кривая скоростей фиброзного кольца МК на ТДЭхоКГ у больных с рестриктивным наполнением ЛЖ сопровождается дальнейшим снижением пиков Е' и А', а увеличение индекса ДОЛП (до $42 \pm 3,4$ мл/м²) и СДЛА (до $36 \pm 3,6$ мм рт.ст.) указывало на гемодинамическую перегрузку левого предсердия и развитие легочной гипертензии.

Таким образом. У всех больных ПФМА, обследованных с использованием метода ТДЭхоКГ, удалось дифференцировать тип диастолической дисфункции ЛЖ, степень которой коррелирует с увеличением объема ЛП и развитием легочной гипертензии.

0695 ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Пименов Л.Т., Дударев М.В., Ежов А.В., Васильев М.Ю., Одицова Н.Ф., Килин Д.А., Эшмаков С.В., Киришина Н.А.
ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия

Цель: оценить проявления кардиоренального синдрома у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы исследования: обследовано 39 пациентов в возрасте от 55 до 77 лет (в среднем $61,53 \pm 7,6$ лет), из них мужчин было 30 человек ($76,9 \pm 8,4\%$), женщин — 9 человек ($23,1 \pm 8,3\%$). Все пациенты имели хроническую сердечную недостаточность (ХСН). Всем больным проводили общеклиническое исследование, определение функционального класса (ФК) ХСН (NYHA) и стадии, определяли содержание в сыворотке эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобина, глюкозы, креатинина, общего холестерина (ОХС), ХС липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), калия, натрия, трансаминаз, рассчитывали: скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Cockcroft-Gault. Эхокардиографию проводили на сканере «Aloka-4000» (Япония) с оценкой фракции выброса (ФВ) по Simpson и по Teinholz.

Статистический анализ результатов проводили с помощью пакета программ Excel. В качестве статистических методов применены однофакторный дисперсионный анализ, параметрический и непараметрический корреляционный анализ.

Результаты: оценивая липидный спектр у больных ХСН, можно отметить повышение уровня липидов. У мужчин ОХС до $5,03 \pm 0,25$ ммоль/л и ХС ЛПНП до $3,14 \pm 0,2$ ммоль/л. Более выраженные изменения отмечены среди женщин: $6,28 \pm 0,45$ ммоль/л и $4,08 \pm 0,21$ ммоль/л соответственно. Установлена средней силы обратная связь между стадией ХСН и уровнем ЛПВП ($r = -0,45$, $p < 0,01$). Также выявлена обратная связь средней силы между ФУ и ФВ со стадией ХСН ($r = -0,47$, $p < 0,01$, $r = -0,32$, $p < 0,01$, соответственно). Нами установлены обратная связь средней силы между ФК ХСН и ФВ по Simpson ($r = -0,45$, $p < 0,05$). Повышение креатинина в сыворотке крови выявили у 12,8% ($n = 5$), один имел СКФ менее 30 мл/мин, у 4 человека СКФ находилась в диапазоне 60–90 мл/мин. В целом снижение СКФ менее 90 мл/мин, рассчитанной по формуле Cockcroft-Gault выявлено у 69,2% ($n = 12$) обследованных. У 38,4% снижение СКФ соответствовало II стадии ХБП, 30,8% — III стадии, 5,1% — IV стадии ХБП. Выявлены следующие корреляционные связи: ФК и креатинином средней силы прямая ($r = 0,53$, $p < 0,01$), креатинином и ФВ по Simpson средней силы обратная ($r = -0,48$, $p < 0,05$). Выявлена связь средней силы между СКФ и ФВ ($r = 0,43$, $p < 0,01$). Корреляция СКФ и ФВ выявлена только при 2А стадии.

Выводы. Выявлена тесная связь между тяжестью проявлений сердечно-сосудистой патологии и прогрессированием хронической болезни почек, что и составляет основу кардиоренального синдрома. Кардиоренальный синдром наиболее четко оформлен в период адаптивного ремоделирования сердца и сосудов (стадия 2А). В период дезадаптивного ремоделирования сердца кардиоренальные взаимоотношения не являются однонаправленными. Оценка функции почек по формуле Cockcroft-Gault свидетельствует о недооценке почечной дисфункции при ХСН, основанной на определении одного креатинина в сыворотке крови.

0696 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИНГИБИТОРОВ АПФ

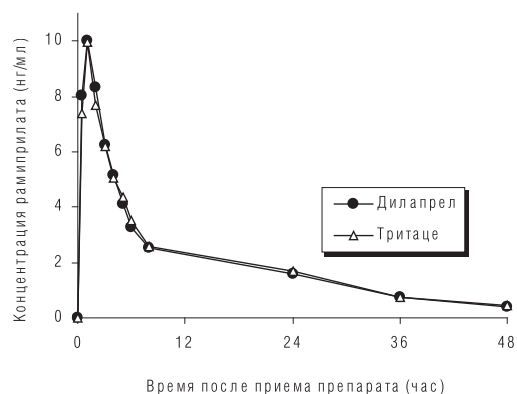
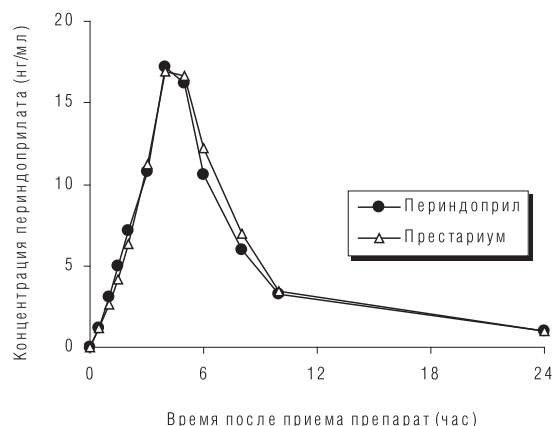
Писарев В.В., Смирнова Л.Б., Сардарова Г.М., Волосников А.А., Жезлова А.В., Белолипецкая В.Г., Колтунов И.Е.
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий», НПЦ «Пробиотек», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов периндоприла — таблеток Периндоприл (ЗАО «Вертекс», Россия) в сравнении с таблетками Престариум («Лаборатории Сервье Индастри», Франция) и препаратов рамиприла — таблеток Дилаприл (ЗАО «Вертекс», Россия) в сравнении с таблетками Тритаце («Авентис Фарма Дойчланд», Германия).

В исследовании было включено по 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.

После однократного перорального приема тестируемого и референсного препаратов средние фармакокинетические профили действующих веществ (рамиприлата и периндоприлата), представленные на рисунках, практически совпадали во всех временных точках.

Значения фармакокинетических параметров тестируемых препаратов и компараторов хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Степень относительной биологической доступности f рамиприла при приеме таблеток Дилаприл по отношению к таблеткам Тритаце составила в среднем $105,2 \pm 27,5\%$ (С.И.: 89,9 — 114,2%). Степень относительной биологической доступности f периндоприла при приеме таблеток Периндоприл по отношению к таблеткам Престариум составила в среднем $97,2 \pm 17,9\%$ (С.И.: 89,0 — 103,1%).



0697 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ НИФЕДИПИНА

Писарев В.В., Смирнова Л.Б., Сардарова Г.М., Волосников А.А., Суханов Я.В., Белолипецкая В.Г., Марцевич С.Ю.

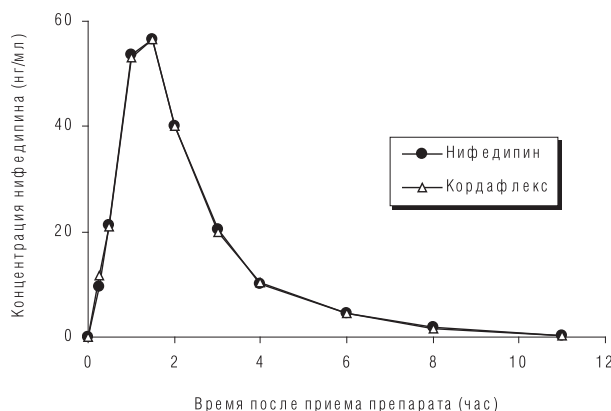
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий», НПЦ «Пробиотек», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов нифедипина — таблеток Нифедипин (ООО «Озон», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России препаратом — таблетками Кордафлекс («Эгис Фармацевтический завод ОАО», Венгрия).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили нифедипина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что концентрационные кривые практически совпадают во всех временных точках.

Значения фармакокинетических параметров нифедипина, полученные при изучении Нифедипина и Кордафлекса хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация нифедипина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Нифедипина в среднем через $1,28 \pm 0,26$ ч, а Кордафлекса — через $1,25 \pm 0,26$ ч и составила $66,20 \pm 12,87$ нг/мл и $66,57 \pm 9,66$ нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: $142,1 \pm 16,2$ нг*ч/мл и $141,9 \pm 16,3$ нг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f нифедипина при приеме таблеток Нифедипин по отношению к таблеткам Кордафлекс составила в среднем $100,2 \pm 3,9\%$ (С.И.: 89,0–103,7%). Нежелательные явления (головная боль, головокружение) наблюдались у 4 добровольцев при приеме Нифедипина и у 3 — при приеме Кордафлекса, причем у 2 из них сильная головная боль отмечалась при приеме обоих препаратов.



0698 ПРИВЫЧКИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВАЖНЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Платонов Д.Ю., Костюк Т.А.

ГУЗ Областная клиническая больница, Тверь, Россия; Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Изучить некоторые привычки питания, имеющие отношение к риску и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, у лиц с артериальной гипертензией.

Методы. Обследована госпитальная выборка из 126 мужчин и 159 женщин в возрасте 18–65 лет. Обученный персонал выполнял сбор анамнеза, физикальное обследование, измерение артериального давления и опрос о привычках питания.

Результаты. Для жарения пищи 88,7% мужчин и 66,7% женщин предпочитали растительное масло и маргарин, 7,5% и 26,2% — сливочное масло или животный жир, 3,8% и 7,1% — обычно не жарили пищу ($p < 0,001$). Сливочное масло или животный жир чаще использовались более молодыми людьми (21,8% лиц до 55 лет против 7,5% старше 55 лет), тогда как воздерживались от жарения только лица старше 55 (12,5%, $p < 0,001$); растительное масло и маргарин одинаково часто использовались в данных подгруппах (78,2% и 80,0%). Для бутербродов большинство мужчин и женщин (60,4% и 59,5%) предпочитали сливочное масло, 9,4% и 7,2% — маргарин, а 30,2% и 33,3% — не использовали жиров в бутербродах. При этом сливочное масло чаще предпочиталось в группе старше 55 лет (70,0% против 52,7%), тогда как маргарин или отказ от жиров — среди более молодых (47,3% против 30,0%; $p = 0,001$). Мужчины чаще женщин выбирали молоко с жирностью более 2,5% (66,0% против 54,8%, $p = 0,035$). Между возрастными подгруппами не было различий в жирности предпочитаемого молока. Привычка удалять кожу и жир с мяса и птицы отмечалась у 16,7% мужчин и 45,3% женщин, 39,6% и 52,4% — делали это иногда, а 31,0% и 15,1% — не делали никогда ($p < 0,001$). Среди лиц моложе 55 лет 36,4% удаляли жир и кожу всегда, 50,9% — иногда и 12,7% — никогда; среди тех, кто был старше 55 лет, 27,5%, 37,5% и 35,0%, соответственно, $p < 0,001$. Потребление свежих овощей и фруктов 3 раза в неделю и реже было у 61,9% мужчин и 56,6% женщин, а 4 раза в неделю и чаще — у 38,1% и 43,3%, соответственно, $p > 0,05$; связи данной пищевой привычки с возрастом также не отмечалось. Потребление круп 3 раза в неделю и реже отмечалось у 85,7% мужчин и 77,4% женщин, а 4 раза в неделю и чаще — у 14,3% и 22,6% ($p = 0,05$). Потребление круп 3 раза в неделю и реже отмечалось у 89,1% лиц моложе 55 лет и у 70,0% — старше 55, тогда как 4 раза в неделю и чаще — у 10,9% и 30,0% ($p < 0,001$). Треть респондентов независимо от возраста (28,6% мужчин и 34,7% женщин, $p > 0,05$) указали на снижение потребления поваренной соли в сравнении с предыдущим годом. Об уменьшении потребления жиров в сравнении с предыдущим годом заявили 40,5% мужчин и 49,1% женщин ($p > 0,05$), 41,8% лиц моложе 55 лет и 50,0% — старше 55 ($p > 0,05$).

Выводы. Нездоровые привычки питания широко распространены в госпитальной популяции пациентов с артериальной гипертензией. Профилактические усилия среди них по коррекции нездоровых пищевых стереотипов недостаточны. В целом мужчины и женщины моложе 55 лет более склонны к нездоровому питанию и менее активны в его профилактической коррекции. Представленные данные свидетельствуют о низкой эффективности санитарного просвещения и неадекватном понимании важности немедикаментозных способов профилактики и лечения среди пациентов с артериальной гипертензией.

0699 ЗНАЧЕНИЯ ИНДЕКСА АУГМЕНТАЦИИ, СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Плешева И.М., Былова Н.А.

4 Городская Клиническая Больница, Москва, Россия

Одним из первых проявлений при заболевании сердечно-сосудистой системы (ССС) является поражение эндотелия сосудов. В качестве методов оценки эндотелиальной дисфункции, наряду с биохимическими, иммунологическими, гистологическими могут являться методы функциональной диагностики, например индекс аугментации (ИА), скорость пульсовой волны (СПВ) и центральное артериальное давление (ЦАД).

Мы предполагаем, что у пациентов острым инфарктом миокарда показатели ИА и СПВ будут значительно выше, чем в группе контроля, сопоставимой по всем показателям, но без острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Цель: Исследовать ИА, СПВ и ЦАД в популяции пациентов с острым инфарктом миокарда в сравнении с контрольной группой.

Материалы и методы: в исследование включены пациенты ($n=45$) с острым инфарктом миокарда. Средний возраст пациентов $63,1 \pm 11,2$ лет. Преимущественно в исследование были включены мужчины ($n=32$). Всем пациентам проводилась: оценка ИА, СПВ, ЦАД, ЭхоКГ. Измерение ИА, СПВ, ЦАД измерялись на аппарате Артериограф TensioClinic. Критериями включения явился возраст старше 20 лет и установленный диагноз острого инфаркта миокарда (диагноз выставлялся, преимущественно на основании ЭКГ). В группу контроля входили пациенты 4 ГКБ ($n=45$), лечившиеся в кардиологических отделениях, с диагнозом нестабильная стенокардия. У пациентов в анамнезе отсутствовал диагноз инфаркта миокарда. Проведение данного исследования на базе ГКБ №4 было одобрено ЛЭК 4 ГКБ.

Результаты исследования: На основании проведенных измерений АД в основной группе составили $129,5 \pm 6,4/76,9 \pm 5,3$ мм рт.ст, ЦАД $121,6 \pm 4,3$ мм рт.ст, ЧСС $66,4 \pm 7,6$ в мин. АД в контрольной группе составило $115 \pm 7/81 \pm 4,3$ мм рт.ст, ЦАД $110,1 \pm 6,3$ мм рт.ст, ЧСС $71 \pm 4,3$ в мин. В основной группе ИА составил $14,89 \pm 7,4\%$, СПВ $9,8$ м/с. В контрольной группе ИА $-44,6 \pm 14,7\%$, СПВ $6,7 \pm 0,5$ м/с. Таким образом, показатели ИА и СПВ в основной группе выше, чем в контрольной группе.

По результатам ЭхоКГ: ПЖ- $24,45 \pm 8,5$ мм в первой группе, а во второй $-28,1 \pm 4,1$ мм, а размеры ЛП: в первой- $33,44 \pm 5,3$ мм, во второй- $38,4 \pm 4,7$ мм. Размеры КДР: в первой- $49,3 \pm 6,5$ мм, во второй- $54,01 \pm 5,4$ мм и КСР: в первой- $38,43 \pm 7,3$ мм, во второй- $44,3 \pm 6,1$ мм. Размеры ТМЖП в первой группе- $10,04 \pm 1,9$ мм, во второй- $10,1 \pm 1,3$ мм. Размеры ЗСЛЖ: в первой группе- $9,16 \pm 2,4$ мм, во второй группе- $10,5 \pm 1,4$ мм. Размеры аорты (АО) и аортального клапана (АК): в первой группе $-AO-30,89 \pm 4,7$ мм, АК- $17,01 \pm 6,5$ мм, во второй $-AO-32,2 \pm 3,4$ мм, АК- $18,34 \pm 3,5$ мм. Значения фракции выброса (ФВ): в первой- $47,78 \pm 11,8\%$, во второй группе- $45,5 \pm 8,9\%$. Существенных различий в данных ЭхоКГ у пациентов с нормальным и повышенным уровнем ИА не отмечалось.

Выводы: таким образом, у пациентов с острым инфарктом миокарда показатели ИА и СПВ, выше по сравнению с контрольной группой. Однако данные ЭхоКГ не позволяют объяснить эти показатели значимыми изменениями размеров сердца или ФВ. Вероятнее всего у этих пациентов в дальнейшем произойдет ремоделирование миокарда, снизится фракция выброса. Таким образом, мы предполагаем, что ИА, СПВ и ЦАД могут явиться ранними и простыми в использовании методом оценки прогноза при ОИМ.

0700 ЭНТЕРОВИРУСЫ И ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ

Плоткин В.Я., Воронель В.Л., Зарипова З.А., Тимошина М.А., Мурина Е.А., Хромов-Борисов Н.Н.
ФГУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Цель работы – определить роль энтеровирусной инфекции (ЭВИ) в развитии острого коронарного синдрома (ОКС) и его осложнений.

Частота выявления и относительное количество антигенов энтеровирусов (ОКАЭВ) Коксаки В1-В6, ЕСНО 1-32, Энтеро 68-71 определялись в крови с помощью модифицированной реакции связывания комплемента у 208 больных ОКС: 27 пациентов нестабильной стенокардией (НС), 48 пациентов неосложненным инфарктом миокарда (ИМ), 133 пациентов ИМ, осложненным отеком легкого (25 чел.), кардиогенным шоком (64 чел.), разрывом миокарда (30 чел.), нарушениями ритма и проводимости (14 чел) и в ткани миокарда 39 больных ИМ, умерших от кардиогенного шока и/или разрыва миокарда. Функция эндотелия изучалась по анализу кривой амплитуды пульсовой волны (АПВ) в пробе с реактивной гиперемией после окклюзии плечевой артерии у 46 больных ИМ в зависимости от наличия или отсутствия ЭВИ и/или сердечной недостаточности (II – III степени по Killip). Методом ПЦР-ПДРФ анализа исследованы

частоты полиморфных вариантов генов фактора некроза опухоли А TNFA ($-238G/A$, $-308G/A$ полиморфизмы) у 89 больных ИМ, матричных протеиназ MMP1 (1G/2G полиморфизм) у 97 пациентов ИМ и MMP3 (5G/6G полиморфизм) у 152 пациентов ИМ.

Антигены энтеровирусов в крови были выявлены у 7% больных НС, 10% пациентов неосложненным ИМ и 32% больных осложненным ИМ. ОКАЭВ у больных НС ($0,21 \pm 0,07$ отн. ед.) было значительно ниже чем у больных с неосложненным ИМ ($0,29 \pm 0,02$ отн. ед.; $p < 0,011$). ОКАЭВ в группе больных ИМ, осложненным кардиогенным шоком и разрывом миокарда ($0,42 \pm 0,04$ отн. ед.) значимо превышало ОКАЭВ как пациентов НС ($p < 0,0001$), так и больных неосложненным ИМ ($p < 0,032$). ОКАЭВ в зонах некроза миокарда пациентов, умерших от кардиогенного шока ($0,54 \pm 0,18$ отн. ед.; $p < 0,0001$) и/или разрыва миокарда ($0,46 \pm 0,15$ отн. ед.; $p < 0,0008$) значимо превышало ОКАЭВ в интактных зонах миокарда этих же больных ($0,30 \pm 0,10$ и $0,26 \pm 0,10$ отн. ед. соответственно). Статистический анализ попарных множественных сравнений изменений значений АПВ 46 больных ИМ в зависимости от наличия или отсутствия ЭВИ и/или сердечной недостаточности (II – III степени по Killip) выявил две статистически значимо отличающиеся группы пациентов (точное $p=0,003$). Эти группы различались только отсутствием (группа А) и наличием (группа Б) у больных вирусной инфекции ($p=0,001$; “размер эффекта” по показателю Cohen $dC=1,1$ с 95%-ДИ от 0,4 до 1,7).

Частоты полиморфных генов фактора некроза опухоли TNFA, матричных протеиназ MMP1 и MMP3 не были связаны с наличием или отсутствием ИМ, ЭВИ, наличием осложнений ИМ и прогнозом заболевания.

Таким образом, энтеровирусная инфекция принимает участие в патогенезе ИМ, способствует дисфункции эндотелия и развитию кардиогенного шока и разрыва миокарда и не зависит от полиморфных генов TNFA и матричных протеиназ MMP1 и MMP3.

0701 ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Плотникова И.В., Чурилова В.О., Трушкина И.В., Горячева Е.Г.
НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: оценить вклад компонентов МС в формирование эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) в подростковом возрасте

Материалы и методы. Нами обследовано 229 подростков с ЭАГ на разных этапах ее становления в возрасте 12-18 лет. Средний возраст обследованных составил $14,9 \pm 2,0$ лет. Всем пациентам было проведено суточное мониторирование АД, по результатам которого были сформированы группы наблюдения: 1 группа – пациенты с феноменом «гипертонии белого халата» – 98 человек (30,1%), 2 группа – подростки с лабильной артериальной гипертензией – 108 человек (33,1%) и 3 группа – подростки со стабильной артериальной гипертензией (ст. АГ) – 93 человека (28,5%). Контрольную группу составили 27 человек, сопоставимых по полу и возрасту с подростками групп наблюдения. Выявление маркеров МС мы проводили на основании российских рекомендаций от 2007г. и рекомендаций Комитета экспертов по диагностике, оценке и лечению гиперхолестеринемии у взрослых Национального института здоровья США, адаптированных на подростковый возраст.

Результаты. Синдром инсулинорезистентности (ИР) был выявлен всего у 2,3% подростков с ЭАГ, 85,7% из которых имели ст.АГ. Обращает на себя внимание тот факт, что не во всех случаях абдоминальное ожирение сопровождалось ИР. Только у половины из этих пациентов было отмечено данное сочетание маркеров. Среди подростков, без наличия висцерального ожирения, ИР в виде гиперинсулинемии и повышения индекса инсулинорезистентности (ИИР) НОМА, присутствовал у 7,4% подростков с ЭАГ на разных этапах ее формирования, при этом только у трети обследованных была выявлена избыточная масса тела. Самые высокие средние значения ИИР НОМА, по отношению к группе контроля с поправкой на пол и возраст, были выявлены только в группе подростков со ст. АГ и разница этих значений составила 1.79 (95%ДИ 1,01:3,59), $p=0.049$). Среди подростков с

ЭАГ в 13,1% случаях было выявлено нарушение углеводного обмена, которое является косвенным признаком ИР. Нами не обнаружены выраженные изменения липидного спектра у подростков с эссенциальной АГ. Только в группе со ст. АГ по отношению к контролю с поправкой на пол и возраст была выявлена клинически значимая разница средних значений уровня ТГ и ХС ЛПОНП ($p=0,027$ и $p=0,027$ соответственно). Гиперурикемия была документирована у 72,1% подростков с ЭАГ на разных этапах ее становления и у 22% — в группе контроля, без наличия достоверных взаимосвязей между группами наблюдения. Клинически значимая разница средних цифр уровня мочевой кислоты по отношению к контролю с поправкой на пол и возраст была зафиксирована только в группе пациентов со ст. АГ и составила 65,41 мкмоль/л (95%ДИ 19,89 : 110,94), $p=0,0051$.

Вывод. Компоненты МС начинают формироваться задолго до его клинического проявления. Обменные нарушения на стадии формирования АГ способствуют ее стабилизации.

0702 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ, ОБОГАЩЕННОЙ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С АНТИОКСИДАНТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Плотникова О.А., Шарафетдинов Х.Х., Зыкина В.В., Алексеева Р.И., Мальцев Г.Ю., Казанов Б.С.

НИИ питания РАМН, Москва, Россия

Цель: оценить влияние гипокалорийной диеты, обогащенной биологически активными веществами с антиоксидантным действием, на клинико-метаболические показатели у больных сахарным диабетом (СД) типа 2.

Методы: под наблюдением находилось 40 пациентов СД типа 2 в возрасте $56,7 \pm 1,8$ лет с сопутствующим ожирением I-III степени (индекс массы тела $37,0 \pm 1,6$ кг/м²). Все больные методом случайной выборки были разделены на две однотипные группы. Больные основной группы в течение трех недель получали гипокалорийную диету (1500 ккал/день) с включением биологически активной добавки (БАД) к пище «Чай зеленый таблетированный» т/м «Минамото», больные группы сравнения — низкокалорийный вариант стандартной диеты (1500 ккал/день). В процессе диетотерапии оценивалась клиническая симптоматика, динамика показателей углеводного и липидного обмена, процессов перекисного окисления липидов и активность антиоксидантной системы.

Результаты: в процессе диетотерапии, независимо от применяемого варианта диеты, наблюдалась положительная динамика клинической симптоматики СД: уменьшились жалобы на сухость во рту, общую слабость, повысилась физическая активность. В обеих группах наблюдения отмечено достоверное снижение массы тела и процентного содержания жировой массы. В основной группе больных уровень САД и ДАД снизился в большей степени (в среднем на 17,8% и 18,3% от исходных значений соответственно), чем в группе сравнения (на 10,5% и 9,9% от исходных значений соответственно). В обеих группах наблюдения отмечалось достоверное снижение базальной и постпрандиальной гликемии, при этом в основной группе больных содержание глюкозы в венозной и капиллярной крови снизилось в большей степени (в среднем на 24,7% и 19,5% по сравнению с исходным уровнем, $p<0,001$ соответственно), чем у пациентов группы сравнения (на 19,7% и 16,1%, $p<0,001$ соответственно). В основной группе отмечено более выраженное снижение гликемии через 40 мин после завтрака по сравнению с группой сравнения (44,9% против 27,6%). В процессе лечения у больных основной группы отмечалось достоверное снижение содержания в сыворотке крови общего холестерина в среднем на 16,5% от исходного уровня ($p<0,001$), холестерина ЛПНП на 18,0% ($p<0,05$), триглицеридов на 25,0% ($p<0,05$), у больных группы сравнения — достоверное снижение содержания общего холестерина на 12,6% ($p<0,001$). Включение в стандартную диетотерапию БАД к пище «Чай зеленый таблетированный» т/м «Минамото» сопровождалось достоверным снижением исходно повышенного содержания малонового диальдегида в сыворотке крови в среднем на 14,7% и повышением активности супероксиддисмутазы в эритроцитах в среднем на 11,2% ($p<0,05$).

Выводы: включение БАД к пище «Чай зеленый таблетированный» т/м «Минамото» в низкокалорийный вариант стандартной диеты позволяет повысить гиполипидемический и антиоксидантный эффект диетотерапии при СД типа 2.

0703 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС И БЕЗ ИБС ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС – ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Плюснин А.В., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью настоящей работы было оценить с помощью импульсно-волновой тканевой доплер-эхокардиографии (ТДЭхоКГ) показатели, характеризующие динамику показателей региональной систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ИБС и без ИБС при проведении стресс-доплер-эхокардиографии (стресс-ДЭхоКГ) с добутамином.

Всего было обследовано 116 пациентов (77 мужчин и 39 женщин, средний возраст $53 \pm 1,04$ года), из них — 48 больных с ИБС и 60 пациентов без ИБС. С помощью ТДЭхоКГ в базальных сегментах миокарда ЛЖ (используя 16 сегментарную схему деления миокарда ЛЖ) оценивали — пиковую систолическую скорость движения миокарда ЛЖ — s, раннюю диастолическую скорость движения миокарда ЛЖ — e, позднюю диастолическую скорость — а, пик диастолической скорости при монофазном движении миокарда ЛЖ (М) на высоких частотах (140 уд.мин) и показатель, характеризующий регионарную функцию расслабления миокарда ЛЖ, — отношение пиков e/a, а также динамику этих показателей (D) по сравнению к исходному уровню. Оценку показателей проводили в покое и во время добутаминовой стресс-ДЭхоКГ при частоте 100 (предпороговая нагрузка) и 140 (пороговая нагрузка) ударов в минуту.

При сравнительном анализе данных пациентов с ИБС и без ИБС были достоверно выявлены различия динамики показателей пиков e передних сегментов (8,3 м/с D-4,4 и (9,7 м/с) D-2,5* соответственно; нижних сегментов (7,7 м/с) D-1,7 и (10,1 м/с) D-2,9* соответственно; пиков s нижних сегментов (9,7 м/с) D-3,1 и (12,5 м/с) D-6,4* соответственно, при ЧСС 100 в мин., а также пиков s нижних сегментов (12,1 м/с) D-2,5 и (14,1 м/с) D-7,5*** при ЧСС 140 в мин. Достоверных изменений по динамике других показателей выявлено не было.

Таким образом, при проведении добутаминовой стресс-ДЭхоКГ реакция сегментарной систолической и диастолической функции ЛЖ у больных с ИБС и без ИБС были различными, причем достоверные изменения выявлены преимущественно в нижних сегментах ЛЖ.

0704 ГЛЮКОЗОИНДУЦИРОВАННАЯ МОДИФИКАЦИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА

Поварова Т.С.¹, Денисова Т.П.², Малинова Л.И.³, Данилова И.В.¹

¹Дорожная клиническая больница РЖД, Саратов, Россия; ²ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия; ³ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Состояние углеводного обмена является важным диагностическим и прогностическим признаком при стратификации риска коронарной патологии. Стрессовая гипергликемия, например, ассоциирована с высоким риском нежелательных явлений у пациентов с острым инфарктом миокарда; индуцированные хронической гипергликемией нарушения миокардиальной функции составляют патофизиологическую основу жизнеугрожающих осложнений сахарного диабета. Тем не менее, механизмы кардиоваскулярной «глюкозотоксичности» остаются не вполне ясными, что определило цель настоящего исследования.

Цель: изучить влияние острой гипергликемии на систолическую и диастолическую функцию миокарда у практически здоровых лиц.

Методы исследования. В исследование включались лица молодого и зрелого возраста ($n=15$, возрастной диапазон от 24 до 40 лет, средний возраст $34,3 \pm 7,3$ года) без клинических и лабораторно-инструментальных признаков сердечно-сосудистой патологии. Всем обследованным проводились общий анализ крови, мочи, суточное мониторирование артериального давления, ЭКГ в 12 стандартных отведениях и холтеровское мониторирование ЭКГ, нагрузочный функциональный тест на велоэргометре, ЭхоКГ и стресс-ЭхоКГ, определялись уровни глюкозы крови, креатинина, триглицеридов, общего холестерина и холестерина липопротеидов высокой и низкой плотности. Всем пациентам проводилась внутривенная нагрузка глюкозой в индивидуальной стандартизированной дозе, на фоне которой проводилось эхокардиографическое исследование систолической и диастолической функции миокарда.

Результаты. На высоте повышения концентрации глюкозы крови происходило статистически достоверное увеличение частоты сердечных сокращений, в среднем на 30% от исходного, сопровождавшееся незначительным уменьшением конечного диастолического объема левого желудочка, в среднем на 5,7 % ($p = 0,038$). Изменения фракции выброса были разнонаправлены с тенденцией к снижению на 11,7% от исходного (максимально на 15,7%). Наиболее выраженными были изменения трансмитрального диастолического потока: наблюдалось выраженное увеличение времени изоволюметрического расслабления (на 22% от исходного), возрастали максимальные скорости пика Е и А, при этом соотношение скоростей раннего диастолического наполнения и наполнения в систолу предсердий возрастало на 15% от исходного ($p=0,021$, максимально на 51%).

Выводы. Острая гипергликемия у практически здоровых лиц провоцирует статистически значимые нарушения как систолической, так и диастолической функции левого желудочка, при этом наиболее чувствительной к повышению уровня глюкозы крови оказывалась диастолическая функция. Выявленный факт свидетельствует о срочно реализующемся механизме глюкозоиндуцированной модификации сократительной способности миокарда.

0705 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КАРДОС» У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Подворчан М.А., Иваненко В.В., Ребиков А.Г., Лопатин Ю.М.
ГУЗ ВОККЦ, ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель: оценить влияние препарата «Кардос» на основе сверхмалых доз антагониста С-концевому фрагменту АТ1-рецептора ангиотензина II на показатели ЭхоКГ, толерантность к физическим нагрузкам, качество жизни у пациентов со сниженной сократительной функцией левого желудочка, перенесших оперативное вмешательство на сердце в условиях искусственного кровообращения — АКШ/ АКШ с резекцией аневризмы ЛЖ.

Методы: в исследование были включены 20 пациентов (из них 19 мужчин) с ХСН II-III ФК (в среднем $2,5 \pm 0,5$), в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст $55,4 \pm 5,7$ лет), которые получали стандартную медикаментозную терапию (β-блокаторы, ингибиторы АПФ, антиагреганты). Исходная ФВ равнялась $37,3 \pm 7,5$ (25-45%). Все пациенты имели многососудистое поражение коронарного русла — $2,8 \pm 1,8$ сосуда. Среднее количество шунтированных сосудов составило $3,6 \pm 1,7$, резекция аневризмы ЛЖ была выполнена у 16 пациентов. В дооперационном и послеоперационном периоде, а также через 6 месяцев после операции проводилось эхокардиографическое исследование, тредмил тест (протокол Naughton), оценка качества жизни. В раннем послеоперационном периоде к стандартной терапии добавлялся «Кардос» (3 таблетки в сутки).

Результаты: уже через 3 месяца после операции происходило улучшение ФК ХСН на 28,6% ($p<0,001$), а к 6 месяцу терапии на 34,3% ($p<0,001$), в итоге ФК ХСН равнялся $1,61 \pm 0,61$. Проведение пробы с физической нагрузкой (тредмил тест.) показало увеличение общего времени нагрузки в раннем послеоперационном периоде на 6,7%, к 6 месяцу терапии на 42,3% ($p<0,001$), метаболический эквивалент потребления кислорода соответственно

вырос на 4,5% и 28,3% ($p<0,001$). При оценке основных показателей ЭхоКГ отмечено достоверное увеличение ФВ ЛЖ в раннем послеоперационном периоде, к 6 месяцу терапии она достигла 46% (+21,9%, $p<0,001$), при этом произошло достоверное уменьшение объема левого желудочка (КДО ЛЖ уменьшился на 14,1% ($p<0,01$)), КСО ЛЖ на 21% ($p<0,001$). Параллельно происходило улучшение показателей качества жизни пациентов (Миннесотский опросник КЖ — с улучшением на 40,19% ($p<0,001$), Канзасский опросник КЖ — на 15,6% ($p<0,001$)). Также был произведен дополнительный анализ вышеперечисленных параметров в зависимости от исходной ФВ ЛЖ (менее или более 40%). Наблюдалась более значительная и достоверная динамика в группе больных с исходно низкой ФВ ЛЖ, так ФВ ЛЖ в первой группе (ФВ ЛЖ менее 40%) к 6 месяцу терапии возросла на 28,6% ($p<0,001$), во второй группе (ФВ ЛЖ более 40%) прирост составил 15,8% (н.д.). В I группе отмечено более значимое повышение переносимости физических нагрузок, метаболический эквивалент потребления кислорода на 32,4% ($p=0,01$), ФК ХСН возрос на 42,96% ($p<0,001$); во второй группе соответственно на 16,7% (н.д.) и 23,3% (н.д.).

Выводы: добавление к стандартной терапии ХСН препарата «Кардос» способствует оптимизации лечения больных с исходной систолической дисфункцией ЛЖ, перенесших хирургическую реваскуляризацию миокарда. Наибольший положительный ответ на данную терапию наблюдается у пациентов с исходно низкой ФВ ЛЖ.

0706 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ИЗМЕРЕНИЯ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Поддубная А.В., Евсина М.Г., Андреев П.В., Хурс Е.М.
ГОУ ВПО УГМА Росздрава, ООО МЦ «Шанс», Екатеринбург, Россия

Цель: оценить прогностическую значимость амбулаторного измерения АД на врачебном приеме и суточного мониторирования АД (СМАД) в верификации диагноза артериальной гипертензии (АГ).

Методы исследования: проанализированы результаты обследования 118 пациентов, обратившихся в течение года на амбулаторный кардиологический прием по поводу повышения АД, выявленного при самоизмерении, и не получавших регулярной антигипертензивной терапии. Для верификации АГ всем больным проводилось суточное мониторирование АД (CardioTens-01).

Результаты. Среди обратившихся по поводу АГ на амбулаторный прием преобладали женщины (59% против 41%, $p=0,006$), возраст больных преимущественно молодой и средний (от 16 до 59 лет, средний возраст $42,2 \pm 10,1$ года). При измерении АД на врачебном приеме у 110 из 118 пациентов (93%) выявлены повышенные значения АД ($140/90$ мм рт.ст.). По результатам СМАД, у 31% обследуемых диагноз АГ не подтвердился, у 36% была выявлена пограничная АГ и лишь у 33% была верифицирована стабильная 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. Распределение по полу среди больных стабильной АГ не имело существенных различий. Чувствительность измерения АД на врачебном приеме в плане диагностики стабильной АГ составила 100%, в то же время специфичность — 10%. Одним из наиболее значимых параметров суточного профиля АД, указывающим на наличие и степень АГ, можно считать максимальную плотность АД (МП АД — максимальная частота определенных значений АД за сутки в интервале 10 мм рт.ст.), имеющую примерно одинаковую специфичность и чувствительность — 85 и 86% соответственно (оптимальным является именно их сочетание). Среднесуточное АД $130/80$ мм рт.ст., принятое за «золотой стандарт» диагностики АГ при помощи СМАД, при 100% чувствительности имеет специфичность лишь 64%.

Выводы. Измерение АД на амбулаторном приеме, являясь высокочувствительным методом диагностики АГ, имеет, однако, крайне низкую специфичность, то есть может привести к ложной диагностике АГ. Однако, в качестве скринингового метода измерения АД на амбулаторном приеме обеспечивает своевре-

менное выявление пациентов с пограничными значениями АД (у 36% пациентов предгипертония подтверждена СМАД в нашем исследовании), что при правильной оценке общего сердечно-сосудистого риска позволит вовремя начать медикаментозную терапию или профилактические мероприятия.

0707 ЗАВИСИМОСТЬ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ОТ СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Поддубная А.В., Футерман Е.М., Дмитриев А.Н., Хурс Е.М.
ГОУ ВПО УГМА Россздздрав, Екатеринбург, Россия

Цель. Выявить закономерности изменения структурно-геометрических и функциональных параметров сердца у женщин в зависимости от нарушений углеводного обмена при метаболическом синдроме.

Материал и методы исследования. Обследовано 245 женщин, сравнимых по возрасту ($48,14 \pm 10,38$ лет) и уровню АД ($155,71 \pm 22,79/94,15 \pm 13,49$ мм рт.ст.); с АГ и дислипидемией (ДЛП) без ожирения ($n=37$) – группа 1, с АГ, ДЛП, абдоминальным ожирением (АО; ОТ = $104,84 \pm 15,92$ см) без нарушений углеводного обмена ($n=93$) – группа 2, 15 женщин с АГ, ДЛП, АО и нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) – группа 3 и с АГ без ДЛП и ожирения ($n=100$) – группа сравнения (С). Проведены трансторакальная ЭхоКГ с расчетом индексов ремоделирования ЛЖ, пероральный глюкозотолерантный тест и исследование липидного спектра сыворотки крови.

Результаты. Установлено существенное ($p < 0,05$), чем в группе С, увеличение КСР у пациенток 1 и 2 группы ($31,71 \pm 7,6$ и $31,47 \pm 2,48$ против $28,78 \pm 2,92$ соответственно), снижение ФВ в группах 1-3 (до $67,54 \pm 7,86\%$, $66,25 \pm 5,97\%$ и $62,33 \pm 9,57\%$, против $70,58 \pm 5,07\%$ соответственно; $p < 0,05$), достоверное более выраженное ($p < 0,01$) ухудшение диастолической функции в группе 3 ($E/A = 0,85 \pm 0,5$ против $1,27 \pm 0,78$); у пациенток 2 и 3 групп констатируется увеличение ИММЛЖ/рост $2,7$ ($55,83 \pm 15,55$ и $57,74 \pm 12,32$ против $50,41 \pm 12,18$; $p < 0,05$) и систолического миокардиального стресса (МСс): $172,59 \pm 40,92$ и $169,36 \pm 29,12$ против $150,86 \pm 25,64$ ($p < 0,05$ и $p < 0,01$ соответственно). В группах 2 и 3 была также повышена жесткость стенки ЛЖ (КДНС = $18176,82 \pm 4842,94$ и $17613,68 \pm 3187,13$ против $15935,48 \pm 3545,12$ в группе С; $p < 0,05$). Интегральный систолический индекс ремоделирования (ИСИР) был самым низким у больных группы 3 ($93,89 \pm 17,4$), достоверно отличаясь ($p < 0,05$) от такового в группе С ($103,74 \pm 17,68$). Кроме того, группа 3 характеризовалась увеличением сферичности ЛЖ (ИСд = $0,73 \pm 0,12$ против $0,66 \pm 0,08$; $p < 0,05$). При пошаговом множественном регрессионном анализе с учетом возраста, гликемии, АД, ожирения, независимыми предикторами снижения ФВ являлись ОТ ($p = 0,003$; $\beta = -0,26$; $R^2 = 0,069$) и ЧСС ($p = 0,007$; $\beta = -0,23$; $R^2 = 0,12$); предиктором увеличения ИММЛЖр – САД ($p = 0,0001$; $\beta = 0,33$; $R^2 = 0,11$) и возраст ($p = 0,008$; $\beta = 0,23$; $R^2 = 0,16$), а предикторами МСс – САД ($p = 0,0001$; $\beta = 0,33$; $R^2 = 0,11$) и уровень глюкозы плазмы ($p = 0,0001$; $\beta = 0,31$; $R^2 = 0,2$).

Выводы. У женщин с различными вариантами МС нарушения структуры и функции сердца разнородны. Изолированная ДЛП у пациенток с АГ и АО не приводит к значимым нарушениям геометрии и показателей ремоделирования ЛЖ, тогда как вариант МС с НТГ характеризуется увеличением размеров ЛЖ, гипертрофией и ухудшением диастолической функции ЛЖ, нарастанием МСс. Инсулинорезистентность, ассоциирующаяся с величинами ОТ и высокой гликемией натощак, является ключевым звеном нарастания МСс и снижения насосной функции сердца.

0708 ИНДЕКСЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Поддубная А.В., Хурс Е.М.
ГОУ ВПО УГМА Россздздрав, Екатеринбург, Россия

Цель. Разработать нормативы для оценки ремоделирования левого желудочка сердца на основе ЭХОКГ у здоровых лиц и гендерные различия геометрии, структуры и функции здорового сердца.

Методы исследования. Исследована группа здоровых лиц ($n=106$), средний возраст $33,15 \pm 10,2$. Всем выполнялась трансторакальная ЭХОКГ с расчетом индексов, характеризующих геометрию полости ЛЖ и его ремоделирование, систолическую и диастолическую функцию сердца. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 6,0 (непараметрическая статистика). Рассчитывались ИММЛЖ, ИСд и ИСс, МСс и МСд, ИСИР и ИДИР, КДД, КДНС.

Результаты. При расчете индексов ремоделирования показатели сферичности ЛЖ в систолу и диастолу составили: ИСс $0,49$ ($0,43$; $0,52$), ИСд $0,71$ ($0,6$; $0,7$). Индексы систолического и диастолического миокардиального стресса имели значения: МСс $121,56$ ($112,6$; $130,46$), МСд $157,12$ ($138,46$; $175,82$). Индексы ремоделирования систолический и диастолический (ФВ/ИСд и ДеТ/ИСд), составили $105,33$ ($96,69$; $115,02$) и $290,97$ ($257,11$; $332,41$), соответственно. Расчетное конечно-диастолическое давление составило $8,22$ ($6,39$; $9,02$). У мужчин в сравнении с женщинами оказались закономерно больше линейные размеры ЛЖ: КДР ($28,12 \pm 5,06$ и $30,19 \pm 3,33$, $p < 0,005$), КСР ($28,12 \pm 5,06$ и $30,19 \pm 3,33$, $p < 0,005$), ТЗС ЛЖ ($7,73 \pm 0,86$ и $8,96 \pm 1,26$, $p < 0,001$), МЖП ($7,55 \pm 0,92$ и $8,75 \pm 1,24$, $p < 0,001$). Мужчины имели больший ИММЛЖ $134,08 \pm 32,42$ (в сравнении с $99,51 \pm 23,12$ у женщин, $p < 0,001$) и ОТС $0,34 \pm 0,05$ (в сравнении с $0,36 \pm 0,05$ у женщин, $p < 0,025$). Жесткость камеры была больше у мужчин (КДНС $15925,42 \pm 3291,81$ против $12243,94 \pm 2713,73$ у женщин, $p < 0,001$). При расчетах индексов ремоделирования выявлено, что половых различий они не имели. При пошаговом множественном регрессионном анализе с учетом возраста, пола, массы тела, АД независимым предиктором увеличения ИММЛЖ и КДНС был пол (ИММЛЖ: пол $p = 0,04$; $\beta = 0,22$; $R^2 = 0,34$; КДНС: пол $p = 0,007$; $\beta = 0,3$; $R^2 = 0,36$).

Выводы. Предложены нормативные показатели количественной оценки процессов ремоделирования ЛЖ у здоровых лиц. Выявлено, что, в отличие от размеров сердца и массы миокарда, индексы ремоделирования не имеют гендерных различий. Это позволяет использовать их для оценки динамики процесса патологической перестройки сердца без поправки на пол. Жесткость же миокарда, напротив, определяются полом, преобладая у мужчин.

0709 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Подзолков В.И., Королева Т.В., Даабиль К.С.

ГОУП ВПО ММА им. И.М. Сеченова, кафедра факультетской терапии №2, Москва, Россия

Цель исследования: изучить состояние показателей эндотелиальной дисфункции с метаболическим синдромом с высокой степенью риска развития ишемической болезнью сердца в зависимости от клинических проявлений.

Материалы и методы: исследование ИЛ-6, ФНО, Эн-1 проводилось на автоматизированной системе методом ИФА. Скоростные показатели кровотока оценивались аппаратом «Тонокард».

Обследовано 23 больных с МС в возрасте от 32 до 54 лет ($48,3 \pm 2,03$): из них 14 мужчин и 9 женщин, с длительностью заболевания от 5 до 14 лет.

Результаты: Анализ полученных данных показал, что содержание противовоспалительных цитокинов (ИЛ-6 и ФНО) в сыворотке крови больных с МС достоверно превышало таковые у здоровых людей и составляло соответственно: ИЛ-6 – $157,6 \pm 15,2$ пг/мл и ФНО – $204,3 \pm 11,5$ пг/мл против $77,2 \pm 11,7$ пг/мл и $96,8 \pm 12,4$ пг/мл в контроле. При этом уровень изучаемых цитокинов противовоспалительного действия зависел от длительности и степени гипергликемии, уровня артериального давления, что свидетельствует о нарушении эндотелиальной функции, ускоряющей процесс атерогенеза в том числе коронарных сосудов.

Изучение сывороточной концентрации Эн-1 показало его достоверное увеличение у больных с МС в сравнении со здоровыми людьми и составляло соответственно $56,2 \pm 1,5$ нг/л против $18,9 \pm 0,63$ нг/л. Выявленное увеличение продукции Эн-1 отражает снижение

вазорегулирующей активности эндотелия при МС, что также влияет на усиление атеросклеротического поражения сосудов.

Определение скоростных показателей кровотока по сосудам эластического типа выявило достоверное снижение эластических свойств сосудов, свидетельствующие о наличии нарушения эндотелиальной функции у больных с МС, ускоряющей атерогенез.

Выводы: Полученные нами данные свидетельствуют о высокой степени риска развития сердечно-сосудистой патологии у больных МС и необходимости разработки методов медикаментозной коррекции эндотелиальной дисфункции у больных с МС, как способе ее профилактики.

0710 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Подзолков В. И., Брагина А. Е., Родионова Ю. Н.

ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить состояние ренин – ангиотензин – альдостероновой системы (РААС), взаимосвязь её компонентов с половыми гормонами и показателями почечной гемодинамики у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: в исследование было включено 59 человек (20 мужчин и 39 женщин) с ГБ 2-3 степени, средний возраст $53,6 \pm 6,3$ лет. Всем пациентам проводилось исследование гормонального статуса. Уровни альдостерона, ренина, эстрадиола, 17 – гидроксипрогестерона изучали с помощью радиоиммунного анализа. Для оценки почечной гемодинамики использовался метод динамической ангиосцинтиграфии почек.

Результаты: все обследованные группы были сопоставимы. Выявлены половые различия состояния РААС у мужчин и женщин с ГБ. Так, у женщин зарегистрирована достоверно более высокая концентрация альдостерона, чем у мужчин: $212,5 \pm 123,9$ пг/мл и $148,9 \pm 82,5$ пг/мл ($p=0,03$), соответственно. Также у женщин отмечена более высокая концентрация ренина ($3,2 \pm 2,3$ нг/мл/ч), чем у мужчин ($2,1 \pm 1,7$ нг/мл/ч), однако достоверности различий не получено ($p=0,2$). При проведении корреляционного анализа, у женщин выявлена взаимосвязь средней силы между концентрацией альдостерона, с одной стороны, и концентрацией эстрадиола ($r = -0,3$; $p=0,04$), 17 – гидроксипрогестерона ($r=-0,318$; $p=0,04$), ренина ($r=0,555$; $p=0,04$), с другой стороны. Кроме того, у женщин установлены положительные корреляционные связи между почечным кровотоком и концентрацией эстрадиола: $r=0,37$ ($p=0,03$) для левой почки и $r=0,301$ ($p=0,03$) для правой почки. При этом наблюдались отрицательные взаимосвязи между кровотоком левой и правой почек и уровнем альдостерона: $r=-0,35$ ($p=0,04$) и $r=-0,3$ ($p=0,04$), соответственно. Помимо этого выявлена взаимосвязь между показателем скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и концентрацией эстрадиола ($r=0,632$; $p=0,002$), СКФ и уровнем 17 – гидроксипрогестерона ($r=0,4$; $p=0,04$), СКФ и концентрацией альдостерона ($r=-0,3$; $p=0,04$). У мужчин данных корреляционных связей не установлено.

Выводы: у больных ГБ выявляются гендерные различия функционирования РААС. У женщин с ГБ зарегистрирована достоверно более высокая концентрация альдостерона, чем у мужчин сопоставимой группы. Также у женщин с ГБ выявлены взаимосвязи между компонентами РААС, половыми гормонами и показателями почечного кровотока, СКФ.

0711 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И АКТИВНОСТИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Подзолков В.И., Брагина А.Е., Панферова Е.К.

ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить половые различия временных показателей вариабельности ритма сердца (ВРС), а также их взаимосвязь с

компонентами ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) у пациентов с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: основную группу составили 84 пациента (52 женщины и 32 мужчины), средний возраст $54,3 \pm 5,4$ лет с артериальной гипертензией (АГ) 1-3 степени, индекс массы тела (ИМТ) $31,4 \pm 3,3$ кг/м². Контрольную группу составили 15 человек (10 женщин и 5 мужчин) без АГ и ожирения с сопоставимыми характеристиками. Всем пациентам для оценки ВРС проводился анализ кардиоинтервалограммы методом суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру с использованием аппаратного комплекса CardioMem CM 3000, «Getemed» (Германия). Уровни ренина и альдостерона исследовались методом иммуноферментного анализа.

Результаты: в контрольной группе показатель RMSSD был достоверно выше у женщин по сравнению с мужчинами $53,88 \pm 28,15$ и $30,75 \pm 7,13$ ($p=0,05$), соответственно. У женщин с МС при сопоставлении с контрольной группой были выявлены достоверно более низкие временные показатели ВРС: SDNN $134,48 \pm 42$ и $160,25 \pm 21,1$ ($p=0,055$), SDANN 128 ± 30 и $143,88 \pm 18,9$ ($p=0,08$), SDNNi $29,67 \pm 13$ и $42,38 \pm 13,9$ ($p=0,027$), RMSSD $39 \pm 24,5$ и $50,6 \pm 28,2$ ($p=0,09$), соответственно. У обследованных здоровых мужчин и больных МС достоверных различий показателей ВРС выявлено не было. При проведении корреляционного анализа у женщин основной группы была выявлена взаимосвязь показателя SDANN с активностью ренина ($r=0,91$, $p=0,01$) и с концентрацией альдостерона ($r=0,83$, $p=0,002$), RMSSD с активностью ренина ($r=-0,52$, $p=0,05$).

Вывод: анализ показателей ВРС позволяет предположить половые различия соотношения вегетативных звеньев регуляции у исходно здоровой популяции в виде доминирующей вагусной активности у женщин. В период перименопаузы у женщин с МС происходит изменение вегетативного статуса в виде снижения общей ВРС и нарушения соотношения временных показателей, свидетельствующего о гиперсимпатикотонии, находящейся в корреляционной связи с активностью компонентов РААС.

0712 ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ

Подзолков В.И., Тарзиманова А.И.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить распространенность эпизодов апноэ во сне у больных с ожирением по данным 48-часового мониторинга ЭКГ.

Материалы и методы: В исследование включено 52 пациента – 32 (62,5%) мужчины и 20 (37,5%) женщин с индексом массы тела более 35. Средний возраст обследуемых составил $58 \pm 8,9$ лет. У 15 (28,8%) пациентов была диагностирована ИБС, 44 (84,6%) больных страдали артериальной гипертензией. Анализ эпизодов апноэ во сне проводился с 22.00 до 06.00 часов утра по данным изменения трансторакального импеданса при проведении Холтеровского мониторинга на аппарате Getemed фирмы General Electric.

Результаты: Все обследованные пациенты предъявляли жалобы на дневную сонливость и храп в ночное время, со слов родственников все больные имели эпизоды остановки дыхания во сне. При выполнении 48-часового мониторинга ЭКГ у 43 (84%) пациентов были обнаружены различные нарушения сердечного ритма, из них 19 (38%) пациентов имели частую желудочковую экстрасистолию 2 и 4 класса по Lowen-Wolf, а 22 (46%) пациента кратковременные эпизоды фибрилляции предсердий, продолжительностью не более 6 часов. По данным трансторакального импеданса эпизоды апноэ или гипопноэ во сне были выявлены у всех пациентов, 42 (81%) больных имели от 5 до 15 эпизодов апноэ за час сна, что соответствует легкой степени тяжести синдрома обструктивных апноэ во сне.

Выводы: Синдром обструктивных апноэ во сне по данным 48-часового мониторинга ЭКГ был диагностирован у 81% больных с ожирением.

0713 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ ФАКТОРОВ РИСКА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (по материалам одномоментного исследования)

Подпалов В.П.¹, Деев А.Д.², Счастливенко А.И.¹, Журова О.Н.¹, Огизко Н.Н.¹, Прокошина Н.Р.¹

¹УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь; ²ФГУ «ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

В Беларуси в начале XXI века сохраняется высокий уровень сердечно-сосудистой патологии, который в структуре смертности населения сохраняет лидирующие положение на ближайшие десятилетия. По данным экспертов Всемирной организации здравоохранения (2003), артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одним из самых распространенных сердечно-сосудистых заболеваний в мире и становится важнейшей проблемой стран с переходной экономикой, в том числе и в Республики Беларусь.

Целью работы было изучить распространенность АГ и ее факторов риска в неорганизованной городской популяции крупного административного центра Республики Беларусь.

Для изучения распространенности АГ и основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний проведено одномоментное исследование (Cross-Sectional Study) среди неорганизованного городского населения в возрасте 18-59 лет, прикрепленного к поликлиникам № 3 и № 6 г. Витебска. Участники исследования были отобраны методом случайных чисел (3550 человек). Охват обследованием составил 95,7% (3399 человек). Программа скрининга включала стандартный эпидемиологический протокол, направленный на активное обнаружение АГ и основных сердечно-сосудистых факторов риска.

Изучение распространенности АГ по критериям ВОЗ/МОАГ, 1999 выявило высокую распространенность данной патологии в неорганизованной городской популяции. Так распространенность АГ среди мужчин составила 40,3%, а среди женщин 38,6% ($df=1$; $\chi^2=0,9$; $p>0,05$).

В неорганизованной городской популяции была изучена частота встречаемости основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Так, избыточная масса тела среди женщин составила 44,3%, а среди мужчин — 43,2% мужчин; наследственная отягощенность по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям среди женщин — 31,0%, а среди мужчин — 28,6%; вовлеченность в курение среди женщин 28,0%, а среди мужчин — 76,3%; злоупотребление алкоголем среди женщин — 6,9%, а среди мужчин — 32,7%; низкая физическая активность среди женщин — 37,6%, а среди мужчин — 24,9%; дислипидемия среди женщин — 44,9%, а среди мужчин — 45,1%; микроальбуминурия среди женщин — 20,6%, а среди мужчин — 15,7%.

Согласно данным одномоментного исследования распространенность АГ достоверно ассоциировала с возрастом, индексом массы тела, наследственной отягощенностью по преждевременным сердечно-сосудистым заболеваниям, частотой сердечных сокращений, злоупотреблением алкоголем, С-реактивным белком, низкой физической активностью, вовлеченностью в курение, общим холестерином и отсутствием высшего образования.

Таким образом, в связи с высокой распространенностью АГ и ассоциированных сердечно-сосудистых факторов риска в неорганизованной городской популяции, необходимо активное, даже агрессивное проведение многофакторной профилактики этого заболевания.

0714 БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Подпалов В.П.¹, Глушанко В.С.¹, Счастливенко А.И.¹, Журова О.Н.¹, Федоренко Н.М.¹, Сорокина В.Г.¹, Прокошина Н.Р.²

¹УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь; ²УЗ «Городская клиническая больница №1 г. Витебска», Витебск, Беларусь

Демографическая ситуация в Республике Беларусь характеризуется естественной убылью населения, представляющей

потенциальную угрозу устойчивому развитию государства и национальной безопасности. Главной особенностью процесса депопуляции населения является снижение уровня рождаемости и повышение смертности, а также превышение смертности над рождаемостью. Демографическая убыль началась с 1993г, когда впервые число умерших превысило число родившихся на 11160 человек. К 2006г суммарное превышение умерших над родившимися составило 545836 человек.

Если ситуация сохранилась бы на прежнем уровне, то прогнозируемая численность населения Республики Беларусь к 2010г снизилась бы до 9,5 млн. человек. К 2006 году демографическая ситуация оказалась критической и требовала незамедлительного принятия мер. Указом Президента № 135 от 26 марта 2007г была утверждена «Национальная программа демографической безопасности на 2007-2010 годы».

Смертность от болезней системы кровообращения (БСК) в структуре общей смертности населения Беларуси на начало 2005г составляла 54,8%. Этот показатель в основном определяется ИБС и цереброваскулярными болезнями, доля которых в смертности от БСК составляет соответственно 66,7% и 25,4%. В трудоспособном возрасте от БСК в республике умирает каждый третий. БСК занимают первое место и в структуре первичной инвалидности взрослого населения. Обращают на себя внимание значительные колебания этого показателя в регионах республики, что свидетельствует о наличии медико-организационных резервов в решении данной проблемы.

Следует отметить, что создание программы шло параллельно с интенсификацией внедрения мероприятий, направленных на ее основные цели. В результате организационных мероприятий число умерших в 2006 году впервые снизилось на 2,4%, а число родившихся возросло на 6,4%.

Первый «официальный» год реализации программы имел обнадеживающие результаты. В 2007 году число родившихся возросло на 7,3% (рождаемость составила 10,7 на тыс. населения). Число умерших снизилось на 4% (смертность составила 13,7 на тыс. населения), при этом смертность от БСК на 8,5%, что указывает на ее ключевую роль в снижении общей смертности.

Анализ основных медико-демографических показателей второго «официального» года показал, что в Республике Беларусь уровень рождаемости составил 11,1 на 1000 населения (+0,4 в сравнении с 2007г) и уровень смертности — 13,9 на 1000 населения (+0,2 в сравнении с 2007г). Не было снижения смертности и от БСК.

Таким образом, итоги второго года указывают на замедление темпов снижения смертности, что требует принятия и внедрения новых технологических решений в области здравоохранения с акцентом, прежде всего, на профилактическую кардиологию.

0715 ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ, СВЯЗАННЫХ С НАЛИЧИЕМ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ

Подпалов В.П.¹, Деев А.Д.², Солодков А.П.¹, Журова О.Н.¹

¹УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь; ²ФГУ «ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Дисфункция эндотелия (ДЭ) вовлечена в патогенез артериальной гипертензии (АГ), способствуя ее прогрессированию. Однако, связь изменений параметров гемодинамики и показателей вариабельности ритма сердца (ВРС) с дисфункцией эндотелия, проявляющаяся снижением эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД), не совсем ясна.

Цель: Цель настоящего исследования была изучить связь изменений параметров суточной гемодинамики и показателей ВРС с дисфункцией эндотелия у мужчин, больных АГ I и II степени.

Материалы и метод: Обследовано 104 практически здоровых пациентов и больных АГ I и II степени мужского пола в возрасте от 35 до 65 лет. Из них 45 больных АГ I степени ($46,8 \pm 0,21$ лет, $p>0,05$) и 33 больных АГ II степени ($53,5 \pm 0,2$ лет, $p<0,05$). В контрольную группу вошли 26 практически здоровых мужчин ($44,7 \pm 0,37$ лет).

Эндотелийзависимая вазодилатация оценивалась по изменению пульсового кровотока в сосудах предплечья, измеренная через 1 минуту после проведения пробы с реактивной гиперемией, методом импедансной венооклюзионной плетизмографии. Суточное мониторирование АД регистрировалось аппаратом «ТМ 2421» (Япония).

Результаты. Наиболее значимыми среднесуточными параметрами АД, связанные с вероятностью наличия ДЭ у мужчин больных АГ I и II степени по данным однофакторного влияния явились САД ($df=2$; χ^2 2 Вальда=11,8; $p<0,001$), ДАД ($df=2$; χ^2 2 Вальда=11,9; $p<0,005$), АДср. ($df=2$; χ^2 2 Вальда=14,7; $p<0,001$), нормированного индекса площади САД ($df=2$; χ^2 2 Вальда=21,05; $p<0,0001$), нормированного индекса площади ДАД ($df=2$; χ^2 2 Вальда=17,5; $p<0,0005$) и степени ночного снижения САД ($df=2$; χ^2 2 Вальда=6,5; $p<0,05$), ЧСС ($df=2$; χ^2 2 Вальда=6,5; $p<0,05$). При изучении ассоциативной связи вероятности наличия ДЭ у мужчин больных АГ I и II степени с циркулирующими эндотелиальными клетками также выявлена значимая связь ($df=2$; χ^2 2 Вальда=17,1; $p<0,001$).

Заключение: Повышение среднесуточных САД, ДАД, среднего АД, нормированного индекса площади САД, нормированного индекса площади ДАД, ЧСС, уменьшение степени ночного снижения САД, а также увеличение количества циркулирующих эндотелиальных клеток являются независимыми факторами увеличения шанса наличия нарушения эндотелийзависимой вазодилатации.

0716 АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЛТИАЗЕМА В КОМБИНАЦИИ С НИТРАТАМИ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Позднякова Н.А., Кокурина Е.В., Бочкарева Е.В., Бутина Е.К.
ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологии», Москва, Россия

Цель: изучить антиишемический эффект (АИЭ) пролонгированной формы дилтиазема в комбинации с нитратами пролонгированного и короткого действия у больных стабильной стенокардией.

Материалы и методы: Исследование открытое, рандомизированное с контролем плацебо. Обследовано 30 мужчин 42–69 лет с наличием ИБС, стенокардии напряжения II–III ФК. Препараты и режим дозирования: Дилтиазем-Ланнахер 90 мг 2 раза в сутки (ДЛТ), моночинкве-ретард 50 мг 1 раз в сутки (МНЧ) и тринитролонг 2 мг — спорадический прием (ТНЛ). Эффективность регулярного приема препаратов оценивали с помощью повторных тестов с физической нагрузкой (ТФН) на тредмиле по приросту продолжительности пороговой нагрузки ($T_{пор}$), а также с помощью 24-часового мониторирования ЭКГ (ЭКГ-М) по изменению количества эпизодов ишемии миокарда. Длительность каждого курса как монотерапии ДЛТ, так и его комбинации с ТНЛ или МНЧ, составляла 4 недели. Прием препарата считали эффективным, если продолжительность $T_{пор}$ увеличивалась на 120 с и более по сравнению с исходным уровнем. Отсутствие приступов стенокардии и эпизодов ишемии миокарда при ЭКГ-М на фоне повседневной активности оценивали как полный АИЭ.

Результаты: Средне-групповая продолжительность $T_{пор}$ при приеме ДЛТ увеличилась с $325,0 \pm 88,5$ до $494,9 \pm 99,7$ с ($p<0,0001$), терапия была эффективной в соответствии с принятым критерием у 83,3% больных. Добавление нитратов в обеих группах приводило к дальнейшему достоверному увеличению $T_{пор}$ по сравнению с периодом монотерапии ($p<0,05$). Значимых различий в показателях $T_{пор}$ между группами больных, принимавших ДЛТ+МНЧ и ДЛТ+ТНЛ не выявлено. По данным ЭКГ-М, на фоне монотерапии ДЛТ количество эпизодов ишемии уменьшилось в 2 раза ($p<0,0001$). При комбинированном приеме ДЛТ и нитратов наблюдалось дальнейшее уменьшение количества эпизодов ишемии миокарда ($p<0,001$). Важно отметить, что у 60% больных на фоне комбинации ДЛТ+ТНЛ эпизоды ишемии отсутствовали, т.е. наблюдался полный АИЭ. При сочетании ДЛТ с МНЧ, эпизоды ишемии сохранялись у всех 15 больных. Общее количество эпизодов ишемии миокарда при приеме ДЛТ+ТНЛ было достоверно меньше, чем при приеме ДЛТ+МНЧ ($p<0,01$).

Выводы: Дилтиазем-Ланнахер в дозе 180 мг/сут обладал достоверным АИЭ у больных стабильной стенокардией как по данным ТФН, так и ЭКГ-М. Добавление нитратов к терапии ДЛТ у больных стенокардией сопровождалось дальнейшим повышением эффективности лечения. Вместе с тем, при приеме ТНЛ достоверно чаще, чем на фоне МНЧ, отмечался полный АИЭ по данным ЭКГ-М, что может быть связано с возможностью рационального дозирования этого препарата в режиме «по требованию» перед предполагаемой нагрузкой.

0717 ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Позднякова Н.В., Татарченко И.П., Мордовина А.Г., Секерко С.А., Коломиец Е.В.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», Пенза, Россия; 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 снижение 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 с нарушением углеводного обмена.

Материал и методы исследования: больные -39 человек АГ I–II ст с сопутствующим сахарным диабетом (СД) 2 типа, средний возраст — $57,3 \pm 4,5$ 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 оценке суточного ритма АГ патологический профиль выявлен у 34 больных, из них в 28 случаях — категория «нон-дипперов», в 6 — с преимущественно ночной гипертензией. По данным ЭхоКГ сократительная способность ЛЖ была сохранена у всех обследуемых пациентов: фракция выброса (ФВ) — $55,0 \pm 2,9\%$. 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 46,1% больных, концентрической гипертрофии ЛЖ (увеличение ОТС и повышение ИММЛЖ) — у 53,9% больных. При оценке трансмитрального диастолического потока выявлен вариант диастолической дисфункции ЛЖ по I типу (аномальной релаксации) у 28 из 39 больных (71,8%), по II типу (псевдонормализация) — у 11 (28,2%). 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 $189,6 \pm 4,5$ г до $172,6 \pm 5,8$ г, улучшение диастолической функции левого желудочка: увеличение соотношения пика Е к пику А трансмитрального диастолического потока (Е/А) от $0,61 \pm 0,17$ до $1,09 \pm 0,16$, уменьшение IVRT от $115 \pm 3,8$ мс до $89,3 \pm 2,4$ мс, 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 у больных с нарушением углеводного обмена.

0718 ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИОЗА И ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Поликарпов Л.С., Хамнагадаев И.И., Осадчая А.И., Россовская М.Л., Яскевич Р.А.

Учреждение РАМН НИИ медицинских проблем Севера СО РАМН, Красноярск, Россия; ГОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет МЗ и СР им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель. Изучить возможность применения математических методов в дифференциальной диагностике начальной стадии гипертонической болезни, прогнозе развития эндотелиоза и гипертрофии миокарда левого желудочка.

Объект исследования 397 мужчин в возрасте 20-69 лет (237 чел. с ГБ, 30 чел с НЦД и 30 чел. здоровых).

Методы исследования: анкетирование, антропометрия, клинический осмотр, регистрация ЭКГ, эхокардиография, проба с дозированной физической нагрузкой на велоэргометре, кардиоинтервалография, определение общего количества лейкоцитов, эритроцитов, тромбоцитов, гематокрита, активности фактора Виллебранда, степень внутрисосудистой активации тромбоцитов, определение показателей липидного обмена, содержания моноаминов (катехоламинов и серотонина) в лимфоцитах крови, сукцинатдегидрогеназы, кислой фосфатазы в лимфоцитах и гранулоцитах, математическое моделирование с использованием непараметрических алгоритмов структуризации и анализа разнотипных статистических данных и методика разработки патометрических систем.

Полученные результаты. Выявлены различия в уровне активности сукцинатдегидрогеназы и содержании моноаминов (катехоламины, серотонин) в иммунокомпетентных клетках крови у больных ГБ I стадии по сравнению с НЦД. Обнаружено снижено толерантности к физической нагрузке при НЦД в сравнении с больными ГБ I стадии, преимущественно за счет подгруппы с симпатикотонической направленностью ИВТ.

При анализе состояния тромбоцитарно – сосудистого звена гемостаза у больных ГБ с повышенным уровнем гемоглобина при наличии эритроцитоза активность фактора Виллебранда была выше, чем при повышенным уровне гемоглобина с нормальным количеством эритроцитов, и при нормальном уровне гемоглобина с нормальным количеством эритроцитов. Установлено, что у больных ГБ с повышенным уровнем гемоглобина при наличии эритроцитоза индекс массы миокарда левого желудочка меньше, чем при нормальном уровне гемоглобина. Концентрическое ремоделирование левого желудочка больных ГБ с повышенным уровнем гемоглобина встречалось чаще, чем при нормальном уровне гемоглобина. Выявлена зависимость развития гипертрофии миокарда левого желудочка у больных ГБ от уровня систолического артериального давления, количества эритроцитов и возраста.

На основании выявленных различий по ряду изученных параметров ГБ I стадии и нейроциркуляторной дистонии, с использованием методики разработки патометрических систем, получена итоговая диагностическая таблица. Определенные пороговые значения дифференциально-диагностических коэффициентов для ГБ I стадии и нейроциркуляторной дистонии.

Разработаны наборы номограмм прогноза развития эндотелиоза и гипертрофии миокарда левого желудочка у мужчин с ГБ в зависимости от количества эритроцитов, уровня САД, возраста.

Номограммы прогноза позволяют определить риск развития эндотелиоза и гипертрофии миокарда левого желудочка у мужчин с ГБ, выделить факторы, определяющие нахождение в зоне высокого риска, и, воздействуя на них, проводить профилактические мероприятия.

0719 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ

Полковникова Т.Г., Гапон Л.И., Гуляева Е.П.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования. Изучить особенности показателей суточного профиля артериального давления (АД) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) при проспективном наблюдении в течение 1 года после эпизода нестабильной стенокардии (НС) в зависимости от приверженности к терапии.

Материалы и методы. В исследование включено 120 мужчин, средний возраст $52,3 \pm 2,3$ лет, госпитализированных по экстренным показаниям с диагнозом ИБС, НС. На 1-3 сутки пребывания в стационаре всем больным проведено суточное мониторирование АД (СМАД) портативной системой Cardio Tens 01 ("Meditech", Венгрия). Оценивались среднесуточные, минимальные и максимальные показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, индекс времени (ИВ), суточный индекс (СИ). Дальнейшее наблюдение пациентов проводилось амбулаторно с контрольными осмотрами и проведением СМАД через 6 и 12 месяцев. Пациентам были назначены коронароактивные и гипотензивные препараты в соответствии с нозологическими стандартами в индивидуально подобранных дозах.

Результаты. Все больные до госпитализации страдали ИБС, 19,3% перенесли ранее ИМ, 13,3% была ранее выполнена операция транскатетерной баллонной ангиопластики (ТБКА). 100 пациентам (84,1%) подтвержден диагноз артериальной гипертонии (АГ). По результатам СМАД при поступлении у большинства больных НС с АГ выявлена недостаточная степень ночного снижения АД (Non-dippers) – 68%, у 18% – нормальная степень (Dippers), у 9% – ночное АД превышало дневное (Night-peakers), у 5% – чрезмерное ночное снижение АД (Over-dippers). При наблюдении в течение года 66% больных отмечали улучшение состояния, 24% – ухудшение, 10% – без динамики. В зависимости от приверженности к назначенной терапии все пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа – не принимали предписанные препараты, 2 – принимали нерегулярно, 3 – регулярно. В течение года в целом по группе зарегистрировано 10 случаев ИМ: нефатальный ИМ перенесли 9 пациентов (14,0%), 1 человек (2%) – умер. Наибольшее число осложнений пришлось на последние месяцы наблюдения. В 1 группе нефатальный ИМ развился у 5 пациентов, что достоверно выше ($p=0,002$), чем во второй (2 пациента) и третьей (2 пациента) группах. ССС от повторного ИМ отмечена у пациента 1 группы. Все больные 1 и 2 групп в течение года были госпитализированы с повторным эпизодом НС. По данным СМАД, в течение всего периода наблюдения у пациентов 1 группы СИ САД сохранялся в диапазоне «non-dipper» и был связан с большим числом возникших ИМ и случаев ССС. При проведении корреляционного анализа выявлена высокая связь развития ИМ с СИ САД, ИВ САД и ДАД, среднесуточного САД. Исходно повышенная вариабельность САД и ДАД в разные периоды суток сохранялась во 2 группе. Только в 3 группе через 1 год выявлено достоверное снижение среднесуточного и средненедельного САД и ДАД и нормализация ИВ САД и ДАД.

Выводы. Таким образом, у больных ИБС в сочетании с АГ для оценки отдаленного прогноза сердечно-сосудистых осложнений после эпизода НС целесообразно проводить СМАД с изучением суточного профиля АД в зависимости от приверженности к назначенной терапии.

0720 МОЧЕВАЯ КИСЛОТА И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?

Половиткина О.В., Ощепкова Е.В., Дмитриев В.А., Тутов В.Н., Рогоза А.Н.

ФГУ РКНПК «Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель: изучить содержание мочевой кислоты сыворотки крови (МКСК) и мочи (МКМ) у больных гипертонической болезнью на ранних стадиях развития.

Методы: Определение МКСК (норма 202–416 мкмоль/л) и МКМ (норма 1,48–4,43 ммоль/сут) проводилось уриказным методом на биохимическом автоанализаторе «НІТАСНІ» 912 фирмы Хофман ла Рош, Швейцария. Суточное мониторирование АД проводили с помощью системы «ТМ-2421» (А&D). Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрического метода Манна-Уитни с применением STATISTICA 6.

Результаты: обследовано 67 больных гипертонической болезнью (ГБ) умеренного и высокого риска, I, II степени повышения АД, без ассоциированных клинических состояний (48 М, 19Ж) и 14 здоровых лиц (6М, 8Ж) с нормотонзией (24-ч систолическое АД 117 ± 2 мм. рт.ст. и 24-ч диастолическое АД 73 ± 2 мм. рт.ст.) сопоставимого возраста (44 ± 2 и 45 ± 2 лет; соответственно, н/д). В целом по группе больных ГБ уровень МКСК и МКМ был достоверно выше, чем у здоровых лиц (335 ± 7 и 299 ± 14 мкмоль/л; $p < 0,05$; $3,4 \pm 0,2$ и $2,6 \pm 0,2$ ммоль/сут, $p < 0,05$ соответственно). У больных ГБ с I степенью повышения АД и умеренным риском ССО наблюдаются достоверно более высокие уровни МКСК и МКМ, чем у здоровых лиц с нормотонзией (339 ± 15 и 299 ± 14 мкмоль/л, $p < 0,05$; и $3,3 \pm 0,3$ и $2,6 \pm 0,2$ ммоль/сут, $p = 0,01$ соответственно). Обнаружена тенденция к более высоким значениям МКСК у больных ГБ со II ст. повышения АД и высоким риском ССО.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о более высоких уровнях мочевой кислоты у больных гипертонической болезнью на ранних стадиях по сравнению со здоровыми лицами с нормотонзией.

0721 РОЛЬ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПОСТСТАЦИОНАРНЫЙ ПЕРИОД

Полякова Н.В.

МУЗ Клиническая больница № 2 им. В.И.Разумовского, Саратов, Россия

Целью исследования явилось сравнение результатов годового этапа наблюдения клинического течения ИБС у больных, перенесших острый коронарный синдром с различным постстационарным реабилитационным периодом.

Материал и методы. В исследование включено 644 больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром, в возрасте от 32 лет до 60 лет (средний возраст $52,4 \pm 7,1$ лет). У 433 (68,7%) больных ИБС острый коронарный синдром завершился острым инфарктом миокарда и у остальных 211 (32,3%) больных нестабильной стенокардией. Лечение больных в стационаре проводилось согласно существующим стандартам по данному заболеванию. После острого коронарного синдрома санаторный этап лечения в отделении реабилитации в течение 24 дней прошли 389 (60,4%) больных ИБС: 291 (69,5%) больных после острого инфаркта миокарда и 98 (46,9%) после нестабильной стенокардии. Проведен детальный анализ течения заболеваний у больных ИБС включенных в исследование за 12 месяцев наблюдения по медицинским документам, отражающим клинический статус больного, результаты инструментально-лабораторного обследования после перенесенного острого коронарного синдрома (инфаркта миокарда или нестабильной стенокардии).

Результаты. За период наблюдения (12 месяцев) повторные госпитализации в связи с развитием повторного острого коронарного синдрома, осложнений и/или прогрессирования основного заболевания (ИБС) имели 97 (15%) больных, из которых 72 больных, не прошли этап санаторного лечения в отделении реабилитации. У 34 (5,2%) больных ИБС за период наблюдения 12 месяцев отмечалось две и более госпитализаций, из которых 32 не имели санаторный этап реабилитации. Частота повторных госпитализаций была выше у пациентов, у которых первичная госпитализация была обусловлена нестабильной стенокардией и которые не прошли после стационарного лечения санаторный этап в отделении реабилитации.

Таким образом, у больных ИБС, перенесших острый коронарный синдром в трудоспособном возрасте санаторный этап лечения в отделении реабилитации после стационарного лечения приводит к улучшению прогноза и уменьшает число повторных госпитализаций.

0722 ПОКАЗАТЕЛИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Попова А. А., Маянская С. Д., Лебедева Л. С., Березикова Е. Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить показатели ренин – ангиотензиновой системы (РАС) у молодых пациентов с артериальной гипертензией (АГ) I ст.

Материалы и методы. В исследование включили 50 мужчин в возрасте 25 – 35 лет (средний возраст $26,7 \pm 2,7$ г) с АГ I ст., риск 0. Вторичный генез заболевания исключался. Активность ренина и проренина плазмы крови определялись РИА-наборами фирмы «Solin» (Франция) в горизонтальном и вертикальном положениях. Контрольную группу составили 22 мужчины в возрасте 18–35 лет (средний возраст $19,5 \pm 2,5$ г) с нормальным АД.

Полученные результаты. Оказалось, что из общего количества пациентов с АГ I ст. уровень ренина выше, чем в контрольной группе отмечался у 2/3 больных. Средний уровень проренина (и в горизонтальном положении (на 7,0%) и (на 6,6%) в вертикальном), и средний уровень активного ренина (на 28,3% в положении лежа, и на 19,8% – сидя) у пациентов с АГ выше, чем в контрольной группе. Индивидуальные значения ренина варьировали в положении лежа от 5,7 до $19,5$ мкЕД/мл, а в положении сидя – от 12,4 до 36,8 мкЕД/мл.

Через год уровень проренина у пациентов с АГ I ст. увеличился (как лежа – на 14,7%, так и сидя – на 12,4%) по сравнению с первым исследованием, тогда как в группе контроля он практически не изменился и был достоверно выше, чем в основной группе. Уровень ренина плазмы крови сидя и лежа при повторном измерении у пациентов с АГ I ст. составил $21,5 \pm 1,5$ и $28,0 \pm 1,2$ ($p < 0,05$), что было выше, чем в группе контроля в 2 и 1,5 раза соответственно ($p < 0,05$).

Отношение проренина к ренину при исследовании в динамике через год оказалось ниже в группе с АГ, что подтверждает наличие сдвига РАС в сторону активного ренина.

Выводы. Полученные данные подтверждают не только наличие повышенной активности РАС, что выражается повышением уровня активного и неактивного ренина в плазме крови (лежа), но и свидетельствуют о дальнейшем росте ее активации.

0723 ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМБИНАЦИИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ КАРДИОМИОБЛАСТОВ

Поповкина О.Е., Каплан М.А., Конопляников А.Г., Лепехина Л.А., Кальсина С.Ш., Козлова Е.М., Круглова О.В., Иволгина О.И.

Медицинский радиологический научный центр РАМН, Обнинск, Россия

Проблема поиска новых методов повышения эффективности лечения ХСН остается одной из наиболее актуальных в кардиологии. В проведенных нами ранее экспериментальных и клинических исследованиях была показана эффективность НИЛИ в отношении улучшения миокардиальной микроциркуляции и трансплантации аутологичных кардиомиоцитов, приводящей к активизации регенераторных процессов в поврежденной сердечной мышце.

Цель. Разработать комплексный метод лечения ХСН с использованием низкоинтенсивной лазерной и клеточной терапии аутологичными кардиомиоцитами.

Материалы и методы. Лечение проведено 59 пациентам с ХСН II–IV ФК (NYHA). Низкоинтенсивная лазерная терапия проводилась на область сердца и сосудистого пучка на аппарате «Улан БЛ-20» с длиной волны 0,89 мкм частотой импульсного излучения 80–150 Гц в течение 10 сеансов. Культуру кардиомиоцитов получали из пунктата аутологичного костного мозга по разработанной в ГУ МРНЦ РАМН методике. Трансплантацию культуры клеток проводили путем внутривенной инфузии однократно. Для оценки

состояния кровоснабжения и функциональной активности миокарда использовались: ЭКГ в покое, тредмил тест, холтеровское мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, перфузионная сцинтиграфия миокарда с Tc 99m MIBI. Исследования проводились до лечения, через 3,6,12,24 мес. после лечения.

Результаты. По данным ЭхоКГ отмечено значимое увеличение ФВ левого желудочка (на 17%, $p<0,01$), уменьшение конечных систолических размеров и конечных диастолических объемов (на 20,7%, $p<0,025$). По данным перфузионной сцинтиграфии миокарда отмечено уменьшение площади дефектов перфузии, улучшение сократительной функции миокарда. При проведении ЭКГ, тредмил теста, холтеровского мониторирования ЭКГ — выявлено увеличение толерантности к физическим нагрузкам, уменьшение признаков ишемии миокарда и эпизодов нарушения ритма.

Выводы. Результаты комплексного лечения больных ХСН с применением НИЛИ и трансплантации аутологичных кардиомиоцитов показали повышение эффективности терапии, по сравнению с раздельным применением этих методик, отсутствие каких-либо осложнений, более длительную компенсацию ХСН (до 2-х лет) без увеличения медикаментозной терапии и потребности в повторной госпитализации.

0724 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИТРОМБИНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Попонина Т.М., Попонина Ю.С.

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

Цель исследования: изучить возможности дифференцированного назначения анти тромбин у больных с нестабильной стенокардией (НС) и инфарктом миокарда (ИМ) без зубца Q.

Методы: в рандомизированное, открытое, сравнительное исследование включены 128 больных с НС IIb класса и ИМ без зубца Q. Больные I группы ($n=64$) получали эноксапарин; больные II группы ($n=64$) получали нефракционированный гепарин (НФГ) в/в инфузия; суточную дозу НФГ подбирали по уровню АЧТВ, удлиняя его в 1,5-2,5 раза по сравнению с исходным значением. Все больные получали дезагрегантные препараты. Антиангинальные препараты назначались в соответствии со стандартной практикой. Анализировали частоту серьезных коронарных осложнений, состояние плазменного и тромбоцитарного гемостаза в течение 150 дней после рандомизации.

Результаты: Для выявления предикторов развития неблагоприятных коронарных событий было использовано 190 показателей, включающих анамнез клинко-функциональное состояние больных, показатели плазменного и тромбоцитарного гемостаза. Для выявления самых значимых признаков был использован кластерный анализ. Для проведения математической обработки фактического материала использовался метод логистической регрессии с пошаговым включением предикторов, который ранжирует признаки в соответствии с их вкладом в модель. Способ основан на данных двух групп пациентов: 1) имеющих выраженное снижение концентрации анти тромбина III (АТ III) в крови при назначении НФГ, 2) не имеющих выраженного снижения концентрации АТ III в крови при назначении НФГ. В результате проведенного анализа была определена разделяющая функция. В нее вошло 5 клинических показателей: длительность заболевания ИБС, возраст, функциональный класс сердечной недостаточности, количество перенесенных ранее инфарктов миокарда, исходный уровень АТ III. Клиническое испытание модели проводилось на независимой группе больных ($n=120$). В результате чувствительность составила $Se=89,2\%$, специфичность — $Sp=82,6\%$. Выявлено, что у пациентов, получавших НФГ и имеющих падение концентрации АТ III, количество неблагоприятных коронарных событий (74%) к 150 дню статистически значимо ($p<0,01$) больше, чем у пациентов, не имеющих падения концентрации АТ III (32%).

У пациентов, получавших эноксапарин, такого достоверного отличия не обнаружено.

Выводы: Разработанный нами способ определения дифференцированного назначения гепаринов больным с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST апробирован в отделении неотложной кардиологии НИИ кардиологии СО РАМН, прост в применении и позволяет достичь новых положительных результатов: понижения риска возникновения острого тромбоза коронарных артерий и развития неблагоприятных коронарных событий, повышения эффективности лечения.

0725 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА 2002-2007

Порошина Е.А., Тарловская Е.И.

Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель исследования: изучить динамику распространенности артериальной гипертензии (АГ), охвата, эффективности и структуры гипотензивной терапии больных АГ в Кировской области за период 2002-2007 гг.

Материалы и методы: Исследование выполнено в рамках национального эпидемиологического проспективного исследования «ЭПОХА». Срез I (2002г.) — обследовано 2104 человека, срез II (2007г.) — 1702 человека, из них 1525 обследованы повторно. Диагноз АГ выставлялся при наличии АД 140/90 и выше или менее 140/90 на фоне лечения.

Результаты: На обоих этапах определены высокие уровни распространенности АГ — 40,8% (2002г.) и 42,1% (2007г.). Охват лечением больных АГ вырос с 58,5% до 77%, число эффективно леченных с 8,4% до 20,9%. Наблюдается достоверное увеличение использования в лечении больных АГ рекомендованных ВНОК препаратов: ИАПФ с 52,7% до 77,1%, БАБ с 34,1% до 46,3%, БМКК с 11,6% до 19,8%, диуретиков с 33,1% до 52,3%, антиагрегантов с 5,4% до 40,3%. Сократился прием не рекомендованных ВНОК препаратов (старых гипотензивных) с 19,7% до 9,1% ($p=0,001$). В структуре терапии появились сартаны — 0,9%, статины — 12,3%.

Среди ИАПФ больные АГ чаще стали использовать каптоен (рост с 4,4 до 8,5%, $p<0,01$), эналаприл (с 44,4 до 47,3%, $p<0,01$), лизиноприл (с 4,0 до 11,3%, $p=нз$), фозиноприл (с 0,6 до 4,5%, $p=нз$), появились в структуре терапии лизиноприл (29,9%) и моэксиприл (0,2%). Среди БАБ жители области, имеющие АГ, сократили прием анаприлина (с 3,6 до 0,4%, $p=нз$), атенолола (с 23,9 до 2,9%, $p<0,01$), вырос прием метопролола тартрат (с 6,6 до 29,9%, $p<0,01$), бисопролола (с 3,6 до 9,6%, $p=нз$), появились в структуре терапии метопролола сукцинат (1,8%), бетаксолол (0,9%), небиволол (0,2%). Среди БМКК больные АГ достоверно чаще стали использовать амлодипин (2002г. — 0,4%, 2007г. — 8,4%, $p<0,01$), реже — нифедипин (уменьшение с 8,7 до 4,5%, $p<0,01$). В группе диуретиков отмечается снижение использования гипотиазида с 19,1 до 14,2% ($p<0,01$) за счет снижения приема старых гипотензивных препаратов, увеличение приема индапамида (с 10,2 до 28,7%, $p<0,01$), индапамида-ретард (с 0 до 4,0%). Увеличилось использование препаратов 24-часового действия с 5,8% до 41,9%. Сохраняются респонденты, принимающие терапию курсами и при повышении АД (2002г. — 49,1%, 2007г. — 19,2%). Частота осложнений значимо выше среди эффективно леченных, чем среди нелеченных больных АГ: стенокардия — 26,7 и 3,6%, инфаркт — 10,0 и 1,8%, инсульт — 6,7 и 2,4%, сердечная недостаточность — 23,3 и 8,5% соответственно.

Выводы. В Кировской области наблюдается высокая распространенность АГ. В динамике за 5 лет выросли охват и эффективность лечения, улучшилось качество лечения больных с АГ, что выразилось в сокращении приема не рекомендованных ВНОК препаратов при значительном увеличении использования ИАПФ, БАБ, БМКК, диуретиков, в увеличении использования препаратов длительного (24-часового) действия. Наблюдается рост приема антиагрегантов и статинов. При этом сохраняются курсовое и лечение при повышении АД, а комплаентность к лечению повышается только после возникновения осложнения АГ.

0726 ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА

Поселюгина О.Б.

Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: выявить особенности ремоделирования левого желудочка сердца у больных артериальной гипертонией (АГ), потребляющих повышенное количество поваренной соли (ПС).

Материал и методы. Обследовано 440 больных эссенциальной АГ без сердечной недостаточности. Из них у 230 имелась неосложненная АГ и 210 больных перенесших инфаркт миокарда (ИМ). У всех больных определялся порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), исследовалась суточная экскреция натрия с мочой с пересчетом на ПС, проводилось эхокардиографическое исследование. В зависимости от ПВЧПС все больные были разделены на 3 группы: с низким ПВЧПС (чувствуют менее 0,16% раствора NaCl), со средним (0,16%), и с высоким (более 0,16%).

Результаты. Оказалось, что 50% больных имели высокий ПВЧПС. Низкий ПВЧПС выявлен в 22,3% и средний в (27,7%; все $p < 0,01$) случаях. Больные с неосложненной АГ с низким и высоким ПВЧПС экскретировали в течение суток 15 и 17,5 г NaCl ($p > 0,05$), а больные, ИМ, соответственно 9 и 16,2 г ($p < 0,05$). Коэффициент корреляции между суточной экскрецией NaCl и ПВЧПС составил 0,4–0,7 ($p < 0,05 - 0,01$). У больных в обеих группах с высоким ПВЧПС по сравнению с низким были увеличены конечный диастолический объем (КДО) (соответственно 147 и 129 мл; и 107 и 98 мл; $p < 0,05$), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) (190 и 283 г/м² и 172 и 200 г/м²; $p < 0,01$), отношение Е/А ($p < 0,05$), при тенденции к увеличению толщины задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки. Существенно уменьшилась фракция выброса (соответственно 52 и 51 при высоком ПВЧПС и 55 и 55 при низком; $p < 0,01$).

Выводы. Больные АГ действительно потребляют много ПС (норма ВОЗ не более 6 г в сутки). При этом у больных, потребляющих чрезмерное ее количество (16 г в сутки и более), выявляются эхокардиографические признаки, которые можно расценить, как проявление гипертрофии. Это находит свое отражение в преимущественном увеличении КДО и ММЛЖ.

0727 ОПЫТ РАЗРАБОТКИ РЕШЕНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «РЕГИСТР АГ»

Посенкова О.М.

ФГУ «СарНИИХ Росмедтехнологий», Саратов, Россия

Цель — провести с помощью информационно-аналитической системы (ИАС) «Регистр АГ» клинический аудит качества медицинской помощи больным артериальной гипертонией (АГ) в одной из поликлиник г. Саратова, на основе результатов аудита разработать решения по улучшению качества медицинской помощи в данной поликлинике.

Материал и методы. Оценивалось выполнение клинических рекомендаций по выявлению АГ, выявлению модифицируемых факторов риска (МФР), определению уровня персонального риска (ПР) 10-летнего развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений (SCORE), лечению и динамическому наблюдению больных АГ в одной из поликлиник г. Саратова в 2007г. Проанализированы данные амбулаторных карт (форма № 025/у-04) 201 пациента, посетивших поликлинику в 2007 г. (средний возраст 52,8±9,1 года). Данные о больных АГ анализировались с помощью ИАС «Регистр АГ» (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ №2005611088 от 05.05.2005).

Результаты. Диагноз АГ установлен согласно рекомендациям у 79% больных. МФР выявлены у 14,5% пациентов. Мероприятия по выявлению МФР, предусмотренные рекомендациями, в полном

объеме не выполнены ни у одного пациента: у 100% больных отсутствовали данные о весе, уровне ТГ, ЛПВП; у 99% отсутствовали данные о вредных привычках, физической активности, питании, уровне ЛПНП; у 94% — данные о росте; у 76% — данные об уровне общего холестерина (ОХС). Советы по изменению образа жизни даны 35% больных АГ, имеющих МФР. Уровень ПР (SCORE) не определен ни у одного пациента — в 2007г. отсутствовали данные о курении у 99% больных, данные об ОХС у 76% пациентов. Данные о поле, возрасте, уровне систолического артериального давления (АД) имелись у всех пациентов. Целевой уровень АД поддерживался у 18% больных. У 63% больных не была подобрана оптимальная схема терапии — целевое АД не было достигнуто в 2007г или не поддерживалось в ходе повторных визитов. У 41% больных периодичность визитов не соответствовала рекомендованной — невозможна оценка степени контроля АД на фоне назначенного лечения. Достигнутый уровень АД составил 150/90 мм рт.ст.

Выводы. В ходе аудита выявлены недостатки: 1) полнота обследования пациентов не соответствует положениям рекомендаций; 2) недостаточно внимания уделяется мероприятиям немедикаментозного лечения; 3) частота визитов пациентов недостаточна для контроля проводимой терапии. Разработаны предложения по улучшению: 1) разработка и внедрение протокола первичной помощи больным АГ; 2) совершенствование медицинской документации; 3) внедрение автоматизированной системы вызовов и напоминаний пациентам о визите, управляющейся средним медицинским персоналом; 4) внедрение ИАС «Регистр АГ» для систематической оценки качества — контроля за улучшениями и предупреждения недостатков.

0728 УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДИСТОГО РУСЛА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Прасолов А.В., Делова М.А., Москалюк М.И., Князева Л.А., Горяинов И.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы: изучение взаимосвязи между показателями эндотелиальной функции и характеристиками упруго-эластических свойств сосудистого русла у больных ишемической болезнью сердца: стабильной стенокардией напряжения II-III ф.к. (ССН II-III ф.к.).

Материалы и методы. Обследовано 92 больных ССН II-III ф.к. в возрасте 40–60 лет, 72 мужчины и 20 женщин. Диагноз стенокардии верифицирован согласно рекомендациям ВНОК/ВОЗ (2004), классификации Канадского общества сердечно-сосудистых заболеваний. Группу контроля составили 20 клинически здоровых лиц. Уровень эндотелина-1 (ЭТ-1), фактора Виллебранда (ФВ) определяли иммуноферментным методом. Упруго-эластические свойства сосудистой стенки оценивали с помощью суточного монитора артериального давления компании «Петр Телегин» (Россия). Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием стандартного пакета прикладных программ Statistica.

Результаты и их обсуждение. Оценка функционального состояния эндотелия сосудов у больных ССН II-III ф.к. показала достоверно большую концентрацию ЭТ-1 ($59,8 \pm 2,3$ нг/л) и ФВ ($169,8 \pm 5,2\%$), являющихся лабораторными маркерами эндотелиальной функции, у обследованных больных в сравнении с контролем. У больных ССН II-III ф.к. определено достоверное снижение времени распространения пульсовой волны (РТТ) на 26% в сравнении с контролем ($165,8 \pm 4,8$ м/с). Максимальная скорость нарастания артериального давления (dP/dt)_{max}, косвенно отражающая нагрузку на стенки сосудов во время прохождения пульсовой волны, была снижена в 1,7 раза ($p < 0,01$) по сравнению с контролем. Индекс ригидности (ASI) у пациентов со ССН II-III ф.к. на 25% ($p < 0,01$) превышал контрольные значения, а индекс аугментации (A/x) — в 3 раза ($p < 0,01$). Выявленные изменения свидетельствуют о наличии эндотелиальной дисфункции и снижении упруго-эластических свойств сосудов у больных ССН II-III ф.к. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ), являющейся критерием артериальной жесткости, показала превышение контрольного уровня ($137,8 \pm 2,3$ м/с) на 20% ($156,8 \pm 4,1$ м/с, $p < 0,01$). Проведенный корреляционный анализ выявил наличие досто-

верных связей между уровнем ЭТ-1, фВ и СРПВ ($r=0,63$; $r=0,51$ соответственно). Обратные зависимости установлены между РТТ и содержанием ЭТ-1, фВ ($r=-0,59$; $p<0,01$; $r=-0,47$, $p<0,01$ соответственно). Также прямая корреляционная связь была определена между индексом ригидности (ASI), аугментации (A/x) и уровнем ЭТ-1 ($r=0,69$, $p<0,01$; $r=0,53$, $p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о значимости эндотелиальной дисфункции в снижении эластичности и повышении жесткости сосудов у больных ССН II-III ф.к.

0729 КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Преображенский Д.В., Талызина И.В., Некрасова Н.И., Воробьев П.А., Вишинская И.Д.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель: Изучить клинические и инструментальные особенности застойной сердечной недостаточности (ЗСН) у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: Обследовано 264 госпитализированных больных с ХОБЛ (средний возраст 70 ± 11 лет; 52% были женщины). В исследование включались лишь больные с сохраненной систолической функцией левого желудочка (ЛЖ). Эхокардиографическое исследование было выполнено у 217 (82%) больных, причем качественная визуализация достигнута в 77% случаев.

Результаты: При поступлении в стационар симптомы и признаки ЗСН обнаруживались у 34% больных, причем у мужчин они встречались чаще, чем у женщин ($p<0,05$). В зависимости от наличия или отсутствия ЗСН больные с ХОБЛ были разделены на 2 группы. Больные с ЗСН характеризовались достоверно ($p<0,01$) более высокой частотой мерцательной аритмии (44% против 20% в группе больных без ЗСН) и ожирения (19% против 9%), а также наличием электрокардиографических признаков гипертрофии правого желудочка (ПЖ) (25% против 12%) и нарушений проводимости по правой ножке пучка Гиса (22% против 13%). В группе больных с ЗСН сахарный диабет, почечная недостаточность и вторичный эритроцитоз, а также инфаркт миокарда в анамнезе выявлялись достоверно чаще, чем в группе больных без ЗСН. По данным эхокардиографии не выявлено существенных различий между группами в средних значениях объемных показателей ЛЖ, а также величине фракции выброса ЛЖ. По сравнению с группой больных без ЗСН в группе больных с ЗСН были значительно больше ($p<0,01$) размеры ПЖ ($3,1 [2,7-3,4]$ см против $2,7 [2,5-3,0]$ см) и левого предсердия ($4,1 [3,9-4,6]$ см против $3,8 [3,5-4,2]$ см), а также чаще выявлялась дилатация правого предсердия (58% против 20%; $p<0,001$) и легочная гипертензия (43% против 10%; $p<0,001$).

Заключение: Примерно у 1/3 госпитализированных больных с ХОБЛ без систолической дисфункции ЛЖ имеются симптомы и признаки ЗСН. ЗСН при ХОБЛ сочетается с высокой частотой мерцательной аритмии и ожирения, а также с эхокардиографическими признаками легочной гипертензии, дилатации ПЖ и обоих предсердий.

0730 ВЛИЯНИЕ ФУРОСЕМИДА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Преображенский Д.В., Чернецова Е.В., Талызина И.В., Некрасова Н.И., Вишинская И.Д.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Концентрация гемоглобина (Hb) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) может существенно изменяться во времени, в том числе под влиянием медикаментозной

терапии. Данные нескольких исследований свидетельствуют о том, что как пониженная, так и относительно повышенная концентрация Hb гемоглобина, может быть предиктором высокого риска смертности и частоты госпитализаций больных ХСН.

Цель исследования: Изучить изменения уровней Hb у пациентов с ХСН, получавших стандартную медикаментозную терапию после назначения (или увеличения дозы) петлевого диуретика фуросемида (Ф).

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 235 госпитализированных больных с тяжелой ХСН (средний возраст 70 ± 11 лет). При поступлении всем больным назначался петлевой диуретик ($20-120$ мг Ф в сутки внутрь или внутривенно), либо увеличивалась его доза. Лечение с применением Ф продолжалось не менее 2 недель, в течение которых оставшаяся медикаментозная терапия оставалась практически неизменной. Больные с анемией, которая имела определенную причину, исключались из анализа.

Результаты исследования: У больных с ХСН концентрация Hb при поступлении колебалась от 56 до 175 г/л. Отмечено статистически значимое повышение исходной концентрации Hb с 126 ± 20 г/л до $134,8 \pm 12$ г/л после 7-10 дней применения Ф ($p<0,01$). Анемия, согласно критериям ВОЗ, при поступлении была выявлена у 110 из 235 (47%) больных и лишь у 41 (17%) больного спустя 7-10 дней стационарного лечения. На фоне лечения Ф у 69 (63%) больных с необъяснимой анемией при поступлении отмечено повышение концентрации Hb до нормальных значений для соответствующего пола. Степень изменений концентрации Hb под влиянием Ф и их направленность зависели от исходной концентрации Hb. Так, среди 93 больных с исходной концентрацией Hb ниже 120 г/л наблюдалось повышение его уровня с 107 ± 11 г/л до 124 ± 16 г/л ($p<0,001$). С другой стороны, отмечена тенденция к снижению концентрации Hb у больных с ХСН, получающих Ф, если исходный его уровень составлял не менее 145 г/л (с 157 ± 13 г/л до 148 ± 13 г/л; $p>0,05$). Повышение концентрации Hb по меньшей мере на 10 г/л было выявлено у 72% больных с исходной концентрацией Hb ниже 120 г/л, но лишь у 5% больных с исходным уровнем не менее 145 г/л ($p<0,001$).

Выводы: У большинства (63%) госпитализированных больных с тяжелой ХСН и сопутствующей необъяснимой анемией при поступлении имеется гемодилюция. Гемодилюция, обусловленная перегрузкой объемом, маловероятна у больных с ХСН и исходной концентрацией Hb не менее 145 г/л. Полученные данные предполагают необходимость дифференцированного подхода к назначению петлевых диуретиков больным с ХСН — в зависимости от исходной концентрации Hb.

0731 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОБАРОТЕРПИИ И АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пристром М.С., Воробьева Е.П., Байда А.В., Штонда М.В., Семенов И.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», Минск, Беларусь

Цель: оценить влияние на показатели гуморального иммунитета и медиаторы воспаления применения различных способов лечения больных ИБС.

Материалы и методы: Проведено обследование 72 больных ИБС, средний возраст которых составил $54,3 \pm 2,1$ года. Группу контроля составили 15 здоровых донора, группу сравнения 30 больных ИБС, получавших только стандартную медикаментозную терапию. Остальные пациенты с ИБС были разделены на 3 опытные группы, в соответствии с выбранным способом лечения. Группу 1 ($n=32$) составили больные ИБС, получавшие стандартную медикаментозную терапию с применением аторвастатина (трована) в начальной дозе 10 мг 1 раз в сутки. Группу 2 ($n=24$) составили больные ИБС, получавшие стандартную медикаментозную терапию в сочетании с гипобаротерапией, в количестве 7-10 сеансов, экспозиция 60 минут. Была

выделена 3 группа, в количестве 16 пациентов с ИБС, которые получали комбинированную терапию в сочетании с аторвастатином и гипобаротерапией. Всем пациентам до и после лечения проводилось количественное определение сывороточных иммуноглобулинов 3-х классов — Ig A, Ig G, Ig M при помощи метода Манчини. Общее количество ЦИК определялось по методу V. Naskova преципитацией 3,75% полиэтиленгликолем (ПЭГ). Показатели цитокинового статуса (ИЛ -1 β , ФНО - α , ИЛ - 1RA) определяли иммуноферментным методом с использованием тест-систем фирмы «Immunotech.» (Франция). Статистическую обработку проводили с использованием пакета анализа Statistica.6.0.

Результаты и обсуждение. Наиболее значимые изменения со стороны гуморального иммунитета были отмечены в 3 группе: выявлено достоверное снижение по сравнению с исходными данными ЦИК (ЦИК в 3,75% ПЭГ) до лечения — 154,12 $\pm$ 11,32 и после — 109,01 $\pm$ 7,87 ($P<0,05$), Ig A мг/мл до лечения — 2,16 $\pm$ 0,11 и после — 1,17 $\pm$ 0,06 ($P<0,05$), снижение уровня Ig G мг/мл до лечения — 22,14 $\pm$ 2,19 и после — 12,04 $\pm$ 3,04 ($P<0,05$). Достоверного изменения уровня Ig M не отмечалось. Также у лиц контрольной группы достоверных изменений изучаемых явлений в процессе стандартного лечения не выявлено. В ходе выполнения исследования нами были получены показатели маркеров воспаления в динамическом наблюдении, через 6 недель проводимого лечения. На фоне терапии с применением аторвастатина в суточной дозе 10 мг у больных 1 группы наблюдалась тенденция к снижению уровня ИЛ -1 β , ФНО - α и достоверное снижение уровня ИЛ - 1RA в большей степени по сравнению со 2 группой ($P<0,05$). При этом во 3 группе было отмечено достоверное снижение всех 3-х показателей, в особенности ИЛ - 1RA по отношению к двум другим группам. У пациентов, получавших стандартную терапию, достоверных различий по изменению маркеров воспаления не наблюдалось. Отмеченные достоверные изменения показателей гуморального иммунитета при применении различных методов лечения ишемической болезни сердца, вероятно, указывают на повышение адаптационных и резистентных способностей организма. Достоверное снижение медиаторов воспаления отмечено при использовании комбинированного применения статинов в сочетании с гипобаротерапией, что обусловлено наличием потенцированного эффекта — оказывать положительное влияние на основные факторы воспаления.

0732 СПОСОБ ПОСТРОЕНИЯ КРИВОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ПРОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Протоиоров В.М., Глуховский М.Л.

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

Цель. Разработка способа устранения артефактов на кривой атриовентрикулярного проведения, получаемой у лиц с метаболическим синдромом в ходе чреспищеводного электрофизиологического исследования, с целью дальнейшего количественного ее анализа.

Методы исследования. Чреспищеводные электрофизиологические исследования выполнили у 27 лиц старше 15 лет соответствовавших критериям МС АНА/NHLBI 2005 с поправкой для европейской популяции. Программированная электростимуляция осуществлялась по стандартной методике с базовой частотой 100 имп/мин и задержкой тестирующего стимула (St_1) от 600 мс до минимальной эффективной, с шагом в 10 мс. Графики проведения St_1 строили в декартовой системе координат, соотнося интервалы его сцепления (St_1R_1) по оси абсцисс со временем задержки в АВ-соединении (St_2R_2) по оси ординат. Оценивали роль времени проведения претестового импульса St_1 (интервала St_1R_1) в формировании вышеуказанной кривой, для чего осуществляли преобразование по оси Y: из St_2R_2 вычитали St_1R_1 (коррекция по St_1R_1) или наименьший St_2R_2 в серии (фиксированная коррекция). Все графические построения выполняли, используя программное обеспечение MS Excel 2002 (10.6501.6626) SP3 корпорации Microsoft. Экспоненциальные модели графиков конструировали с помощью встроенной функции ЛГРФПРИБЛ, вычисляя коэффициент аппроксимации R^2 . Включали только кривые непрерывного типа, без признаков предвозбуждения по дополнительному пути.

Полученные результаты. Коррекция по оси ординат по претестовому времени проведения (St_1R_1) по сравнению с фиксированной в 21 случае (77,8%) приводила к усилению аппроксимации посредством снижения остаточной суммы квадратов (9 графиков — 33,3%), увеличения общей суммы квадратов (8 графиков — 29,6%), а также обоих факторов (3 графика — 1,11%). 6 кривых (22,2%) с $R^2=0,50-0,85$, напротив, проявили негативную чувствительность к модификации. В результате после этой процедуры эффективность экспоненциальной модели оценена как хорошая ($R^2>0,7$) в 10 (37,1%), удовлетворительная ($R^2=0,3-0,7$) в 17 (63,0%) и неудовлетворительная ($R^2<0,3$) в 0 случаев. Средняя величина коэффициента аппроксимации для фиксированной коррекции составила 0,6008 $\pm$ 0,1620, для претестовой 0,6480 $\pm$ 0,1682, различие при $p=0,04$.

Выводы. Данные, полученные в нашем исследовании, указывают на необходимость выполнения коррекции атриовентрикулярной кривой по оси ординат по претестовому интервалу (St_1R_1) у лиц с метаболическим синдромом. Эта процедура позволяет устранять артефакты и адекватно проводить количественный анализ проводимости по АВ-соединению.

0733 УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Протоиоров В.М., Кравченко А.Я.

ГОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко», Воронеж, Россия

Цель: изучить наличие и выраженность приобретенного андрогенного дефицита у мужчин, страдающих сердечно-сосудистой патологией.

Методы. В исследование включено 537 мужчин, средний возраст которых составил 50,2 $\pm$ 7,6 лет, страдающих наиболее распространенными сердечно-сосудистыми заболеваниями: ИБС, стабильной стенокардией напряжения II-IV функционального класса ($n=187$), фибрилляцией предсердий ($n=188$), гипертонической болезнью ($n=162$). Диагноз ИБС устанавливался на основании типичной клинической картины и положительных результатов нагрузочных тестов. Сывороточная концентрация тестостерона и глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС), определялась методом трехфазного иммуноферментного анализа. Для определения уровня активного, несвязанного тестостерона определяли индекс свободных андрогенов (ИСА) следующим образом: уровень общего тестостерона в крови делили на уровень ГСПС и умножали на 100%. Результаты обрабатывали с помощью стандартного пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Достоверным считали различия при $p<0,05$.

Результаты. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний встречались со следующей частотой: курение — 51,5%, уровень холестерина выше желаемого (5,0 ммоль/л) — 82,4%, гиподинамия — 55,7%, ожирение — 54,8%, абдоминальное ожирение — 62,3%. Средний уровень тестостерона для всего обследованного контингента больных составил 10,7 $\pm$ 4,2 нмоль/л (95% ДИ: 7,2-14,6 нмоль/л), что соответствует международным биохимическим критериям андрогенодефицита.

Наличие андрогенодефицита по биохимическим критериям (уровень тестостерона менее 12 нмоль/л) было выявлено у 51,9% обследованных. Андрогенодефицитное состояние, установленное по индексу свободных андрогенов (ИСА<50%), выявлено в 69,3% больных.

При изучении концентрации тестостерона в образцах крови пациентов с различными заболеваниями оказалось, что наименьший средний его уровень (9,8 $\pm$ 4,3 нмоль/л) отмечен в группе больных стенокардией. У мужчин, страдающих гипертонической болезнью, уровень тестостерона был несколько выше (но статистически незначимо) — 10,3 $\pm$ 3,7 нмоль/л. У пациентов с фибрилляцией предсердий концентрация тестостерона (12,0 $\pm$ 7,9 нмоль/л) статистически значимо превышала показатели двух других групп.

Вывод: Среди изученных сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин наиболее выраженный дефицит андрогенов отмечен при ИБС, стабильной стенокардии напряжения, наименее выраженный — при фибрилляции предсердий, что необходимо учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий у данной категории больных.

0734 НЕЙРОВАСКУЛЯРНАЯ КОМПРЕССИЯ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Прокопьева Э.Р., Цориев А.Э., Налесник М.В., Смоленская О.Г., Солодовников А.Г.

ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Екатеринбург, Россия; МУ ГКБ №40, Екатеринбург, Россия

Нейроваскулярная компрессия ствола мозга (НВК) — это контакт петли позвоночной артерии или ее ветвей в интракраниальном отделе с вентролатеральной поверхностью ствола головного мозга в месте входа корешков IX и X пары черепно-мозговых нервов. Ранее было показано, что НВК достоверно чаще встречается у пациентов с эссенциальной гипертензией.

Цель исследования. Оценить частоту встречаемости феномена нейроваскулярной компрессии ствола головного мозга в двух группах пациентов молодого возраста: пациентов с артериальной гипертензией и с нормальным давлением.

Материалы и методы. Обследовано 88 пациентов (51 мужчина и 37 женщин), которые по результатам амбулаторного мониторинга артериального давления (среднее давление за сутки, в дневное и ночное время) были распределены в две группы. Суточное мониторирование артериального давления проводилось на аппарате TONOPORT V General Electric. В первую группу вошли 48 пациентов с артериальной гипертензией 1-3 степени (средний возраст $34,08 \pm 1,01$ лет), во вторую группу — 40 пациентов с нормальным артериальным давлением (средний возраст $32,45 \pm 1,21$ лет). Группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту, статусу курения, семейному анамнезу ранних сердечно-сосудистых заболеваний. Всем пациентам проведена магнито-резонансная ангиография (МРАГ) интракраниальных артерий на томографе SIEMENS MAGNETOM SYMPHONY с напряженностью магнитного поля 1,5 Т. Нейроваскулярная компрессия (контакт) по данным МРАГ фиксировалась на поперечных срезах при отсутствии светового сигнала (просвета) между входной зоной корешков IX и X пары черепно-мозговых нервов и позвоночной артерией или задней нижней мозжечковой артерией на 15 мм дистальнее борозды моста с обеих сторон.

Результаты. По данным МРАГ в группе пациентов с артериальной гипертензией достоверно чаще встречался контакт сосудов и вентролатерального ствола с левой стороны ($p=0,01$): в первой группе пациентов у 30 из 48 человек (63,83%), во второй группе у 14 из 40 человек (35%). Нейроваскулярный контакт с правой стороны встречался одинаково часто в обеих группах: у 11 (23,4%) пациентов первой группы и у 10 (25%) человек из второй группы ($p=0,99$). У 9 пациентов (4 из первой группы и у 5 из второй группы) выявлен контакт с обеих сторон. У 88 пациентов обеих групп нейроваскулярная компрессия с левой стороны выявлена у 44 человек — в этой группе пациентов, в отличие от группы пациентов без компрессии слева, было достоверно выше ($p=0,05$) среднее систолическое давление за сутки ($135,0 \pm 2,0$ против $130,55 \pm 2,8$ мм рт.ст.), выше среднее систолическое давление в дневное и ночное время, среднее диастолическое давление в ночное время.

Выводы. У пациентов с артериальной гипертензией достоверно чаще встречается нейроваскулярный контакт (компрессия) позвоночной артерии и вентролатеральных отделов продолговатого мозга с левой стороны, что позволяет предполагать, что этот феномен является новым возможным фактором риска артериальной гипертензии.

0735 ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Протасов К.В., Дзизинский А.А., Синкевич Д.А., Кожевникова Е.Е. ГОУ ДПО «ИГиУВ Минздравсоцразвития РФ», Иркутск, Россия

Пульсовое АД (ПД), отражая функцию левого желудочка сердца и эластические свойства магистральных сосудов, представляет собой важнейший параметр гемодинамики, простой и доступный при измерении на плечевой артерии. Клинико-патогенетическая и

прогностическая значимость ПД в прогрессировании артериальной гипертензии (АГ) изучена недостаточно.

Цель: изучить характер и закономерности поражения органов-мишеней у больных АГ во взаимной связи с уровнем периферического ПД.

Методы: Обследовано 260 больных АГ старше 60 лет (в среднем $73,0 \pm 7,3$), из них мужчин — 105, женщин — 155. Проводили суточное мониторирование АД (СМАД). Изучали факторы риска АГ (липиды сыворотки, курение, объем талии) и морфо-функциональное состояние органов-мишеней: сердца, сосудов, почек и глазного дна. Оценивали ассоциации указанных параметров с уровнем ПД. Применяли корреляционный и логистический регрессионный анализ. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительные интервалы (95%ДИ).

Результаты: Выявлена двухфазная возрастная динамика ПД в виде его прироста и последующей стабилизации в возрасте ≥ 75 лет. При нормальной массе тела рост ПД обусловлен увеличением жесткости аорты, при ожирении ПД прямо коррелирует с объемом талии. Высокое периферическое ПД по результатам СМАД явилось независимым маркером гипертрофии (ОШ 3,13; 95%ДИ 1,79 — 5,50) и дилатации левого желудочка (ОШ 3,38; 95%ДИ 1,00 — 11,44). Среднесуточное ПД, независимо от систолического АД, ассоциировано с увеличенной жесткостью аорты по каротидно-фemorальной скорости распространения пульсовой волны (ОШ 3,66; 95%ДИ 1,49 — 9,02) и атеросклерозом сосудов нижних конечностей (ОШ 4,87; 95%ДИ 1,11 — 21,45). Повышенный уровень офисного ПД явился самостоятельным предиктором атеросклероза общей сонной артерии (ОШ 2,22; 95%ДИ 1,27 — 3,89). Жесткость периферических артерий нарастала по мере увеличения диастолического АД, но не была связана с пульсовым и систолическим АД. Высокое офисное ПД, в отличие от систолического АД, взаимосвязано с низким клиренсом креатинина по скорости клубочковой фильтрации < 60 мл/мин (ОШ 3,07; 95%ДИ 1,36 — 6,94). Генерализованное сужение артериол у больных АГ ≥ 75 лет сопряжено с повышением офисного среднего гемодинамического АД и жесткостью периферических артерий.

Отсутствовали ассоциации офисного и среднесуточного ПД с наличием и выраженностью дислипидемии, ИБС, признаков хронической сердечной недостаточности, дисфункции эндотелия, микроальбуминурии и генерализованного сужения артериол сетчатки глаза.

Выводы: у больных АГ пожилого и старческого возраста высокое периферическое пульсовое АД является независимым от систолического АД гемодинамическим фактором риска развития гипертрофии и дилатации левого желудочка сердца, атеросклероза магистральных и периферических артерий и почечной дисфункции.

0736 ЭКГ-ДИНАМИКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА, РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА И РАЗВИТИЯ ФЕНОМЕНА «NO-REFLOW» ВО ВРЕМЯ ЧТКА

Протопопов А.В., Крыжановская С.А.

КГУЗ «Краевая клиническая больница», Красноярск, Россия

Введение: В настоящее время все больше стационаров имеют рентген-операционные и возможность эндоваскулярного лечения острого коронарного синдрома (ОКС). Но не стоит забывать, что не только наличие высоких технологий влияют на успешную закономерную динамику течения столь грозного заболевания. Актуальным остается вопрос развития феномена невосстановленного коронарного кровотока — «no-reflow» и его негативного влияния на течение послеоперационного периода и отдаленного прогноза.

Цель исследования: Целью исследования является определение влияния степени восстановления коронарного кровотока (TIMI) и реперфузии миокарда (MBG) на ЭКГ динамику при ОКС во время выполнения эндоваскулярного вмешательства.

Материалы и методы: Исследования проведены у 65 пациентов с диагнозом острый инфаркт миокарда (ОИМ) с патологическим зубцом Q или без зубца Q различной локализации, с повы-

шением сегмента ST. Всем больным была выполнена экстренная КАГ, чрескожная транслюминарная коронарная ангиопластика (ЧТКА) коронарных артерий с имплантацией стента или без нее. Оценка восстановления коронарного кровотока проводилась во время коронарографии по шкале TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) Степень реперфузии миокарда оценивалась при помощи MBG (Myocardial Blush Grade). Затем проводился анализ ЭКГ в динамике у данных пациентов на протяжении 5 суток. Оценивалась скорость снижения сегмента ST до изолинии и инверсия зубца T.

Результаты: Всем 65 пациентам с ОИМ была выполнена ЧТКА и эндопротезирование инфаркт — зависимой артерии. При оценке степени восстановления коронарного кровотока по TIMI у 58 пациентов. После успешной реканализации восстановление коронарного кровотока соответствовало уровню TIMI 2-3. У 7 пациентов коронарный кровоток после эндоваскулярного пособия — TIMI 0-1. При оценке степени реперфузии миокарда по шкале MBG у 52 пациентов уровень реперфузии MBG 2-4, у 13 человек MBG 0-1. В последующем у всех больных оценивалась динамика реперфузии миокарда по ЭКГ в течение 5 дней с момента эндоваскулярного пособия. Отслеживалась скорость снижения сегмента ST к изолинии и инверсия зубца T. По результатам оценки выявлена стойкая закономерность положительной ЭКГ-динамики ОИМ в зависимости от степени восстановления коронарного кровотока в инфаркт-зависимой артерии и объема реперфузии миокарда. У 5 пациентов со степенью кровотока TIMI 2-3 и MBG 2-4 отмечалась стойкая положительная ЭКГ динамика в виде снижения сегмента ST к изолинии и инверсии зубца T в течении 1-4 часов после реканализации. В то время как у больных с кровотоком TIMI 0-1 и MBG 0-1 отмечается замедленная ЭКГ динамика после эндоваскулярного пособия (сохраняется подъем сегмента ST или его незначительное снижение).

Выводы: У больных ОИМ с повышением сегмента ST отмечается стойкая зависимость положительной ЭКГ динамики от степени восстановления коронарного кровотока и объема реперфузии миокарда. Это еще раз доказывает, что особого внимания заслуживает не только восстановление коронарного кровотока по инфаркт-зависимой артерии, но и уровень реперфузии миокарда в результате ЧТКА.

0737 РИСК РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Пучиньян Н.Ф., Фурман Н.В., Ансимова О.М., Щетинкина И.Н., Черноусова Л.А.

ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий», Саратов, Россия

Антитромбоцитарная терапия — неотъемлемая часть лечения пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и тех, кому показано чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ). Аспирин (ацетилсалициловая кислота) наиболее успешный антитромбоцитарный препарат, хорошо зарекомендовавший себя для вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений после ОКС. Добавление к антитромбоцитарной терапии аспирином клопидогреля, у пациентов с ОКС, является более эффективной стратегией чем монотерапия аспирином. Для пациентов, которым планируется ЧКВ, двойная антитромбоцитарная терапия является стандартом.

Цель: оценить частоту возникновения повторных тромботических осложнений среди пациентов с острым коронарным синдромом, рассмотреть возможную взаимосвязь между возникновением осложнений и недостаточным ответом на антиагрегантную терапию.

Методы исследования: В исследование были включены 200 пациентов (140 мужчин и 60 женщин) в возрасте от 34 до 80 лет (средний возраст $56,6 \pm 9,2$ лет), госпитализированных в отделение острой коронарной патологии с диагнозом острый коронарный синдром.

Всем пациентам, включаемым в исследование, проводилось стандартное клиническое обследование: электрокардиография, биохимическое исследование крови (включавшее анализ уровня кардиомаркеров КФК и КФК-МВ, глюкоза, креатинин), общий анализ крови, исследование системы гемостаза (фибриноген, антитромбин 3, протромбиновый индекс, фибринолитическая активность), доплероэхокардиография.

Всем пациентам проводилась антиагрегантная терапия ацетилсалициловой кислотой при отсутствии противопоказаний. Часть пациентов получала дополнительную антиагрегантную терапию клопидогрелем.

С целью оценки эффективности антиагрегантной терапии всем пациентам, получавшим антитромбоцитарные препараты, производился анализ функциональной активности тромбоцитов оптическим способом с помощью лазерного агрегометра (по изменению пропускающей способности плазмы крови при добавлении агонистов агрегации).

Результаты: Период наблюдения за пациентами составил $18,2 \pm 5,4$ мес. Было зарегистрировано 14 случаев повторных тромботических осложнений (инфаркт миокарда, сердечно-сосудистая смерть) и 8 эпизодов нестабильной стенокардии.

Среди пациентов нечувствительных к терапии АСК наблюдался более высокий риск тромботических осложнений.

Относительный риск развития сердечно-сосудистого события у пациентов с повышенной функциональной активностью тромбоцитов на фоне антитромбоцитарной терапии составил 8,92 (ДИ 95% 4,39; 17,84 $p=0,05$).

Выводы: Основываясь на полученных данных, можно предположить, что факт выявления недостаточного эффекта анти-тромбоцитарной терапии ассоциируется с 9-кратным увеличением риска повторных тромботических осложнений у пациентов с острым коронарным синдромом.

0738 ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РОСТОВЫХ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Пушкарева А.Э., Еникеева Г.Р., Юсупова Э.З., Сыртланова Э.Р.

Башгосмедуниверситет, МУ городская клиническая больница №13, Уфа, Россия

Целью работы явилось изучение взаимосвязи структурно-функциональных изменений миокарда больных гипертонической болезнью с особенностями обмена соединительной ткани и ростовых нейрогуморальных факторов.

Объектом исследования явились 60 человек (31 мужчина и 29 женщин) в возрасте от 41 до 59 лет (средний возраст составил $51,5 \pm 4,2$), страдающих эссенциальной артериальной гипертензией 2 стадии со 2 и 3 степенями повышения АД, гипертрофией левого желудочка. Стандартизация показателей проводилась на группе из 20 человек без признаков сердечно-сосудистых заболеваний. Первая группа (30 пациентов) получала лечение в течении 3 месяцев аторвастатином (торвакард) в дозе 20 мг/сут и лозартаном (лозап) 50мг/сут, вторая группа (30 пациентов) 3 месяца получала только лозартан 50мг/сут. Обследование больных проводилось до начала исследования и через 3 месяца приема препаратов. Уровень свободного гидроксипролина (СГОП) и пептидсвязанного гидроксипролина (ПСГОП) определяли на кафедре клинической биохимии и лабораторной диагностики факультета повышения квалификации и последипломной подготовки Ижевской Государственной Медицинской Академии. Исследование уровня β_1 -трансформирующего фактора (TGF β) и ангиопэтина (Ang) проведено ИФА методом в клинической лаборатории ГКБ №13 г. Уфы. Статистический анализ полученных результатов проводили методом критериев знаков, непараметрической корреляции по Спирмену, достоверность различий для разных групп больных оценивали с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

Полученные результаты выявили у больных АГ достоверно более высокий уровень СГОП ($28,98 \pm 8,81$ мкмоль/л), в сравнении с группой контроля ($13,76 \pm 3,17$ мкмоль/л, $p < 0,0001$), также группа больных и контроля статистически значимо отличались по уровню ПСГОП ($313,96 \pm 169,49$ и $159,91 \pm 51,36$ мкмоль/л, соответственно, $p < 0,0001$). Уровни ростовых факторов также оказались достоверно более высокими в группе больных гипертонической болезнью: TGF β $161,38 \pm 61,27$ пг/мл и Ang $22,24 \pm 5,19$ пг/мл в сравнении с контролем: TGF β $41,15 \pm 2,40$ пг/мл и Ang $5,86 \pm 2,00$ пг/мл, $p < 0,0001$. Уровень TGF β 1 достоверно снижался при лечении аторвастатином ($p=0,00002$), в то время как в группе принимавшей лозап, отмечена лишь тенденция к снижению уровня TGF β 1 ($p < 0,07$). Выявлена

положительная корреляционная связь между уровнем AngI и уменьшением толщины межжелудочковой перегородки левого желудочка после лечения ($r=0,46$, $p\leq 0,05$), также уровень AngI отрицательно коррелировал с массой миокарда ЛЖ в процессе лечения ($r=-0,47$ и $r=-0,52$ соответственно).

Таким образом, полученные данные подтверждают существенную взаимосвязь изменений метаболизма соединительной ткани с процессами ремоделирования миокарда ЛЖ, а также участие ростовых нейрогуморальных факторов в данных процессах. Результаты исследования позволяют высказать предположение, что потенциальной областью применения статинов является эссенциальная гипертензия с гипертрофией ЛЖ.

0739 ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ» НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ

Пушкарева О.В., Аникин В.В., Красненков В.Л.

ГОУ ВПО Тверская медицинская академия, Тверь, Россия; ФГУЗ ЦМСЧ-141 ФМБА, Удомля, Россия

Цель работы: изучить влияние образовательных программ на поведенческие факторы риска (ФР) у больных артериальной гипертензией (АГ), работающих на крупном промышленном предприятии.

Методом анкетирования обследовано 185 больных АГ, работающих на Калининской АЭС (г.Удомля). Из них 125 больных прошли обучение в «Школе здоровья». Группу контроля составили 60 пациентов. Кроме анкетирования всем больным исходно и через год наблюдения было проведено полное клинико-функциональное обследование, которое включало ЭКГ, Эхо-КГ, суточное мониторирование АД, определение уровня общего холестерина.

Образовательная программа «Школа здоровья» выполнялась согласно рекомендациям письма Минздрава России от 02.08.02 «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертензией в первичном звене здравоохранения» и предусматривала ежедневные 1,5-2 часовые занятия в течение 5 дней в группах по 7-10 человек.

При анкетировании пациентов основной группы через год статистически достоверно выросла их информированность об основах здорового питания, таких как режим питания (с 64,8% до 80%), необходимость употребления достаточного количества овощей и фруктов (с 68% до 88%) и ограничение животных жиров (с 60% до 77,6%), кондитерских изделий (с 52% до 73,6%), поваренной соли (с 41,6% до 69,6%), сахара (с 41,6% до 64%), сведениях о гигиене хранения и приготовления пищи (с 24% до 63,2%). Повышение информированности, в свою очередь, привело к изменению характера питания у 64,8% больных этой группы. Это проявилось в увеличении употребления овощей и фруктов (46,4%), в снижении количества употребляемого жира (41,6%), сахара (32%), соли (15,2%). Кроме того, 24% больных ограничили употребление алкогольных напитков.

Однако, обучение в «Школе здоровья» мало влияло на физическую активность больных: только 17,6% респондентов отметили незначительное ее увеличение, а 2,4% опрошенных увеличили ее значительно.

Обращает на себя внимание, что в основной группе снизилось число курящих на 14,7%, еще 37,9% респондентов пытались прекратить курение, а 34,5% пациентов уменьшили количество выкуриваемых сигарет.

Данные изменения образа жизни привели к увеличению лиц, у которых нормализовалась масса тела (9,6%) и уровень общего холестерина менее 5,0 ммоль/л (14,4%).

В контрольной группе аналогичные изменения не были столь существенными.

Таким образом, обучение больных в «школе здоровья» позволяет повысить их информированность об основных модифицируемых ФР и сформировать мотивации к ведению здорового образа жизни. Это в свою очередь приводит к увеличению лиц, отказавшихся от курения, с нормальной массой тела и нормальным уровнем холестерина.

0740 РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ И СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Пушкарев Г.С., Акимова Е.В.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН и ЯНЦ РАМН и Правительства РФ, Тюмень, Россия

Целью работы явилось изучение влияния неконвенционных факторов риска ИБС на относительный риск (ОР) сердечно-сосудистой смерти (СССм) в открытой женской популяции Тюмени.

Эпидемиологическое исследование было проведено стандартными методами на репрезентативной выборке из избирательных списков граждан г.Тюмени 25-64 лет. В течение последующих 12 лет (1996-2008 гг.) вся обследованная женская когорта (813 человек) была подвергнута изучению на предмет анализа смертей от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в комитете ЗАГСА администрации Тюменской области. Причины смерти кодировались по международной классификации МКБ-10. На ОР смерти от ССЗ оценивалось влияние социального градиента – уровня образования, профессиональной принадлежности и брачного статуса. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. Регрессионная модель пропорционального риска Кокса использовалась для оценки ОР сердечно-сосудистой смерти.

В зависимости от уровня образования (начальное, среднее, высшее) по однофакторной модели ОР СССРм за эталонную группу была принята группа женщин с высшим образованием. У женщин с начальным уровнем образования ОР составил 7,53 (95% ДИ 2,82-20,08, $p<0,001$), у женщин со средним уровнем образования ОР – 1,15 (95% ДИ 0,47-2,8, $p>0,05$) и был, статистически не значим.

При построении однофакторной модели Кокса в зависимости от профессиональной принадлежности за эталонную группу была принята группа специалистов и ИТР. По сравнению с этой эталонной группой ОР был существенно выше у руководителей – ОР 4,21 (95% ДИ 1,01-17,95, $p<0,05$), пенсионеров – ОР 5,56 (95% ДИ 1,51-19,77 $p<0,05$) и лиц, занятых тяжелым физическим трудом – ОР 12,99 (95% ДИ 3,04-55,44, $p<0,001$). В группах лиц, занятых легким и средним физическим трудом, различия по ОР сердечно-сосудистой смерти сравнительно с эталонной группой были статистически незначимы – ОР 3,78 (95% ДИ 0,95-14,02, $p>0,05$) и ОР 2,42 (95% ДИ 0,65-8,98, $p>0,05$) соответственно.

В зависимости от брачного статуса за эталонную группу были приняты одинокие женщины. Различия по ОР сердечно-сосудистой смерти с другими тремя группами брачного статуса оказались статистически незначимы. Так, у вдовых, женщин, состоящих в браке и женщин, состоящих в разводе, ОР сердечно-сосудистой смерти сравнительно с группой одиноких был: ОР 8,46 (95% ДИ 0,2-16,3), ОР 5,3 (95% ДИ 0,8-36,6), и ОР 5,8 (95% ДИ 0,6-59,3) соответственно, $p>0,05$.

Таким образом, в соответствии с универсальными моделями пропорционального риска Кокса, наиболее высокий риск СССРм отмечался в группах низкого социального статуса: у женщин с начальным уровнем образования, занятых тяжелым физическим трудом.

0741 ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКОЙ ПРОФЕССИИ

Пырикова Н.В.

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

Проблема «артериальной гипертензии на рабочем месте» (АГ рм) актуальна для широкого ряда профессий, связанных с высокими психоэмоциональными нагрузками. А поскольку именно артериальное давление (АД) на рабочем месте в большей степени коррелирует с поражением органов-мишеней, контроль данного показателя очень важен при диагностике и оценке эффективности лечения АГ.

Целью исследования было выявить изменения гемодинамических показателей у лиц стрессовой профессии во время рабочей нагрузки с использованием метода мониторингирования АД.

Материалы и методы. В исследование были включены 157 мужчин, средний возраст $40,0 \pm 1,2$ лет, работа которых связана с воздействием стрессовых факторов (профессия машиниста и помощника машиниста локомотивной бригады). Всем пациентам было проведено мониторингирование АД в рабочие часы и часы отдыха на аппарате для автоматического измерения АД (модель UA-787, A&D Compaq, Yaman). АГ рм диагностировалась, если среднее АД в рабочие часы $\geq 135/85$ мм рт.ст., разница между средними значениями АД в рабочие часы и часы отдыха $\geq 8/5$ мм рт.ст.

Результаты и выводы. По данным мониторингирования АД в рабочие и часы отдыха первую группу больных с АГ составили 35 человек (22,3%), средний возраст $39,3 \pm 9,2$ лет; вторую группу с АГ рм-54 пациента (34,4%), средний возраст $40,4 \pm 8,3$ лет; а в третью группу с нормальными цифрами АД (здоровые) вошли 68 человек (43,3%), средний возраст $38,0 \pm 9,3$ лет. У пациентов всех групп средние значения САД и ДАД в рабочие часы были выше, чем в часы отдыха, за исключением больных АГ, у которых ДАД в рабочие и в часы отдыха находилось на одном уровне. Наибольший прирост между САД и ДАД в рабочие часы и часы отдыха наблюдался во 2-ой группе, по сравнению с двумя другими группами ($p < 0,001$). У обследованных 1-ой и 2-ой групп, относительно 3-ей группы, САД и ДАД в рабочие и в часы отдыха было выше ($p < 0,001$), в то время как у больных АГ рм, в сравнении с больными АГ, САД и ДАД было больше только в рабочие часы ($p < 0,001$), а в часы отдыха не различалось. У работников подвижного состава всех исследуемых групп во время управления локомотивом происходил постепенный подъем САД и ДАД с 3-4-го часа пребывания в рейсе, и к концу рабочей смены (9-10ч) отмечались наибольшие цифры АД. Различие заключалось в том, что у здоровых лиц к 11-му часу пребывания в пути имело место снижение АД, а к 12-му часу эти показатели практически достигали исходных. У пациентов с АГ и АГ рм также отмечалось снижение САД и ДАД к 12-му часу пребывания в рейсе, но оно было менее выраженным, чем у здоровых лиц, и АД оставалось повышенным фактически до конца поездки.

Таким образом, у лиц стрессовой профессии выявляется высокая частота (34,4%) АГ рм. Для оценки максимальных значений АД во время работы, следует проводить его измерение через 9-10 часов от начала поездки. Через каждые 4 часа пребывания в рейсе работнику локомотивной бригады необходим отдых, а гипотензивная терапия должна назначаться по схеме, предполагающей максимальную концентрацию препарата в крови на 9-й час поездки.

0742 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Пьянков В.А., Пьянков А.К., Чуясова Ю.К., Пояркова Е.В.
ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», МУЗ Городская больница №2, Киров, Россия

Цель: Оценить влияние программы медицинской реабилитации на переносимость физической нагрузки и качество жизни больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной легочной гипертензией (ЛГ).

Материалы и методы: 45 больных ХОБЛ вне обострения, с верифицированной ЛГ (мужчины, средний возраст 58 ± 12 лет) были включены в 6-недельную программу медицинской реабилитации. Комплексная программа реабилитации включала в себя стандартную медикаментозную терапию, длительную кислородотерапию, аэробные физические тренировки, дыхательную гимнастику, психотерапию, антисмокинг и образовательную программу. Переносимость физической нагрузки оценивалась при помощи теста шестиминутной ходьбы по стандартному протоколу. Субъективная переносимость физической нагрузки больными оценивалась по шкале Борга. Качество жизни пациентов оценивалось при помощи валидизированной русскоязычной версии опросника St. George Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Результаты: У больных ХОБЛ, осложненной ЛГ, прошедших программу медицинской реабилитации было выявлено статистически достоверное увеличение дистанции шестиминутной ходьбы (210 ± 65 метров до 278 ± 54 метра) ($p < 0,001$); уменьшение степени тяжести одышки ($4,8 \pm 1,1$ до $3,5 \pm 0,8$) ($p < 0,001$) и улучшение общего показателя качества жизни (60 ± 11 до 53 ± 11) ($p < 0,01$).

Выводы: Использование медицинской реабилитации увеличивает толерантность к физической нагрузке и улучшает показатели качества жизни у больных ХОБЛ, осложненной ЛГ. Необходимо широкое внедрение программ и методик медицинской реабилитации пациентов с ЛГ в практическую деятельность учреждений здравоохранения Российской Федерации.

0743 СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА И ЦЕРЕБРАЛЬНО-КАРДИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рабинович Р.М.

Тверская Государственная Медицинская Академия, Тверь, Россия

Цель исследования: выделить доплерографические и клинические критерии тяжести церебрально-кардиального синдрома, возникающего при артериальной гипертензии (АГ) в условиях нарушенного каротидного кровотока.

Материал и методы. Обследовано 117 больных эссенциальной АГ I-III стадий. Всем больным проводились ультразвуковая доплерография (УЗДГ) внутренних сонных артерий (ВСА), эхокардиография, кардиоинтервалография, ЭКГ, электроэнцефалография, оценка когнитивных функций и психоэмоционального состояния (пиктограммы, рисуночный тест Р. Силвер).

Результаты. Для группировки больных по УЗДГ-показателям использовался кластерный анализ, соответственно которому были сформированы 3 однородные группы: с нормальным, умеренно нарушенным и грубо нарушенным (стеноз ВСА) каротидным кровотоком. Обоснованность кластеризации проверялась тестами статистической значимости для внешних признаков. При этом было установлено, что при сочетании определенных факторов риска уровень каротидного кровотока снижается, а гемодинамическое обеспечение становится дезадаптивным, что сопровождается ухудшением клинических признаков сосудисто-мозговой недостаточности. Параллельно нарастают симпатическое напряжение, ухудшается биоэлектрическая активность мозга и когнитивные функции, появляются депрессивные расстройства.

Учитывая определенную сцепленность компонентов церебрально-кардиального синдрома, ожидалось, что при дополнительном включении в процедуру кластеризации изучаемых ранее внешних признаков, структура вновь образованных кластеров будет соответствовать первоначальной, отражая при этом тяжесть церебрально-кардиальных нарушений. Данное предположение было подтверждено при включении в анализ показателей, максимально коррелировавших с параметрами УЗДГ (возраст, уровень систолического артериального давления, ударный индекс, индекс α -ритма, показатели когнитивных функций). При этом количество вновь образованных кластеров также равнялось трем, а их структура соответствовала группировке больных по УЗДГ-показателям. Использование деревьев классификации позволило выделить доплерографические и клинические критерии тяжести церебрально-кардиального синдрома путем последовательного (по отдельности) включения в анализ каждого показателя, потенциально имеющего предсказательные свойства в отношении церебрально-кардиальных нарушений. На основании построенных деревьев для каждой переменной производилось определение интервалов, которые с большей вероятностью характеризовали ту или иную степень тяжести церебрально-кардиального синдрома.

Выводы: церебрально-кардиальные проявления АГ в определенной степени сцеплены между собой, при этом поражение ВСА является одним из важнейших факторов, определяющих не только тяжесть АГ, но и структуру церебрально-кардиального синдрома. Имеющиеся данные позволяют считать ухудшение каротидного кровотока одним из системообразующих звеньев в развитии многоуровневых нарушений гомеостаза.

0744 ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ МАЛЫХ СЕРДЕЧНЫХ АНОМАЛИЯХ

Равилова Р.Р., Карамова И.М., Червякова К.В., Фахретдинова Е.Р., Саттарова Л.З.

Башкирский государственный медицинский университет; Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: классическим проявлением дисплазии соединительной ткани (ДСТ) являются малые аномалии сердца. К ним относятся пролапс митрального клапана и аномально расположенные хорды. Целью работы было оценить клиническую значимость малых аномалий сердца.

Материалы и методы: нами было исследовано 45 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Республиканском кардиологическом диспансере, из них (мужчин — 26, женщин 19) в возрасте от 19 до 40 лет. Клинические диагнозы были выставлены 26 больным — расстройство вегетативной нервной системы различных типов, у 10 пациентов диагностирован миокардитический кардиосклероз, у 9 — пролапс митрального клапана. Все пациенты прошли эхокардиографическое исследование (ЭхоКГ) на аппарате HDI 5000, суточное мониторирование ЭКГ осуществлялось с помощью системы Mediljg, толерантность к физической нагрузке определялась на велоэргометре по методике Аронова. Кроме того, по показаниям проводилась чреспищеводная электростимуляция (ЧПЭС), УЗИ-исследования внутренних органов, изотопная ренография.

Результаты: нами было выявлено на ЭхоКГ: ПМК 1 ст. без митральной регургитации (МР) — 22 человек, ПМК 1 ст. и МР 1 — 18, ПМК 2 ст. без МР — 1, ПМК 2 ст. с МР — 2, ПМК 3 ст. с МР — 1. Дополнительные хорды левого желудочка (ДХЛЖ) обнаружены у 31 больного. Левое предсердие было увеличено у 8 человек. Пациенты с расширением конечного систолического размера, с зонами гипокинеза, снижением фракции выброса в исследование не включались. По данным холтеровского мониторирования ЭКГ у 38 пациентов (84%) были выявлены различные нарушения Рита, в том числе у 15 (33%) — желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну, у 1 больного — пробежки наджелудочковой тахикардии, у 19 — зарегистрированы нарушения проводимости. Кроме того, у 3 пациентов диагностирован нефроптоз, 1 дисплазия почек. Варикозная болезнь различной степени выявлена у 12 больных.

Полученные нами данные показали, что сочетание ПМК с МР и ДХЛЖ увеличивает частоту встречаемости желудочковых нарушений ритма, в т. ч. высоких градаций. При ЧПЭС у 3 больных с сочетанием ПМК и ДХЛЖ выявлены АВ блокады 2 ст 2 тип. В той же группе больных чаще встречались внесердечные проявления ДСТ такие как нефроптоз, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Выводы: наличие у пациентов сочетания ПМК с МР и ДХЛЖ увеличивает риск желудочковых нарушений ритма, нарушений проводимости. Кроме того, в этой группе пациентов помимо малых сердечных аномалий чаще встречаются проявления ДСТ и со стороны других органов и систем. Полученные данные позволяют предложить использовать ЭхоКГ для оценки риска при несиндромных формах ДСТ.

0745 ФАКТОРЫ АКТИВАЦИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКЕ

Рагино Ю.И.¹, Чернявский А.М.², Полонская Я.В.¹, Волков А.М.², Цымбал С.Ю.³, Семаева Е.В.², Каишанова Е.В.¹, Воевода М.И.¹

¹ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; ²ФГУ ННИИ патологии кровообращения им. Е.Н. Мешалкина Росмедтехнологий, Новосибирск, Россия

В рамках проблемы атерогенеза изучалась роль влияния ряда провоспалительных цитокинов, факторов роста, гемостаза, окисленных биомолекул и тканевых ингибиторов на уровень и активность матриксных металлопротеиназ в динамике развития атеросклеротического очага и формировании 3-х типов нестабильности/уязвимости атеросклеротической бляшки — фиброзно-атероматозного, воспалительно-эрозивного и деструктивно-некротического.

Материалом исследования были фрагменты интимы/меди коронарных артерий, забранные при энтертеризаэктомии по интраоперационным показаниям в ходе операции аортокоронарного шунтирования у

мужчин с выраженным коронарным атеросклерозом, но без острого коронарного синдрома. Забранные материалы интимы/меди были продольно и поперечно разделены на фрагменты. Гистологический анализ фрагментов проводился после окраски гематоксилин-эозином и Ван Гизон. Из 138 фрагментов интимы/меди неизменная ткань интимы была определена в 13 случаях, липидное пятно — в 16, бляшка стабильная молодая — в 29, бляшка стабильная фиброзная — в 39, бляшка нестабильная — в 41, в том числе липидного типа — в 14, воспалительного — в 13, некротического — в 14. В гомогенатах фрагментов интимы/меди (после измерения содержания белка по Лоури) были определены уровни воспалительных цитокинов (фактор некроза опухоли, TNF-альфа, интерлейкин-1-бета, IL-1-бета, антагонист рецептора интерлейкина-1, IL-1-RA, IL-6, IL-8), хемоаттрактантов (монокитарный хемотаксический протеин, MCP-1, эндотелиально-монокитарный активирующий полипептид, EMAP-II, MIP-1-альфа и -бета, тканевой и урокиназный активаторы плазминогена, t-PA, u-PA), матриксных металлопротеиназ (коллагеназа MMP-1, стромелизин MMP-3, матрилизин MMP-7, желатиназа MMP-9, металлоластаза MMP-12) и несколько биомаркеров процесса окисления липидов и белков методами ИФА с использованием тест-систем ELISAs (Biomedica, Cytimmune, Biosource, Bender-Medysystems), спектрофотометрии, флюориметрии.

Полученные результаты позволили заключить, что повышенная активность TNF-альфа, IL-1-бета, MMP-3 и ее активаторов, а также сниженная активность TIMP-1 имеют место на более ранней стадии развития атеросклеротического очага — стадии стабильной атеромы, предшествующей стадии нестабильной бляшки. Далее, в развитии и формировании 3-х типов нестабильности, вероятно, ключевая роль принадлежит высокой активности других различных провоспалительных цитокинов, MMP и их активаторов (IL-6, IL-8, MCP-1, EMAP-II, MMP-7, MMP-9), которая определенно ассоциирована с липидно-белковыми окислительными процессами.

Работа поддержана грантом РФФИ № 09-04-00374а.

0746 КОМПЛЕКС ЛИПИДНЫХ И НЕЛИПИДНЫХ БИОМАРКЕРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИБС, В МУЖСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Рагино Ю.И., Шахтштейн Е.В., Полонская Я.В., Иванова М.В., Еременко Н.В., Аллавердян А.А., Баум В.А., Садовский Е.В.

ГУ Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

В отличие от клинико-инструментальных методов диагностики атеросклероза, его лабораторная диагностика четко не обозначена. Целью работы было изучение уровней в крови показателей ключевых этиопатогенетических звеньев атеросклероза (липидные нарушения, воспаление, окислительный стресс, молекулярно-генетические нарушения) в мужской популяции г. Новосибирска, и выявление независимых ассоциаций некоторых из них с подтвержденным диагнозом атеросклероза и ИБС для разработки диагностической лабораторной линейки «АтероПанель».

В исследование были включены 2 группы мужчин: основная группа — 96 пациентов 45-65 лет с коронароангиографически документированным коронарным атеросклерозом и группа сравнения — 430 мужчин того же возраста из популяционной выборки жителей г. Новосибирска. У обследуемых в крови биохимическими и молекулярно-генетическими методами определены ключевые ассоциированные с атеросклерозом биомаркеры, в том числе общий ХС, ЛНП-ХС, ЛВП-ХС, ТГ, липопротеин(а) (ЛП(а)), высоко чувствительный С-реактивный протеин (вчСРП), концентрация малонового диальдегида в ЛНП, лаг-фаза устойчивости ЛНП к окислению, окисленные апопротеины ЛНП, отношение апоВ/апоА1, гомоцистеин, интерлейкины (IL-6, IL-8), матриксные металлопротеиназы (ММП-3, ММП-7 и ММП-9), полиморфизм гена АРОЕ, и создана база данных. У мужчин популяционной группы детерминирована ИБС по валидизированному эпидемиологическому (кардиологический опросник Роуз) и клинико-функциональным (запись ЭКГ с расшифровкой по Миннесотскому коду) критериям.

Разработана лабораторно-диагностическая линейка «АтероПанель», включающая биохимические и молекулярно-генетические показатели (в том числе общий ХС, ЛНП-ХС, ЛВП-ХС, ТГ, вчСРП, концентрация малонового диальдегида в ЛНП, устойчивость ЛНП к окислению (лаг-фаза), окисленные апопротеины ЛНП, отношение апоВ/апоА1, поли-

морфизм гена APOE) и позволяющая оценивать единый комплекс ключевых этиопатогенетических атерогенных нарушений. Подана заявка на Патент РФ. Проведена апробация «АтероПанели» на популяционном уровне. В моделях линейной регрессии и GLM выявлены независимые ассоциации комплекса показателей «АтероПанели» с подтвержденным диагнозом ИБС и атеросклероза в мужской популяции Новосибирска. Таким образом, предложена единая комплексная диагностическая система лабораторной диагностики атеросклероза, позволяющая выявлять характерную для атеросклероза совокупность биохимических и молекулярно-генетических нарушений.

Работа выполнена при финансовой поддержке грантов РФФИ № 09-04-00374а, № 09-04-01387а.

0747 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВОЙ СТАДИИ И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Ратовская О.Ю., Никулина С.Ю., Матюшин Г.В., Кускаев А.П.

Кафедра внутренних болезней №1, кафедра кардиологии и функциональной диагностики ГОУ ВПО Красноярский Государственный Медицинский Университет, Красноярск, Россия

Цель: провести дифференциальную диагностику гипертонической болезни первой стадии и нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу с помощью метода велоэргометрии у мужчин призывного возраста.

Материалы и методы исследования. Обследован 81 человек мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет, из них с гипертонической болезнью первой стадии 56 человек (69%), средний возраст $21,6 \pm 1,93$ год, с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу 25 человек (31%), средний возраст $20,9 \pm 2,49$ лет. Всем больным была проведена велоэргометрия.

Результаты исследования. Мощность достигнутой нагрузки при субмаксимальной ЧСС у пациентов с гипертонической болезнью первой стадии составила $137 \pm 29,8$ Вт, у пациентов с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу — $143 \pm 29,33$ Вт ($p=0,413$). Исходно, до проведения пробы с физической нагрузкой, средние значения систолического и диастолического артериального давления (АД) достоверно не различались. При проведении субмаксимальной нагрузки в группе больных с гипертонической болезнью первой стадии были выявлены достоверно большие значения систолического и диастолического АД, соответственно $192,7 \pm 14,96$ мм рт.ст. и $92,3 \pm 10,94$ мм рт.ст., в сравнении с пациентами с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу, соответственно $177,2 \pm 17,33$ мм рт.ст. и $83,8 \pm 8,57$ мм рт.ст., $p < 0,001$. У лиц с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу при проведении пробы с субмаксимальной физической нагрузкой диастолическое АД не поднималось выше целевых значений.

Выводы: реакция АД на пробу с физической нагрузкой является дополнительным показателем в дифференциальной диагностике гипертонической болезни первой стадии и нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу.

0748 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВОЙ СТАДИИ И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Ратовская О.Ю., Никулина С.Ю., Матюшин Г.В., Кускаев А.П.

Кафедра внутренних болезней №1, кафедра кардиологии и функциональной диагностики ГОУ ВПО Красноярский Государственный Медицинский Университет, Красноярск, Россия

Цель: провести дифференциальную диагностику гипертонической болезни первой стадии и нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу с помощью метода суточного монито-

рирования артериального давления (СМАД) у мужчин призывного возраста.

Материалы и методы исследования. Обследован 81 человек мужского пола в возрасте от 18 до 25 лет, из них с гипертонической болезнью первой стадии 56 человек (69%), средний возраст $21,6 \pm 1,93$ год, с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу 25 человек (31%), средний возраст $20,9 \pm 2,49$ лет. Всем больным было проведено СМАД.

Результаты исследования. При проведении СМАД у больных с гипертонической болезнью первой стадии в сравнении с пациентами с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу были выявлены статистически достоверные различия ($p < 0,001$) следующих показателей: среднее систолическое артериальное давление (САД) днем ($145,21 \pm 9,73$ мм рт.ст. и $129,35 \pm 7,21$ мм рт.ст. соответственно); среднее диастолическое АД (ДАД) днем ($85,03 \pm 7,71$ мм рт.ст. и $76,6 \pm 7,66$ мм рт.ст. соответственно); гипертонический индекс времени (ИВ) САД ($62,84 \pm 26,92\%$ и $19,97 \pm 16,88\%$ соответственно); гипертонический ИВ ДАД ($32,77 \pm 27,17\%$ и $11,97 \pm 16,62\%$ соответственно); индекс площади (ИП) САД ($118,52 \pm 99,45$ мм рт.ст.*час. и $24,22 \pm 25,31$ мм рт.ст.*час. соответственно); ИП ДАД ($37,37 \pm 41,68$ мм рт.ст.*час. и $9,11 \pm 12,68$ мм рт.ст.*час. соответственно); нормализованный индекс площади (НИП) САД ($9,24 \pm 8,48$ мм рт.ст. и $1,71 \pm 1,77$ мм рт.ст. соответственно); НИП ДАД ($3,02 \pm 3,47$ мм рт.ст. и $0,66 \pm 0,97$ мм рт.ст. соответственно); индекс измерений (ИИ) САД ($60,65 \pm 26,91\%$ и $20,56 \pm 17,54\%$ соответственно); ИИ ДАД ($31,31 \pm 24,87\%$ и $13,38 \pm 16,24\%$ соответственно); среднее САД ночью ($124,53 \pm 12,43$ мм рт.ст. и $115,02 \pm 7,63$ мм рт.ст. соответственно); ИВ САД ночью ($52,25 \pm 33,02\%$ и $26,73 \pm 28,65\%$ соответственно); ИИ САД ночью ($50,31 \pm 30,58\%$ и $26,24 \pm 26,85\%$ соответственно); среднее АД минимальное днем ($81,09 \pm 10,56$ мм рт.ст. и $71,16 \pm 9,79$ мм рт.ст. соответственно); среднее АД днем ($102,56 \pm 7,41$ мм рт.ст. и $92,14 \pm 6,77$ мм рт.ст. соответственно); среднее АД максимальное днем ($125,63 \pm 11,47$ мм рт.ст. и $114,48 \pm 13,37$ мм рт.ст. соответственно); пульсовое АД среднее днем ($60,15 \pm 8,55$ мм рт.ст. и $52,88 \pm 6,14$ мм рт.ст. соответственно); среднее АД минимальное ночью ($71,09 \pm 8,84$ мм рт.ст. и $67,96 \pm 7,31$ мм рт.ст. соответственно).

Выводы: полученные особенности СМАД могут быть использованы в дифференциальной диагностике гипертонической болезни первой стадии и нейроциркуляторной дистонии по гипертоническому типу.

0749 СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Рашид М.А., Быкова А.Ю., Карпова Н.Ю., Шостак Н.А., Казакова Т.В.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; Городская клиническая больница № 55 ДЗ, Москвы, Россия

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках научно-исследовательского проекта «Медико-социальные аспекты состояния сердечно-сосудистой и костной систем в пожилом возрасте при пороках сердца» № 09-06-00476а

Цель. Изучить состояние системного гемостаза и реологических свойств крови (СГиГ) у больных аортальным стенозом различной этиологии в сопоставлении с ассоциированными клиническими состояниями.

Объект и методы исследования. Основную группу (50 пациентов) составили больные кальцинированным аортальным стенозом (КАС), группу сравнения — 20 пациентов с изолированным либо преобладающим аортальным стенозом ревматической этиологии (РБС) и контрольную группу — 30 пациентов без признаков поражения клапанного аппарата сердца, страдающих ИБС и/или артериальной гипертензией (ИБС). Наряду с проведением 2ДЭхоКГ исследования, всем пациентам было проведено исследование показателей системного коагуляционного гемостаза (концентрация фибриногена (по Клауссу), фибринолиз, АЧТВ, РФМК (фенатролиновый тест), МНО, количественное содержание тромбоцитов, АДФ-агрегация тромбоцитов, концентрация фактора Виллебранда) и параметров реологических свойств

крови (гематокрит, вязкость плазмы при скорости сдвига 100с^{-1} и вязкость крови при скоростях сдвига от 300 до 10с^{-1}).

Результаты. Выявлена высокая частота патологических изменений показателей СПиГ — повышение фибриногена (21,6%; 15,4%; 68,2%), фактора Виллебранда (81,6%; 100%; 89,3%), вязкости плазмы (100%), вязкости крови (100%) и усиление АДФ-агрегации (2,3%; 9,1%; 5,3%) в группах КАС, РБС и ИБС соответственно. Удлинение АЧТВ (22,9%; 7,7%) отмечено исключительно в группах с аортальным пороком сердца, усиление фибринолиза (4,3%) только в группе КАС; РФМК исключительно в группах РБС и ИБС (7,7% и 4,8%). Ретроспективный анализ частоты развития тромботических состояний при КАС и РБС выявил в анамнезе ОНМК в 18% и 5,9%, инфаркты миокарда — 28% и 5,9%, тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии — 2% и 5,9% и тромбозы сосудов нижних конечностей в 12% и 5,9% соответственно. Высокая частота тромбозов при КАС в отличие от больных пожилого возраста без порока сердца сочеталась с меньшей концентрацией фибриногена (3,5 и 4,4 г/л; $p=0,012$), удлинением АЧТВ (29 и 26 сек.; $p=0,039$) при повышении вязкости крови на всех скоростях сдвига ($p<0,05$).

Выводы. Полученные данные демонстрируют многокомпонентный характер нарушений свертывания крови в пожилом возрасте и подчеркивают особенности развития тромбозов у больных КАС.

0750 ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ СТАЦИОНАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Раянова Р.Р., Яковлева Л.В., Николаева И.Е.
ГУЗ РКД, Уфа, Россия

Профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний в детском и юношеском возрасте имеют первостепенное значение для улучшения здоровья и продолжительности жизни населения России. За последние годы меняются их структура, клиническая симптоматика и исходы у детей и подростков. На первый план выступают неревматические заболевания сердца, в т.ч. кардиомиопатии, как следствие внутриутробных кардитов. Чаше выявляются врожденные заболевания сердца и сосудов, улучшилась диагностика артериальной гипертензии, гипотензивных состояний, аритмий, в том числе жизнеугрожаемых и требующих современных методов диагностики и лечения.

Цель: изучение динамики стационарной кардиологической патологии среди детей и подростков за последние 5 лет.

Методы: анализ годовых отчетов кардиологического детского отделения Республиканского кардиологического диспансера (г.Уфа) за 2004 — 2008гг для изучения структуры заболеваемости.

Результаты: В РКД широко применяются современные диагностические методики: ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, суточное мониторирование АД, велоэргометрия, ТДКГ, УЗ исследование сосудов почек и конечностей, радиоизотопные исследования. В отделении проводится предоперационная подготовка детей с ВПС для оказания высокотехнологических методов лечения и их реабилитация. В кардиологическом детском отделении на 60 коек за 2004г пролечено 1437 пациентов, за 2008г — 1418 чел., из них подростков в возрасте от 15-17лет соответственно 666 чел. (46,3%) и 695 чел. (49,0%). Большую часть составляли дети школьного возраста 1163 чел. (80,9%) и 1187 чел. (83,7%). С ВПС 636 чел. (44,3%) в 2004г и 522 чел. (36,8%) в 2008г. В структуре ВПС преобладали септальные дефекты: ДМЖП (10,3 и 11,0%) и ДМПП (8,9 и 6,2%) соответственно. Тетрада Фалло — 3,0 и 2,8%; стеноз ЛА — 2,3 и 1,6%; коарктация аорты — 2,1—4,3%; недостаточность клапана аорты — 3,5 и 3,6%. Уменьшение доли детей с ВПС в отделении связана с реорганизацией РКД, открытием кардиохирургического детского отделения на 25 коек, коррекцией пороков в более ранние сроки. Отмечается высокий процент и рост случаев с артериальной гипертензией — 153 (8,0%) и 168 (11,6%), особенно в подростковой группе (от 7,5% в 2004г до 11,3% в 2008г). Неревматические кардиты, кардиомиопатии, постмикардитический кардиосклероз выявлены у 5,7 и 4,5% больных. Отмечается небольшой рост детей с расстройством вегетативной нервной системы (21,9 и 23,4%), ПМК (3,7% и 5,4%). Удельный вес нарушений ритма сердца

вырос с 5,5% до 10,1%, особенно с пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями с 0,4 до 2,7%, что связано с улучшением диагностики с применением ХМ и ЧПЭС. Случаи с синдромом WPW остается практически на одном уровне (3,2 и 3,3%).

Выводы: в стационаре отмечается рост числа подростков с патологией сердечно-сосудистой системы преимущественно неревматического генеза, а именно с АГ, нарушениями ритма сердца и ВСД. Доля ВПС среди детей и подростков остается высокой, в подростковой группе имеет тенденцию к снижению, что связано с внедрением высокотехнологических методов диагностики и лечение.

0751 АРИТМИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА

Ребеко Е.С.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Беларусь

Цель работы: изучить виды аритмий при увеличении индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у пациентов с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 32 пациента (17 мужчин и 15 женщин) с АГ и гипертрофией миокарда левого желудочка. Средний возраст пациентов 52,5 года. Контрольную группу составили 17 пациентов (5 мужчин и 12 женщин) с АГ без гипертрофии миокарда. Группы были сопоставимы по возрасту. Средний возраст пациентов контрольной группы 50,4 года. Больным проводилась ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях, ЭхоКГ, Холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ, СМАД, нагрузочная проба. Диагноз гипертрофии миокарда устанавливался при значении ИММЛЖ более $125\text{г}/\text{м}^2$ для мужчин и более $110\text{г}/\text{м}^2$ для женщин. Величина ИММЛЖ исследуемых пациентов находилась в диапазоне от $126,6\text{г}/\text{м}^2$ до $369,4\text{г}/\text{м}^2$. В зависимости от величины ИММЛЖ пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа — пациенты с наименьшим значением ИММЛЖ от $126,6$ до $175,0\text{г}/\text{м}^2$; 2-я группа — со средним значением ИММЛЖ от $175,0$ до $225,0\text{г}/\text{м}^2$; 3-я группа — пациенты с наибольшим значением ИММЛЖ более $225\text{г}/\text{м}^2$.

Результаты: по данным ХМ ЭКГ в исследуемых группах регистрировались различные нарушения ритма сердца. Первая группа составила 17 больных. У 14 (82,3%) пациентов первой группы регистрировалась редкая наджелудочковая (РНЭ) и желудочковая экстрасистолия (РЖЭ) (менее 30 в час); частая наджелудочковая экстрасистолия (ЧНЭ) (более 30 в час) зарегистрирована у 1 (5,9%) пациента; наджелудочковые куплеты (НК) — также у 1 (5,9%); желудочковые куплеты (ЖК) регистрировалась у 2 (11,8%) больных, пароксизм неустойчивой желудочковой тахикардии (ПНЖТ) наблюдался у 1 (5,9%) пациента. Во второй группе было 8 пациентов с ИММЛЖ от $175,0$ до $225,0\text{г}/\text{м}^2$. В данной группе зарегистрированы следующие аритмии: у всех пациентов (100%) наблюдалась РНЭ и РЖЭ; у 1 (12,5%) больного зарегистрирована частая полиморфная желудочковая экстрасистолия (ЧПЖЭ) (более 30 в час); ЧНЭ (более 30 в час) зарегистрирована также у 1 (12,5%) пациента. НК наблюдались у 2 (25%) пациентов; неустойчивые пароксизмы наджелудочковой тахикардии (НПНТ) у 4 (50%) пациентов; ЖК у 2 (25%), НПЖТ у 2 (25%) пациентов. Третья группа больных с наибольшими значениями ИММЛЖ включала 7 пациентов. Аритмии в этой группе: у всех пациентов (100%) зарегистрирована РНЭ; у 6 (85,7%) — РЖЭ; ЧНЭ количеством более 30 в час наблюдалась у 3 (42,9%) пациентов; ЧПЖЭ — у 1 (14,3%) больного. НК наблюдались у 1 (14,3%) пациента; НПНТ у 1 (14,3%) пациентов; ЖК у 3 (42,9%) пациентов, пароксизмы фибрилляции предсердий (ПФП) также у 1 (14,3%) пациента. В контрольной группе РНЭ и РЖЭ зарегистрирована у 15 (88,2%) и 11 (64,7%) пациентов соответственно. У 3-х пациентов (17,6%) — НК, у 2-х (11,8%) — НПНТ.

Выводы: по данным исследования у пациентов с АГ и гипертрофией миокарда в 100% наблюдений регистрируются различные аритмии. Прогностически неблагоприятные в плане риска развития внезапной сердечной смерти (ЧПЖЭ, ЖК, НПЖТ) регистрировались у 3 (17,6%) пациентов первой группы, 5 (62,5%) — второй и 4 (57,1%) третьей групп соответственно. Полученные результаты свидетельствуют об ухудшении прогноза у пациентов с АГ с увеличением степени гипертрофии миокарда, что сопровождается нарастанием ИММЛЖ.

0752 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ АКТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И КОРРЕКЦИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СИМВАСТАТИНОМ

Ребров А.П., Толстов С.Н.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Одной из возможных причин продолжающегося прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН) при применении современных нейромодуляторов может являться иммуновоспалительная активация, опосредованная провоспалительными цитокинами. Многообещающей является возможность использования с целью коррекции цитокиновой активации статинов с их противовоспалительным плейотропным эффектом, однако, результаты проведенных ранее исследований у больных ХСН неоднозначны и требуют дальнейшего изучения.

Целью работы явилось исследование уровней маркеров воспаления у больных ХСН и изучение динамики их изменений на фоне 6-ти месячной терапии симвастатином.

Материалы и методы. Обследовано 110 больных, перенесших инфаркт миокарда и имеющих ХСН I – IV ФК. В сыворотке крови больных методом твердофазного иммуноферментного анализа определяли уровни ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8 и ФНО- α при поступлении, на 20-й день, 3-й и 6-й месяцы наблюдения. Основную группу (n=60) составили пациенты, которые в течение 6-ти месяцев дополнительно получали симвастатин («Вазилип» фирмы «KRKA») в средней дозе 24,4 $\pm$ 1,7 мг в сутки. Больные группы сравнения (n=50) получали стандартную терапию.

Результаты и обсуждения. У больных выявлено по мере роста тяжести ХСН повышение концентрации изучаемых провоспалительных цитокинов (p<0,01) и только у больных ХСН I ФК по сравнению со здоровыми лицами значимых различий в уровнях ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6 и ИЛ-8 не выявлено. У пациентов с неблагоприятными клиническими исходами заболевания (тромботическими и/или тромбэмболическими осложнениями, летальным исходом) отмечено более высокое содержание исследуемых цитокинов, однако, достоверно больные отличались только по содержанию ИЛ-1 β в сыворотке крови: 90,4 $\pm$ 16,3 пг/мл у больных с неблагоприятным клиническим исходом и 61,9 $\pm$ 8,1 пг/мл у пациентов с неосложненным течением заболевания (p<0,01). На фоне дополнительного приема вазилипа к концу исследования выявлено снижение концентрации ФНО- α на 34,1% (p<0,01), ИЛ-1 β на 27,3% (p<0,05), ИЛ-6 на 42,3% (p<0,01) и тенденция к снижению уровня ИЛ-8 на 36,9% (p>0,05) по сравнению с исходными уровнями. У больных группы сравнения к концу исследования отмечено достоверное снижение только концентрации ФНО- α на 23,8% (p<0,05).

В подгруппе больных с нормальным и низким уровнем ХС ЛПНП установлено более высокое содержание провоспалительных цитокинов, однако, отличий в степени снижения уровня провоспалительных цитокинов на фоне терапии симвастатином у пациентов обеих подгрупп не выявлено.

Таким образом, у больных ХСН установлено повышение уровня провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, прогрессирующее по мере нарастания тяжести ХСН с максимальным уровнем их повышения у пациентов с неблагоприятным клиническим исходом заболевания. Терапия симвастатином сопровождается достоверным снижением провоспалительных цитокинов (ФНО- α , ИЛ-1 β , ИЛ-6, ИЛ-8) в сыворотке крови независимо от уровня ХС ЛПНП, что может указывать на выраженность плейотропных эффектов препарата.

0753 ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Ребров А.П., Никитина Н.М.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель исследования — оценка плейотропных эффектов аторвастатина у больных РА с гиперлипидемией.

Материалы и методы. В исследование были включены 50 больных с достоверным диагнозом РА, имеющие нарушения липидного профиля. Исследование было открытым с последовательным включением пациентов, рандомизацией в 2 группы. В основную группу (дополнительная терапия статином) были включены 30 больных РА (10 мужчин и 20 женщин), ср. возр. — 55,3 $\pm$ 6,3 года, ср. продолжительность РА — 6,6 $\pm$ 7,4 лет. Аторвастатин (Аторис® фирмы KRKA, Словения) назначался в дозе 10 мг в сутки однократно в вечернее время в течение 24 недель. В группу сравнения вошли 20 пациентов (4 мужчины и 16 женщин), получающие стандартную противовоспалительную терапию, сопоставимые по возрасту, продолжительности заболевания, активности заболевания с пациентами основной группы. Исследовали содержание фибриногена (ФГ), активность фактора Виллебранда (fW), количество циркулирующих эндотелиальных клеток (ЦЭК). Жесткость артерий изучали методом осциллометрии с использованием артериографа TensioClinic (Венгрия). Оценивали основные характеристики жесткости артерий: скорость распространения пульсовой волны в аорте (СПВА) и индекс аугментации (ИА). Лабораторные показатели и параметры жесткости артерий исследовались исходно, через 4, 12 и 24 недели в основной группе, исходно и через 24 недели наблюдения — в группе сравнения. Все пациенты подписывали форму информированного согласия на участие в исследовании. Результаты обработаны с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 и Microsoft Excel. Данные представлены в виде средних значений и стандартного отклонения (M $\pm$ σ).

Результаты. У больных РА, получающих аторис, отмечено уменьшение содержания в крови ФГ крови, начиная с 12-ой недели терапии. К 24 недели наблюдения изменения уровня ФГ стали более отчетливыми, число ЦЭК в крови снизилось с 7,98 $\pm$ 7,14*10⁴/л до 3,86 $\pm$ 2,80*10⁴/л (p<0,05), наметилась тенденция к уменьшению активности fW с 160 [132;264] % до 133,5 [122;135] % (p>0,05). В группе сравнения существенной динамики уровней ФГ, активности fW не наблюдалось, а количество ЦЭК, наоборот, возрастало к 24-ой неделе наблюдения. У больных РА, получающих стандартную терапию (группа сравнения), при повторном исследовании (через 24 недели) показателей жесткости артерий существенных изменений не выявлено. У пациентов РА, получающих противовоспалительную терапию в комбинации с аторвастатином (основная группа), напротив, отмечены статистически значимые сдвиги: прирост индекса аугментации в среднем на 17,6 % (p<0,01), уменьшение скорости распространения пульсовой волны в аорте на 12 % (p>0,05).

Выводы. Таким образом, применение аторвастатина в комплексной терапии пациентов РА способствует снижению уровня маркеров системного воспаления и повреждения эндотелия. Показано положительное влияние 6-ти месячной терапии аторвастатином на эластические свойства артерий у больных ревматоидным артритом.

0754 ЦИСТАТИН АССОЦИИРОВАННЫЙ С ТЯЖЕСТЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Резниченко Н.Е.¹, Панфилова Е.Ю.¹, Данковцева Е.Н.², Сидоренко Б.А.², Затеищikov Д.А.²

¹ ГУЗ «Городская больница №17», Москва, Россия; ² ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования. Почечная недостаточность является независимым фактором риска сердечно-сосудистых событий и смертности от всех причин. Целью данного исследования явилось изучение связи нового биомаркера поражения почек — цистатина С — с тяжестью сердечной недостаточности у больных, имеющих нарушение систолической функции ЛЖ.

Больные и методы. Были обследованы 42 больных, проходивших лечение в ГБ №17 г. Москвы в связи с декомпенсацией хронической сердечной недостаточности различной этиологии (ПИКС, МА, АГ и др.) и имевших ФВ ЛЖ $\leq$ 40%. Включение больного в исследование производилось после стабилизации

СН. Для определения класса СН на момент включения в исследование проводился тест с 6-минутной ходьбой. Определение уровня креатинина проводилось кинетическим методом с использованием коммерческих наборов «Biosystems» (Испания), цистатина С — иммуноферментным методом с использованием лабораторных наборов «BioVendor» (Чехия). Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась при помощи формулы Cockcroft-Gault. 32 больных (76,2%) были мужчины, 10 (23,8%) — женщины. У 27 больных (64,3%) имели инфаркт миокарда в анамнезе, 25 (59,5%) — стенокардию, 9 (21,4%) — постоянную форму МА, 6 (14,3%) — СД. АГ в анамнезе имела у 32 больных (85,7%), инсульт — у 6 (4,3%), 14 больных (33,3%) на момент обследования курили, 25 (59,5%) — злоупотребляли алкоголем. 2 больных (4,8%) имели I ф.кл. СН по NYHA, 15 (35,7%) — II ф.кл., 12 (28,6%) — III ф.кл., 13 (31,0%) — IV ф.кл.

Результаты. Среднее значение уровня креатинина у больных с I ф.кл. СН по NYHA составило 87,30 ($\pm 8,600$) мкмоль/л, со II — 96,39 ($\pm 7,670$) мкмоль/л, с III — 106,50 ($\pm 8,287$) мкмоль/л, с IV — 108,15 ($\pm 6,062$) мкмоль/л, различия недостоверны. Среднее значение СКФ у больных с I ф.кл. СН по NYHA составило 89,07 ($\pm 19,085$) мл/мин, со II — 88,68 ($\pm 10,693$) мл/мин, с III — 77,12 ($\pm 11,197$) мл/мин, с IV — 72,93 ($\pm 6,818$) мл/мин, различия недостоверны. Среднее значение уровня цистатина у больных с I ф.кл. СН по NYHA составило 1160,55 ($\pm 19,850$) нг/мл, со II — 1563,58 ($\pm 117,961$) нг/мл, с III — 1697,50 ($\pm 125,449$) нг/мл, с IV — 2052,12 ($\pm 108,943$) нг/мл, $p=0,009$. Не было выявлено значимой ассоциации между значением ФВ ЛЖ и уровнем цистатина С. Выявлена слабая отрицательная корреляция между уровнем СКФ и цистатина С (коэффициент корреляции $-0,472$) при использовании (метод Pearson).

Заключение. Данные свидетельствуют о связи тяжести СН со степенью поражения почек, однако, в отличие от уровня креатинина и СКФ, определение уровня цистатина С является более чувствительным и ранним маркером, который может использоваться для стратификации риска в этой группе больных.

0755 ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА В ОЦЕНКЕ ВЫРАЖЕННОСТИ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Резяпова Н.Х., Крюков Н.Н., Киселева Г.И.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

В последние годы большое внимание уделяется изучению эндотелиальной дисфункции при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Ряд авторов считают, что фактор Виллебранда, гликопротеин, который синтезируется в эндотелиальных клетках, может быть маркером сосудистых повреждений при артериальной гипертензии.

Цель работы — изучить изменения фактора Виллебранда у больных гипертонической болезнью в зависимости от уровня артериального давления.

Методы исследования. Обследованы 121 пациент мужского пола с артериальной гипертензией в возрасте от 25 до 60 лет.

Все больные были разделены на 3 группы в зависимости от степени выраженности артериальной гипертензии. Первую группу составили 30 пациентов с артериальной гипертензией первой степени, вторую — 31 человек с артериальной гипертензией второй степени, третью — 30 больных с артериальной гипертензией третьей степени и в контрольную группу вошли 30 обследуемых без артериальной гипертензии. У всех пациентов определяли концентрацию общего фактора Виллебранда в плазме венозной крови на анализаторе AP2110. Методом дуплексного сканирования сосудов брахиоцефального ствола измеряли толщину комплекса интимы-медины общих сонных артерий.

Результаты. В ходе работы выявлено, что концентрация фактора Виллебранда зависит от степени артериальной гипертензии. Установлено, что у больных с различной степенью артериальной гипертензии исследованные параметры значимо и достоверно отличаются друг от друга и от показателя фактора Виллебранда и толщины комплекса интимы-медины пациентов из контрольной

группы. Средний уровень фактора Виллебранда у пациентов первой группы составил $120,3 \pm 21,5\%$, средняя толщина комплекса интимы-медины общих сонных артерий $0,93 \pm 0,04$; во второй группе — $152,42 \pm 27,8$ и $1,11 \pm 0,04$ ($p < 0,01$ по отношению к контрольной группе), соответственно. у больных с артериальной гипертензией третьей степени выявлено значительное повышение фактора Виллебранда, его средней уровень составил $183,61 \pm 35,6\%$, средняя толщина комплекса интимы-медины — $1,22 \pm 0,5$. В контрольной группе уровень фактора Виллебранда — $96,37 \pm 17,99\%$, средняя толщина комплекса интимы-медины — $0,7 \pm 0,02$.

Выводы. Таким образом, наиболее высокий уровень как фактора Виллебранда, так и толщины интимы-медины отмечались в группе у больных с артериальной гипертензией третьей степени, что свидетельствует о взаимосвязи уровня фактора Виллебранда с поражением сосудов при гипертонической болезни.

0756 ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Репин А.Н.¹, Сергиенко Т.Н.¹, Лебедева Е.В.², Розин А.И.²

¹Учреждение РАМН НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия;

²Учреждение РАМН НИИ психического здоровья СО РАМН, Томск, Россия

Введение. При реабилитации больных ИБС тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) констатируются в 20% случаев, при операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ) их частота повышается до 30–38%. В большинстве случаев симптоматика состояния маскируется многочисленными жалобами.

Цель: оценить и сравнить частоту и степень выраженности ТДР у больных хронической ИБС, которым была проведена инвазивная реваскуляризация миокарда — операция АКШ или баллонная ангиопластика (БАП) со стентированием коронарных артерий, а также определить дальнейшую тактику лечения выявленных нарушений.

Материал и методы: обследован 301 пациент с хронической ИБС. Все были разделены на три группы соответственно проведенному вмешательству: 1-ю группу составили больные, которым проводилась БАП со стентированием ($n=69$), во 2-ю группу были включены пациенты, подвергшиеся операции АКШ ($n=54$), лицам 3-й группы ($n=178$) инвазивное лечение ИБС не проводилось. Всем больным, помимо общеклинических исследований, проводилось тестирование госпитальной шкалой тревоги и депрессии, шкалой депрессии Бека, а также оценивался уровень тревоги шкалой Шихана. При выявлении повышенного уровня тревоги и депрессии проводилась консультация психиатра для определения способа коррекции ТДР. Данные представлены в виде $M \pm SD$.

Результаты: у больных, 1-й группы уровень депрессии оказался меньшим, чем у пациентов, подвергшихся операции АКШ и в группе консервативного лечения: $6,1 \pm 3,6$, $7,6 \pm 2,8$ и $7,3 \pm 0,3$ баллов соответственно ($p=0,022$). Уровень тревоги по шкале Шихана был также значимо меньше в первой группе больных в сравнении со второй: $24,5 \pm 17,6$ vs $37,0 \pm 25,5$ баллов соответственно ($p=0,015$). Средний уровень депрессии по шкале Бека был также наименьшим после стентирования в сравнении с группой 3: $17,4 \pm 5,4$ vs $21,4 \pm 6,7$ баллов ($p=0,024$).

Больным по показаниям назначались антидепрессанты из группы СИОЗС. Через 3 месяца значительное улучшение отмечали 72% этих пациентов, при этом не отмечалось прогрессирования коронарной болезни.

При обследовании выявлен высокий уровень холестерина у пациентов без инвазивного лечения, в сравнении с больными после ангиопластики и АКШ: $5,5 \pm 1,3$, $5,3 \pm 1,3$ и $6,0 \pm 1,4$ ммоль/л ($p=0,0034$), ситуация повторилась и с ХС-ЛПНП: $3,4 \pm 0,95$, $3,4 \pm 0,98$ и $3,97 \pm 1,25$ ммоль/л ($p=0,04$).

Таким образом, у больных ИБС на стационарном этапе лечения обнаружена высокая частота тревожно-депрессивных расстройств, наличие которых ухудшает прогноз течения заболева-

ния. Эндovasкулярная реваскуляризация миокарда улучшает психологический статус больного, проводимая терапия антидепрессантами также эффективно устраняет ТДР. Больные хронической ишемической болезнью сердца нуждаются в равной степени, как в физической, так и психологической реабилитации.

0757 СТРУКТУРА НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР

Решетко О.В., Магдеев Р.М., Фурман Н.В.

ФГУ «СарНИИХ Росмедтехнологий», Саратов, Россия

Острый коронарный синдром (ОКС) является одной из наиболее частых причин вызова кардиологических бригад скорой медицинской помощи (СМП). Определяющим фактором лечения ОКС является адекватность медицинской помощи в первые часы заболевания, поскольку именно в этот период отмечается наивысшая летальность.

Цель: сравнительное изучение структуры назначений лекарственных средств (ЛС) при ОКС на догоспитальном этапе в 2005 и 2008 гг и оценка рациональности сложившейся практики лечения ОКС с точки зрения соответствия современным рекомендациям.

Методы исследования: Исследование проводилось на базе Центральной подстанции и трех районных подстанций СМП г. Саратова. Ретроспективно оценивались карты вызова СМП больных с ОКС (острым инфарктом миокарда (ОИМ) и нестабильной стенокардией (НС)), пользовавшихся услугами кардиологических бригад СМП в течение 2005 г и 2008 г. Выбор карт осуществлялся случайным методом. Разделение острого инфаркта миокарда в зависимости от изменения сегмента ST по данным карт вызова СМП было затруднительно. Анализировалась только фармакотерапия, проводимая специализированными кардиологическими бригадами СМП, поскольку доля вызовов линейных бригад по поводу ОКС была незначительной.

Результаты: Проанализирована 421 карта вызова СМП в 2005 г. и 733 карты в 2008 г. При этом в 2005 г 39,9% составили карты вызова к больным с ОИМ, а 60,1% — с НС, а в 2008 г на их долю пришлось 48% и 52%, соответственно.

В течение 3 лет (с 2005 г по 2008 г) достоверно уменьшилось среднее количество ЛС, назначаемых одному больному, как при ИМ, так и при НС.

В 2005 г среднее количество ЛС, приходящееся на 1 больного ИМ, составило $4,14 \pm 0,31$, а в 2008 г — $3,05 \pm 0,15$ ($p < 0,05$), при этом стали использоваться ЛС из меньшего количества фармакотерапевтических групп — в 2005 г из 20, а в 2008 г — из 10.

При терапии НС в 2005 г применялись ЛС из 16 фармакотерапевтических групп, а в 2008 г — из 14. При этом один пациент в 2005 г в среднем получал $3,22 \pm 0,40$, а в 2008 г — $1,51 \pm 0,12$ ($p < 0,05$) препаратов.

Изменилась так же частота применения препаратов различных групп при данной патологии. Статистически значимо увеличилась частота назначения ацетилсалициловой кислоты и β -адреноблокаторов. Частота назначения наркотических и ненаркотических анальгетиков, нитратов не изменилась. Достоверно снизилась частота назначения при ОИМ спазмолитиков (магния сульфат, папаверин, дротаверин, бендазол), негликозидных кардиотоников и антиаритмических средств. При НС — сердечных гликозидов и антиаритмических препаратов.

Выводы: В терапии различных форм ОКС на догоспитальном этапе отмечается уменьшение полипрогмазии, за счет уменьшения частоты назначения препаратов не улучшающих прогноз и исход заболевания, согласно современным рекомендациям и стандартам.

0758 ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН

Ризванова Е.В.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань, Россия

В настоящее время доказана определенная эффективность изучения значения в развитии первичной артериальной гипертензии (АГ) генетически детерминированного фенотипа — мак-

симальной скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита ($v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ), идет накопление данных и в отношении HLA-антигенов (HLA) в плане их участия в развитии АГ.

Цель: на основе $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ и HLA оценить риск развития АГ у женщин.

Материал и методы: Обследованы 216 женщин (средний возраст 48 ± 5 лет) (121 — с АГ, 95 нормотензивных), у всех определена $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ (по М. Canessa, 1980), у 204 из них определены HLA (по Terasaki P., 1963). Результаты проанализированы путем сравнения средних величин и при помощи квартильного (КВ) анализа. Использовались границы КВ $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ для женщин русско-татарской популяции: I КВ 78-193, II КВ 194-265, III КВ 266-342, IV КВ 343-730 мкМ Li. (О.В. Богоявленская и др., 2004).

Результаты: обследованная популяция с позиции генетического полиморфизма HLA обладает признаками типичной смешанной русско-татарской популяции, т.к. частота HLA в обследованной популяции женщин схожа с частотой встречаемости соответствующих HLA, полученной ранее (М.Ф. Исмагилов с соавт., 1992; В.Н. Ослопов, 1995; В.П. Тамакова, 2000). Мы впервые определили частоту встречаемости HLA Cw6, Cw7, Cw8, Cw9 у женщин г. Казани, (ранее при исследовании русско-татарской популяции гистотипирующие панели не позволяли определять эти специфичности локуса C): Cw6 10,29%, Cw7 27,94%, Cw8 0,49%, Cw9 5,39%. Выявлено: у женщин, имеющих $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ I КВ, по сравнению с имеющими $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ II КВ, чаще выявлялись HLA Bx и Cw9; по сравнению с имеющими $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ III КВ, чаще выявлялись HLA Cw9 и реже — HLA B41; по сравнению с, имеющими $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ IV КВ, также чаще выявлялись HLA Cw9. У женщин, имеющих $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ II КВ, по сравнению с имеющими $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ IV КВ, чаще выявлялся HLA A32(19) (для всех сравнений $p < 0,05$, $p_{\text{corr}} > 0,05$). Выявлено: без учета $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ протективную роль, в плане сдерживания развития АГ играют HLA A9, A23(9) и B12 (для всех $p < 0,05$, $p_{\text{corr}} > 0,05$). С учетом $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ: протективная роль в плане сдерживания развития АГ обнаружена для HLA B51(5) у женщин, носительниц $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ II КВ ($p < 0,05$, $p_{\text{corr}} > 0,05$), для HLA A28 — у женщин, носительниц $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ III КВ ($p < 0,05$, $p_{\text{corr}} > 0,05$); HLA, повышающий риск развития АГ, выявлен только для женщин, имеющих $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ I КВ — Cwх ($p < 0,05$, $p_{\text{corr}} > 0,05$). При сопоставлении HLA у женщин с различным течением беременности (Б) выявлено: наличие HLA Cw9 повышает риск развития АГ при Б ($p < 0,05$, $p_{\text{corr}} > 0,05$) и HLA Cw9 преобладает у женщин со $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ I, II КВ.

Выводы: При проведении скрининговых популяционных исследований среди женщин с целью формирования групп риска по развитию АГ следует проводить HLA-фенотипирование и определять $v \text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ.

0759 МУНИЦИПАЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ПРОФИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Родимова М.В., Бакчиева Р.Ф., Девяткин А.А.

ММУ Городская поликлиника №13 Департамента здравоохранения Администрации г.о., Самара, Россия; кафедра медико-биологических дисциплин, кафедра внутренних болезней СМИ «РеаВиЗ» Самара, Россия

Цель: проанализировать основные показатели деятельности терапевтов и кардиологов муниципальной многопрофильной поликлиники — ММУ ГП №13 г.о. Самара за 2008 год.

Методы: объект исследования — прикрепленные кардиологические больные; основные методы — клинические и статистические.

Результаты: под диспансерным наблюдением терапевтов находились следующие кардиологические больные: ИБС 3462 (из них трудоспособного возраста 1951 (т.е. 56%), в том числе стенокардия 2842 (2185 (т.е. 77%) и ИМ 27 (все пациенты старше трудоспособного возраста), АГ 3172 (из них трудоспособного возраста 1188 (т.е. 37,5%).

Под диспансерным наблюдением кардиологов находились следующие профильные больные: ИБС 474 (из них трудоспособ-

ного возраста 454 (т.е. 96%), стенокардия 70 (38 (т.е. 54%) и ИМ 135 (из них трудоспособного возраста 45 (т.е. 33%), АГ 95 (все пациенты трудоспособного возраста).

Важным разделом работы кардиологической службы является также проведение занятий в школе для пациентов «Здоровое сердце». Так, в 2008 году число прошедших школу составило 227 человек. Занятия для них оказались эффективными, что было зафиксировано в индивидуальных картах участников.

Исходя из данных модели конечных результатов деятельности кардиологической службы по ММУ ГП №13 г.о. Самара показатель результативности имеет следующее значение:

Показатель результативности = Факт. баллы 25,9 / Норматив 27,0 = 0,95.

Выводы:

1. Таким образом, лидирующие позиции по числу диспансерных больных кардиологического профиля как у терапевтов, так и у кардиологов занимают ишемическая болезнь сердца и артериальные гипертензии. Важно также особо отметить тот факт, что основным контингентом больных у врачей-кардиологов являются лица трудоспособного возраста, а у врачей-терапевтов — лица старших возрастных групп.

2. Значение показателя результативности исходя из данных модели конечных результатов деятельности кардиологической службы по ММУ ГП №13 г.о. Самара равно 0,95 свидетельствует о целевом уровне деятельности данного профильного подразделения.

0760 К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФАРКТОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Рожdestвенская Т.В., Крючков А.Н., Солдатов П.А.

Военно-медицинский институт, Саратов, Россия

Внутрибольничным считается инфаркт миокарда (ВБИМ), развившийся спустя более чем 24 часа от момента поступления больного в стационар. Частота развития ВБИМ может достигать 10% среди всех больных инфарктом миокарда (ИМ), проходивших лечение в стационаре, а летальность составляет 35-40% всех случаев смерти от ИМ.

Цель исследования — изучение частоты встречаемости ВБИМ в клиниках Саратовского военно-медицинского института и объективных факторов, затрудняющих его диагностику в многопрофильном стационаре

Ретроспективно проанализированы истории болезней пациентов, поступивших в клинику института в период с 2004 по 2007гг. с различными направлятельными диагнозами и ушедшими из стационара с диагнозом: ИБС. Острый инфаркт миокарда. Для анализа было отобрано 35 историй болезней. Диагноз ИМ устанавливался согласно критериям ВОЗ (1978). В отделение реанимации поступило 24 человека (68,5%); в кардиологическое отделение — 8 (22,8%); в пульмонологическое, урологическое, нейрохирургическое отделения по 1 человеку (в общей сложности составило 8,7%) .

Из 35 пациентов мужского пола у 19 (54,3%) диагноз острого инфаркта миокарда был верифицирован в течение первых суток, у 16 (45,7%) — позднее. Основную группу (I группу) составили 16 больных с ВБИМ, а 19 пациентов с установленным ИМ в течение первых 24 часов — группу сравнения (II группу).

В I группе средний возраст составил $66,2 \pm 2,9$ г. Типичная (ангинозная) форма дебюта заболевания была в 75% случаев, атипичная — в 25%. Из атипичных форм ВБИМ отмечен астматический вариант в 6,75%, аритмический — в 12,5%, малосимптомное течение в 6,25%. Q-ИМ зарегистрирован у 10 обследованных, не-Q-ИМ — у 6 пациентов, соответственно 62,5% и 37,5% .

При сравнении со II группой статистически значимых различий в возрасте, уровне ферментов крови, глюкозы крови, средних значений ДАД, ЧДД, среднего койко-дня не выявлено ($p > 0,05$). Уровень среднего САД в момент развития ИМ в I группе был достоверно ниже, чем во второй ($p < 0,05$). Гипертонической болезнью чаще страдали представители II группы, у них же чаще фиксировался высокий уровень АД в момент развития ИМ. ИБС тяжелее протекала у представителей I группы, однако количество

ИМ во II группе было выше, в тоже время количество повторных ИМ равное. У пациентов I группы в 2 раза чаще встречались БНПГ и анемия, а также чаще регистрировались нарушения сердечного ритма в догоспитальном периоде, тахипноэ- в остром периоде инфаркта.

То., частота встречаемости ВБИМ в нашем исследовании ниже, чем по литературным данным и составляет 8% от общего числа ИМ; развитию ВБИМ способствуют такие признаки, как нарушение ритма сердца в догоспитальном периоде, БНПГ, наличие стенокардии напряжения, тахипноэ; объективные причины, влияющие на своевременную диагностику ВБИМ: атипичность дебюта ИМ; отсутствие должного уровня лабораторного обеспечения (КФК-МВ не определялся в 31,2% случаев; тропонин Т — в 100%); повторное развитие очагов некроза в зоне предыдущих рубцовых изменений; развитие ИМ на фоне БНПГ; атипичность электрокардиографической картины ИМ.

0761 НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УСТАНОВЛЕННОЙ ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

Рожdestвенская Т.В., Кром И.Л.

Центр медико-социологических исследований, Саратов, Россия

Цель исследования — осуществить анализ социальных потребностей инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) в основных видах медико-социальной реабилитации.

С 2004г в проводимой в России патерналистической социальной политике в отношении инвалидов отмечены элементы инновационного подхода: значительно расширены показания к определению трудовых рекомендаций при установлении инвалидности. Количество инвалидов, которые могли бы работать, увеличилось многократно. Однако для большинства из них возможность трудоустройства лишь декларируется.

В исследовании на основе случайной выборки были включены 260 больных ИБС трудоспособного возраста с установленной II и III группами инвалидности. Всем больным даны трудовые рекомендации.

По нашим данным 98% инвалидов трудоспособного возраста, страдающих ИБС, относятся к «базовому» и «нижнему» слоям по классификации Т. И. Заславской. Большинство из них живут за чертой бедности. Высшее образование — у 19% инвалидов, 81% респондентов, имеющих среднее и неполное среднее образование, обладают наименьшим профессиональным и квалификационным трудовым потенциалом. Для большинства респондентов, занятых физическим трудом, возникновение ограничений жизнедеятельности, связанных с ИБС, предполагает потерю профессии, безработицу, отсутствие многовариантности профессионального выбора.

Одной из причин длительной безработицы инвалидов, страдающих ИБС, является нестабильность соматического состояния, прогрессирование основного заболевания и возникновение осложнений — соматических предикторов клинического прогноза у данной категории больных.

Большинство рабочих мест, предлагаемых инвалидам, являются низкооплачиваемыми, а условия труда не соответствуют состоянию здоровья, профессиональной подготовке и образованию инвалидов. Больным, страдающим ИБС с установленной группой инвалидности, могут отказать в трудоустройстве из-за наличия инвалидности, возраста (старше 40 лет). Неоднократные случаи увольнения часто и длительно болеющих инвалидов. При сокращении производства в первую очередь увольняют больных с установленной группой инвалидности.

Инвалидизация больных рассматривается как отклонение от стандартов возрастной социализации из-за нарушений освоения возрастных статусов, в результате возникает смена социальной идентичности, стремление занять предписанный статус инвалида. Инвалидность (неэффективность социализации) формируется при недостаточности у больного соматических, психологических и социальных ресурсов, предоставляемых социумом для эффективной социализации субъекта. Занятость, включение в

профессиональную деятельность способствуют экономической независимости, социальной интеграции и эффективной возрастной социализации инвалидов.

0762 УРОВНИ ЛЕПТИНА, АДИПОНЕКТИНА У МУЖЧИН БЕЗ ОЖИРЕНИЯ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

Ройтберг Г.Е., Дорош Ж.В., Курушкина О.В.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра терапии и семейной медицины ФУВ, Москва, Россия

Введение: Последние исследования показали, что лептин и адипонектин, наряду с инсулинорезистентностью (ИР), являются факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) не зависимо от индекса массы тела (ИМТ).

Цель исследования: целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи между ИР и уровнями лептина и адипонектина у мужчин без ожирения.

Материалы и методы: Объектом исследования явились 62 мужчины в возрасте от 19 до 55 лет с ИМТ менее 30 кг/м² без клинически значимых соматических заболеваний и СД 2 типа.

Проводилось анкетирование и измерение ИМТ. Для оценки показателей углеводного обмена и адипокинов определялись уровни инсулина, глюкозы натощак, ИР, лептина и адипонектина. ИР оценивалась при помощи модели оценки гомеостаза (Homeostasis Model Assessment) — НОМА-ИР. В соответствии с критериями ВОЗ в клинической практике для оценки наличия ИР предложено использовать верхнюю третиль распределения индекса НОМА-ИР, о наличии ИР свидетельствовал уровень НОМА-ИР превышающий 2,43. Сравнительный анализ проводили в 2-х группах: основной — с ИР и группе сравнения.

Результаты: При сравнении уровней лептина и адипонектина в данных группах было выявлено, что у пациентов с ИР был достоверно выше уровень лептина ($13,5 \pm 1,4$ нг/мл и $10,0 \pm 0,8$ нг/мл соответственно, $p=0,02$), отмечалась тенденция к снижению уровня адипонектина в группе пациентов с ИР ($12,5 \pm 1,2$ нг/мл и $14,9 \pm 0,8$ нг/мл соответственно, $p=0,1$).

Заключение: В группе соматически здоровых мужчин среднего возраста без ожирения повышение уровня лептина и снижение уровня адипонектина ассоциируются с наличием ИР.

0763 МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.ИВАНОВО

Романенко Т.С., Кошечая А.В., Калинина А.М., Омеляненко М.Г., Романчук С.В.**, Рачкова С.А.**

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия; *ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий, Москва, Россия; **ГУЗ «КД», Иваново, Россия

Успех внедрения приоритетной профилактической стратегии в развитии современной медицины зависит не только от интенсивности проведения превентивных мероприятий врачами в реальной клинической практике, но и от осознанного отношения пациентов к своему здоровью.

Цель: сопоставить состояние медицинской помощи в первичной профилактике основных сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) на уровне амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения с наличием мотивационной потребности в ней трудоспособного населения по итогам текущей диспансеризации работающих граждан г.Иваново.

Методы: Полученная выборка участников скринирующего исследования составила 287 работающих лиц молодого и среднего возраста г. Иваново. Обследование каждого пациента включало оригинальную анкету, разработанную и предоставленную ФГУ ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий (по выявлению распростра-

ненности основных факторов риска (ФР) ССЗ, готовности к их коррекции и получению адресных профилактических рекомендаций респондентами), а также объективное клиническое обследование с проведением антропометрии.

Результаты: Частота получения адресных рекомендаций лечащего врача по устранению основных модифицируемых ФР пациентами оказалась достаточно низкой: совет о правильном питании получили 83 (50,9% из числа пациентов с избыточной массой тела/ожирением) человека, совет по отказу от курения — 26 (47,3% среди имеющих данный ФР), совет по увеличению физической активности — 13 (9,5%), рекомендации по коррекции стресса — только 9 (4,8%) человек. Среди обычных источников медицинской информации наиболее часто респонденты указали получение ее от врача — в 76,3% (219 человек) случаев. При этом большинство опрошенных выражают потенциальное доверие рекомендациям медицинских работников — 78,1% (224 человека). Оценка тематики реально интересующих проблем по здоровому образу жизни показала, что из 177 (61,7%) участников исследования, испытывающих потребность узнать больше о ФР ССЗ, число лиц, отметивших наличие необходимости в получении информации о питании составило 128 (72,3%) человек, о физической активности — 50 (28,2%), о стрессе — 33 (18,6%), о курении — 21 (11,9%) респондент. При анализе желаемых форм получения медицинской информации выявлено, что наиболее часто с этой целью участники исследования указывали тематические занятия в «Школах здоровья» — в 33,8% (97 человек) случаев.

Выводы: недостаточная активность врачей поликлиник в первичной профилактике основных ССЗ при наличии высокой потребности населения в ней диктует необходимость активизации проведения ими превентивных мероприятий.

0764 ПОВЫШЕНИЕ ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Романова Н.П.

ГОУ ВПО Тверская Государственная Медицинская Академия Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) у молодых людей мужского пола с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы. Обследовано 126 юношей (средний возраст 17,2 года) с АГ 1 степени. У них исследовались вкусовая чувствительность к поваренной соли, показатели АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), центральная гемодинамика, реакция сердечно-сосудистой системы на психоэмоциональный стресс. Контрольную группу составили 90 юношей (16,9 года) с нормальным АД.

Результаты. У юношей контроля средний ПВЧПС составил $0,14 \pm 0,01\%$ раствора хлорида натрия и был значительно ниже, чем у больных с АГ — $0,21 \pm 0,013\%$ ($P<0,001$). В контроле высокий и средний ПВЧПС выявлялся в 58,9%, тогда как низкий — в 41,1% ($P>0,05$). У больных АГ низкий ПВЧПС реже выявлялся, чем средний и высокий (соответственно 13,5%; 86,6%, $P<0,001$). Уровень диастолического АД у больных с АГ и высоким и средним ПВЧПС был выше, чем у пациентов с низким ПВЧПС (соответственно $82,7 \pm 1,4$; $82,9 \pm 1,2$ и $73,2 \pm 2,5$ мм рт.ст.; $P<0,01-0,001$).

При корреляционном анализе ПВЧПС и уровня диастолического АД совместно у лиц контрольной группы и с мягкой АГ между указанными показателями выявлена положительная связь: $r=0,19$ ($P<0,01$). Между минутным объемом сердца и ПВЧПС выявлена положительная корреляционная связь — $r=0,14$ ($P<0,01$). У лиц с нормальным АД и высоким ПВЧПС наблюдалась «предстартовая» реакция — уровень диастолического АД в процессе подготовки к пробе повысился и превысил аналогичный таковой у юношей с низким ПВЧПС (соответственно $76,1 \pm 1,6$ и $71,6 \pm 1,4$ мм рт.ст.; $P<0,05$). У лиц с АГ и высоким ПВЧПС перед стресс-пробой абсолютные значения диастолического АД были достоверно выше, чем у лиц со средним и низким ПВЧПС (соответственно $81,6 \pm 1,3$ мм рт.ст. и $77,6 \pm 1,4$ мм рт.ст. и $73,4 \pm 2,6$ мм рт.ст.; все $P<0,01$). У юношей с АГ абсолютные зна-

чения диастолического АД на 5-й и 10-й минутах стресс-нагрузки были достоверно больше у юношей с высоким ПВЧПС, чем с низким (соответственно $88,0 \pm 1,2$ и $81,7 \pm 2,6$ мм рт.ст.; $89,2 \pm 1,5$ и $80,2 \pm 5,4$ мм рт.ст.; все $P < 0,01$). Однако у первых прирост диастолического АД был в 2 раза меньше, чем у вторых (соответственно $12,73 \pm 1,40\%$ и $22,59 \pm 4,62\%$; $P < 0,01$).

Выводы. У юношей с АГ повышение ПВЧПС наблюдается в 2,3 раза чаще, чем у здоровых лиц. Повышение ПВЧПС коррелировало с увеличением минутного объема сердца. Реакция сердечно-сосудистой системы на стресс у юношей с АГ связана с уровнем ПВЧПС, причем у лиц с высоким ПВЧПС наблюдался неадекватный вариант.

0765 ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Романова Т.А., Полунов А.Г., Ческидова Н.Б., Джумагулова А.С.
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова при МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования — изучить краткосрочные и долгосрочные эффекты гипоксических тренировок у больных гипертонической болезнью.

На I этапе — у 56 больных гипертонической болезнью (ГБ) с I-II степенью повышения АД проводились барокамерные гипоксические тренировки. Ежедневная экспозиция больных в барокамере на «высоте» 3200 м (pO_2 — 112 мм рт.ст.) составляла 70 минут, курс лечения — 15 дней. На II этапе — у 26 больных ГБ с I-II степенью повышения АД и высокой фоновой активностью аминоксидаз сыворотки крови (АО) проводилась 30-дневная адаптация к условиям высокогорья Туя-Ашу. III этап — проводилось проспективное наблюдение за 39 больными, которые прошли барокамерные гипоксические тренировки (каждые 4-5 месяцев) (22 пациента) или курс высокогорной климатотерапии (17 человек).

Используемые методы исследования: общеклинический осмотр с измерением уровня АД, ЭКГ, ЭхоКГ и доплер-ЭхоКГ, ВЭМ проба, АО сыворотки крови и моноаминоксидаз тромбоцитов (МАО), ренин и альдостерон сыворотки крови.

Результаты исследования показали, что большая часть больных (62,5% — «ответчики») реагировала на гипоксические тренировки стойким снижением АД на фоне улучшения клинико-функциональных проявлений заболевания. Меньшая часть (37,5% — «неответчики») — не реагировала положительно, обнаруживая ряд негативных проявлений (учащение ЧСС, ноющие боли в области сердца, наджелудочковая экстрасистолия). Группа «ответчиков» в фоновых условиях характеризовалась повышенной активностью АО сыворотки крови и МАО тромбоцитов по сравнению с контрольной группой, которая снижалась под влиянием курса барокамерных тренировок. Напротив, у «неответчиков» исходно наблюдались более низкие значения АО по сравнению со здоровыми.

30-ти дневная адаптация к условиям высокогорья привела к существенному улучшению функции расслабления миокарда и значимым возрастанием физической работоспособности при проведении ВЭМ пробы.

Полученные к концу 1,5-летнего наблюдения результаты показали, что у больных ГБ благодаря проведению регулярных курсов гипоксических тренировок, в течение всего периода удерживались нормальные уровни АД, сохранялись на нормальном достигнутом уровне показатели диастолической функции миокарда и физической работоспособности. Напротив, у пациентов, не получавших курс гипоксических тренировок через 1,5 года наблюдения выявлялись признаки прогрессирования заболевания.

Таким образом, показана целесообразность использования у больных в начальной стадии ГБ регулярных гипоксических тренировок с целью лечения и вторичной профилактики заболевания. При отборе больных для гипобаротерапии в качестве предиктора эффективности следует учитывать степень активности и реактивности моноаминергической системы, одновременно оценивая переносимость пациентами экзогенной гипоксии.

0766 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЭСSENЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Романова Т.А., Полунов А.Г., Ческидова Н.Б., Джумагулова А.С.
Национальный центр кардиологии и терапии имени академика Мирсаида Миррахимова при МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Целью исследования явилось изучение вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных эссенциальной гипертензией (ЭГ) в сочетании с метаболическим синдромом (МС).

ВСР была изучена у 91 мужчины (из них 49 с МС) и 92 женщины (из них 67 с МС). Выделенные группы были сопоставимы по возрасту. Для изучения ВСР использовалась система для холтеровского мониторирования электрокардиограммы (ЭКГ) «Memoport 2000». Анализировались короткие пятиминутные записи кардиоинтервалограмм с оценкой мощности очень низких частот — VLF ($0,0033$ – $0,04$ Гц), низких частот — LF ($0,04$ – $0,15$ Гц), высоких частот — HF ($0,15$ – $0,40$ Гц) и общей энергии — TP ($0,0033$ – $0,40$ Гц).

Результаты: Полученные нами данные свидетельствуют о наличии гендерных различий в показателях ВСР у больных ЭГ. При этом для мужчин оказалось характерным возрастание активности симпатических (сегментарных и надсегментарных) структур, а для женщин, напротив, повышение парампатической активности (LF: 662 ± 265 мс² у мужчин, против 279 ± 345 мс² у женщин, $p < 0,04$; VLF: 879 ± 167 мс² у мужчин, против 474 ± 109 мс² у женщин, $p < 0,01$; HF%: $15,2 \pm 10,3$ у мужчин, против $24,1 \pm 17,2$ у женщин, $p < 0,001$).

При анализе показателей ВСР в зависимости от наличия/отсутствия МС оказалось, что у больных ЭГ с МС наблюдается значительное (почти в 2 раза) возрастание мощности LF составляющей спектра по сравнению с группой без МС (533 ± 191 мс² против 291 ± 241 мс², $p < 0,05$), что свидетельствует о существенном повышении активности симпатической нервной системы у данной категории пациентов.

Согласно результатам проведенного исследования у больных ЭГ с МС по мере увеличения числа компонентов наблюдалось прогрессивное снижение общей спектральной мощности. Так, если у пациентов с трехкомпонентным МС показатель TP составил 2037 ± 221 мс², то у больных с 4-мя компонентами — 1368 ± 104 мс², а у пациентов с полным МС — только лишь 666 ± 156 мс² ($p < 0,05$ в сравнении с пациентами с 3-х компонентным МС). Сходная динамика наблюдалась и в отношении мощности VLF (у больных с 5-ти компонентным МС — 295 ± 187 мс², против 767 ± 334 мс² у пациентов с 3-мя метаболическими компонентами, $p < 0,03$).

Таким образом, результаты нашего исследования свидетельствуют о наличии гендерных различий ВСР как у больных с МС, так и без него. При этом у мужчин отмечается более выраженное влияние симпатических сегментарных и надсегментарных структур на регуляцию сердечного ритма. При наличии МС активность симпатической нервной системы повышается, однако по мере прогрессирования заболевания и увеличения числа компонентов МС наблюдается снижение резервных возможностей симпатической регуляции, что находит выражение в депрессии LF составляющей спектра.

0767 НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Романчук Н.П., Романчук П.И. *, Крюков Н.Н., Волобуев А.Н.*
ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, Самара, Россия; *Центр артериальной гипертензии, Самара, Россия

Работа представляет собой инновационный взгляд на некоторые аспекты развития первичной артериальной гипертензии (АГ) с целью контроля за эффективностью проведения антигипертензивной терапии (АГТ) и восстановительных мероприятий (ВМ) при данном заболевании в целом.

Материалы и методы: для изучения фундаментальных и прикладных проблем АГ в настоящей работе использовались биофизические методики, авторские патентные материалы в данной

области, а также стандартные методы: электрокардиологические, нейрофизиологические, ЭхоКГ, МРТ, КТ и др.

При длительном воздействии факторов риска (ФР) развития первичной АГ функционирование сосудистой системы в таком режиме невозможно, т.к. резко возрастающее сопротивление кровеносной системы в несколько раз увеличивает нагрузку на сердце. Регуляторная функция кровеносного сосуда направлена на предотвращение возникновения флаттера и является своеобразным кардиосинхронизированным антифлаттерным механизмом (КСАФМ). Действие КСАФМ заключается в следующем. При поступлении в данное место сосуда пульсовой волны, он за счет эффекта Бернулли должен схлопнуться. Но КСАФМ его рефлекторно активно раскрывает. Это не дает развиваться автоколебаниям, но, в случае сбоя в работе КСАФМ, может компенсироваться только общим ростом АД, препятствующего возникновению флаттера в сосудах. Поэтому важнейшее значение, особенно для сохранения работоспособности высококвалифицированного персонала (преимущественно тип личности А), имеет значение своевременный и достоверный контроль за проведением АГТ (ВНОК, 2008) и проведением ВМ при данном заболевании.

Результаты: На кафедре медицинской и биологической физики СамГМУ создана авторская методика определения биологического возраста на основе спектрального анализа тонов Короткова, а в клиниках СамГМУ используется также стандартная методика определения биологического возраста на основе измерения скорости пульсовой волны. После определения показателей биологического возраста разрабатывается индивидуальная стратегия лечения пациента с АГ. Эта стратегия включает в себя прежде всего рекомендации по организации индивидуальных хронобиоритмов сна и бодрствования, а также изменение образа жизни, коррекция модифицированных ФР при АГ, а затем индивидуальный подбор АГТ.

Таким образом, организация индивидуальных вышеперечисленных мероприятий определяется типом нарушения регуляции сердечно-сосудистой системы больного с первичной АГ. В свете этого, информационно-пропагандистская и образовательно-профилактическая работа с пациентом приобретает первостепенное значение в терапии АГ. При этом индивидуальная медикаментозная АГТ подбирается таким образом, чтобы уровень АД не превышал соответствующей возрастной нормы, но и не был ниже целевого АД (ВНОК, 2008), которое обеспечивает устойчивый кровоток в артериальной части сосудистой системы.

0768 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ АБОРИГЕНОВ ЯМАЛА

Романюк М.А., Мошкова Е.В.

ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН, Надым, Россия

Цель исследования: изучение факторов риска сердечно-сосудистой патологии в популяции аборигенов Ямала.

Методы исследования: по единому протоколу обследовано взрослое неорганизованное коренное малочисленное население в возрасте 20-59 лет, проживающих на территории ЯНАО. Исследование включало в себя: анкетирование для выявления факторов риска сердечно-сосудистой патологии, измерение артериального давления (АД), антропометрию. Проводился забор венозной крови для определения липидов крови. Оценка уровня АД проводилась согласно рекомендациям ВНОК (2005). Критерии нарушения липидного обмена использованы в соответствии с рекомендациями ВНОК (2004). Масса тела оценивалась по ВОЗ (1997). Показатели распространенности стандартизованы по возрасту.

Полученные результаты: распространенность факторов риска среди аборигенов Ямала: дислипидемия (ДЛП) — 57,9%, гиподинамия — 45,7%, курение — 18,7%, ожирение — 17,8%, артериальная гипертензия (АГ) — 10,4%. Распространенность ДЛП составила 57,9% (среди мужчин — 61,9% и 56,7% — у женщин). В популяции коренных мужчин ДЛП в возрасте старше 40 лет встречалась в 2,1 раза чаще по сравнению с возрастным диапазоном 30-39 лет (75,0% и 34,8% соответственно). Среди лиц женского

пола коренного этноса чаще всего ДЛП выявлялась у 50-летних — 78,6% и реже — среди 30-летних (43,1%). Распространенность гиподинамии среди аборигенов Ямала составила 45,7%. Низкая физическая активность, как в мужской, так и в женской коренной популяциях, чаще встречалась в возрасте старше 50 лет (62,5% и 69,0% соответственно). Меньше всего аборигенов с гиподинамией выявлено до 30 лет (14,3% среди мужчин и 44,8% среди женщин). Количество курящих аборигенов составило 18,7%, чаще среди мужчин (30,6% против 14,1% среди женщин). Наибольшая распространенность этого фактора риска среди мужчин отмечена в возрастном диапазоне 30-39 лет — 43,5% и среди молодых женщин (20,7%), тогда как меньше всего курящих лиц было в возрасте старше 50 лет (12,5% среди мужчин и 4,8% среди женщин). Частота ожирения среди лиц коренной национальности составила — 17,8%, преобладая у женщин (20,2% против 10,7% у мужчин, $p < 0,05$). Наименьшее количество лиц с ожирением зарегистрировано среди молодых (4,8% — у мужчин и 6,9% — у женщин). Среди лиц мужского пола ожирение чаще выявлялось в возрастном диапазоне 40-49 лет (25,0%), а среди женщин в возрасте старше 50 лет (40,5%). Количество лиц с АГ среди аборигенов Ямала составило 10,4% (среди мужчин — 11,9% и 10,2% — среди женщин). Чаще АГ преобладала среди 50-летних мужчин и женщин (50,0% и 31,0% соответственно).

Выводы: Таким образом, изменение традиционного кочевого уклада жизни, характера питания в популяции аборигенов Ямала способствует формированию ранее несвойственных, модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистой патологии: дислипидемии, гиподинамии, курения и ожирения.

0769 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ БАНКОВСКИХ СЛУЖАЩИХ

Ротарь О.П., Коростовцева Л.С., Киталева К.Т., Иваненко В.В., Авдеева М.В., Солнцев В.Н., Анохин С.Б., Барт В.А. Конради А.О., Шляхто Е.В.

ФГУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова» Росмедтехнологий, Санкт-Петербург, Россия

Целью нашего исследования было оценить распространенность различных компонентов метаболического синдрома в популяции банковских служащих, которые имеют преимущественно малоподвижный образ жизни и ментальное напряжение во время работы.

Материалы и методы. В различных офисах Санкт-Петербурга на рабочих местах скрининговыми бригадами было обследовано 1600 работников банка в возрасте от 20 до 65 лет. Все обследуемые были опрошены по утвержденному вопроснику, который включал личные данные, сведения относительно курения, потребления алкоголя, физической активности и сопутствующей патологии и терапии. Артериальное давление измерялось в положении сидя с упором после 10 минутного отдыха на правой руке. Измерения осуществлялись три раза с интервалом в 1 минуту. Далее рассчитывалось среднее артериальное давление из двух последних измерений. Частота сердечных сокращений регистрировалась по частоте пульса, посчитанной за 30 секунд и умноженной на 2. Проводились антропометрические измерения, забор крови проводился натощак. Уровень глюкозы и липидов сыворотки определялся на аппарате Хитачи-902 в использовании реактивов фирмы Рош Диагностика (Швейцария). Все участники подписали информированное согласие.

Результаты. Артериальная гипертензия диагностировалась в случае повышения артериального давления более 130 мм рт.ст. для систолического артериального давления и ≥ 85 мм рт.ст. для диастолического или в случае регулярного приема антигипертензивной терапии. Артериальная гипертензия была зарегистрирована у 519 пациентов (33,3%), из них 208 (61,5%) мужчины и 311 (25,4%) женщины. Распространенность артериальной гипертензии увеличивалась с возрастом — у пациентов старше 60 лет 76,2% имели изолированную систолическую гипертензию. Индекс массы тела более 25 кг/м^2 регистрировался у 705 (45,2%) и окружность талии $\geq 94/80$ см in 712 (45,6%) пациентов. Самой частой комбинацией среди компонентов метаболического син-

дрома были артериальная гипертензия и ожирение (мужчины 39,7 % и женщины 20,1%). В целом среди обследованных доля лиц, у которых имелся бы хотя бы один компонент МС, составила 67,6%. Количество участников, у которых ожирение диагностировалось по результатам измерения окружности талии при нормальных показателях индекса массы тела было 103 (6,6%). С другой стороны, ожирение по результатам вычисления индекса массы тела при нормальной окружности талии было в 96 (6,2%) случаях. Повышение уровня глюкозы натощак регистрировалось в 192 (12,4%), повышение уровня триглицеридов — в 242 (15,5%) и низкие значения ЛПВП в 18,7% случаев.

Выводы Таким образом, наиболее распространенным компонентом МС среди лиц трудоспособного возраста, занимающихся преимущественно умственным трудом, оказалось абдоминальное ожирение. На втором месте по встречаемости была АГ, далее — гипергликемия.

0770 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Рощина А.А., Кароли Н.А.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Современным методом, дающим важную информацию о механических свойствах артерий (жесткости сосудистой стенки) является неинвазивная артериография, применяемая для комплексной оценки клинического состояния сердечно-сосудистой системы.

Целью работы явилось изучение особенностей артериальной ригидности у больных бронхиальной астмой.

Обследовано 68 больных с бронхиальной астмой (15 мужчин и 53 женщин, средний возраст $48,38 \pm 1,29$ лет) и 102 пациента контрольной группы (20 мужчин и 82 женщины, средний возраст $44,32 \pm 1,29$). Для оценки артериальной ригидности применялся метод неинвазивной артериографии (артериограф TensioClinic TL1, TensioMed, Венгрия) с определением индекса аугментации (Aix) и скорости распространения пульсовой волны в аорте (PWV), для оценки вазорегулирующей функции эндотелия применялся метод дуплексного исследования плечевой артерии с использованием проб с реактивной гиперемией и нитроглицерином. Все больные подразделялись на возрастные подгруппы: моложе и старше 50 лет, а так же по наличию или отсутствию артериальной гипертензии.

У больных бронхиальной астмой моложе 50 лет наблюдались достоверно более выраженные изменения механических свойств артерий и аорты по сравнению со здоровыми той же возрастной группы: Aix = $-29,17 (-50,8; -2,77)\%$, PWV = $8,79 \pm 0,56$ м/с и $-40,48 (-50,02; -19,07)\%$, $7,82 \pm 0,3$ м/с соответственно ($p < 0,05$). У больных бронхиальной астмой старше 50 лет определялось ухудшение исследуемых параметров (повышение жесткости артерий):

Aix = $-13,78 (-25,89; 5,36)\%$, PWV = $11,3 \pm 0,43$ ($p < 0,05$, $p < 0,001$) м/с, аналогичное ухудшение параметров наблюдалось и у пациентов контрольной группы старше 50 лет: Aix = $7,22 (-14,98; 20,48)\%$, PWV = $10,54 \pm 0,36$ ($p < 0,001$) м/с, что, вероятно, связано с наличием необратимых изменений сосудистой стенки.

Скорость распространения пульсовой волны в аорте, а следовательно и артериальная ригидность, у больных астмой и артериальной гипертензией выше, чем у представителей контрольной группы с артериальной гипертензией (PWV = $11,5 \pm 0,43$ и $10,11 \pm 0,39$ м/с соответственно, $p < 0,05$).

Обращает внимание наличие отрицательной корреляции между индексом аугментации и эндотелийзависимой вазодилатацией в ответ на реактивную гиперемию с манжеточной пробой ($R = -0,3$, $p < 0,05$) у больных бронхиальной астмой, что говорит о том что в снижении тонуса и эластичности аорты эндогенные вазоактивные факторы играют большую роль. Выявлена положительная корреляция между PWV и эндотелийзависимой и нитроглицеринзависимой вазодилатацией ($r = 0,97$, $r = 0,93$, $p < 0,05$).

Таким образом, в ходе исследования выявлены нарушения жесткости артерий, связанные с возрастом и наличием артериальной гипертензии, взаимосвязь артериальной ригидности и эндотелиальной дисфункции периферических артерий у больных бронхиальной астмой.

0771 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Рошупкин А.Н., Лебедева С.Е.

ГОУ ВПО «ОрГМА Росздрава», Оренбург, Россия

Одним из основных признаков метаболического синдрома (МС), который ассоциируется с многократным увеличением риска сердечно-сосудистых заболеваний у взрослых, является абдоминальное ожирение (АО). В тоже время в детской популяции проблема изменений сердечно-сосудистой системы при МС и АО мало изучена.

Цель исследования: провести сравнительный анализ изменений параметров эхокардиоскопии (Эхо-КС) у детей и подростков с абдоминальным ожирением и метаболическим синдромом.

Методы исследования: было обследовано 78 детей: 30 девочек и 48 мальчиков в возрасте от 5 до 16 лет с подтвержденным диагнозом абдоминального ожирения II-IV степени. У 8 детей был диагностирован МС по трем признакам, у 30 — по двум, у 40 детей отмечалось АО.

Всем детям проводилось обследование, включающее эхокардиоскопию (ЭхоКГ) с доплерографией, биохимический анализ крови с определением маркеров МС и определение параметров углеводного обмена, суточный мониторинг артериального давления.

Результаты и обсуждение: расширение легочной артерии установлено в 24,6% случаев (у 12,5% детей с 3 критериями МС, у 30% детей с 2 критериями МС, и у 22,5% детей с АО). Увеличение диастолического размера левого желудочка зарегистрировано в 24,36%, встречающегося как изолированно, так и в сочетании с диастолическим увеличением правого желудочка (в 2,6%). При этом оно встречалось у детей с АО — в 25,7%, с МС — в 12,5% при 3 критериях и в 26,67% при 2 критериях. При этом у всех детей сократительная способность миокарда была в норме. Открытое овальное окно регистрировалось в 15,38%, у всех оно сопровождалось сбросом крови слева направо, но при этом правые отделы сердца не увеличивались, необходимо отметить что ни у одного ребенка с 3 критериями МС оно не было обнаружено, с 2 критериями МС — в 13,33%, с АО — в 20% случаев. Необходимо также отметить довольно большую распространенность пролапса трикуспидального клапана (15,38%) с регургитацией крови (+++, ++++), что угрожаемо в дальнейшем по тромбообразованию.

Заключение: таким образом, полученные нами данные показали, что у детей и подростков с МС и абдоминальным ожирением часто отмечаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Однако изменения Эхо-КС одинаково часто обнаруживаются у детей с АО и с МС. Это указывает на то, что уже в детском и подростковом возрасте при абдоминальном ожирении и МС необходимо проводить Эхо-КС с доплерографией в плановом порядке для раннего выявления возможных отклонений со стороны сердца и крупных сосудов.

0772 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ХОЛОДОВОМ СТРЕССЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Нуржанова Т.М.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Раннее вовлечение в патологический процесс правого желудочка у больных АГ раньше приводит к развитию сердечной недостаточности, поскольку поражение ПЖ более катастрофично для системы кровообращения, чем даже серьезное повреждение левого. Это обстоятельство обосновывает необходимость изучения процессов ремоделирования сердца в целом, как левых,

так и правых отделов, ставит вопрос о том, на какие звенья ранних проявлений ремоделирования левого и правого желудочков наиболее целесообразно воздействовать в целях предотвращения дальнейшего развития патологического процесса.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку влияния гемодинамических и вегетативных показателей на диастолическую функцию левого и правого желудочков при холододовом стрессе у больных артериальной гипертензией женщин

Материал и методы исследования. Обследована 41 женщина (средний возраст $50,1 \pm 1,2$ лет) больная АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007), не получавшая регулярной антигипертензивной терапии. Всем обследуемым высчитывался уровень среднего артериального давления (АДср), проводилась тетраполярная грудная реография с расчетом показателя индекс периферического сопротивления сосудов (ИПСС), вариационная интервалометрия с определением показателя индекс напряжения (ИН), исследовалась диастолическая функция левого желудочка (ДФЛЖ) и диастолическая функция правого желудочка ДФПЖ, за основу взят показатель Е/А. Исследование проводилось в покое и во время холододовой пробы. Статистическая обработка полученных данных проводилась методом корреляционно-регрессионного анализа с визуализацией при помощи тернарных графиков с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования показали, что формирование показателя Е/А правого желудочка (ПЖ) и левого желудочка (ЛЖ) в условиях холододового стресса протекало по-разному. В ПЖ при холододовом воздействии по сравнению с состоянием покоя значительно возрастало влияние АДср, значительно уменьшалась зависимость формирования показателя Е/А от ИПСС и вегетативных влияний. В ЛЖ на холододовое воздействие изменение влияний исследуемых показателей на показатель Е/А было незначительным и касалось только АДср, влияние которого на формирование показателя Е/А ЛЖ увеличилось в 1,3 раза.

То есть, анализ полученных результатов подтверждает данные других исследователей о большей чувствительности правого желудочка к изменениям как внутрисердечной гемодинамики, так и к экстракардиальным влияниям.

0773 ИЗМЕНЕНИЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ АМЛОДИПИНА ЗАВИСИМОСТИ ПОКАЗАТЕЛЯ Е/А ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия; ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Достижение целевого уровня артериального давления (АД) у больных артериальной гипертензией (АГ) не исключает неблагоприятное влияние препарата на другие «конечные точки», в том числе на нормализацию диастолической функции и регресс гипертрофии.

Цель исследования. Изучить изменение зависимости показателя Е/А диастолической функции левого желудочка (ДФЛЖ) от гемодинамических и вегетативных показателей при достижении целевого уровня АД под влиянием амлодипина в покое и при холододовом стрессе у больных артериальной гипертензией (АГ) женщин.

Материал и методы исследования. Обследована 41 женщина (средний возраст $50,1 \pm 1,2$ лет) больная АГ II ст. (ЕОК/ЕОАГ, 2007) до начала лечения и через 1 месяц терапии амлодипином при условии стойкого достижения целевого уровня АД. Всем обследуемым высчитывался уровень среднего артериального давления (АДср), проводилась тетраполярная грудная реография с расчетом показателя индекс периферического сопротивления сосудов (ИПСС), вариационная интервалометрия с определением показателя индекс напряжения (ИН), исследовалась ДФЛЖ, за основу взят показатель Е/А трансмитрального кровотока.

Исследование проводилось в покое и во время холододовой пробы. Статистическая обработка полученных данных проводилась методом корреляционно-регрессионного анализа с визуализацией при помощи тернарных графиков с использованием программы «Statistica 6,0».

Результаты исследования. Через 1 месяц достижения целевого уровня АД значительно (в 5,3 раза) увеличилось влияние на формирование показателя Е/А левого желудочка АДср. Наблюдалась отрицательная связь показателя Е/А левого желудочка с ИПСС, практически не изменилось влияние вегетативного показателя ИН, что свидетельствует о незначительном изменении вегетативного баланса через месяц после начала лечения амлодипином и достижения целевого уровня АД. То есть, исследование подтверждает «вегетативную толерантность» препарата в состоянии покоя.

При холододовом стрессе на фоне лечения амлодипином в 2 раза уменьшилась зависимость показателя Е/А трансмитрального кровотока от АДср и усилилось (более чем в 2 раза) адренергическое влияние на формирование показателя Е/А.

Таким образом, если в покое под влиянием амлодипина уменьшается роль симпатического звена вегетативной нервной системы в формировании показателя Е/А, то при холододовом воздействии амлодипин не предотвращает усиление симпатических влияний на формирование показателя Е/А трансмитрального кровотока.

0774 РАЗРЫВЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Рудакова Л.Е., Рахматуллов Ф.К., Бондаренко Л.А., Ульянина Е.В., Кукушкина Л.С.

Медицинский институт ПГУ, Пенза, Россия

Цель исследования: уточнить распространенность, клинические и морфологические проявления разрывов сердца при инфаркте миокарда.

Методы исследования. Исследование — ретроспективное, использованы данные статистических отчетов кардиологической службы города Пензы за 2003–2008 гг, истории болезни и результаты аутопсий умерших от инфаркта миокарда в 2007–2008 гг.

Полученные результаты и выводы. Установлено, что разрывы сердца являются частой причиной смерти в остром периоде инфаркта миокарда. Разрывы значительно чаще происходят при первичном, нежели при повторном инфаркте миокарда. При первичном инфаркте миокарда разрыв сердца выявляется у каждого 4–3 умершего, при повторном — у каждого 6–5. Преобладают внешние разрывы сердца, они составляют 93,4%, внутренние разрывы — 6,6%. Чаще всего (38,6%) происходят разрывы передней стенки левого желудочка, несколько реже (28,1%) задней, разрывы других локализаций встречаются значительно реже и примерно с одинаковой частотой.

Разрывы сердца чаще происходят у пожилых пациентов. Среди умерших от разрыва сердца 70,5% составляют женщины преимущественно старше 70 лет. Разрывы миокарда в 88,5% случаев возникают в течение первых 7 суток от начала развития инфаркта миокарда. Артериальное давление остается высоким после развития инфаркта миокарда у 74% больных. Разрыв миокарда сопровождается интенсивными, длительными болями в 68,9% случаев, умеренными болями в 31,1%, «светлый промежуток» продолжительностью от 2 до 5 суток между окончанием болей и разрывом сердца выявляется у 18,0% пациентов.

На ЭКГ, зарегистрированной до разрыва сердца, у всех больных выявляются признаки трансмурального поражения миокарда. У подавляющего большинства пациентов (83,5%) в момент наступления клинической смерти возникает идиовентрикулярный ритм, значительно реже регистрируются фибрилляция желудочков (8,1%), мерцательная аритмия (4,9%), полная атриовентрикулярная блокада (3,2%). Все эти нарушения ритма заканчиваются асистолией.

Макроскопически разрыв имеет линейную или дугообразную форму с трансмуральным распространением, края

разрыва неровные, пропитаны кровью, канал разрыва имеет ступенчатый вид. Микроскопически картина разрыва зависит от срока инфаркта миокарда. В первые двое суток изменения мышечных волокон представлены набуханием, смазанностью поперечной исчерченности, пикнозом клеток, нейтрофильными инфильтратами. При давности инфаркта миокарда 3-5 суток выявляется некроз мышечных волокон, уменьшается и исчезает межмышечный отек, нарастает лейкоцитарная инфильтрация.

0775 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРАВОСТОРОННЕЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ТЕЧЕНИЕ, ИСХОДЫ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Руденко Р.И., Миррахимов М.М.

Национальный центр кардиологии и терапии им. ак. М.Миррахимова, Бишкек, Кыргызстан

Цель. Изучить критерии клинико-функциональной диагностики преимущественно правосторонней гипертрофической кардиомиопатии (ППГКМ), провести семейные исследования, определить особенности течения, исходов ППГКМ в условиях низкогогорья (НГ), среднее (СГ) и высокогорья (ВГ), по данным проспективного наблюдения.

Методы исследования. Клинико-функциональные, 2-D и пульс Доплер ЭхоКГ, ВКГ, ЭКГ, интегральная кардиотопография (ИКТГ) и зондирование правых полостей сердца с вентрикулографией (у 5 горцев с вершущечной ППГКМ); семейные исследования у 29 пробандов с ППГКМ; проспективное наблюдение (≤ 5 лет) у 41 (средний возраст 42.5 ± 6 лет) испытуемого, из которых 29 – уроженцы НГ (до 1000 м) и 12 СГ (2020 м, Тянь-Шань) и ВГ (> 3000 м, Памир). Контролем служили 10 практически здоровых лиц сходного возраста.

Результаты. У уроженцев НГ, СГ и ВГ выделены вершущечная (у 39 и 17 чел.) и асимметричная (у 2 и 4 чел.), сигмоидная (у 13 и 6 чел.) с обструкцией формы ППГКМ. Вершущечная ППГКМ проявлялась утолщением верхушки ПЖ $\geq 1,5$ см ($2,1 \pm 0,08$ и $1,81 \pm 0,07$ см), верхушечного сегмента МЖП $\geq 1,5$ см ($1,74 \pm 0,08$ и $1,62 \pm 0,06$, против $0,89 \pm 0,02$ см в контроле, $p < 0,0001$), на правой вентрикулограмме сужением полости ПЖ в верхушечном регионе. Утолщение передней стенки ПЖ более выражено у уроженцев ВГ, чем НГ ($1,05 \pm 0,04$ и $0,47 \pm 0,03$ см, $p < 0,05$). Асимметричная ППГКМ характеризовалась гипертрофией всей МЖП $\geq 1,5$ см ($1,65 \pm 0,15$ и $2,2 \pm 0,17$, против $0,84 \pm 0,04$ см в контроле, $p < 0,05$); сигмоидная – регионарной гипертрофией базального сегмента МЖП $\geq 1,5$ см ($1,59 \pm 0,09$ и $1,5 \pm 0,05$ см, против $0,86 \pm 0,1$ см в контроле, $p < 0,0001$). У всех исследуемых с ППГКМ зафиксировано увеличение площади правого предсердия ($p < 0,0001$). ЭКГ у уроженцев НГ, СГ и ВГ характеризовалась наличием признаков гипертрофии ПЖ (у 29 и 18 чел.), ЛЖ (у 28 и 13 чел.), патологических зубцов Q ($Q \geq 0,04$ s, $Q > 1/3R$) (у 20 и 15 чел.) и инверсией зубцов T (у 27 и 13 чел.). На ВКГ зафиксированы признаки ГПЖ (у 52 и 26 чел.), ГЛЖ (у 42 и 23 чел.). ВКГ показала изменение ориентации начальных векторов петли QRS вниз и влево (у 28 и 20 чел.), свидетельствующее о гипертрофии правой половины МЖП. По данным ИКТГ выделены два типа изменений электрического поля сердца (повышение, либо снижение, вплоть до нулевых значений, электрической его активности), соответственно зонам гипертрофии. Диагностическая функция (ДФ) ПЖ характеризовалась ригидным, псевдонормальными типами дисфункции с преобладанием последнего у горцев. По данным семейных исследований у 36 из 51 испытуемых ППГКМ носила семейный характер. Проспективное наблюдение выявило прогрессирование нарушений ДФ ПЖ, в большей степени у горцев, как и увеличение полости ПЖ ($2,61 \pm 0,2$ см, против фоновой, $p < 0,021$), нежели у низкогогорцев ($2,31 \pm 0,09$ см, против фоновой, $p < 0,044$). Среди обследуемых из НГ умерло двое (6,8%), среди горцев от прогрессирующей правожелудочковой сердечной недостаточности двое (16,6 %).

0776 СИНДРОМЫ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ КАК ВЕДУЩИЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ОСТРЫХ РАССЛОЕНИЙ И РАЗРЫВОВ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Румбешт В.В., Дюжиков А.А., Маркина В.В., Беспалова О.Ф.

Центр кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ РОКБ, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: поиск этиологических причин острых расслоений и разрывов восходящей аорты и формирование системы диспансерного наблюдения у пациентов для ранней диагностики аневризм и для проведения плановых коррекций.

Материалы и методы: с января 2005 года по март 2009 года прооперировано 40 пациента с аневризмой восходящего отдела аорты (АВА), среди них пациенты, оперированные по неотложным показаниям в связи с острыми расслоениями и разрывами восходящей аорты, составили 37,5% (15 человек). Диагноз установлен в 100% случаев при трансторакальном эхокардиоскопическом исследовании (ЭхоКС), у 4 пациентов обследование было дополнено спиральной компьютерной томографией аорты и ее ветвей. Выполнялся гистологический анализ интраоперационного материала (участок стенки аорты, резецированный клапан) с целью уточнения генеза процесса.

Результаты: Возраст пациентов этой подгруппы составил 43,5 года (от 31 до 59 лет). Преобладания по гендерному признаку не выявлено. Ведущей причиной развития АВА явились синдромы соединительнотканной дисплазии (47%): дифференцированные (синдромы Марфана (2 случая) и Элерса – Данлоса (1 пациентка)) и недифференцированные формы. Среди причин выявлены атеросклероз (27%), сифилис (1 случай), неспецифический аортоартериит (1 случай) и другие. Средний срок от момента начала клиники заболевания до поступления в специализированный стационар составил 48 часов. Средний диаметр АВА составил 76 мм (от 50 до 106 мм). Преобладали случаи расслоения аорты I типа по De Bekey (51% пациентов). Регургитация на аортальном клапане была выявлена у 9 пациентов. В 100 % случаев были выполнены экстренные оперативные вмешательства, преимущественно пособие по методике Бенталла (60% пациентов) с Бенталла использовался клапаносодержащий кондукт Мединж-2 с протезом Vascutek. Госпитальная летальность составила 0% в подгруппе острых расслоений и разрывов. У большинства пациентов с синдромом соединительнотканной дисплазии диагноз установлен в ходе развития острой сосудистой катастрофы. В 1 случае недооценен синдром соединительнотканной дисплазии на этапе предшествовавшего протезирования митрального клапана ввиду его врожденной недостаточности.

Выводы. Отсутствие настороженности врачей первичного звена на возможность развития острой сосудистой патологии аорты приводит к задержке ее диагностики, усугублению состояния пациентов. Динамическая ЭхоКС у пациентов групп риска по развитию АВА (аортальные пороки, соединительнотканная дисплазия, особенно синдром Марфана и Элерса – Данлоса, атеросклероз аорты) позволит выявить начальные признаки формирования АВА, тем самым позволит выполнить оперативное пособие по коррекции в плановых условиях и при стабильной гемодинамике. Определяющими в тактике ведения таких больных являются время от начала клинической картины до установления диагноза, поступления в кардиохирургический стационар и начала операции.

0777 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА НЕЙТРОФИЛОВ У ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Румянцев М.И., Кратнов А.Е., Мороз Н.Г., Лопатникова Е.Н., Работнова Л.А., Дунаевский А.А.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования – изучение возрастных изменений кислородзависимого метаболизма и антиоксидантной защиты нейтрофилов у здоровых людей.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 143 здоровых человека, среди которых было 45 (31,5%) подростков в возрасте от 8 до 16 лет (средний возраст $12,6 \pm 2,7$ года). В данной группе были дети I-II группы здоровья, которые в течение предшествующих 3 месяцев не имели инфекционных заболеваний и не получали профилактических прививок. 98 (68,5%) пациентов составляли взрослые люди в возрасте от 18 до 56 лет (средний возраст $39,6 \pm 11,3$ года). Для исключения ишемической болезни сердца взрослым людям выполнялась электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, эхокардиография. С целью изучения внутриклеточной метаболической активности нейтрофилов использовался тест восстановления нитросинего тетразолия (НСТ), определение в клетках активности миелопероксидазы, каталазы, глутатионредуктазы, лактата, пероксида водорода. В сыворотке крови определяли уровень малонового диальдегида, С-реактивного белка, циркулирующих иммунных комплексов.

Результаты и обсуждение. Выявлено, что у здоровых взрослых людей, по сравнению с подростками, наблюдаются достоверно более высокие показатели спонтанного ($91,7 \pm 32,4 > 76,8 \pm 25,5$ нмоль восст. НСТ; $p=0,01$) и стимулированного ($104,7 \pm 34,6 > 78,1 \pm 30,4$ нмоль восст. НСТ; $p=0,00009$) НСТ-теста, миелопероксидазы ($14,9 \pm 4,6 > 8,9 \pm 6,3$ SED; $p=0,000001$), снижение уровня пероксида водорода ($0,2 \pm 0,2 < 0,3 \pm 0,2$ ед. опт. пл.; $p=0,007$) и активности глутатионредуктазы ($69,2 \pm 43,1 < 192,1 \pm 202,1$ нмоль·л⁻¹·сек⁻¹; $p=0,000001$) в нейтрофилах. Среди обследованных взрослых пациентов 86 (87,8%) человек являлись курильщиками. При исключении из группы взрослых людей курильщиков, было выявлено, что у данных пациентов, по сравнению со здоровыми подростками, выявляется достоверно более высокий уровень миелопероксидазы ($13,7 \pm 4,3 > 8,9 \pm 6,3$ SED; $p=0,01$), снижение содержания лактата ($1,1 \pm 0,2 < 2,3 \pm 1,6$ ммоль/л; $p=0,02$) и активности глутатионредуктазы ($59,1 \pm 25,8 < 192,1 \pm 202,1$ нмоль·л⁻¹·сек⁻¹; $p=0,03$) в нейтрофилах. Поскольку нейтрофилы для энергетического обеспечения используют в основном гликолиз, а не митохондриальное дыхание, угнетение глутатионредуктазы в фагоцитах с возрастом может быть обусловлено снижением активности дыхательных процессов, о чем свидетельствует уменьшение уровня лактата. Между показателями активности глутатионредуктазы и содержания лактата в нейтрофилах выявлялась прямая достоверная корреляция ($r=0,27$; $p=0,003$).

Заключение. С возрастом наблюдается уменьшение потенциала антиоксидантной защиты в нейтрофилах, что может быть связано со снижением интенсивности гликолиза.

0778 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ГОРОДСКОМ ОКРУГЕ ТОЛЬЯТТИ

Русак М.В., Горб Г.И., Карбузов М.В.

Г.Б. № 2 им В. В. Баныкина, Тольятти, Россия

Заболеваемость инфарктом миокарда (ИМ) в России по прежнему остается на высоком уровне, в 2006 году составила 143 случая на 100 тыс. населения, смертность от ИМ так же стабильно высока, порядка 45 случаев на 100 тыс. Но необходимо отметить, снижение госпитальной летальности от ИМ, в России на 15%. Ведущую роль в достижении этого показателя, отводится, безусловно, стратегии максимально ранней реканализации инфаркта — связанной артерии, вплоть до формирования нового термина «прерванный инфаркт», когда некроз миокарда не успел сформироваться. Этот термин актуален, если необходимые мероприятия проведены до 2-х часов от начала заболевания. Эффективность реперфузии зависит, прежде всего, от своевременности первичного контакта «врач-пациент». Мы подразумеваем и диспетчера скорой медицинской помощи (СМП), который должен адекватно оценить ситуацию и дать рекомендации по поведению до прибытия бригады СМП — принять аспирин, нитроглицерин, и успокоить пациента. Безусловно, врача СМП, определяющего дальнейшую тактику. И не маловажный фактор — осведомленность пациента в проявлениях своего заболевания, почти 57% госпитализированных не предполагали у себя кардиальной патологии.

Цель: оценить реальное состояние реперфузионной терапии в рамках территории обслуживания городской больницы.

За 2008 год в отделение кардиореанимации поступило 646 пациентов ИМ, только у 157 (24,3%) пациента была проведена тромболитическая терапия (ТЛТ), с учетом показаний и абсолютных противопоказаний. Время от начала болевого синдрома до госпитализации составило в среднем 207,68 минут или 3,46 часа. Время «дверь-игла» составило в среднем 9,5 минут. Таким образом, временной интервал «боль-игла» составил 217,18 минут или 3,61 часа, только 67 (42,6%) пациентов поступили в пределах 2-х часов от начала ангинозного приступа. При расчетах времени мы обратили внимание, что преимущественно молодые пациенты долго «терпят» боль. Ни один пациент не указал, что диспетчер «скорой» дал какие либо рекомендации по поведению до прибытия врачебной бригады.

На догоспитальном этапе у всех пациентов катетеризована периферическая вена, 89% пациентов получили наркотические анальгетики, 91% аспирин, 74% β -блокаторы, 97% изокет. Ни в одном случае не была проведена ТЛТ, мотивацией служило время доставки по городу в специализированный стационар 13-15 минут. В стационаре тромболитический агент — преимущественно стрептокиназа — 113 (71,9%) пациентов, в 37 (23,5%) случаях проурокиназа и в 1-м альтеплаза. Среди пациентов с ТЛТ умерло 10 (6,3%) человек. Сопутствующая терапия проводилась в соответствии с европейскими и российскими рекомендациями, аспирин продолжен у 97,3%, клопидогрель у 23%, β -блокаторы — преимущественно, бисопролол — 93,4%, иАПФ — 85,4%, АРА-11,6%, статины — 52,9% пациентов.

Выводы: ТЛТ проведена только у четверти больных, причинами этого явились — позднее обращение и, соответственно, поздняя госпитализация, противопоказания к ТЛТ, инфаркт без подъема ST. Среднее время «боль-игла» составило 217,18 минут или 3,61 часа; только 42,6% поступили в пределах 2-х часов от начала ангинозного приступа. Позднее обращение связано, прежде всего, с низкой информированностью пациентов о симптомах своего заболевания. В подавляющем большинстве (71,9%) используются тромболитики первого поколения — стрептокиназа.

Таким образом, повышение уровня информированности населения о клинических проявлениях заболеваний ССС, широкое внедрение эндоваскулярных методик, и современных тромболитических препаратов — приоритетные направления современной неотложной кардиологии.

0779 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ AL-АМИЛОИДОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА

Рыбакова М.Г., Кузнецова И.А., Семернин Е.Н., Байков В.В., Гудкова А.А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Поражение различных отделов сердца характерно для всех вариантов AL-амилоидоза. Современная диагностика амилоидоза основывается на выявлении в ткани гомогенных масс, окрашенных конго красным, дающих специфическое свечение «зеленого яблока» в поляризованном свете, а также использовании иммуногистохимических методов с типированием белков-предшественников амилоида.

Проведен клинко-морфологический анализ 19 секционных наблюдений умерших с диагнозом AL-амилоидоз, который был заподозрен клинически и подтвержден иммуноморфологически (при использовании гистологических окрасок гематоксилином и эозином, конго красным, пикрофуксином по ван Гизону, а также поляризационной микроскопии, иммуногистохимических реакций с антителами к κ и λ фирмы «DAKO»).

Средний возраст умерших составил 62 года, соотношение мужчин и женщин 3:2. В 30% наблюдений диагностирован миелома-ассоциированный амилоидоз, а в 70% — первичный системный амилоидоз. Во всех случаях доминировали проявления легочно-сердечной недостаточности. В танатогенезе прогрессирующая левожелудочковая сердечная недостаточность встречалась в 16%, бивентрикулярная — в 54%, а доминирование правожелудочковой — в 30%. По клиническому течению больные с амилоидозом отчетливо подразделялись на две группы — с сохранной (33%) или сниженной (67%) в различной степени функцией левого желудочка сердца.

Во всех наблюдениях макроскопические изменения соответствовали рестриктивной кардиомиопатии. В 2/3 наблюдений определялись неоднородные (глыбчатые, сетчатые, волокнистые, вакуолизированные) отложения амилоида в миокарде с превалированием межмышечной, периваскулярной их локализации, а также в стенке сосудов всех калибров и типов. Амилоидные массы отодвигают мышечные клетки, вызывая перерастяжение кардиомиоцитов. Вокруг очаговых пикринофильных амилоидных масс постоянно выявляются мелкоочаговые разрастания волокнистой соединительной ткани с перифокальной умеренной лимфо-плазмоцитарно-макрофагальной инфильтрацией.

В 1/3 случаев амилоид преобладал в мелких сосудах артериального типа. Сосуды крупного калибра были с равномерно утолщенной стенкой, в которой выявлялись эластоз, эластофиброз и достаточно равномерно фрагментарно расположенные мелкие амилоидные депозиты. Преобладали амилоидные депозиты в стенке сосудов всех типов мелкого калибра равнозначно в правых и левых отделах сердца, а также в перивазальной соединительной ткани.

Следует отметить, что структура амилоида гетерогенна при классических методах его диагностики. Многообразны оттенки свечения амилоида в поляризованном свете — от опалового до изумрудного. Очаговые амилоидные массы вытесняют мышечную ткань сердца, приводя к атрофии КМЦ, образуют массивные отложения с перифокальным фиброзом и круглоклеточной инфильтрацией, что значительно уменьшает сократительную способность левого желудочка сердца. Очаговые амилоидные отложения являются обоснованием выявления псевдоинфарктных Q-зубцов на ЭКГ. Мелкие фрагментарные амилоидные депозиты в сочетании с эластофиброзом в интрамиокардиальных сосудах артериального типа приводит к равномерному сужению их просвета, что вследствие стимуляции первичного фибриллогенеза способствует значительным склеротическим изменениям внутренних органов и соответственно обуславливает отсутствие ряда классических макроскопических признаков амилоидоза (хрупкость, ломкость, сальный блеск).

0780 КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ГИДРОПЕРИКАРДОМ

Рыбчинская И.И., Иванов К.М., Павленко С.В.

НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Оренбург ОАО РЖД», медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель: выявить факторы, определяющие возникновение перикардального выпота, и особенности гемодинамических изменений у больных с послеоперационным гипотиреозом, осложненным гидроперикардом.

Материал и методы: в длительное (6 месяцев), рандомизированное исследование были включены 25 женщин, средний возраст $36,2 \pm 3,7$ лет, подвергшихся оперативному лечению узловых новообразований щитовидной железы с исходным эутиреоидным фоном. Больным в дооперационном периоде и через 3, 6 месяцев после операции проводилась клинико-лабораторная оценка функционального статуса щитовидной железы с определением уровня тиреотропного гормона (ТТГ), свободного тироксина (fT_4) и антител к тиреопероксидазе (АТ к ТПО), регистрировалась электрокардиограмма (ЭКГ) в 12 стандартных отведениях с анализом дисперсии интервала QT, выполнялась эхокардиография (Эхо-КГ) в М-, В- и доплеровском режимах по стандартной методике. Контрольную группу составили больные с первичным гипотиреозом на фоне аутоиммунного тиреоидита. Статистическая обработка проводилась непараметрическими методами.

Результаты: в дооперационном периоде у 20% больных на фоне эутиреоза (ТТГ $1,55 \pm 0,4$ мМЕ/л, fT_4 $10,2 \pm 1,2$ пг/мл) выявлялся небольшой выпот в полость перикарда, сепарация листков перикарда по задней стенке левого желудочка составляла 2-3 мм. Уровень АТ к ТПО у этих пациенток был повышен — $405 \pm 46,7$ МЕ/л. Через 6 месяцев после оперативного вмешательства на щитовидной железе выпот в полости перикарда регистрировался у 40% больных (сепарация листков перикарда 3-4 мм). У женщин с выявленным гидроперикар-

дом в послеоперационном периоде отмечалась тенденция к увеличению уровня АТ к ТПО с $302,3 \pm 17,5$ МЕ/л до $403,1 \pm 14,4$ МЕ/л; определялся субклинический гипотиреоз (ТТГ $4,6 \pm 1$ мМЕ/л; fT_4 $13 \pm 0,6$ пг/мл). Кроме того, за период наблюдения выявлялось изменение внутрисердечной гемодинамики у больных с выпотом в полость перикарда. Появились признаки диастолической дисфункции сердца, что проявлялось в достоверном ($p < 0,01$) уменьшении соотношения E/A с $1,1$ м/с до $0,92$ м/с для трансмитрального потока и с $1,3$ м/с до $0,88$ м/с для транстрикуспидального потока, увеличении времени изоволюметрического расслабления левого желудочка с $93,4$ мс до $116,6$ мс и с $94,8$ мс до $118,8$ мс правого желудочка, увеличении времени раннего диастолического наполнения левого желудочка с $168,2$ мс до 267 мс и правого желудочка с $198,8$ мс до $269,6$ мс.

Выводы: оперативное лечение щитовидной железы способствует появлению субклинического гипотиреоза, активации аутоиммунных процессов. Иммунологические и гормональные изменения приводят к возникновению гидроперикарда и нарушению диастолической функции сердца. Высокий уровень АТ к ТПО в дооперационном периоде у больных с сохранённой тиреоидной функцией и перикардальным выпотом предполагает наличие иммунных механизмов в патогенезе гидроперикарда на фоне тиреоидной патологии.

0781 ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИЕЙ

Рыжкова Д.В., Трушкина М.А., Павлова В.С., Денин А.Е.

ФГУ «РНЦРХТ», ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить особенности метаболизма глюкозы в миокарде левого желудочка у пациентов с сердечной недостаточностью и механической желудочковой диссинхронией.

Материал и методы: нами обследовано 8 пациентов (6 мужчин и 2 женщины, средний возраст $48,7 \pm 9,4$ лет) с сердечной недостаточностью (СН) 3 функционального класса по NYHA и блокадой левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ). У 2 человек СН являлась осложнением ишемической болезни сердца, у 6 пациентов была установлена дилатационная кардиомиопатия. Диагностику желудочковой диссинхронии осуществляли методом тканевой доплерографии на аппарате «VIVID-7» (GE) в режиме TDI. Критерием межжелудочковой диссинхронии считали механическую задержку более 40 мсек. Внутрижелудочковую диссинхронию диагностировали на основании показателей $T_{\max}$ - $T_{\min}$ более 34,4 мсек. и $SD12$ более 34,4 мсек. Для оценки метаболизма глюкозы в миокарде пациентам выполняли позитронную эмиссионную томографию (ПЭТ) сердца с $18F$ -фтордезоксиглюкозой ($18F$ -ФДГ).

Результаты: у всех пациентов распределение $18F$ -ФДГ в миокарде левого желудочка было неоднородным: у 2 человек диагностирована гипоаккумуляция $18F$ -ФДГ в задне-нижней области, у 6 пациентов определялся гипометаболизм глюкозы в межжелудочковой перегородке (МЖП). Нами обнаружена отрицательная корреляционная зависимость между значениями межжелудочковой механической задержки и коэффициентами дифференциального накопления «МЖП/боковая стенка левого желудочка» ($r_{\text{Spearman}} = -0,838$; $p = 0,009$) и «МЖП/максимальное накопление $18F$ -ФДГ в левом желудочке» ($r_{\text{Spearman}} = -0,85$; $p = 0,0074$). Взаимосвязь между показателями внутрижелудочковой механической диссинхронии, характером распределения $18F$ -ФДГ в миокарде левого желудочка и степенью гипометаболизма глюкозы в межжелудочковой перегородке не установлена.

Выводы: механическая желудочковая диссинхрония сопровождается гетерогенностью метаболизма глюкозы в миокарде левого желудочка. Степень угнетения метаболизма глюкозы в межжелудочковой перегородке определяется длительностью межжелудочковой механической задержки.

0782 ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИЕЙ

Рыжкова Д.В., Трушкина М.А., Кузьмина Т.В., Бородин О.С.
ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А.Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Цель: сопоставить результаты равновесной радионуклидной вентрикулографии и эхокардиографии с тканевой доплерографией при определении показателей глобальной сократительной функции сердца и желудочковой диссинхронии.

Материал и методы: нами обследовано 8 пациентов (6 мужчин и 2 женщины, средний возраст $48,7 \pm 9,4$ лет) с сердечной недостаточностью (СН) 3 функционального класса по NYHA. У 2 человек СН являлась осложнением ишемической болезни сердца, у 6 пациентов была установлена дилатационная кардиомиопатия. Эхокардиографическую оценку глобальной сократительной функции левого желудочка (ЛЖ) проводили по общепринятой методике, диагностику желудочковой диссинхронии осуществляли методом тканевой доплерографии на аппарате "VIVID-7" (GE) в режиме TDI. Критерием межжелудочковой диссинхронии (МД) считали механическую задержку более 40 мсек. Внутрижелудочковую диссинхронию (ВД) диагностировали на основании показателей $T_{\max}$ - $T_{\min}$ более 34,4 мсек. и SD12 более 34,4 мсек. Радионуклидную равновесную вентрикулографию (РРВ) с ^{99m}Tc -мечеными аутоэритроцитами выполняли в томографическом режиме на гамма-томографе «Е.Сам» (Siemens). Анализ результатов РРВ выполняли с помощью стандартной программы Cedars QBS. Межжелудочковую диссинхронию определяли по показателю механической задержки более 40 мсек. Радионуклидную диагностику ВД осуществляли на основании значения SD для левого и правого желудочков (более 45 мсек.).

Результаты: Различия средних значений фракции выброса ЛЖ, конечного диастолического и конечного систолического объемов ЛЖ полученные с помощью стандартной эхокардиографии и РРВ были недостоверными ($26,6 \pm 4,9\%$ против $23,4 \pm 4,2\%$, $p=0,83$, $332,1 \pm 109,2$ мл. против $394,2 \pm 80,4$ мл., $p=0,57$ и $243 \pm 40,8$ мл. против $315 \pm 72,7$ мл., $p=0,84$ соответственно). В ходе РРВ дополнительно установлены показатели глобальной сократительной функции правого желудочка (ПЖ): фракция выброса ПЖ составила $59 \pm 18\%$, конечный диастолический и конечный систолический объемы ПЖ — 265 ± 68 мл. и $138,5 \pm 84$ мл. соответственно. При диагностике МД и ВД у 7 из 8 пациентов данные тканевой доплерографии и РРВ полностью совпадали. Наблюдалось расхождение результатов у одного пациента с мерцательной аритмией. У 2 пациентов путем РРВ была диагностирована внутрижелудочковая диссинхрония ПЖ.

Выводы: показатели глобальной сократительной функции левого желудочка, а также диагностические признаки межжелудочковой и внутрижелудочковой диссинхронии полученные с помощью радионуклидной равновесной вентрикулографии и стандартной эхокардиографии сопоставимы. Выполнение радионуклидной равновесной вентрикулографии позволяет получить дополнительную информацию о состоянии сократительной функции и внутрижелудочковой диссинхронии правого желудочка.

0783 ВАРФАРИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ЭМБОЛИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: АДЕКВАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Рычков А.Ю., Близняков А.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: Оценить адекватность применения варфарина для профилактики ишемического инсульта и системных эмболий у пациентов с фибрилляцией предсердий неклапанной этиологии.

Материалы и методы: Проведен анализ ведения 562 больных (321 мужчина и 241 женщина, средний возраст лет), находившихся на стационарном лечении в клинике Тюменского кардиологического центра в течение 2008 г. с диагнозом фибрилляции предсердий. В данный анализ не включались пациенты с клапанной этиологией нарушения ритма, а так же пациенты, которым во время госпитализации была проведена операция радиочастотной абляции.

Результаты: У пациентов, отнесенных к группе высокого риска по шкале CHADS₂ (233 больных), постоянная форма фибрилляции предсердий наблюдалась в 44% случаев, пароксизмальная форма — в 56%. Только 18% пациентов принимали варфарин до госпитализации. В группе из 59 (25%) пациентов высокого риска, которые принимали варфарин во время стационарного лечения, либо варфарин был рекомендован при выписке в 58% случаев диагностирована постоянная форма фибрилляции предсердий и в 42% — пароксизмальная форма. Различий по форме течения фибрилляции предсердий до поступления и при выписке не было выявлено. Не выявлено, также, взаимосвязи назначения варфарина со степенью риска по шкале CHADS₂, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах. Таким образом, решение о назначении варфарина, вероятно, основывается не столько на форме течения аритмии и степени риска, сколько на основании социально-демографических факторов.

Среди пациентов, принимавших варфарин как до госпитализации, так и при выписке преобладали мужчины ($\chi^2=5,6$, $p=0,016$ и $\chi^2=17,3$, $p=0,000$ соответственно), в то время как в группе, не принимавших варфарин, преобладали женщины. Это косвенно свидетельствует об учете демографического фактора при назначении варфарина. Возраст больных принимавших варфарин при выписке составил $58,5 \pm 9,1$ лет, не принимавших — $62,8 \pm 12,6$ лет.

У пациентов получавших варфарин в группе высокого риска до госпитализации средняя доза составляла $4,82 \pm 1,93$ мг МНО при поступлении $1,36 \pm 0,65$, при выписке — $4,42 \pm 1,23$ и МНО — $1,84 \pm 1,02$. Целевое значение МНО при поступлении отмечалось у 39% пациентов. При выписке МНО в пределах 2,0-3,0 было у 38,6% больных. Следует отметить, что частота попаданий в целевой диапазон МНО увеличилась по сравнению с данными за 2007 год (14%). Это можно отчасти объяснить и тем, что в виду хронического течения заболевания, некоторые госпитализации являются повторными, и доза варфарина была подобрана и скорректирована еще в 2007 году.

Выводы: Антикоагулянтную терапию у пациентов с фибрилляцией предсердий и высоким риском тромбоэмболических осложнений можно признать неадекватной, что свидетельствует о необходимости разработки дополнительных мероприятий, особенно для проведения на амбулаторном этапе.

0784 ВЗАИМОСВЯЗИ НАРУШЕНИЙ КРОВООТОКА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Рябов А.Е., Гаранин А.А., Рябова Е.Н., Щукин Ю.В.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель. Изучить влияние степени поражения коронарных артерий на биомеханику большого и малого кругов кровообращения у пациентов с ИБС.

Материалы и методы. Обследовано 18 пациентов (средний возраст 59 лет) со стабильной ИБС (стенокардия II-III функциональных классов, перенесенный инфаркт миокарда), имеющих мягкую или умеренную артериальную гипертензию и хроническую сердечную недостаточность II функционального класса. Помимо общеклинического обследования, каждому из них выполнены: коронароангиография (КАГ), апекскардиография (АКГ), реография легочной артерии (РеоЛА), сфигмография (СГ) магистральных артерий, ЭхоКГ. По результатам КАГ пациенты (по 6 человек) разделены на 3 группы (группа 1 — наиболее тяжелые) в зависимости от степени поражения коронарных артерий (Рекомендации АСС/АНА). При анализе фазовой структуры АКГ, РеоЛА и СГ использовалась методика, предложенная профессором В.Н. Фатенковым. Оценивали

показатели биомеханики: длительность фаз сердечного и сосудистого цикла, скорость, ускорение, мощность и работу. Статистический анализ осуществлялся непараметрическими методами, с использованием критерия Вилкоксона, при помощи программы Statistica 6.0. При оценке достоверности результатов исходили из 5% уровня значимости.

Полученные результаты. Фракция изгнания по ЭхоКГ в группах 2 и 3 достоверно не отличалась, а в группе 1 она была меньше на 23%. Средняя скорость в фазу максимального изгнания (АКГ) в группе 2 меньше, чем в группе 3, на 27%, а в группе 1 меньше на 47% по сравнению с группой 2. Аналогичные изменения параметров биомеханики выявлены, в частности, в фазу быстрого притока (БП) по РеоЛА. Средняя скорость в фазу БП по СГ сонной артерии возрастала в группах 2 и 1 по сравнению с предыдущей на 21% и 6,7% соответственно, по СГ локтевой артерии — на 10,1% и 4,1%. По СГ магистральных артерий выявлено увеличение (до 50% и более) в группах 2 и 1 параметров биомеханики в фазы формирования дикротической волны, которая на периферических артериях мышечного типа во многом определяется активностью гладких миоцитов сосудистой стенки. Однако в группе 1 это не сопровождалось таким активным приростом параметров биомеханики в фазы притока, которые определяют всей пропульсивной частью сердечно-сосудистой системы.

Выводы. Как и ожидалось, выявлено снижение систолической функции левого и правого желудочков при ухудшении коронарного кровотока, однако оно оказалось нелинейным и наиболее выраженным в группе 1. У пациентов с наиболее тяжелым поражением коронарных артерий прогрессивно развивается дисфункция миокарда обоих желудочков, а также ухудшается адаптивная пропульсивная способность магистральных артерий.

0785 ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСЕЩАЮЩИХ ШКОЛУ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Рямзина И.Н., Петрищева А.В., Корягина Н.А., Петрищева Г.П.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава, Пермь, Россия

Цель: изучить параметры структурно-функционального состояния миокарда и их взаимоотношения с психологическим статусом пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), посещающих Школу Здоровья в условиях кардиологического стационара.

Методы исследования: в течение года 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 $3,17 \pm 1,27$. Все пациенты были обследованы по программе выявления факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний 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), а также эхокардиография с изучением структурно-функционального состояния миокарда.

Результаты: средний возраст пациентов составил $58,65 \pm 6,8$ лет. Выявлены следующие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний: 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 большинства пациентов. Показатели эхокардиографии были следующими: ударный объем левого желудочка (УОЛЖ) $84,01 \pm 25,07$ мл, фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) составила $59,69 \pm 5,5\%$, конечный диастолический и систолический объем левого желудочка (КДО $140,1 \pm 35,4$ мл и КСО $56,48 \pm 16,3$ мл), индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ $162,48 \pm 41,43$). Выявлена достоверная отрицательная корреляция между дистанцией в тесте 6-минутной ходьбы как КДО ($r = -0,41$, $p = 0,017$), и положительная УОЛЖ ($r = 0,42$, $p = 0,012$),

положительная корреляция между уровнем общего холестерина и ИММЛЖ ($r = 0,41$, $p = 0,009$), уровнями депрессии и общего холестерина ($r = 0,39$, $p = 0,035$). Обращает внимание отрицательная тенденция между показателями качества жизни и фракцией выброса левого желудочка.

Результаты: 1. Пациенты, обучающиеся в Школе Здоровья в условиях кардиологического стационара, относятся к группе высокого сердечно-сосудистого риска. 2. Структурно-функциональная перестройка миокарда сопровождается снижением толерантности к физической нагрузке и качества жизни. 3. Подтверждено возрастание депрессии при повышении уровня холестерина.

0786 ДИНАМИКА ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Рямзина И.Н., Светлакова Л.В., Гришина Л.В.

Пермская государственная медицинская академия, ЗАО «Курорт Усть-Качка», Пермь, Россия

Тест 6-минутной ходьбы применяется, как правило, для оценки функционального статуса больных с хронической сердечной недостаточностью. Тест прост в исполнении, легко воспроизводим. Тест не требует дополнительного дорогостоящего оборудования.

Целью настоящего исследования явилось изучение динамики теста 6-минутной ходьбы у больных после перенесенного инфаркта миокарда и операции коронарного шунтирования (КШ) в процессе санаторной реабилитации.

Обследовано 54 больных ИБС, средний возраст $53,59 \pm 8,67$ лет. Больные были распределены на 2 группы: 1-я группа — 34 пациента после КШ, 2-я группа — 20 больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Пациентам 1-й группы были имплантированы от 1 до 6 коронарных шунтов. В раннем послеоперационном периоде у 5 больных наблюдалась пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. 2-м пациентам 2-й группы в остром периоде ИМ произведены системный тромболизис с последующей коронарной ангиопластикой. Стенокардия в обеих группах отсутствовала.

Методы исследования: функциональное состояние больных оценивали с помощью теста 6-минутной ходьбы до и в конце реабилитации. Определяли функциональный класс и дистанцию пройденной в тесте ходьбы. 70% пациентов проводились физические тренировки на велотренажерах. Тренировки в тренажерном зале проводились ежедневно по следующему плану: 30 минут тренировки с достижением субмаксимальной частоты сердечных сокращений при нагрузке.

Результаты: Функциональный класс до начала тренировок составил $1,79 \pm 0,64$. Дистанция, пройденная в тесте, в среднем — $416,91 \pm 86$ м.

Функциональный класс после курса тренировок увеличился и составлял $1,17 \pm 0,47$. Дистанция пройденной ходьбы в среднем увеличилась до $471,63 \pm 79,75$ м. Различия в показателях до и после реабилитации были достоверны. Динамика дистанции в тесте 6-минутной ходьбы у пациентов 1-й группы (после КШ) составила $391,29 \pm 74,69$ — $450,53 \pm 76,14$ м ($p < 0,05$). Толерантность к нагрузке у пациентов 2-й группы была выше и в динамике пройденная дистанция возросла с $460,45 \pm 89,36$ до $507,50 \pm 74,32$ м ($p < 0,05$).

Выводы: Таким образом, тест 6-минутной ходьбы может использоваться для динамической оценки толерантности к нагрузке больных после острого коронарного синдрома и оперативного вмешательства на коронарных артериях. Наши результаты свидетельствуют о хорошей переносимости теста и достаточной высокой его информативности.

0787 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАННЕЙ КОРОНАРНОЙ РЕПЕРFUЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ

Сабитов Р.Х., Карамова И.М., Николаева И.Е., Хусаинова Л.М., Валеев И.Г., Садрисламов Р.Б.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: оценить влияние методов лечения, используемых для восстановления коронарного кровотока (системный тромболизис, интракоронарный тромболизис, первичная транслюминальная

баллонная ангиопластика, стентирование коронарных артерий) на показатели летальности больных острым инфарктом миокарда в течение 30 дней после начала заболевания и основные показатели работы отделения экстренной кардиологии.

Методы исследования: проведен анализ эффективности лечения больных острым инфарктом миокарда, получавших лечение в Республиканском кардиологическом диспансере (РКД) в г.Уфе в 2006-2008 гг. До 2006 года основным методом коронарной реперфузии был системный тромболитизис с использованием стрептокиназы. В дальнейшем широко использовались первичная транслюминальная баллонная ангиопластика, как с установлением стентов, так и без или интракоронарный тромболитизис с применением актилизе.

Результаты: с 2006 по 2008 гг. в РКД было проведено, соответственно, 14, 161 и 346 чрескожных коронарных вмешательств у больных с острым коронарным синдромом. Мероприятия по улучшению диагностики острого инфаркта миокарда (оснащение диагностическим оборудованием, повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала) сопровождались увеличением числа больных инфарктом миокарда, поступивших в стационар в течение суток после начала заболевания, 238, 284, 301 больной, соответственно. Количество койко-дней повысилось; 2813, 2923 и 3242. Среднее пребывание на койке снизилось: 4,1, 4,0 и 3,9 койко-дней. Снизились как летальность как от острого инфаркта миокарда, соответственно, 9,5%, 6,1%, 6,2%, так и общая летальность 6,9%, 4,5%, 3,9%.

Выводы: в основе современного подхода к лечению больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST лежит наиболее раннее восстановление коронарной перфузии, что может предотвратить развитие инфаркта миокарда или делает очаги некроза минимальными. Полученные данные показывают, что внедрение системы раннего восстановления коронарной перфузии у больных острым инфарктом миокарда приводит к улучшению диагностики, раннему поступлению в стационар, снижению ранней летальности от инфаркта миокарда, в том числе досуточной.

0788 ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Савенков М.П., Иванов С.Н., Борщевская М.В., Соломонова Л.А., Кириченко А.В., Иванова С.В., Прихожан Е.И., Данилова М.К., Ткаченко Н.И.

ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Цель исследования: Разработка новых и совершенствование известных (применяемых) методов функциональной диагностики для выявления этиологических факторов АГ.

Материалы, методы и результаты исследования: обследовано более 650 больных с АГ I – III ст. с высокой градацией риска сердечно-сосудистых осложнений и 150 пациентов с нормальным артериальным давлением. На основе традиционных способов ситуационного и суточного комбинированного мониторингирования АД, барометрического давления, диуреза – водного баланса, головокружения – вертикального баланса (компьютерная стабилметрия), рентгеноморфометрии с функциональными ротационными тестами шейного отдела позвоночника разработаны новые функциональные тесты для оценки индивидуальных механизмов АГ:

- наклонно-ротационный стресс – тест шеи – изменение АД при поворотах и наклонах головы (вертеброгенный компонент АГ);
- комбинированное суточное мониторирование АД и водного баланса / диуреза (нефрогенный компонент АГ);
- комбинированное СМАД и барометрического давления и изменений температуры воздуха окружающей среды (оценка метеозависимости АД);
- комбинированное мониторирование АД с компьютерной стабилметрией – оценка выраженности дисциркуляторных изменений;
- мониторирование АД при приеме малых доз алкоголя (алко-тест);
- мониторирование АД при нагрузке на автотренажере (АД-«драйв»-тест).

Применение разработанных функциональных тестов позволило выявить этиологические причины и механизмы гипертензивных реакций и разработать индивидуальные подходы к медикаментозной и немедикаментозной коррекции.

0789 ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Садреева Д.С., Крюков Н.Н.

ГОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель – изучить возможности использования оценки качества жизни (КЖ) для контроля эффективности комплексного лечения артериальной гипертензии жителей Самарской области.

Методы. Проведено комплексное обследование, включающее клинические исследования, анкетирование по вопросам антигипертензивической терапии и определение КЖ при помощи универсального опросника SF-36 у 773 больных АГ сельских и городских жителей Самарской области, в возрасте от 21 до 86 лет ($50,4 \pm 11,7$), которые определены в 4 группы по месту проживания и получения медицинской помощи. I группа-390 пациентов сельских жителей области, II-252 пациента городской поликлиники №6 (ГП№6) г.Самары, III-75 больных Самарского областного клинического кардиодиспансера (СОККД), IV-56 стационарных больных дорожной клинической больницы (ДКБ ст. Самара). Пациенты II, III и IV групп исследовались на этапе до и после проведения обучающей программы «Школа артериальной гипертензии» (ШАГ).

Результаты. Выявлено, что КЖ зависело от особенностей лечения, количества принимаемых препаратов, информированности больных об АГ и уровня АД, который достигался в процессе антигипертензивической терапии. До занятий в ШАГ показатели КЖ (в баллах) физического компонента здоровья (РН) во II группе составили $59,2 \pm 10,6$, в III – $43,8 \pm 12,2$ и в IV – $82,1 \pm 3,5$; психического здоровья (МН) – $62,0 \pm 4,3$, $48,6 \pm 2,6$ и $76,0 \pm 4,7$, соответственно. Среднее систолическое АД (САД) было во II группе $154,5 \pm 15,6$ и среднее диастолическое АД (ДАД) $95,8 \pm 9,3$; в III группе САД – $166,4 \pm 21,0$ и ДАД – $100,0 \pm 8,1$, а в IV группе САД – $155,9 \pm 14,9$ и ДАД – $95,6 \pm 6,1$. Антигипертензивические препараты в лечении использовали 84,5% пациентов II группы, в III – 92,0%, в IV – 91,1%; применяли комбинированную лекарственную терапию 53,5%, 76,0%, 57,1% соответственно, используя в основном препараты ИАПФ (69,0%, 76,0% и 71,4%) и блокаторы Са каналов (16,7%, 12,0% и 14,3% соответственно); на немедикаментозное лечение (диета, физические упражнения, ограничение употребления алкоголя, курения, контроль массы тела и другие) в данных группах указали 40,5%, 60,0%, 55,4% соответственно. В результате проведения занятий в ШАГ, КЖ больных ГП №6, СОККД и ДКБ ст. Самара повысилось. Выявлено статистически значимое улучшения по шкалам PF, BP, GH, VT, MN. По оценке КЖ у них улучшились показатели жизненной активности, ролевого социального функционирования и эмоционального функционирования ($p < 0,05$). Цифры АД стали ниже: во II группе САД- $134,3 \pm 11,2$ и ДАД- $90,1 \pm 4,3$; в III САД- $142,4 \pm 11,0$ и ДАД- $91,0 \pm 5,1$ и в IV САД- $131,9 \pm 9,8$ и ДАД- $90,6 \pm 3,1$. Увеличилось применение антигипертензивических препаратов во II – 96,0%, III – 97,3%, IV – 98,2%, комбинированной терапии (79,0%, 90,7%, 87,5%) и немедикаментозной (76,2%, 82,7%, 85,7% соответственно). Клинико-гемодинамический эффект комплексной терапии отмечен у 40,9% пациентов. В I группе исследуемых САД был $162,3 \pm 22,7$, ДАД- $95,8 \pm 10,7$; медикаментозно лечились 86,2% (28,5% моно-терапия и 57,7% комбинированная терапия), 78,5% респондентов предпочитали ИАПФ, 46,2% использовали диуретики; немедикаментозно лечились 26,2%; не регулярно – 13,1% больных АГ. КЖ I группы больных (не прошедших обучение в ШАГ) характеризовалось низким показателем психологического здоровья (МН – $56,8 \pm 3,5$), неудовлетворенность их социальным функционированием, уровнем общения (РН – $72,9 \pm 7,6$), $p < 0,05$.

Заключение. Уровень КЖ является важным информативным показателем оценки эффективности лечения больных АГ, что подтверждают данные нашего исследования.

0790 ОЦЕНКА ВКЛАДА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Садыхова А.Р., Гизатуллова Р.И., Парве С.Д.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

В настоящее время большое внимание уделяется взаимосвязи сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и климактерического периода в жизни женщин.

Цель. Изучить вклад факторов риска ССЗ в развитие артериальной гипертензии (АГ) у женщин климактерического периода.

Материал и методы. Обследовано 178 женщин в возрасте 42–59 лет; из них 26 человек с нормальным артериальным давлением (НАД), 31 пациентка с высоким нормальным АД (ВНАД) и 121 пациентка с АГ по классификации ВНОК (2008). Возраст пациенток с АГ – $50,9 \pm 5,95$ лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими гипертензиями. Факторы риска ССЗ выявлялись при анкетировании, клиническом и лабораторно-инструментальном исследовании пациенток. Полученные данные анализировались с помощью уравнений множественной линейной и нелинейной регрессии. Достоверность полученных моделей оценивалась с помощью критерия t Стьюдента.

Результаты. Была получена умеренная корреляция между уровнями систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления и значениями окружности талии, индексом массы тела, возрастом дебюта АГ, скоростью натрий-литиевого противотранспорта и слабая корреляция с возрастом пациенток и наличием гестационной гипертензии в анамнезе. Вклад качественных показателей в вариабельность АД исследовались методом дисперсионного анализа. Злоупотребление алкоголем, наличие гестационной гипертензии в анамнезе, отягощенная наследственность по АГ были выявлены как наиболее значимые показатели. Было получено уравнение множественной линейной регрессии с коэффициентом детерминации 0,648 и 0,628 для САД и ДАД соответственно. Было показано, что наиболее значимыми факторами, влияющими на развитие АГ, оказались возраст пациенток, возраст дебюта АГ, окружность талии и скорость натрий-литиевого противотранспорта. Эти факторы были включены в уравнение множественной нелинейной регрессии.

Выводы. В изученной когорте женщин в менопаузе наибольшее значение на развитие АГ оказывают злоупотребление алкоголем, наличие гестационной гипертензии в анамнезе, наследственная отягощенность по АГ, возраст пациенток, возраст дебюта АГ, значения окружности талии и скорости натрий-литиевого противотранспорта.

0791 КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ДАННЫМИ ДОППЛЕРОГРАФИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Садыхова А.Р., Тимофеева Е.В., Шарафисламов М.И., Ячничкова М.И.
Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Известно, что выявление изменений геометрии сонных артерий используется для прогнозирования нарушений мозгового кровообращения.

Цель: изучить изменения диаметра, толщины стенки общей сонной артерии (ОСА) у женщин с артериальной гипертензией и корреляцию этих изменений с показателями гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Клинические группы: обследовано 10 женщин с нормальным артериальным давлением (АД) – I группа и 55 женщин с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2008) в возрасте

от 35 до 59 лет, средняя длительность АГ 13,2 лет. Больные были распределены на группы по уровню АД: II – высокое нормальное АД, III – АГ I степени, IV – АГ II степени, V – АГ III степени.

Методы: дуплексное ультразвуковое исследование ОСА, эхокардиография.

Результаты: определялись диаметр ОСА (dОСА), соотношение intima/media, объемная скорость кровотока (ОСКТ), соотношение intima/media к радиусу ОСА, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). Отмечен достоверный рост средних значений диаметра ОСА ($p < 0,05$), соотношения intima/media ($p < 0,05$), объемной скорости кровотока ($p < 0,02$) с ростом АД. Достоверные различия выявлены в следующих группах: по ОСА I – V, II – III, II – IV, II – V; по соотношению intima/media I – III, I – V, II – V, по ОСКТ I – IV. 19% показателей dОСА, 12% показателей соотношения intima/media, 59% показателей ОСКТ вышли за пределы вариационного размаха соответствующих показателей контрольной группы. У 5% больных с АГ обнаружены атеросклеротические бляшки, у 21% имеется S-образный ход ОСА. Выявлена слабая корреляция ($r = -0,25$) между соотношением intima/media к радиусу ОСА и ИММЛЖ, причем отмечается усиление корреляционной связи в V группе до $r = -0,72$.

Выводы: 1. Методом дуплексного ультразвукового сканирования выявлено увеличение диаметра, толщины стенки ОСА, ОСКТ с ростом АД.

2. Обнаружена слабая корреляция соотношения intima/media к радиусу ОСА с показателями ГЛЖ, которая возрастает в группе пациенток с АГ III степени.

0792 ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ФОТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Садыхова Г.А., Аляви А.Л., Абдуллаев А.Х.

НИИ Терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) продолжает занимать ведущее место и как причина смерти. При этом велик удельный вес гиперкоагуляционного синдрома, проявляющегося в значительной степени за счет повышения адгезивной и агрегационной активности тромбоцитов. В местах повреждения сосудистой стенки или разрыва атеросклеротической бляшки неконтролируемая активация и адгезия тромбоцитов приводит к формированию тромба внутри сосуда с окклюзией последнего.

Ранее проведенными нами исследованиями установлено благоприятное влияние строго дозированной селективной порционной гелиотерапии под зеленым, голубым и фиолетовым световыми фильтрами на показатели крови при ИБС.

В связи с этим изучено влияние дозированной индифферентной фототерапии в комплексе с традиционной терапией на больных ишемической болезнью сердца на этапе реабилитации.

Материал и методы исследования. В исследование включены 53 больных с диагнозом ИБС. Стабильная стенокардия напряжения II – ФК. Больным первой (основной) группы, помимо традиционной терапии, назначали дозированную фототерапию от светолечебной установки «СЛУ-2» со вставленным светофильтром с длиной волны от 400 до 580 нм, циркулярный душ, лечебную гимнастику и массаж. Больным второй (контрольной) группы фототерапия не назначалась. Использован простой, доступный, информативный метод цитоморфологической, функциональной, характеристики тромбоцитов в мазке периферической крови по установлению адгезии и агрегации тромбоцитов (С.Т. Наджимитдинов, 2005); агрегометрические показатели крови исследованы на аппарате (AP 2110 “SOLAR” - Беларусь); показатели коагулограммы проводили по общепринятой методике.

Результаты. До лечения у 34% больных выявлена картина повышенной агрегации тромбоцитов в виде подъема кривой на агрегометре и параллельно в мазках периферической крови – явления гиперкоагуляции в виде адгезированных и агрегированных больших тромбоцитов с шероховатой поверхностью и признаками активности в виде шиповидных отростков.

Качественные изменения тромбоцитов свидетельствовали о начальном процессе образования микротромбоцитарного тром-

ба в кровеносных сосудах, возможно связанные с активацией фактора Виллебранда и арахидоновой кислоты. Это совпадает с данными агрегометрических исследований.

К концу курса лечения у пациентов уменьшилась частота приступов, интенсивность болей, улучшился сон, реже стали беспокоить сердцебиение, что благоприятно отразилось на качестве жизни больных. Выраженный клинический эффект наблюдался у 85% больных первой и у 74% — второй групп. Результаты исследования свидетельствовали об усилении процесса дезагрегации, снижении процесса адгезии и агрегации тромбоцитов в крови. Эти эффекты были более выражены у больных основной группы.

Таким образом, дозированная фототерапия с длиной волны от 400 до 580 нм в комплексе с базисной терапией повышает эффективность лечения на этапе реабилитации больных ИБС.

0793 ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ В ТЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ?

Сальцева М.Т., Аминова Н.В., Боровков Н.Н., Федосеев В.Ф.
ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить частоту встречаемости клинических и лабораторно-инструментальных признаков тромбоза легочной артерии (ТЭЛА) при заболеваниях внутренних органов.

Методы: проанализировано 90 случаев ТЭЛА, развившейся в кардиологическом и пульмонологическом отделениях областной клинической больницы г. Нижнего Новгорода за период с 2003 по 2007 год. При жизни диагноз был установлен у 50 больных и у 40 больных — посмертно. Основную часть (75 человек) составили пациенты старше 40 лет. У большинства больных ТЭЛА развивалась на фоне тяжелой сердечной недостаточности, у 10 пациентов — на фоне онкопатологии. У 43 человек имелись симптомы хронической венозной недостаточности нижних конечностей. В диагностике ТЭЛА использовались клинические, электрокардиографические, рентгенологические и эхокардиографические признаки, а также уровень Д- димеров.

Результаты: анализ заболеваемости ТЭЛА по годам показал её рост от 0,7% в 2003 году до 7,6% в 2007 году. Из клинических симптомов наиболее часто встречались одышка (82% случаев), кашель (48% случаев), боли в грудной клетке (30% случаев), кровохарканье (22% случаев). Боли за грудиной стенокардического характера отмечались у 12% больных, а тахикардия — у 38%. У 48% больных наблюдались отеки нижних конечностей и у 22% — боли в правом подреберье. При ЭКГ — исследовании признаки перегрузки правых отделов сердца выявлялись лишь у 34% больных, нарушения ритма и проводимости — у 48%. Более информативны были результаты рентгенологического исследования легких. Так, у 52% больных выявлялось расширение корней легких и легочной артерии, инфаркт легкого либо инфарктная пневмония диагностировались в 42% случаев, симптом Вестермарка выявлялся у 18% больных. При эхокардиографическом исследовании у всех больных с ТЭЛА наблюдалась выраженная легочная гипертензия, а также дилатация правого желудочка (у 29% обследованных), расширение легочной артерии (у 25%), недостаточность трикуспидального клапана (у 48%). Тромб в просвете легочной артерии был обнаружен только в 2% случаев. У всех больных уровень Д- димеров превышал 500 мкг/л. У 40 больных с нераспознанной при жизни ТЭЛА фигурировали следующие клинические диагнозы: инсульт (у 12 больных), инфаркт миокарда (у 15 больных), пневмония (у 10 больных), ХОБЛ (у 3 больных). К нераспознанию ТЭЛА в наших наблюдениях привели «стёртая» клиническая симптоматика и невозможность проведения ангиопульмонографии из-за недостаточной технической оснащённости медицинского учреждения.

Выводы. 1. При высокой распространённости в клинике внутренних болезней ТЭЛА остается диагностически трудным заболеванием. 2. Для улучшения диагностики ТЭЛА важно оценивать факторы риска венозного тромбоза и, наряду с рутинными методами обследования, при технической оснащённости медицинского учреждения проводить ангиопульмонографию.

0794 КАСКАДНАЯ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИЯ В КОРРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Сальченко В.А., Дуляков Д.В., Кудраleeва Р.Р., Кузьмин В.П., Скуратова М.А., Гусева Г.Н., Хохлунов С.М.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Липопротеида (а) [Лп(а)] является независимым фактором риска возникновения инфаркта миокарда, инсульта, рестеноза после реконструктивных операций на сердце.

Цель исследования. Оценить эффективность каскадной плазмодифiltrации (DFPP) в коррекции дислипидемии, у пациентов после перенесенной реваскуляризации миокарда и уровнем Лп(а) > 60 мг/дл.

Материал и методы: Под наблюдением находилось 26 больных после перенесенных операций реваскуляризации миокарда (АКШ-21, ЧКВ-5, (24 мужчин, 2 женщины), возраст $55 \pm 7,3$ года. В анамнезе перенесенный инфаркт миокарда — 68%, артериальная гипертензия — 57%. Пациентов рандомизировали на две группы. Больным первой группы (n=16) проводилась традиционная фармакотерапия, включающая розувастатин 10 мг/сут. Пациентам 2-й группы (n=10) дополнительно проводились сеансы DFPP на аппарате Octo Nova. Использовали плазмменные фильтры Plasmflo OP-05, вторичный фильтр — Cascadeflo 50EC-W. Всего проведено 118 сеансов. Сеансы выполнялись ежемесячно, в течение 12 месяцев. Каждый пациент получил 12 сеансов. За сеанс проводилась обработка 1 объема циркулирующей плазмы.

Результаты исследования. Применение розувастатина 10 мг/сутки в течение первых 4 недель позволило достичь уровня ХС ЛНП <100 мг/дл у 48,5%, <70 мг/дл у 7,7% больных. В течение последующих 52 недель наблюдения уровень ХС ЛНП оставался в пределах 109 ± 35 мг/дл. Уровень Лп(а): исходно 102 ± 47 мг/дл в течение 52 недель наблюдения оставался практически без изменений 99 ± 43 мг/дл (p=н.д.).

Включение в комплексную терапию DFPP сопровождалось быстрым, снижением уровня ОХС с $189,7 \pm 43,5$ до $72,1 \pm 26,9$ мг/дл (-62%), ХС ЛНП с $109,4 \pm 18,7$ до $47 \pm 8,1$ мг/дл (-57%), ТГ с $142,7 \pm 78,41$ до $67,1 \pm 36,9$ мг/дл (-53%), Лп(а) с $115,3 \pm 41,7$ до $45 \pm 16,3$ мг/дл (-61%), фибриногена с $4,5 \pm 1,4$ до $2,02 \pm 0,8$ г/л (-45%) (p<0,005). Уровень ХС ЛВП достоверно не изменялся $41,5 \pm 16,9$ и $39,8 \pm 16,2$ мг/дл.

Выводы. У пациентов после перенесенных операций реваскуляризации миокарда проведение DFPP, на фоне стандартной фармакотерапии позволяет быстро достичь целевых уровней липидов ХС ЛНП <70 мг/дл, Лп(а), снизить уровень фибриногена.

0795 ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СУБ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА

Самитин В.В.

Кафедра эндокринологии Саратовского ГМУ, Саратов, Россия

Цель исследования — изучить концентрации плазменных факторов сердечно-сосудистого риска у больных с СГ.

Материалы и методы исследования. В рандомизированное исследование были включены 48 пациентов, у которых СГ (ТТГ >4,0 мкМЕ/мл при нормальном уровне f_{T_4}) развился в исходе хронического аутоиммунного тиреоидита, и 24 лица контрольной группы без тиреоидной патологии. Пациенты с СГ были рандомизированы в 2 группы — пациентам Группы 1 (26 человек) был назначен L-тироксин в дозе 25-75 мкг/кг для достижения нормального уровня ТТГ; пациенты Группы 2 (22 человека) не получали заместительной терапии.

Не было выявлено различия групп СГ и контрольной группы по уровням ЛПВП, ТГ, hCRP, vWF и гомоцистеина. Уровни ХС и ЛПНП исходно были значимо выше в обеих группах пациентов с СГ, причем только в Группе 1 было отмечено статистически значимое снижение уровня как ХС ($5,1(1,4)$ ммоль/л vs $6,24(1,3)$ ммоль/л, p<0,05), так и ЛПНП ($3,28(0,62)$ ммоль/л vs $4,18(1,2)$ ммоль/л,

$p < 0,05$) в момент окончания наблюдения. Уровни ADMA в группах больных с СГ были значительно выше, чем в группе контроля; концентрация ADMA в Группе 1 в момент завершения исследования статистически значимо снизилась ($1,84(0,36)$ мкмоль/л vs $3,48(0,41)$ мкмоль/л, $p < 0,01$), приближаясь к уровню контрольной группы. Было выявлено существенное повышение уровней PAI-1 при СГ: $49,3(21,4)$ нг/мл в Группе 1 vs $8,4(6,9)$ нг/мл в группе контроля, $p < 0,01$, и $46,5(24,6)$ нг/мл в Группе 2 ($p < 0,01$ vs контроль). В Группе 1 по истечении 24 недель заместительной терапии было отмечено значительное уменьшение уровня PAI-I: $24,6(12,7)$ нг/мл против исходных $49,3(21,4)$ нг/мл, $p < 0,01$.

Выводы. У пациентов с СГ выявлено повышение общего ХС, ЛПНП, а также таких маркеров сердечно-сосудистого риска, как ADMA, PAI-I; уменьшение уровня данных маркеров при восстановлении эутиреоза может свидетельствовать в пользу назначения заместительной терапии при СГ.

0796 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЦА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Самохвалова Е.В., Фолякин А.В., Гераскина Л.А.

Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучить динамику восстановления нарушенных неврологических функций в зависимости от состояния вегетативной регуляции сердца у больных в остром периоде ишемического инсульта (ИИ).

Методы. Обследовано 95 больных (62 мужчины и 33 женщины, средний возраст 61 ± 11 лет) с острым ИИ и давностью развития очаговой неврологической симптоматики не более 3-х суток. Выраженность нарушения неврологических функций оценивали с помощью Скандинавской шкалы при поступлении и по окончании острого периода ИИ (21-е сутки). О состоянии вегетативной регуляции судили на основании показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР), для чего использовали холтеровское мониторирование ЭКГ (Кардиотехника-04, ИНКАРТ, Санкт-Петербург) с прицельным изучением стандартного отклонения NN интервалов (SDNN) за все сутки. Исследование ВСР проводилось дважды: в остром периоде ИИ (1-4 сутки) и по окончании острого периода (21-22 сутки). Контрольная группа включала 30 практически здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту.

Результаты. При проведении корреляционного анализа установлены статистически значимые ассоциации между показателем суммарной вегетативной активности (SDNN) и степенью неврологического дефицита по Скандинавской шкале в остром периоде ИИ и в конце его острой фазы. Коэффициент корреляции (по Spearman) свидетельствовал о наличии прямой связи между значениями SDNN и тяжестью неврологического дефицита в остром периоде ИИ ($R = 0,30$, $p = 0,002$) и к концу острого периода ($R = 0,35$, $p < 0,001$), что подтверждает физиологическую взаимосвязь между изменениями ВСР и выраженностью неврологического поражения. Кроме того, выявлена прямая связь ($R = 0,38$, $p < 0,001$) между SDNN при поступлении и тяжестью неврологического дефицита по окончании острого периода ИИ.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о прогностической значимости показателей ВСР в остром периоде инсульта. Чем ниже суммарная вегетативная активность, тем меньше адаптационные возможности сердечно-сосудистой системы и более медленно протекает восстановление утраченных неврологических. Следовательно, при ранней реабилитации пациентов с ИИ необходимо учитывать имеющиеся нарушения вегетативной регуляции и включать методики, направленные на повышение активности вегетативной нервной системы и адаптации сердечно-сосудистой системы к нагрузкам. Реабилитационные программы могут быть интенсифицированы за счет использования современных высоких медицинских технологий (компьютеризированные вертикализаторы) и начинаться в максимально возможные ранние сроки.

0797 АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Самохвалова Е.В., Фолякин А.В., Гераскина Л.А.

Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучить динамику основных параметров вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных в остром периоде ишемического инсульта (ИИ) в зависимости от наличия и выраженности атеросклеротического поражения сонных артерий (СА).

Методы. Обследовано 95 больных (62 мужчины и 33 женщины, средний возраст 61 ± 11 лет) с острым ИИ и давностью развития очаговой неврологической симптоматики не более 3-х суток. С помощью дуплексного сканирования («ACUSON XP 10», США) оценивали выраженность атеросклеротических изменений СА (утолщение комплекса «интима-медиа», наличие атеросклеротических бляшек, степень стеноза). Вегетативную регуляцию сердца изучали методом холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ (Кардиотехника 04, ИНКАРТ, Санкт-Петербург) с определением стандартного отклонения NN интервалов (SDNN), мощности высокочастотных (HF), низкочастотных (LF) и очень низкочастотных (VLF) колебаний за сутки. ХМ проводилось дважды: в острейшей фазе ИИ (1-4 сутки) и по окончании его острого периода (21-22 сутки). Контрольная группа включала 30 практически здоровых лиц, сопоставимых с основной группой по полу и возрасту.

Результаты. По результатам дуплексного сканирования больные были разделены на 2 группы: 1-ую группу составили 24 (25%) больных, не имевших признаков атеросклероза СА; 2-ую группу — 71 (75%) больной с различной степенью выраженности атеросклероза СА. В обеих группах пациентов в острейшем периоде ИИ зарегистрировано снижение суммарной вегетативной активности (SDNN): $119(79; 136)$ мс и $102(82; 129)$ мс, соответственно ($p < 0,05$ по сравнению со значениями контрольной группы — $141(121; 161)$ мс), при этом различий между показателями 1-й и 2-й групп не обнаружено. К концу острого периода ИИ в 1-й группе основные показатели ВСР сохранялись на прежнем уровне. Во 2-й группе в динамике наряду с небольшим увеличением SDNN до $108(91; 132)$ мс ($p < 0,05$) зарегистрировано снижение HF с $75(39; 163)$ мс² до $46(28; 99)$ мс² ($p < 0,05$), LF с $255(122; 418)$ до $173(104; 365)$ мс² ($p < 0,01$) и VLF с $981(595; 1504)$ мс² до $809(536; 1218)$ мс² ($p < 0,01$). Влияния степени атеросклеротического поражения СА на ВСР не выявлено.

Выводы. У пациентов с ИИ и атеросклеротическим поражением СА (вне зависимости от степени стеноза) имеются стойкие изменения вегетативной регуляции сердца в виде уменьшения парасимпатических, симпатических и гуморально-метаболических влияний. С целью улучшения прогноза и уменьшения риска отдаленных сердечно-сосудистых осложнений этой категории больных в перечень рекомендуемых препаратов для базисной терапии необходимо включать средства, позитивно влияющие на ВСР (статины, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, антагонисты ангиотензиновых рецепторов, бета-адреноблокаторы, омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты).

0798 ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сапожникова И.Е., Зотина Е.Н., Тарловская Е.И., Введенская Т.П.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия», ОГЛПУ «Кировская областная клиническая больница», Киров, Россия

Цель исследования: изучить особенности внутренней картины болезни и выраженности алекситимии у пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования: Обследовано 132 пациента с СД 2 типа (105 (79,5%) женщин и 27 (21,5%) мужчин, госпитализированных в специализированное отделение. Проводились опрос, антропоме-

трическое исследование, определение уровней гликозилированного гемоглобина (HbA_{1c}), гликемии, холестерина, триглицеридов. Внутренняя картина болезни исследовалась по личностному опроснику Бехтеревского института (ЛОБИ), выраженности алекситимии — по Торонтской алекситимической шкале (TAS).

Результаты. У 121 (91,7%) пациентов с СД 2 типа имела артериальная гипертензия. Возраст обследованных пациентов составил 56 [52; 62,5] лет, индекс массы тела (ИМТ) — 32 [28,4; 35,6] кг/м². Выявлен декомпенсированный углеводный обмен: HbA_{1c} 8,1 [7,0; 10,2]%. У пациентов с СД 2 типа более частыми были гипернозогностические варианты реагирования на соматическое заболевание (50%); у 45,5% пациентов — гипонозогностические варианты, у 4,5% — гармонический тип реагирования на болезнь. У пациентов с СД 2 типа выявлен повышенный уровень алекситимии: 72 [66; 79] баллов. Пациенты без гипонозогностических реакции оказались лучше информированы о своем заболевании. У пациентов с СД 2 типа и гипернозогностическими вариантами внутренней картины болезни значимо чаще встречались диабетическая ретинопатия и энцефалопатия. Уровень алекситимии был выше у пациентов с гипернозогностическими вариантами реагирования на заболевание. Не найдены ассоциации между выраженностью алекситимии и характеристиками соматического статуса (уровень АД, HbA_{1c}, гликемия, липидный спектр).

Выводы:

- 1) У пациентов с СД 2 типа более часто выявлялись гипернозогностические варианты реагирования на соматическое заболевание.
- 2) У пациентов СД 2 типа и гипернозогностическими вариантами внутренней картины болезни чаще выявлялись диабетическая ретинопатия и энцефалопатия.
- 3) У пациентов с СД выявлены повышенный уровень алекситимии.
- 4) Наличие гипернозогностических вариантов внутренней картины болезни сочеталось с большей выраженностью алекситимии.

0799 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Сапожникова И.Е., Тарловская Е.И., Ануфриева Е.Н., Соболев А.А., Родыгина Е.В.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава», ОГПУ «Кировский областной эндокринологический диспансер», Киров, Россия

Цель исследования: оценить частоту встречаемости депрессивных нарушений и качество жизни в группе пациентов с сахарным диабетом (СД) типа 2.

Методы исследования: в опросе 200 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа участвовали 10 врачей-эндокринологов. Использовались анкетный метод, антропометрия, исследование углеводного и липидного обмена. Для выявления депрессии применялась Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований CES-D. Для исследования качества жизни пациентов использован опросник SF-36.

Результаты: Обследованные пациенты (77% женщин, 23% мужчин) в основном (65,5%) проживали в областном центре. Гипертоническая болезнь зарегистрирована у 83% пациентов. Отсутствие симптомов депрессии по Шкале CES-D выявлено в 56,5%, депрессия легкой степени — в 31,5%, средней степени — в 5%, тяжелой степени — в 7%. Депрессия выявлена чаще у женщин: 48,7% (у мужчин в 28,5%, $p=0,023$); депрессия средней и тяжелой степеней не зависела от пола. Не выявлена ассоциация депрессии с компенсацией углеводного обмена. Обнаружены прямые корреляции между хроническими осложнениями СД, ишемической болезнью сердца (ИБС) и наличием депрессии ($p<0,05$). Показатель физического компонента здоровья составил 48,68 [42,67; 55,46], психического компонента здоровья — 42,24 [35,93; 49,17]. Для физического компонента выявлены отрицательные связи слабой силы с возрастом, систолическим АД, окружностью талии, количеством препаратов, рекомендованных для постоянного приема. Для психического компонента не найдены корреляции с обследованными параметрами, характеризующими соматический статус. Выявлены отрицательные

корреляции между шкалами SF-36, физическим и, особенно, психическим компонентами здоровья и баллом по шкале CES-D. У пациентов с хроническими осложнениями диабета значение физического компонента здоровья и его компонентов было значимо ниже, чем у пациентов без осложнений.

Выводы:

- 1) В выборке пациентов с СД 2 типа депрессия выявлена в 43,5%.
- 2) Депрессивные нарушения чаще встречались у женщин; частота депрессивных расстройств средней и тяжелой степеней не зависела от пола.
- 3) Обнаружена ассоциация депрессии с наличием хронических осложнений СД и ИБС.
- 4) Физический компонент здоровья был достоверно ниже у пациентов с наличием поздних осложнений СД.
- 5) Физический и, особенно, психический компоненты здоровья снижались при наличии депрессии.

0800 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАРДОСТЕН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ

Сапрыкина М.В., Чернов Ю.Н., Эпштейн О.И., Сергеева С.А., Батищева Г.А., Юденкова И.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: оценка эффективности назначения сверхмалых доз антител к С-концевому фрагменту АТ₁-рецептора Ангиотензина II (препарат Кардостен) у больных хронической сердечной недостаточностью

Методы: группу наблюдения составили 11 больных ИБС с признаками хронической сердечной недостаточности II-IV ФК, ср. возраст 59±4,1 лет, получавших препарат Кардостен по 1 табл. 3 раза в сутки. Всем пациентам проводилось комплексное медикаментозное лечение, за исключением лекарственных средств группы блокаторов рецепторов ангиотензина. Оценка эффективности терапии осуществлялась через 3 и 6 месяцев терапии с учетом клинического состояния, анкетирования пациентов по шкале ШОКС, показателей эхокардиографического исследования, определения ригидности сосудистой стенки (комплекс «АЦПКО», РФ) и выраженности эндотелийзависимой вазодилатации при проведении окклюзионной пробы (комплекс «Ангиоскан», РФ).

Результаты: на фоне проводимой терапии установлено улучшение показателей сократимости миокарда, что сопровождалось увеличением фракции выброса через 3 мес. наблюдения — на 24,5 % ($p<0,05$), через 6 мес. наблюдения — на 29% ($p<0,05$). Положительная динамика морфофункциональных параметров миокарда проявлялась уменьшением объемных показателей левого желудочка — КДО с 172,1±24,8 мл до 159,1±15,5 мл, КСО с 92,9±20,3 мл до 59,9±9,1 мл при увеличении ударного объема с 74,8±10,4 мл до 99±8,2 мл. В результате лечения отмечена тенденция к снижению МЖП с 11,7±0,79 мм до 10,8±0,4 мм, что связано с уменьшением гипертрофии миокарда. Проводимая терапия на показатели АД существенно не оказывала, однако через 6 месяцев установлено достоверное уменьшение индекса жесткости сосудистой стенки (SI) на 17,6% ($p<0,05$), индекса отражения пульсовой волны (RI) на 14,8 % ($p<0,05$), а при проведении окклюзионной пробы — увеличение эндотелийзависимой вазодилатации с повышением индекса сосудистой реакции с 1,0±0,07 усл.ед до 1,3±0,06 усл.ед ($p<0,01$). В результате проводимой терапии у пациентов возрастала толерантность к нагрузке, показатели по шкале ШОКС снижались с 6,45±0,2 баллов до 4,0 ± 0,16 баллов ($p<0,01$), что указывало на изменение функционального класса ХСН с III ФК до II ФК.

Выводы: включение в комплексную терапию пациентов с ХСН сверхмалых доз антител к С-концевому фрагменту АТ₁-рецептора ангиотензина II (Кардостен) улучшает клиническое состояние больных с возможностью повышения функционального класса. При этом проводимая фармакотерапия обеспечивает улучшение морфофункциональных параметров сердца с увеличением фракции выброса на 24-29%, способствуя снижению процессов сосудистого ремоделирования.

0801 ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ИБС: РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Сапрыкин И.П., Краюшкин С.И., Чернышев Е.П., Колесникова И.Ю.
Волгоградский государственный медицинский университет,
Волгоград, Россия

Исследование посвящено получению достоверной информации о применении гиполипидемических препаратов у больных ИБС на территории Волгоградской области.

Основой исследования стал ретроспективный анализ историй болезни пациентов со стенокардией, госпитализированных в стационары Волгоградской области. Случайным образом были выбраны 5 кардиологических и 9 терапевтических отделений. При изучении вопроса и проведении аналитических расчетов были проанализированы 2081 история болезни. В исследование были включены все больные с диагнозом «стенокардия», госпитализировавшиеся в данные медицинские учреждения в течение 6 месяцев. Никаких иных ограничений для включения в исследование по возрасту, сопутствующим заболеваниям, а также медикаментозной терапии не предполагалось. Ведение 64% больных ИБС осуществлялось врачами — кардиологами, остальные пациенты — 36% наблюдались врачами терапевтами.

Средний возраст больных составил $62,3 \pm 0,2$ лет, мужчин было 63,1%, а женщин — 36,9%. Средняя длительность заболевания составила $7,1 \pm 0,1$ лет, средняя продолжительность одной госпитализации $13,7 \pm 0,1$ дней. ФК стенокардии равнялся в среднем $2,5 \pm 0,02$ (от I до IV). 19,3% пациентов первоначально госпитализировались с нестабильной стенокардией. ИМ ранее перенесли 56,4% больных. ХСН осложнила течение заболевания у 93,3% пациентов ИБС. Артериальная гипертония имела место у 84% больных, сахарный диабет — у 10,5%. У 2% больных ранее проводилась реваскуляризация миокарда.

Гиполипидемические лекарственные средства использовали 24,6% больных, из них 42,8% получали препараты данной группы до госпитализации, однако, при поступлении в стационар повышенный уровень ОХС или ХС-ЛПНП был отмечен у 81,3% пациентов данной группы. Частота назначений гиполипидемических препаратов варьировала от 15,3% в городских больницах до 46,6% в ВОКЦ. Доминирующим препаратом в данной группе лекарственных средств был симвастатин, его использовали от 59,4% до 70% в зависимости от медицинского учреждения.

Гиполипидемические лекарственные средства были представлены следующими препаратами: симвастатин ($14,9 \pm 0,3$ мг/сут) — 66,6%; ловастатин ($14,8 \pm 0,8$ мг/сут); флувастатин (40 ± 0 мг/сут) — 0,4%; аторвастатин ($12,4 \pm 0,6$ мг/сут) — 18,8%; липантил (200 ± 0 мг/сут) — 2,7%.

На основании полученных данных можно заключить, что, в сравнении с результатами исследования АТР-survey (17,1%), частота использования гиполипидемических препаратов увеличилась. Однако, этот показатель в 2 раза ниже европейского (Euro Heart survey). Целевой уровень ОХС и ХС-ЛПНП не был достигнут в 81,3% случаев. Значительное влияние на частоту назначений препаратов данной группы оказывал тип медицинского учреждения, контингент пациентов, а так же степень приверженности практикующих врачей к современным рекомендациям.

0802 ИНФАРКТ МИОКАРДА СРЕДИ ЖЕНЩИН — ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТОТА, НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ

Сарбашева З.М., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М.Бербекова,
Нальчик, Россия

Цель: установить эпидемиологическую и клиническую частоту инфаркта миокарда среди женщин региона.

Материал и методы: осуществлены профилактическое обследование 468 работающих женщин 20–60 лет стандартизованными методами (ВОЗ, ГНИЦ ПМ) и анализ заболеваемости инфарктом миокарда за 2004–2008 гг.

Результаты: эпидемиологические варианты ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда, а также основных факторов риска атеросклероза среди работающих женщин оказались достаточно высокими и зависели как от возраста, так и характера производственной деятельности. Так, в младшей группе (20–40 лет) частота инфаркта миокарда (2,8%), возможной и определенной ишемической болезни сердца (8,5%), артериальной гипертонии (27,9%), низкой физической активности (67,2%), избыточной массы тела (35,3%) и дислипидемий (40,2%) достоверно была ниже при сравнении с аналогичными величинами женщин старшей группы (41–60 лет): 19,6, 27,9, 59,5, 76,8, 61,4 и 64,7% соответственно. Примечательно, что в целом лишь 1/3 обследованных женщин была информирована о наличии артериальной гипертонии, единицы (6,9%) — об ишемической болезни сердца и никто не знал о перенесенном инфаркте миокарда, что вкупе с частотой низкой физической активности, избыточной массы тела и дислипидемий демонстрируют высокий кардиоваскулярный риск.

Анализ заболеваемости женщин инфарктом миокарда за 5 лет обнаружил её колебания (от 22,6 до 39,4%) в общей структуре пациентов. При этом, частота инфаркта миокарда в молодом возрасте (27–40 лет) составила 0,95%. Максимальные уровни заболеваемости обнаружены у 54–65 (43,5%) и 70–79-летних (47,3%) женщин. Повторный инфаркт миокарда зарегистрирован практически в четверти случаев (18,9%) преимущественно среди лиц перименопаузального периода (45–54 лет). Отмечена тенденция к росту ИМ за анализируемый период, а также увеличение числа больных трудоспособного возраста. Значительной оказалась распространенность факторов риска атеросклероза среди женщин с инфарктом миокарда: артериальной гипертонии (75,0%), низкой физической активности (82,5%), избыточной массы тела (67,5%) и дислипидемий (75,0%). На основе полученных данных сформирована компьютерная база данных «Основные сердечно-сосудистые заболевания среди женщин, медико-психологический мониторинг».

Заключение: представленные результаты свидетельствуют о достаточно высокой эпидемиологической и клинической частоте инфаркта миокарда среди работающих женщин, что, по-видимому, связано с напряженной ситуацией в отношении факторов риска атеросклероза, а также недостаточным откликом выполнять рекомендации по изменению образа жизни. Следовательно, активное выявление и адекватная коррекция факторов риска в сочетании с образовательным проектом может обеспечить благоприятные условия профилактики инфаркта миокарда среди женщин.

0803 ОПЫТ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST НА ЭКГ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТ.МУРОМ

Сафилулова И.А.

НУЗ «Отделенческая больница на ст. Муром ОАО РЖД», Муром,
Россия

Цель: изучить влияние раннего применения статинов на ближайший и отдаленный прогноз у больных острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST) на ЭКГ.

Методы: обследовано 122 больных (соотношение мужчин и женщин 82:40, средний возраст больных $59,9 \pm 7,5$) с ОКСБПST. Диагноз устанавливали на основании результатов клинических, электрокардиографических и биохимических исследований в соответствии с рекомендациями ВНОК (2004 г.).

Все больные были разделены на 2 группы — основную (94 чел.), которые с первого дня поступления получали препарат класса статинов (31 чел. — ловастатин (Медостатин — Медокеми, Кипр) 20–40 мг/сутки, 32 чел. — симвастатин (Симвор-Ranbaxy, Индия или Вазилип- KRKA, Словения) 20–40 мг/сутки, и 31 пациент — розувастатин (Крестор — АстраЗенка) 10–20 мг/сутки.) и группу сравнения (28 человек), не получавшие статины в дополнении к стандартной терапии.

Контроль за безопасностью приема препаратов осуществлялся методом опроса и наблюдением за уровнем трансаминаз и креатинфосфокиназы крови.

Результаты: При оценке частоты развития первой комбинированной конечной точки (смерть/нефатальный ИМ/рефрактерная стенокардия) за 14 дней госпитального лечения была получена достоверная разница показателя в группах сравнения (9,57% против 28,6% ($P < 0,05$)). При сравнении частоты возникновения второй комбинированной конечной точки «смерть/нефатальный ИМ/госпитализация по поводу нестабильной стенокардии» через 6 месяцев наблюдения не было выявлено достоверных различий, через 12 мес. в группе вмешательства возникновение второй комбинированной конечной точки отмечалось достоверно реже, чем в группе контроля ($P = 0,006$). Возникновение событий третьей комбинированной конечной точки «смерть/нефатальный ИМ» в группе статинов оказалось достоверно ниже через 1 год наблюдения, хотя через 6 мес. достоверных различий зафиксировано также не было. Большая частота выявленных побочных эффектов отмечена в группе пациентов, принимавших розувастатин, где изменение биохимических маркеров (в виде увеличения уровня АСТ, АЛТ) наблюдалось у 4 (12,9%) человек и потребовало отмены препарата у 2-х из них. Повышения активности КФК в плане возможной миопатии более одного верхнего предела нормы не наблюдалось ни в одной группе.

Выводы: Таким образом, по нашим данным, статины при назначении с первых суток острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST на ЭКГ позволяют снизить риск осложнений госпитального периода заболевания, а в постгоспитальном периоде уменьшить частоту повторной дестабилизации ИБС с развитием

инфаркта миокарда, нестабильной стенокардии. В адекватной дозировке изученные нами препараты показали сопоставимую клиническую эффективность, оказались безопасными и хорошо переносились больными.

0804 ХАРАКТЕР ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Сейтмуллова Г.А., Овезова Г.К.

Диагностический центр, ТГМИ, Ашхабад, Туркменистан

Цель. Анализ информативности электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭхоКГ) показателей при хроническом холецистите.

Методы исследования. Нами обследовано 137 больных с хроническим холециститом в возрасте от 18 до 65 лет, в том числе 96 женщин и 41 мужчина. Диагноз хронического холецистита устанавливался по общепринятым критериям. Клинически у 80% больных имели место боли в проекции желчного пузыря, горечь во рту, тошнота, метеоризм, запоры, слабость. Основные этиологические факторы болезни — погрешности в диете, прием алкоголя, обострение сопутствующей патологии, ОРЗ, грипп. Давность заболевания была от 6 месяцев до 22 лет. На УЗИ желчного пузыря обнаружены камни у 42 больных, стенки желчного пузыря уплотнены у 111 больных, стенки органа были с удвоенным контуром и признаками обострения у 37 больных. У 21 больного имели место перегибы желчного пузыря, меняющиеся при изменении положения тела. ЭКГ проводили при помощи одноканального электрокардиографа (Аксион-ЭКГ-1Т) общепринятым методом в 12 отведениях, эхокардиографию на аппарате УЗИ (Алока 1700).

Полученные результаты. На ЭКГ больных хроническим холециститом были выявлены следующие изменения: снижение вольтажа комплекса QRS — 49%; слабо (-) Т, снижение зубца Т в V1-V6 отведениях — 23%; неполная блокада правой ножки пучка Гисса — 14%; синусовая тахикардия — 17%; синусовая брадикардия — 11%; дистрофические изменения миокарда — 27%; аритмия — 19%; ишемия миокарда — 37%. Для выявления происхождения тахикардии были проведены дополнительные фармакологические пробы с анаприлином и нитроглицерином. У большинства обследованных на ЭКГ имели место диффузные нарушения процессов реполяризации и изменения атриовентрикулярной проводимости в виде его замедления (патент №383).

Анализ данных ЭхоКГ показал признаки уплотнения стенок аорты у 16% больных. Левое предсердие у всех больных было в пределах возрастных норм. У больных с хроническим калькулезным холециститом обнаружено снижение глобальной сократимости левого желудочка до 49-57% (в норме 60% и выше). У 18% больных обнаружен пролапс митрального клапана (15% — без нарушения гемодинамики, у 2% — митральная регургитация). Со стороны трехстворчатого, аортального клапанов и легочной артерии патологии не выявлено. Структурных изменений перикарда среди обследованных больных не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, изучение характера ЭКГ и ЭхоКГ данных показал необходимость дублирования этих методов в диагностике хронического холецистита. Комплексное использование ЭКГ и ЭхоКГ в качестве скрининг тестов способно значительно повысить уровень и качество диагностики билиарной патологии.

0805 КЛИНИКО — ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ

Сейсембеков Т.З., Искакова Б.К., Шаймарданова Г.М., Кенжина З.З. АО «Медицинский университет Астана» и ННМЦ МЗ РК, Астана, Казахстан

Цель исследования. Оптимизация дифференциально-диагностического поиска при остром коронарном синдроме (ОКС) по клинико-функциональным и морфологическим проявлениям заболевания.

Материал и методы исследования. Морфологическое, гистохимическое и морфометрическое исследования аутопсийного материала проведены у 22 больных умерших от внезапной коронарной смерти (ВКС) и 42 — от острого инфаркта миокарда (ИМ). Данные этих результатов в сопоставлении с клинико-функциональными показателями больных обработаны методом многомерного статистического анализа.

Результаты. Во всех случаях выявлены выраженные атеросклеротические изменения в коронарных сосудах по типу атероматоза и атерокальциноза. Как при ишемической стадии ИМ, так и ВКС выявлены идентичные изменения: распространенная ишемия миокарда, контрактурные повреждения и фрагментация кардиомиоцитов. Определялись паретическое расширение капилляров (45%), отек интерстициальной ткани (43%), исчезновение поперечной исчерченности мышечных волокон (13%) неравномерное кровенаполнение, стаз эритроцитов в капиллярах и лейкодиapedез (10%) и пр. Учитывая сложность верификации ишемической стадии ИМ и ВКС, предпринята попытка их математического моделирования, для чего первоначально были отобрано 59 клинико-функциональных и морфологических показателей, имеющих доказательную или предположительную связь с развитием летального исхода при ОКС.

Получены значения λ — Вилкса = 0,002, χ^2 — теста = 24,43 при $p = 0,002$, что свидетельствовало о достоверности различий взятых показателей при дифференциальной диагностике ишемической стадии ИМ и ВКС. Значение канонической дискриминантной функции вычисляется для каждого случая по формуле, которая представлена линейным уравнением следующего вида:

$$Df = -57,3 + 5,37 \cdot K1 - 0,96 \cdot K2 + 1,74 \cdot K3 - 4,15 \cdot K4 - 2,11 \cdot K5 - 2,93 \cdot K6 + 6,8 \cdot K7 + 2,62 \cdot K8 + 5,23 \cdot K9$$

где K1 — ишемия передне-перегородочного сегмента ЛЖ; K2 — ишемия задней стенки ЛЖ; K3 — синусовая тахикардия; K4 — желудочковая тахикардия; K5 — фибрилляция желудочков; K6 — отрицательный зубец Т (ЭКГ); K7 — фрагментация кардиомиоцитов; K8 — дистрофия кардиомиоцитов; K9 — воспалительная инфильтрация.

Расчетные значения центроидов для ВКС составили от 0 до -18,9, для ишемической стадии ИМ от 0 до +18,9.

Для принятия диагностического решения необходимо сложить с учетом знака произведения коэффициентов на значения тех признаков, которые имеют место в конкретном случае. По величине дискриминантной функции в соответствии с рассчитанными значениями центроидов диагностируется ишемическая стадия ИМ или ВКС.

Разработанный способ диагностики содержит небольшое число клинических и морфологических показателей, несложен и удобен для использования в практической работе.

0806 СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ ПРИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сейсембеков Т.З., Исакова Б.К., Мукаров М.А., Кенжина З.З.

АО «Медицинский университет Астана» и ННМЦ МЗ РК, Астана, Казахстан

Цель исследования — оценить прогностическую значимость изменений в состоянии перекисного окисления липидов (ПОЛ), окислительного метаболизма белков (ОМБ) и гомоцистеинемии (ГЦ) в прогрессировании коронарной болезни сердца (КБС).

Методы исследования: общеклиническое обследование, включая коронарографию; в плазме крови определяли уровень диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА) активность каталазы (КТ). Интенсивность ОМБ оценивали по содержанию кетон (КДФГ) и альдегид (АДФГ) динитрофенилгидразонов основного и нейтрального характера по методике Дубининой Е.Е. (1993); уровень эндогенной интоксикации — по содержанию тирозина (ТЗП) и триптофансодержащих протеинов (ТРП), непептидных компонентов по методу Гаврилова В.Б. и соавт. (2004).

Результаты. Обследовано 173 больных КБС. При остром коронарном синдроме (ОКС) оказались достоверно высокими показатели ПОЛ по концентрации ДК и МДА и низким значение КТ как при инфаркте миокарда (ИМ), так и при нестабильной стенокардии (НС) по сравнению с больными стабильной стенокардии (СТ). В динамике наблюдения, к исходу 6 месяца, концентрация ДК снизилась на 21,8%, МДА на 25,5%, значения КТ, наоборот, увеличились на 26,7%. С увеличением тяжести клинического течения КБС возрастает спонтанная и металл-катализируемая ОМБ: если при НС имеет место увеличение продуктов фрагментации и агрегации белковых молекул, то с развитием ИМ в большей степени аккумулируются катаболиты металл-катализируемого ОМБ основного характера, свидетельствующие об агрегации белков. Проследивается зависимость ОМБ от концентрации ГЦ в плазме крови больных КБС. Увеличение содержания в плазме ГЦ, уже при умеренных значениях в сравнение с подгруппой, где концентрация ГЦ не превышает норму, сопряжено с повышением концентрации кетон — (КДФГ) и альдегид (АДФГ) динитрофенилгидразонов нейтрального и основного характера. Так, при спонтанной ОМБ различия достоверны при λ 356 нм, λ 370 нм, λ 430 нм. При металл-катализируемой ОМБ различия значимы при λ 370 нм ($p < 0,05$), особенно выражены при λ 430 нм и λ 530 нм ($p < 0,001$), соответственно. С увеличением концентрации ГЦ в плазме возрастает также содержание тирозинсодержащих (ТЗП) и триптофансодержащих белков (ТРП) и непептидных компонентов (НПК). В сравнении с подгруппой больных, имеющих нормальные значения ГЦ, уровень ТЗП при выраженной гиперГЦ выше в 4 раза, ТРП в 2,1 раза и НПК в 5,7 раз.

Таким образом, гипергомоцистеинемия (ГГЦ) сопровождается окислительной модификацией макромолекул с дисбалансом в системе ПОЛ — АОЗ и ОМБ. Кумуляция АДФГ и КДФГ нейтрального и основного характера в плазме крови доказывает, что при ОКС имеет место структурная реорганизация белков, сопровождающаяся как их агрегацией, так и фрагментацией с распадом на более низкомолекулярные компоненты. Следовательно, ГГЦ индуцирует окислительное повреждение белков наряду с нарушением в системе ПОЛ и АОЗ, увеличивает концентрации низкомолекулярных пептидов и непептидных компонентов в плазме крови с развитием эндогенной интоксикации организма и является одним из механизмов прогрессирования КБС.

0807 СЕЛЕНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Селезнев С.В.¹, Якушин С.С.¹, Мазо В.К.², Зорин С.Н.², Бучанова А.В.²

¹ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия; ²ГУ НИИ Питания РАМН, Москва, Россия

Цель: определение селенового статуса и его коррекция у пациентов при ишемической кардиомиопатии (ИКМП).

Материалы и методы. Селеновый статус определялся у 40 пациентов ИКМП (34 мужчин, 6 женщин, средний возраст 60,6 лет). Контрольная группа включала 13 относительно здоровых людей и достоверно не отличалась по возрасту и полу (10 мужчин, 3 женщины, средний возраст 59,2 лет) от исследуемой. Оптимальной считалась концентрация селена в сыворотке крови 115–130 мкг/л, субоптимальная — 90–114 мкг/л, легкий дефицит — 70–90 мкг/л, <70 мкг/л — глубокий дефицит. С целью коррекции селенового статуса 10 пациентов с ИКМП в течение 2 месяцев получали «Диетический (лечебный) продукт — джем из морской капусты, обогащенный селеном» (ТУ 9284-047-00472124-08, производитель «ВНИРО»), далее «Джем» (содержание селена 3,22 мкг/г продукта), в дозе 20 г/сут.

Результаты и их обсуждение: анализ селенового статуса показал: у 58,5% пациентов выявлен глубокий дефицит, у 39,0% легкий дефицит и только у 2,5% пациентов выявлена субоптимальная концентрация уровня селена сыворотки крови (среднее значение 66,1 мкг/л). Напротив, в группе контроля у большинства больных (9 из 13 человек) отмечался легкий дефицит, у 2 из 13 — глубокий дефицит, у 2 из 13 — субоптимальная концентрация (среднее значение 80,5 мкг/л). Разница между концентрацией селена исследуемой и контрольной групп статистически значима ($p=0,002$). Коррекция уровня селена «Джемом» привела к повышению концентрации данного микроэлемента в среднем на 31,5% и составила 86,0 мкг/л.

Выводы: учитывая наличие выраженного снижения уровня селена у 2/3 наших пациентов с ИКМП и только у 2,5% наличие субоптимальной концентрации, можно предположить участие данного микроэлемента в механизмах развития и прогрессирования данного заболевания и необходимость коррекции селенового статуса у пациентов, страдающих ИКМП.

0808 ПРЕДИКТОРЫ ОДНОЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Селезнев С.В.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель: определение предикторов однолетней выживаемости при ишемической кардиомиопатии (ИКМП).

Материалы и методы. Предикторы однолетней выживаемости оценивались у 79 пациентов с ИКМП на основании клинических данных, данных УЗИ сердца, Холтеровского мониторирования ЭКГ.

Проводилось сравнение данных: УЗИ сердца (размеров полостей сердца, фракции выброса левого желудочка (ФВ)), холтеровского мониторирования ЭКГ (градации желудочковых нарушений ритма по Ryan) у умерших и выживших пациентов.

Результаты и их обсуждение: наблюдались 14 женщин, 65 мужчин, средний возраст $61,8 \pm 1,0$ лет. Однолетняя выживаемость составила 79% (за первый год наблюдения умерло 15 пациентов). Причинами смерти явились: в 8 случаях — внезапная сердечная смерть, в 2 — декомпенсация хронической сердечной недостаточности, в 2 — инфаркт миокарда, осложненный кардиогенным шоком, в 1 — тромбоэмболия легочной артерии, в 1 — острое нарушение мозгового кровообращения, в 1 — осложнения сахарного диабета.

Следующие показатели УЗИ сердца у умерших и выживших пациентов, соответственно, достоверно различались: размеры левого предсердия (5,2 см и 4,8 см, $p=0,048$), индекс конечного диастолического объема левого желудочка ($177,3 \text{ см}^3$ и $145,8 \text{ см}^3$, $p=0,008$), конечный систолический размер левого желудочка (6,3 см и 5,6 см, $p=0,038$), индекс конечного систолического объема левого желудочка ($95,8 \text{ см}^3$ и $75,4 \text{ см}^3$, $p=0,003$), фракция выброса левого желудочка (30,5% и 34,9%, $p=0,007$). Различия конечного диастолического объема левого желудочка у умерших и выживших пациентов не достигло статистически значимого значения: 7,4 см и 7,0 см, $p=0,054$, соответственно.

Изучение градиций желудочковых нарушений ритма показало наличие статистически значимых различий ($p=0,009$) у умерших и выживших больных.

Выводы: в нашем исследовании отрицательную прогностическую значимость при однолетней выживаемости у пациентов ИКМП продемонстрировало увеличение размеров левого пред-

сердца, конечного систолического размера левого желудочка, индексов конечного систолического и диастолического объемов, снижение фракции выброса левого желудочка, желудочковые нарушения ритма высоких градаций по Ryan.

0809 КРАТКОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Семакина С.В.¹, Сайгитов Р.Т.², Глезер М.Г.²

¹Городская клиническая больница №7, Москва, Россия; ²Городская клиническая больница №59, Москва, Россия

Цель: изучить возможности прогнозирования постгоспитальных исходов у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) на основании врачебного заключения.

Методы: в проспективном исследовании приняли участие 6 врачей (стаж работы от 5 до 28 лет) кардиологического отделения и 50 больных, перенесших ИМ. Мнение врачей о краткосрочном прогнозе больных, а также о факторах, ассоциированных с ним, устанавливалось путем опроса.

Результаты: при оценке ближайшего постгоспитального прогноза для больных ИМ лечащие врачи определили низкий риск летального исхода (в отпуске: «развитие летального события маловероятно») у 19 (38%) больных, умеренно высокий риск («риск высокий, но летальный исход скорее всего не наступит») — для 24 (48%) больных, высокий риск («риск высокий и следует опасаться наступления летального исхода») — для 7 (14%) больных. В первые 3 мес был зарегистрирован только 1 случай смерти (больной из группы высокого риска по оценке врачей). В течение всего периода наблюдения (медиана 409 дней) было зарегистрировано 4 случая смерти, 3 из которых в группах низкого и умеренно высокого риска. Летальность в группах составила 5,3; 8,3 и 14,3% соответственно ($df=2$, $p=0,751$). Врачами было указано 34 фактора, ассоциированных, по их мнению, с постгоспитальным прогнозом больных ИМ. Из них 25 (74%) признаков были определены как факторы риска (связанные с худшим прогнозом заболевания) и, соответственно 9 (26%) признаков — как факторы, связанные с относительно благоприятным прогнозом. Из числа факторов риска чаще всего указывали на наличие «сердечной недостаточности» (в 32% случаев), «большого объема поражения миокарда» (26%), «нарушения ритма» (24%) и «стенокардии высокого функционального класса» (20%). В целом, хотя бы один фактор риска, определяющий, по мнению, врачей постгоспитальный прогноз, был указан для 38 (76%) больных. Из них только 1 фактор риска был указан у 10 (26%) больных, 2 и 3 фактора по 8 (21%) раз, 4 — у 6 (16%), 5 — у 5 (13%), 6 признаков — у 1 (3%) больного. Хотя бы один «протективный» фактор был отмечен у 22 (44%) больных. Из них 1 фактор — у 1 (4,5%) больного, 2 — у 4 (18%), 3 — у 7 (32%), 4 — у 9 (41%), 5 признаков — у 1 (4,5%) больного. Из числа «протективных» факторов чаще всего указывали «отсутствие сердечной недостаточности» (32%), «отсутствие нарушений ритма» (28%), «отсутствие постинфарктной стенокардии» (26%) и «малый объем поражения миокарда» (20%). Только факторы риска были указаны в 28 (56%) случаях, сочетание факторов риска и «протективных» факторов — в 10 (24%) случаях, только «протективные» факторы — у 12 (24%) больных.

Выводы: врачи стационара определяют высокий риск летального исхода у каждого седьмого больного, перенесшего ИМ. С прогнозом заболевания врачи связывают большое количество характеристик, хотя чаще всего их мнение о высоком риске базируется на учете только одного фактора. Напротив, мнение о благоприятном прогнозе чаще складывается на учете четырех факторов одновременно.

0810 ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И РИСК РАЗВИТИЯ ЭМБОЛОГЕННЫХ ИНСУЛЬТОВ

Семенова В.В., Закирова А.Н., Закирова Н.Э., Карамова И.М., Султаншина Д.Ф.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», Уфа, Россия

Цель: Оценить риск развития сосудистых эмболий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с гемодинамически незначимыми асимптомными каротидными стенозами.

Методы: Обследовано 100 больных ИБС. Всем проводили ультразвуковое исследование магистральных артерий головы и транскраниальный доплерографический мониторинг, определяли липидный спектр, уровень фибриногена и Д-димера крови.

Результаты: У больных ИБС, независимо от тяжести стенокардии, выявлен стеноз сонных артерий, обнаружено 165 атеросклеротических бляшек (АБ). Однородные гипозоногенные АБ были обнаружены в 14,55% случаев (24 бляшки); однородные гиперэзоногенные в 8,48% случаев (14 бляшек); неоднородные с преобладанием гипозоногенного компонента зарегистрированы в 40,61% (67 бляшек); неоднородные с преобладанием гиперэзоногенного компонента — в 36,36% (60 бляшек) случаев. Микроэмболические сигналы (МЭС) отмечались у 44,78% больных ИБС с неоднородными гипозоногенными АБ, с неоднородными гиперэзоногенными АБ — у 25%, с гомогенными гипозоногенными АБ — у 4,16%, у больных с гомогенными гиперэзоногенными АБ МЭС не были зарегистрированы. Показатели липидного спектра крови, такие как общий холестерин (ХС) (у МЭС-положительных (МЭС+) больных — $5,78 \pm 0,77$ ммоль/л, у МЭС-отрицательных (МЭС-) — $5,63 \pm 0,23$ ммоль/л), триглицериды (у МЭС+ — $1,92 \pm 1,05$ ммоль/л, у МЭС- — $1,76 \pm 1,24$ ммоль/л), ХС липопротеидов низкой плотности (у МЭС+ — $3,45 \pm 0,36$ ммоль/л, у МЭС- — $3,07 \pm 0,20$ ммоль/л), ХС липопротеидов очень низкой плотности (у МЭС+ — $0,79 \pm 0,95$ ммоль/л, у МЭС- — $1,21 \pm 1,18$ ммоль/л), ХС липопротеидов высокой плотности (МЭС+ — $0,95 \pm 0,06$ ммоль/л, у МЭС- — $1,02 \pm 0,34$ ммоль/л) у МЭС+ и МЭС- больных были сопоставимы ($p > 0,05$). При анализе уровня фибриногена и Д-димера в группах больных с регистрируемой микроэмболией и с отсутствием таковой, отмечена тенденция к повышению их концентраций в группе МЭС+ больных (фибриноген — $3,81 \pm 1,15$ г/л; Д-димер $0,43 \pm 0,2$ мг/л), однако эти различия с данными МЭС- пациентов (фибриноген — $3,06 \pm 0,95$ г/л; Д-димер $0,31 \pm 0,14$ мг/л) не были значимы ($p > 0,05$).

Выводы: Таким образом, у трети (27,9%) больных ИБС с гемодинамически незначимыми стенозами сонных артерий, при транскраниальном доплерографическом мониторингировании регистрировались МЭС, чаще наблюдавшиеся у больных с неоднородными АБ с преобладанием гипозоногенного компонента. Взаимосвязи МЭС с параметрами липидного спектра, фибриногена и Д-димера крови не обнаружены. Регистрация микроэмболии может быть использована в качестве дополнительных диагностических и прогностических критериев в оценке тяжести течения ИБС, а также предикторов развития сосудистых событий.

0811 ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ ТРОМБОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Семенова С.В.

ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенным заболеванием практически во всех экономически развитых странах мира. В последние годы в связи с развитием молекулярной генетики интенсивно изучаются генетические факторы риска таких осложнений артериальной гипертензии как ишемическая болезнь сердца и мозговой инсульт. В качестве наиболее значимых факторов такого рода обсуждаются мутации Arg506Gln гена, кодирующего фактор V свертывания крови, 4G(-675)5G гена PAI-1, G20210A гена протромбина, гена GPIIb/IIIa, A1298C MTHFR, C677T MTHFR. (Патрушев Л.И., 1998; Иллариошкин С.Н., 2005; De Stefano V. et al, 1996; Lalouschek W. et al, 2005; Markus H.S., 2006).

Было обследовано 140 пациентов с АГ и 90 здоровых лиц трех этнических групп: русские, мордва-мокша, мордва-эрзя. Наряду с традиционными клинико-инструментальными исследованиями, проводилась идентификация аллелей генов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

При анализе полиморфизма мутации Лейдена и гена протромбина было выявлено, что независимо от национальности, а также наличия АГ, достоверно чаще встречаются носители генотипа GG ($p < 0,001$). При сравнении частот генотипов гена PAI-1 у больных с АГ в зависимости от национальной принадлежности достоверных различий выявлено не было. Анализируя полиморфизм данного гена у добровольцев с нормальным уровнем АД в зависимости от национальности было отмечено, что у эрзян достоверно чаще наблюдается «неблагоприятный» генотип 4G4G (35%, $p < 0,01$), тогда как в русской и мокшанской популяциях частота данного генотипа достигает 5%. При анализе встречаемости генотипов гена MTHFR C677T в зависимости от национальной принадлежности было отмечено, что в группе русских больных АГ и нормотоников достоверно чаще встречается генотип CC (37,5% и 47,1%, $p < 0,05$), а у мокшан соответствующих групп чаще выявляются носители генотипа CT (63,8%) по сравнению с русскими (37,5%, $p < 0,05$). При сравнении полиморфизма гена MTHFR A1298C относительно национальности было выявлено, что в группе русских с АГ достоверно чаще встречается генотип AA (56,1%) по сравнению с мокшанами (19,2%, $p < 0,05$) и эрзянами (21,7%, $p < 0,05$). А в группе эрзян гипертоников отмечается преобладание носителей генотипа AC (69,6%, $p < 0,05$). В группе мокшан больных АГ чаще встречается генотип CC гена MTHFR A1298C (23,1%) по сравнению с русскими (4,9%, $p < 0,05$) и мокшанами-нормотониками ($p < 0,05$). Различий в распределении генотипов гена GPIIb/IIIa при сравнении национальных групп выявлено не было.

Таким образом, при изучении полиморфных маркеров мутации Лейдена, гена протромбина и гена GPIIb/IIIa у пациентов с АГ и здоровых лиц нами выявлено отсутствие значимых различий в распределении генотипов относительно национальности (русские, мордва-мокша и мордва-эрзя). В то же время достоверно чаще встречается неблагоприятный генотип CC гена MTHFR A1298C у больных АГ мокшан. А у здоровых эрзян достоверно чаще встречается так же неблагоприятный в отношении развития тромбоза генотип 4G4G гена PAI-1.

0812 ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ХРОНОИНФРАСТРУКТУРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Семухина Е.Н., Гапон Л.И.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: изучение влияния эналаприла на хроноструктуру артериального давления (АД) в условиях длительной терапии.

Материал и методы: у 34 пациентов артериальной гипертонией (АГ) I и II стадии осуществлялся подбор дозы препарата и суточное распределение под контролем суточного мониторирования АД на 4, 8 и 12 неделях терапии. Полученные данные обрабатывались методом Косинор — анализа по Халбергу.

Результаты. Исследования показали, что назначение эналаприла пациентам АГ приводит к достоверному снижению МЕЗОРа (статистическая средняя ритма) систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД), начиная с 4 недели терапии и достигая максимального снижения к 12 неделе терапии. Снижение МЕЗОРа САД сопровождается достоверным снижением вариабельности (SD) САД $15,95 \pm 0,4$ — «чистый фон», $14,77 \pm 0,54$, $p < 0,01$, 12 неделя) и повышение индекса неспецифической вариабельности (представляет соотношение вариабельности к амплитуде АД) с $1,17 \pm 0,05$ до $1,64 \pm 0,25$, $p < 0,05$, 12 неделя терапии. Показатели 12 часовой и 24 часовой амплитуды АД не менялись в процессе терапии эналаприлом, что характеризует адекватный уровень адаптивных процессов, поскольку амплитуда ритма отражает его мощность и играет важную биологическую роль. Анализируя процентный вклад суточного ритма АД в спектр, можно отметить отсутствие изменений этого показателя на фоне терапии эналаприлом ($34,16 \pm 2,67$ — исходные данные, $30,52 \pm 3,47$ — 4 неделя, $32,19 \pm 1,96$ — 12 неделя).

Выводы. Таким образом, достоверное снижение МЕЗОРа САД и ДАД в процессе терапии эналаприлом у больных АГ не сопровождается изменениями амплитуды АД и не приводит к увеличению хаотических неустойчивых колебаний в спектральном составе биоритма, о чём свидетельствует постоянство процентного вклада суточного ритма АД в спектр.

0813 МЕХАНИЗМЫ ВАСКУЛЯРНЫХ ВЛИЯНИЙ АНДРОГЕНОВ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС

Семякина-Глушкова О.В., Анищенко Т.Г., Кузнецова А.С., Круглова Я.Д., Бердникова В.А.

ГУ ВПО «Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского», кафедра физиологии человека и животных, Саратов, Россия

Целью исследований явилось изучение механизмов эндотелиальных и неэндотелиальных сосудистых эффектов андрогенов у нормотензивных и гипертензивных крыс

Методы исследования. Опыты проведены на интактных (47 нормотензивных и 42 гипертензивных) и кастрированных (43 нормотензивных и 42 гипертензивных) самцах белых беспородных крыс. Была использована модифицированная нами модель гипертонии Голдблэта (2К, 1С). Контролем для гипертензивных крыс служили животные, подвергнутые лапаротомии. Непрерывную регистрацию кровяного давления осуществляли с помощью специальной установки (PowerLab/400 ML401, Австралия) с применением катетерной технологии. Все хирургические мероприятия осуществляли под нембуталовой анестезией (40 мг/кг, ip). Для исследования механизмов эндотелий-зависимой релаксации сосудов использовалось введение ацетилхолина хлорид ($0,3$ мкг/100 г, i.v.) одного и на фоне предварительной блокады NO-синтазы (L-NAME, 10 мг/кг, i.v.) и PGI₂ (индометацин, 5 мг/кг, i.v.). Поскольку вазорелаксация, индуцированная ацетилхолином осуществляется за счет активации синтеза NO, PGI₂ и эндотелиального гиперполяризационного фактора (EDHF), об активности EDHF судили исходя из опытов по изучению эндотелиальных механизмов ацетилхолина на фоне блокады NO и PGI₂. Для блокады Ca²⁺-каналов и K⁺_{ATP}-зависимых каналов использовали соответственно нифедипин (5 мг/кг, i.v.) и глиценкламид (5 мг/кг, i.v.). Статистическую обработку проводили с помощью программ «Statistica 5.0».

Результаты. В исследованиях in vivo обнаружены разные механизмы васкулярных влияний андрогенов у нормотензивных и гипертензивных крыс. Кастрация существенно снижает уровень базального среднего давления у гипертензивных, но не у нормотензивных самцов. В условиях нормы андрогены стимулируют активность K⁺_{ATP}-зависимых каналов, но при этом не оказывают каких-либо влияний на деятельность Ca²⁺-каналов и эндотелий-зависимых механизмы релаксации (оксид азота (NO), простагландин (PGI₂), эндотелиальный гиперполяризационный фактор (EDHF)). Развитие ренальной гипертонии сопровождается снижением чувствительности и/или плотности K⁺_{ATP}-зависимых каналов и повышением активности Ca²⁺-каналов. На этом фоне кастрация существенно подавляет деятельность K⁺_{ATP}-зависимых каналов, но не влияет на активность Ca²⁺-каналов. Неэффективная стимуляция андрогенами K⁺_{ATP}-зависимых каналов у гипертензивных самцов ассоциируется с проявлением их ингибиторного влияния на секрецию EDHF (но не NO и PGI₂), что может значительно снижать устойчивость мужских особей к развитию гипертонии и объяснить обнаруженные нами «антигипертензивные» эффекты кастрации.

Работа поддержана грантом CRDF (№ BP4M06) и грантом Министерство Образования и науки РФ в рамках АВЦП «Развитие потенциала высшей школы», 2009–2010 (№ 2.2.2.2./229).

0814 ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА И ГОРОДА

Сергеев Д.Н.

МУЗ Благодарненская ЦРБ Ставропольского края, Благодарный, Россия

Цель: Провести оценку существующей (реальной) клинической практики и диагностики артериальной гипертензии участковыми терапевтами в амбулаторно-поликлинических условиях города и сельского района Ставропольского края;

Материал и методы: Изучена деятельность 40 (20 — городских и 20 — сельских) участковых терапевтов в амбулаторно-поликлинических условиях города и сельского района Ставропольского края. Для определения различий в оказании медицинской помощи, стандартом оценки явились Рекомендации ВНОК (2004-2008гг) и Комитета экспертов Российского медицинского общества по артериальной гипертензии (2008г), приказы МЗ РФ.

Результаты. К основным факторам, способствующим сохранению различий в оказании медико-социальной помощи городского и сельского населения, относятся:

- особенности расселения населения по Ставропольскому краю;
- особенности сельскохозяйственного труда (сезонность, низкий уровень механизации, высокий удельный вес ручного труда, нередко значительная удаленность места жительства от места работы и прочее);
- отток молодежи и лиц трудоспособного возраста в городскую местность;
- старение населения в сельской местности;
- более низкий жизненный уровень в сельской местности;
- социально-экономические и бытовые трудности.

В целом медицинское обеспечение сельского населения характеризуется ограниченной доступностью врачебной помощи, а также низкой эффективностью медико-социальных и профилактических мероприятий.

Основными причинами ухудшения медицинского обслуживания на селе являются:

- ограниченное финансирование;
- устаревшие организационные формы обеспечения медицинской помощью;
- слабая материально-техническая база;
- необеспеченность кадрами, транспортом, средствами связи;
- высокая стоимость лекарств;
- нарушение преемственности на разных этапах медицинской помощи.
- Отсутствует оценка и анализ диагностики и лечения артериальной гипертензии с учетом деятельности информационно-аналитической системы и существующих моделей диагностического процесса в условиях поликлинической службы сельских районов Ставропольского края.
- До сих пор не создана методология персонализированного сбора и учета информации о пациентах АГ (информационно-аналитическая программа) для сельского первичного здравоохранения (участковых терапевтов и врача общей практики).
- Артериальная гипертензия — проблема поликлинической. Успех оказания медицинской помощи и контроля артериального давления будет зависеть от активности и профессиональной подготовленности персонала поликлиник.
- К сегодняшнему дню в сельском здравоохранении Ставропольского края отсутствуют: современная система управления клинической практикой, основанная на базе новейших диагностических и информационных технологий и отвечающая основным положениям доказательной медицины; региональная сельская система оптимизации диагностики и лечения артериальной гипертензии в условиях амбулатории, поликлиники и стационара.

0815 ОПТИМИЗАЦИЯ КАДРОВОГО СОСТАВА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЙ

Сергиени Е.В., Кириченко А.Г., Гондуленко Н.А., Макарова С.В.
Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, Днепропетровск, Украина

Цель работы — оптимизация кадрового состава кардиологических медико-социальных экспертных комиссий (кардиоМСЭК) для повышения эффективности работы на основании изучения их ресурсного обеспечения.

Применялись социально-гигиенические методы исследования: историко-архивный, метод экспертных оценок, математико-статистический.

Материалами работы были специально собранные сведения о кадровом составе МСЭК, оказывающих медико-экспертную помощь (МЭП) больным с болезнями системы кровообращения (БСК).

Полученные результаты. МЭП больным с БСК в Украине осуществляется преимущественно специализированными кардиоМСЭК, которые обслуживают 78,0% территорий; в 14,8% — двухпрофильными кардиофтальмологическими комиссиями и только в 7,0% регионов — МСЭК общего профиля. Учитывая значимость проблемы БСК в связи с ранней и длительной инвалидизацией больных, повышенным риском развития осложнений, высокой смертностью, в Украине развивается и реализуется модель специализированной МЭП, обеспечивающей более высокий ее уровень. Поэтому предъявляются повышенные требования к формированию кадрового состава кардиоМСЭК, его подбору и повышению квалификации.

Специализированные кардиоМСЭК создаются в составе трех врачей-экспертов (двух кардиологов, невропатолога), врача-реабилитолога, психолога. Председателем комиссии назначается один из врачей-кардиологов, входящих в ее состав. Председатель МСЭК организует ее работу, обеспечивает качественное проведение медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и несет персональную ответственность за повышение квалификации врачей-экспертов. Анализ кадрового состава председателей кардиологических МСЭК свидетельствует о том, что они являются опытными врачами; их средний возраст составил 53,0 года, стаж работы более 10 лет, они аттестованы на высшую и первую категорию. Кардиологи по специальности составляют 67,7% кадрового состава МСЭК, из них имеют высшую аттестационную категорию 81,0% и I — 19,0%; терапевты — 20,6%, неврологи — 8,8%; организаторы здравоохранения представлены 2,9% врачей. Всего высшую аттестационную категорию имеют 82,3%, I — 14,7%, II — 4,0% врачей. Реабилитологи МСЭК имеют одну из основных клинических специальностей. Повышение квалификации врачей-экспертов по специальности проводится не реже одного в 5-летний период на предаттестационных циклах в учреждениях последиplomной подготовки врачей, по медико-социальной экспертизе — на профильной кафедре Днепропетровской медицинской академии. Также разработана и функционирует система непрерывного повышения квалификации врачей-экспертов.

Вывод. Сложившаяся в Украине система повышения квалификации врачей-экспертов обеспечивает высокое качество их подготовки по актуальным вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

0816 ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сергиени Е.В.

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, Днепропетровск, Украина

Целью работы было исследование потребности инвалидов вследствие ишемической болезни сердца (ИБС) в различных видах реабилитации, реабилитационного потенциала (РП) и прогноза (РПр). Использовались клинико-инструментальные и социально-гигиенические методы исследования.

Материалами исследования были 60 инвалидов, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), находящихся на экспертно-реабилитационном обследовании в клинике института и 166 медико-экспертных дел инвалидов вследствие ИБС трудоспособного возраста, проходивших освидетельствование в кардиологических МСЭК.

Полученные результаты. В контингенте больных преобладали мужчины в возрасте 45-60 лет, имеющие среднее, среднее специальное и высшее образование, со значительным стажем профессионального труда (от 10 до 30 лет) и продолжительностью инвалидности до 5 лет. Q ИМ имел место у 51,2% больных, non Q ИМ — у 33,1%, в том числе повторный ИМ — у 8,6%. Постинфарктный кардиосклероз был диагностирован в 84,3%, кардиосклероз атеросклеротический без ИМ в анамнезе — у 15,7% инвалидов.

Стенокардия напряжения II функционального класса (ФК) диагностирована у 33,7%, III ФК — у 63,9%, III-IV ФК — у 2,4% больных. Сердечная недостаточность (СН) имела место у 86,7% больных, нарушение ритма в 21,7%, аневризма в 13,2% случаев. Преобладали инвалиды III группы (85,7% больных, перенесших Q ИМ и 93,0% — non Q ИМ); II группа была установлена соответственно в 7,2% и 7,0% случаев; I — у перенесших Q ИМ 7,2% больных. Методом экспертных оценок определена их потребность в проведении различных видов реабилитации. Установлено, что в медицинской реабилитации нуждаются все больные исследуемой группы. Это медикаментозное лечение в соответствии с утвержденным стандартом лечения ИБС. В то же время выделена группа инвалидов (до 20,0%), которые нуждаются в проведении коронароангиографического исследования для определения показаний к оперативному лечению. Потребность в профессиональной реабилитации установлена в 47,0% случаев и была связана с выполнением больным до инвалидности противопоказанных водительских профессий, а так же тяжелого и умеренной тяжести физического труда (монтажник, сварщик, обрубщик, сталевар), в связи, с чем возникала необходимость в переквалификации и рациональном трудоустройстве. Потребность в социальной реабилитации определена в 14,5% случаев у одиноко проживающих не работающих инвалидов. При определении реабилитационного потенциала и прогноза учитывался возраст больного, медицинские (Q ИМ передней локализации, СН, нарушения ритма, аневризмы и тромбы в полости желудочка), профессиональные и социальные факторы.

Выводы. Инвалиды вследствие ИБС имеют потребность в медицинской, профессиональной и социальной реабилитации; для них характерен умеренный РП и относительно благоприятный РПр. У 10,0% больных РП низкий, а РПр неблагоприятный и только 4,2% имеют высокий РП и благоприятный РПр.

0817 КОГНИТИВНЫЙ РИСК БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сергиенко Е.В., Кириченко А.Г., Макарова С.В., Мороз С.М.

Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалидности, Днепрпетровск, Украина

Целью работы явилось изучение неврологического статуса и когнитивных функций у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) для выявления группы риска развития клинически значимых когнитивных нарушений.

Материал и методы. Обследовали 120 человек с ИБС. Критерием включения больных в исследование было наличие перенесенного в анамнезе инфаркта миокарда, возраст до 60 лет (включительно), наличие экспертизы трудоспособности или группы инвалидности. Все обследованные больные с ИБС были разделены на две клинические группы: I группа — пациенты со стенокардией напряжения II функционального класса (ФК) — 63 человека (52,5%) и II группа — стенокардия напряжения III ФК — 57 человек (47,8%). Группы также различались по половому составу. Всем больным проводилось обследование неврологического статуса, когнитивных функций и психической сферы. Когнитивную деятельность исследовали с помощью 10 стандартных методик нейропсихологического тестирования: а) вербальные ассоциации (звуковые и категориальные); б) повторение цифр; в) шкала деменции Матиса; г) краткое исследование психического статуса; д) батарея лобной дисфункции; е) тест «5 слов»; ж) тест рисования часов; з) Бостонский тест называния; и) тест «10 слов»; к) узнавание рисунков. Для изучения личности в нашем исследовании использовался метод цветовых выборов (тест Люшера) и опросник Кейрси.

Результаты и обсуждение. Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) были выявлены у 81 больного ИБС. Нейропсихологические результаты показали, что у всех больных ИБС отмечалось интеллектуально-мнестическое снижение легкой степени выраженности, т.е. снижение мышления, функции счета, памяти на зрительные образы и слова в пределах 1-2 баллов. У 37 больных обеих клинических групп преобладали вербальные (29 больных) и мнестические непрофессиональные нарушения (8 человек). Нарушения познавательных процессов отмечается у большин-

ства пациентов в виде нарушения внимания и интеллекта (76%), преобладало снижение способностей к решению проблем и мышления (69%). При тестировании внимания было выявлено снижение общей психической трудоспособности у 88 больных (74,6%), нарушение стойкости — у 56 человек (46%), утомляемость — у 106 (89,4%).

Выводы. Анализ полученных данных нейропсихологического обследования показал, что ЦВЗ были выявлены у 67,5% больных с ИБС, достоверной разницы в частоте развития и тяжести течения ЦВЗ в группах больных со стенокардией напряжения II и III ФК не выявлено. Основными когнитивными расстройствами были дисмнезия, замедленность и флуктуация когнитивной деятельности, инактивность, снижение умственной работоспособности, трудности усвоения психомоторных программ, патологическая инертность, особенно при переключении, нарушение регуляторного звена интеллекта. Поэтому больных ИБС независимо от функционального класса необходимо идентифицировать, как группу высокого риска для развития ЦВЗ с формированием когнитивных нарушений на ранних стадиях заболевания.

0818 ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ДЛЯ СЕРДЦА

Сёмченкова М.Ю.¹, Козырев О.А.¹, Изотов А.М.², Гурова Н.В.³

¹ГОУВПО «Смоленская государственная медицинская академия Росздрава», Смоленск, Россия; ²НУЗ «Отделенческая больница ст.Смоленск ОАО «РЖД», Смоленск, Россия; ³ГУЗ «Клиническая больница скорой медицинской помощи», Смоленск, Россия

Сохраняется спорным вопрос о влиянии асимптоматической гипотироксинемии, в частности высоко нормального уровня тиреотропного гормона (ТТГ) на деятельность кардиоваскулярной системы.

Целью настоящего исследования стало выявление изменений со стороны сердца при начальных этапах снижения функции ЩЖ (при высоко нормальном уровне ТТГ).

Материалы и методы исследования. Обследовано 98 женщин в возрасте 18–45 лет, считающих себя здоровыми. Проведено исследование уровней ТТГ и свТ4 сыворотки крови. Значения ТТГ 2,1–4,2 мЕд/л принято за высоко нормальный уровень. Всем женщинам проведено исследование объема ЩЖ с помощью ультразвука и доплерографическое исследование сердца в соответствии со стандартами.

Результаты. У 22 (22%) женщин из числа обследованных отмечены высоко нормальные значения ТТГ (Me=2,5 мЕд/л) и у 76 женщин уровень ТТГ находился в пределах 0,5–2,0 мЕд/л (Me=1,3 мЕд/л). При этом группы с разным уровнем ТТГ сопоставимы по уровню свТ4 (15,71±1,79 и 15,69±1,83 пкмоль/л соответственно, p=0,48), объему ЩЖ (10,3 и 11,3 см³ соответственно, p=0,10), числу курящих, индексу массы тела. В группе у женщин с высоко нормальным уровнем ТТГ больше значение КДР ЛЖ на 7 % (p=0,003), больше значение ТМЖП на 11 % (p=0,004) с меньшей ТЗСЛЖ на 6 % (p=0,00002), меньше значение ПЗР правого желудочка на 4 % (p=0,01), меньшее значение ОТС ЛЖ на 3 % (p=0,02) по сравнению с женщинами с уровнем ТТГ менее 2,0 мЕд/л. Отмечена тенденция к большему значению ЛП (p=0,10), увеличению КСР (p=0,13) и увеличению ИММЛЖ (p=0,07) у женщин с высоко нормальным уровнем ТТГ. Выявлена положительная корреляционная связь между уровнем ТТГ и конечного диастолического размера ЛЖ (R=0,21, p=0,042). У женщин с высоко нормальным уровнем ТТГ отмечается большее значение DT_E ЛЖ на 9 % (p=0,03) и IVRT на 8 % (p=0,02) с тенденцией к увеличению пика E (p=0,15) и пика A (p=0,09). В группе женщин с высоко нормальным уровнем ТТГ отмечено наличие положительной корреляционной связи средней силы между объемом ЩЖ и показателями трансмитрального потока DT_E (R=0,45, p=0,05) и IVRT (R=0,49, p=0,03), средней силы выявлена с ТМЖП (R=0,62, p=0,004) и ИММЛЖ (R=0,66, p=0,0034), КСР (R=0,55, p=0,01) и КДР ЛЖ (R=0,60, p=0,004), ПЗР (R=0,46, p=0,04), сильная связь обнаружена с ТЗСЛЖ (R=0,8, p=0,0000) и ЛП (R=0,74, p=0,0001).

Выводы: таким образом, начальные признаки эксцентрической гипертрофии миокарда с признаками диастолической дисфункции ЛЖ у женщин репродуктивного возраста начинаются с уровня ТТГ более 2,0 мЕд/л. Сильные корреляционные связи

структурных параметров ЩЖ и сердца дают основание предполагать наличие единства патогенетических процессов при развитии гипертрофии миокарда и щитовидной железы при высоко нормальном уровне ТТГ.

0819 ЭВОЛЮЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗА 20-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Сидоренко Б.А., Савина Н.М., Байдина О.И., Александрова А.Ю., Чернецова Е.В.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр», «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ, Москва, Россия

За последние десятилетия медикаментозное лечение хронической сердечной недостаточности (ХСН) претерпело значительные изменения. На первое место среди лекарственных средств вышли препараты, влияющие на нейрогуморальные системы, активация которых играет важную роль в патогенезе ХСН. Современная терапия направлена не только на устранение клинической симптоматики, улучшение качества жизни, но также приводит к замедлению прогрессирования сердечной недостаточности и увеличивает продолжительность жизни больного.

Цель исследования: определить адекватность терапии больных с ХСН в реальной клинической практике и её динамику за 20-летний период.

Материал и методы: выполнен клинко-статистический анализ историй болезней 1275 больных с клинически выраженной ХСН, госпитализированных в Центральную клиническую больницу УД Президента РФ в 1988г (n=426), 1998 г. (n=447) и 2007г (n=402). Средний возраст госпитализированных больных увеличился от 74 (в 1988г) до 75,8 лет (в 2007г). Во всех сравниваемых группах преобладали мужчины. Более 90% больных страдали ИБС. Частота перенесенного инфаркта миокарда не различалась. Частота встречаемости ГБ увеличилась от 61% в 1988г до 80% в 2007г. Вклад пороков сердца в этиологию ХСН уменьшился с 10% в 1988г до 6% в 2007г. Число больных с тяжелой ХСН IIБ – III ст. по классификации Н.Д.Стражеско – В.Х.Василенко с 1988г по 2007г уменьшилось с 68% до 54%.

Результаты исследования: за 20-летний период характер медикаментозной терапии больных с ХСН существенно изменился. Наиболее значительные изменения выявлены при оценке терапии сердечными гликозидами, ингибиторами АПФ и бета-адреноблокаторами. В 1988г 65% пациентов получали сердечные гликозиды, через 10 лет эта цифра уменьшилась до 28%, а в 2007г до 19%. Отмечены изменения и в структуре группы препаратов: в 1988г кроме дигоксина, применяли коргликон (21%), изолатид (13%) и талусин (4%), через 10 и 20 лет дигоксин стал единственным используемым сердечным гликозидом. За этот период показания к назначению сердечных гликозидов значительно сузились: в 1988г только у 1/3 больных с ХСН, получавших сердечные гликозиды, имелась мерцательная аритмия, в 1998г у 45% больных, в 2007г у 80% больных.

Диуретики в 1988г по частоте назначения занимали первое место среди других групп препаратов (91%), сохранив свою позицию к 2007г (87%). Частота назначения фуросемида уменьшилась с 58% в 1988г до 35% в 2007г. Такую динамику можно связать с появлением и все более широким применением ингибиторов АПФ, бета-адреноблокаторов, антагонистов альдостерона. Частота назначения спиронолактона, который в 1988г назначался как калийсберегающий диуретик (33%), в 1998г уменьшилась до 12%, а в 2007г вновь увеличилась до 38%. Это объясняется тем, что в последнее десятилетие спиронолактон стал назначаться как нейрогуморальный модулятор больным с тяжелой ХСН.

Значимые изменения отмечены и при оценке динамики применения препаратов, подавляющих активность ренин-ангиотензиновой системы. Частота назначения ингибиторов АПФ увеличилась от 1% в 1988г (каптоприл) до 60% в 1998г. В 2007г 91% больных с ХСН принимали ингибиторы АПФ (85%) или в случае их непереносимости – блокаторы ангиотензина II (6%). В 1998г наиболее часто применялся квинаприл, каптоприл и эналаприл, в 2007г – эналаприл, периндоприл. В 1988г бета-адреноблокаторы принимали 58% больных (атенолол, пропранолол), в 1998г – 69% (только

6% больных принимали бисопролол), в 2007г частота назначения современных бета-блокаторов, рекомендованных для лечения ХСН, составила 73% (карведилол – 10%, бисопролол – 54%, метопролол – 9%). Комбинация ингибитор АПФ+бета-блокатор использовалась в 2007г у 72% больных.

Нами также был проведен сравнительный анализ применения антагонистов кальция и нитратов, не рекомендованных для лечения ХСН, но достаточно часто используемых в клинической практике для лечения сопутствующей патологии у больных с ХСН. Антагонисты кальция в 1988г назначались 74% больных (нифедипин), через 10 лет частота назначения уменьшилась до 23% (в большинстве случаев – амлодипин), в 2007г антагонисты кальция также назначались 23% больных. Нитраты назначались с высокой частотой в 1988, 1998гг (в 80% и 68% случаев соответственно), в 2007г частота применения нитратов значительно уменьшилась (44%). Частота назначения антитромбоцитарных препаратов осталась на прежнем уровне, антикоагулянтов (варфарин, фенилин) увеличилась с 5% в 1988г до 13% в 2007г.

Выводы: анализ медикаментозной терапии госпитализированных больных с ХСН за 20-летний период свидетельствует, что в реальной клинической практике возрастает преверженность к современным национальным и международным рекомендациям по лечению больных с ХСН.

0820 ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Силина Т.С.¹, Малинова Л.И.², Денисова Т.П.¹

¹ ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия; ² ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Диагностика хронической сердечной недостаточности (ХСН) у лиц позднего возраста остается сложной проблемой современной кардиологии, вследствие частого «завуалирования» клинко-лабораторных симптомов и признаков ХСН инволюционными изменениями всех органов и систем, либо своеобразной «мимикрией» сенильными процессами патологическими. В связи с чем особое значение приобретает изучение новых биомаркеров ХСН (хромогранин, галектин 3, адипонектин) у пациентов старческого возраста.

Цель: изучить плазменный уровень адипонектина у больных хронической сердечной недостаточностью старческого возраста.

Методы исследования. В исследование включались лица старческого возраста (n=71, средний возраст – 81,3±3,5 года) с ХСН (n=49) и без ХСН (n=22). Диагноз ХСН верифицировался согласно критериям Российских национальных рекомендаций ВНОК и ОССН (второй пересмотр), включая определение уровня МНУП. Из исследования исключались пациенты с клапанными поражениями, аритмиями (кроме нечастой экстрасистолии), поражениями бронхолегочного аппарата, онко- и гемопатологией, сахарным диабетом. Уровень адипонектина определялся с помощью ELISA набора (BioVendor, Чехия). Для дальнейшего анализа все пациенты были разделены на группы в соответствие с функциональным классом ХСН: 0, 1, 2 и 3.

Результаты. С возрастом у обследованных пациентов происходило статистически достоверное увеличение функционального класса ХСН (p=0,026). При сравнении больных различных ФК (0, 1, 2 и 3) выявлено статистически достоверное отличие по плазменному уровню адипонектина (p=0,005): его концентрация была минимальной в группе пациентов без клинко-лабораторных признаков ХСН, и максимальной у пациентов ХСН 3 ФК. У обследованных пациентов старческого возраста выявлена умеренной силы положительная корреляционная связь между уровнем МНУП (r=0,413) и адипонектина (r=0,527) и ФК ХСН (p=0,006 и 0,0006, соответственно), причем сила связи была большей для уровня адипонектина.

Выводы. У лиц старческого возраста плазменный уровень адипонектина был статически достоверно выше при наличии ХСН, причем это повышение имело градуированный характер, т.е. происходило ассоциировано с увеличением ФК ХСН. Проведенное исследование позволяет рассматривать концентрацию адипонектина как биомаркер ХСН у лиц старческого возраста.

0821 ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Симерзин В.В., Грязнова Д.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель: изучить частоту и особенности депрессивных нарушений у пациентов пожилого возраста с метаболическим синдромом.

Методы: в исследование включены 92 пациента (52 женщины и 40 мужчин) с метаболическим синдромом (МС). Средний возраст пациентов 70,8±3,3 года. У всех пациентов наблюдалось абдоминальное ожирение 1- 3 степени. У 80 была артериальная гипертензия, у 79 дислипидемия, у 29 сахарный диабет II типа. Всем пациентам проводилось полное обследование с изучением клинических и параклинических методов исследования. Для выявления и оценки степени выраженности депрессивных расстройств (ДР) использовалась шкала самооценки депрессии CES-D. Все пациенты с учётом результатов по шкале CES-D были разделены на 3 группы: больные с выраженными ДР (>24 баллов), с расстройствами депрессивного спектра (РДС), (19-24 балла), и больные без ДР.

Результаты: Из 92 больных с МС пожилого возраста по результатам CES-D выявлены ДР у 53. При этом выраженная депрессия обнаружена у 29, РДС у 24 больных. У 41 пациента не выявлено ДР. С увеличением выраженности ожирения, удельный вес пациентов с депрессией увеличивался. Из общего числа мужчин у 10 была выраженная депрессия и РДС у 12 человек. Среди женщин, выраженная депрессия выявлена у 17, РДС у 14. В зависимости от степени ожирения выраженная депрессия наблюдалась у 10 пациентов с I степенью у 10 пациентов со II степенью, и у 9 пациентов с III степенью. РДС у 5 пациентов с I степенью ожирения, у 9 со II степенью, и с III степенью ожирения у 10. В группе пациентов с РДС средние значения по шкале CES-D составили 19,1±1,32. В группе с выраженной депрессией 27,3±1,61 балла. На фоне проводимого лечения в обеих группах пациентов снизились показатели депрессивных расстройств. У пациентов с РДС средний балл составил 18,1±1,31 балла, при выраженной депрессии 24,2±1,14 балла. Под влиянием фармакотерапии, во всех группах отмечалась положительная динамика клинических данных, более выраженная в группе пациентов без депрессии. При этом у больных с выраженной депрессией положительная динамика была выражена в меньшей степени, чем среди пациентов с РДС. Проводимое лечение способствовало улучшению клинических и параклинических данных и минимизации проявлений метаболического синдрома. При этом у пациентов с РДС наблюдались положительные сдвиги до нормализации результатов по шкале CES-D. В то же время, в группе с выраженной депрессией сохранялись высокие показатели по шкале CES-D, но была и тенденция к их сглаживанию. У пациентов с РДС купирование депрессии сочеталось с уменьшением веса в процессе специально проводимого лечения.

Выводы: таким образом, среди 92 больных пожилого возраста с метаболическим синдромом у 53 больных были выявлены различные депрессивные расстройства, в том числе у 29 имела выраженная депрессия. Её частота определялась выраженностью ожирения. В процессе лечения у больных с депрессией улучшились результаты по шкале CES-D. Более положительная динамика наблюдалась в группе с РДС.

0822 РОЗУВАСТАТИН И ФЕНОФИБРАТ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И МАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ

Симерзин В.В., Грязнова Д.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Росздрава, Самара, Россия

Цель: сравнить изменение липидного профиля и маркёров воспаления при применении розувастатина и фенофибрата у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы: В исследование включён 71 пациент в возрасте от 45 до 72 лет (средний возраст 62,1±1,4 года), из них 51 женщина. У всех пациентов было диагностировано абдоминальное ожирение (окружность талии у женщин в среднем 105,2±2,0 см., у мужчин 108,1±2,0см). Уровень триглицеридов был более 1,7 ммоль/л, ХС ЛПВП<1,0 у мужчин и <1,2 у женщин, ХС ЛПНП у всех более 3,0 ммоль/л. В исследование не включали больных с острым коронарным синдромом, сахарным диабетом 1-го типа и СД в стадии декомпенсации. Планировали 5 визитов. Во время каждого визита фиксировали жалобы, АД, ЧСС, антропометрические данные. Через 1,3,6, месяцев определяли липидный профиль, маркёры воспаления, общий анализ крови, биохимический анализ крови. На каждом визите определяли уровни ферментов (АлАТ, АсАТ, КФК) в качестве маркёров безопасности приёма гиполипидемических препаратов.

Результаты: В период с января 2007 по январь 2009 включен 71 пациент с метаболическим синдромом. Все пациенты страдали абдоминальным ожирением и артериальной гипертензией, у 52 пациентов имела коронарная болезнь сердца, инфаркт миокарда перенесли 13 пациентов, сахарный диабет 2 типа у 32 больных.

Пациенты обеих групп достоверно не различались по возрасту, антропометрическим и биохимическим показателям. В ходе исследования достоверно снизились уровни общего ХС — с 5,93±0,23 до 3,94±0,15 ммоль/л в группе розувастатина и с 6,1±0,28 до 4,91±0,24 ммоль/л в группе фенофибрата, ХС ЛПНП — с 4,32±0,26 до 2,94±0,16 в группе розувастатина и с 4,21±0,28 до 3,34±0,19 ммоль/л в группе фенофибрата. Уровень триглицеридов снизился с 2,4±0,9 до 1,8±0,9 ммоль/л в группе розувастатина и с 2,5±1,1 до 1,4±1,0 ммоль/л в группе фенофибрата. В обеих группах повысился уровень ХС ЛПВП: с 0,88±0,2 до 1,09±0,2 ммоль/л в группе розувастатина и с 0,86±0,1 до 1,09±0,1 ммоль/л в группе фенофибрата. При окончании исследования средние уровни общего ХС и ХС ЛПНП оказались достоверно ниже в группе розувастатина. На фоне лечения уровень глюкозы уменьшился в обеих группах, несколько в большей степени в группе розувастатина. Наибольшее снижение уровня триглицеридов произошло в группе фенофибрата. Наибольший уровень ХС ЛПВП достигнут в группе фенофибрата. Уровни СРБ и фибриногена достоверно не различались ни перед началом лечения, ни по его окончании.

Выводы: У больных метаболическим синдромом применение начальной дозы розувастатина (10 мг/сут) и стандартной дозы фенофибрата (200 мг/сут) в течение 6 месяцев привело к статистически значимому снижению уровня триглицеридов и повышению уровня ХС ЛПВП. Снижение уровня общего холестерина и ХС ЛПНП при применении розувастатина в небольшой дозе было более выраженным, чем при применении фенофибрата в стандартной дозе. Заметных изменений средних уровней фибриногена, СРБ не произошло.

0823 СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ «ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ДИСЛИПИДЕМИЙ»

Симерзин В.В., Гяглова И.В., Толмачева Н.А., Гарькина С.В., Раптанова А.Ю.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Самара, Россия

Цель. Оценить эффективность работы «Центра профилактики и лечения атеросклероза и дислипидемий» и липидной клиники при самарском государственном медицинском университете (СамГМУ) (Липидный центр).

Методы исследования. Обобщен семилетний опыт Липидного центра. Для работы использовался весь арсенал клинических и параклинических (лабораторных, биохимических и инструментальных и др.) методов диагностики и лечения больных с применением агрессивных методов вмешательства.

Результаты. В 2002г на базе клиник СамГМУ создан Липидный центр. Разработаны «Положение о Центре» и Целевая региональная программа «Профилактика и лечение заболеваний

сердечно-сосудистой системы в Самарской области на 2003–2015 гг.». Создан и пополняется регистр пациентов высокого и очень высокого риска тяжелыми семейными рефрактерными дислипидемиями (ДЛП), ИБС и генерализованными формами атеросклероза. Все пациенты находятся на диспансерном учете. В 2007г Правительством Самарской области и Министерством здравоохранения и социального развития Самарской области выделено на три года по 2,1 млн. рублей ежегодно на работу Липидного центра. Эти средства используются для обследования и лечения больных трудоспособного возраста с тяжелыми первичными дислипидемиями и вторичной профилактики атеросклеротических заболеваний.

Проводится скрининг обследование пациентов без клинических проявлений ССЗ, но с отягощенным семейным анамнезом или наличием факторов риска, диагностика ДЛП, комплексное обследование больных, первичная и вторичная профилактика с использованием самых современных достижений липидологии. На базе реанимационного отделения клиник СамГМУ налажена методика плазмафереза и проводится лечение больных с генерализованными формами атеросклероза и рефрактерными дислипидемиями, тяжелыми формами ДЛП. Работают филиалы Липидного центра и школы по профилактике атеросклероза в больницах г.Тольятти, г.Сызрани, г.Ульяновске, г. Кинеле и поликлинике № 15 г.Самары.

Реализуется совместная работа Липидного центра с ГУЗ «Гериатрический научно-практический центр» Самарской области (генеральный директор О.Л.Никитин) по изучению влияния и вклада, первичных дислипидемий в физиологическое и патологическое старение и развитие атеросклеротических заболеваний у лиц старших возрастных групп. За истекшие годы назначение статинов в Самаре в качестве вторичной профилактики увеличилось до 28–30%. По частоте назначения статинов Самара вышла на второе место в России, после г.Москва (где они назначаются в 30–32%). В то же время в странах Европы и США 60–95% нуждающихся пациентов получают статины.

Выводы. Липидный центр клиник СамГМУ является современным высокоспециализированным учреждением для оказания медицинской помощи больным с тяжелыми рефрактерными семейными дислипидемиями и генерализованными формами атеросклероза.

0824 РОЛЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Симерзин В.В., Гаглоева И.В., Гарькина С.В., Реут Л.И.

ГОУ ВПО Росздрава «Самарский государственный медицинский университет», Саратов, Россия

Цель исследования — изучение эффективности терапевтического обучения пациентов в лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы исследования. Обследовано 46 пациентов пожилого возраста с ХСН II–III функционального класса (ФК) по NYHA ишемической этиологии в сочетании с артериальной гипертензией. Пациенты были рандомизированы в две статистически сопоставимые по основным клиническим и демографическим показателям группы: 1-ю — группу воздействия, 2-ю — группу контроля. Обе группы получали современное медикаментозное лечение ХСН. Пациенты группы воздействия прошли курс терапевтического обучения, затем с ними поддерживался регулярный врачебный контакт по телефону, в ходе плановых и дополнительных визитов для отчета о самочувствии и регулярности приема лекарств. При необходимости проводилось психологическое консультирование. Пациенты 2-й группы наблюдались в обычных условиях практического здравоохранения. Длительность периода наблюдения составила 6 месяцев.

Оценивали клиническое состояние пациентов, динамику ФК ХСН по Шкале оценки клинического состояния, толерантность к физической нагрузке по результатам теста 6-минутной ходьбы, динамику изменения качества жизни на фоне лечения, необходимость в госпитализации и усилении терапии. Результаты подвергали статистической обработке с применением программ «Excel 2000» и «Statistica 6.0». Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Полученные результаты. За период наблюдения улучшение ФК ХСН отмечали 10 (43,5%) больных 1-й группы и 6 (26,1%) — 2-й, ухудшение — соответственно 4 (17,4%) и 8 (34,8%) больных. У всех пациентов наблюдалась положительная динамика по результатам теста 6-минутной ходьбы: средняя дистанция составила $442 \pm 5,2$ м через 2 месяца после выписки, что на 42% больше по сравнению с результатами до лечения (в среднем $312 \pm 4,8$ м). Более высокая толерантность к физической нагрузке отмечалась у пациентов, которым проводилась школа по сердечной недостаточности. Число госпитализаций по поводу прогрессирования ХСН в 1-й группе составило 6, во 2-й — 10 случаев. В усилении медикаментозной терапии нуждались 45,6% пациентов 1-й и 62,5% 2-й группы. У всех пациентов до лечения отмечалось снижение качества жизни по данным опросника SF-36, средний балл $53,8 \pm 4,3$ в основной группе и $55,2 \pm 3,8$ в контрольной группе пациентов. После лечения результаты были несколько лучше в группе, где проводилось обучение пациентов — показатели составили $22,4 \pm 3,6$ и $18,1 \pm 4,3$ баллов соответственно.

Выводы. Терапевтическое обучение пациентов является эффективной формой немедикаментозного лечения больных ХСН, повышающей информированность пациентов о факторах риска, тяжести, прогнозе и исходах заболевания. Достигается значительно лучшая приверженность к выполнению врачебных назначений. Это позволяет уменьшить финансовые затраты на лечение, снизить суммарный риск, что прогнозирует реальное снижение частоты осложнений и улучшает прогноз.

0825 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЯМИ

Симерзин В.В., Кириченко Н.А., Рубаненко О.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель. Повысить эффективность лечения больных ишемической болезнью с дислипидемией с помощью дифференцированной фармакотерапии.

Материалы и методы. На базе «Центра профилактики и лечения атеросклероза и дислипидемий» выделены пациенты категории высокого и очень высокого риска (60 человек). Оценивали показатели липидного спектра (ОХ, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды, К/А).

Результаты. В подборе дозы мы применяли сравнительную оценку эффективности статинов, где приводится процент снижения показателей ОХ и ХС ЛПНП. У больных категории высокого риска по рекомендациям целевой уровень ХС ЛПНП $\leq 2,5$ ммоль/л, а средние показатели ХС ЛПНП до лечения $4,54$ ммоль/л, таким образом, для достижения целевого уровня необходимо снизить ХС ЛПНП на 41%. Снижение на 41% можно достичь назначением симvastатина 40 мг, аторvastатина 20 мг или розувastатина 10 мг. У больных категории очень высокого риска целевой уровень ХС ЛПНП ≤ 2 ммоль/л, а средние показатели ХС ЛПНП до лечения $4,15$ ммоль/л, таким образом, для достижения целевого уровня необходимо снизить ХС ЛПНП на 48%. Снижение на 48% можно достичь назначением симvastатина 80 мг, аторvastатина 40 мг или розувastатина 20 мг.

На фоне недостаточно эффективной гиполипидемической терапии (при недостижении целевого уровня ОХ и ХС ЛПНП) назначается эзетимиб. Пациентам, которым в силу различных причин нельзя назначить эзетимиб (противопоказание, переносимость), и при необходимости более быстрого снижения ОХ, ХС ЛПНП проводятся сеансы плазмафереза. Курс плазмафереза составит от 2 до 5 сеансов с интервалом в 1–2 дня на установке Autopheresis-С. За курс удаляют до 650 мл плазмы с замещением кристаллоидными растворами.

Выводы. В выборе статина и его дозы необходимо руководствоваться исходными и целевыми уровнями ОХ и ХС ЛПНП, оптимального соотношения «стоимость — эффективность». Дифференцированная фармакотерапия позволит повысить эффективность лечения больных ишемической болезнью сердца с дислипидемией, снизить риск коронарных событий, улучшить качество жизни.

0826 ДЕТЕРМИНАНТЫ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Синеглазова А.В., Калев О.Ф.

ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», Челябинск, Россия

Цель. Определить факторы с атерогенным и антиатерогенным действием у женщин больных ревматоидным артритом (РА).

Материалы и методы. Обследовано 112 женщин с достоверным РА, ср. возраст $47,3 \pm 10,5$ л. Определялась концентрация общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) в сыворотке крови (ммоль/л) с использованием реагентов «HUMAN», Германия. Содержание липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), коэффициент атерогенности (КА) рассчитывались в соответствии с рекомендациями ВНОК. Статистическая обработка проведена с использованием программы SPSS, 12 версия.

Результаты. Содержание ХС и его атерогенных фракций, КА пациенток с РА было связано с возрастом ($r=0,339$, $p=0,0001$) и длительностью менопаузы ($r=0,326$, $p=0,0001$). Из антропометрических показателей наиболее сильная взаимосвязь ХС и атерогенных липопротеинов установлена с окружностью талии (ОТ) ($r=0,426$, $p=0,001$) и отношением ОТ к окружности бедер (ОБ) ($r=0,337$, $p=0,013$), т.е. ассоциировано с абдоминальным ожирением. Эти факторы не влияют на уровень ЛПВП, что объясняет их положительную взаимосвязь с КА. Активность воспаления при РА прямо коррелирует с КА ($r=0,233$, $p=0,018$), что возможно обусловлено отрицательной взаимосвязью с содержанием ЛПВП ($r=-0,302$, $p=0,002$). Длительность РА, рентгенологическая стадия РА, степень функциональной недостаточности суставов (ФНС) были прямо взаимосвязаны с показателями липидного обмена. Для ХС наиболее сильная связь отмечена со степенью ФНС ($r=0,332$, $p=0,0001$), индексом НАQ ($r=0,304$, $p=0,008$). Содержание ЛПВП прямо коррелировало с длительностью РА ($r=0,268$, $p=0,007$), рентгенологической стадией РА ($r=0,262$, $p=0,008$), степенью ФНС ($r=0,252$, $p=0,011$). Однако эти показатели не оказывали влияние на КА. Терапия ГК ассоциировалась с повышением содержания ХС и атерогенных липопротеидов: отмечена прямая корреляция с длительностью приема ГК ($r=0,438$, $p=0,0001$) и суммарной ($r=0,438$, $p=0,0001$), поддерживающей ($r=0,362$, $p=0,0001$) и подавляющей дозой ГК ($r=0,215$, $p=0,025$). Положительная корреляционная зависимость отмечена также между содержанием ЛПВП и приемом ГК: наиболее сильная взаимосвязь установлена для поддерживающей ($r=0,440$, $p=0,0001$), кумулятивной дозы ГК ($r=0,440$, $p=0,0001$), длительности приема ГК ($r=0,395$, $p=0,0001$), менее сильная взаимосвязь отмечена с подавляющей дозой ГК ($r=0,285$, $p=0,004$). Отсутствовала взаимосвязь ГК-терапии с КА. Прием метотрексата и далагила был прямо взаимосвязан с содержанием ХС. Отмечена прямая корреляционная зависимость между уровнем ХС и кумулятивной дозой метотрексата ($r=0,290$, $p=0,006$), продолжительностью приема далагила ($r=0,306$, $p=0,004$).

Выводы. С атерогенными изменениями липидного профиля ассоциируются увеличение возраста, длительности менопаузы, ОТ, ОБ, ОТ/ОБ, длительности РА, рентгенологической стадии РА, степени ФНС, индекса НАQ, прием метотрексата и далагила. Терапия ГК имеет разнонаправленное влияние на липидный спектр, вызывая повышение как ХС и атерогенных фракций, так и ЛПВП.

0827 НЕЗАВИСИМЫЕ ФАКТОРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Синкевич Д.А., Протасов К.В., Дзизинский А.А.

ГОУ ДПО «ИГИУВ Минздравсоцразвития РФ», Иркутск, Россия

Цель: определить независимые факторы ремоделирования сосудов у больных изолированной систолической АГ (ИСАГ) и систоло-диастолической АГ (СДАГ).

Методы: Пациенты ИСАГ ($n=59$) и СДАГ ($n=69$) были сопоставимы по возрасту ($68,0$ ($65,0-71,0$) лет и $68,0$ ($63,0-70,0$) лет, $p>0,05$), полу (мужчин/женщин – $28/31$ и $22/47$, $p>0,05$), индексу массы тела (ИМТ) ($28,4$ ($25,2-32,3$) $\text{кг}/\text{м}^2$ и $28,7$ ($26,1-31,2$) $\text{кг}/\text{м}^2$, $p>0,05$), длительности АГ ($10,0$ ($10,0-20,0$) лет и $16,5$ ($5,0-25,0$)

лет, $p>0,05$). Проводили суточное мониторирование АД (СМАД) и ЭКГ. Оценивали состояние вегетативной нервной системы по вариабельности ритма сердца. Изучали факторы риска АГ (липиды сыворотки, индекс талия/бедро (ИТБ), курение) и морфо-функциональное состояние сосудов (функцию эндотелия по D.S. Celermajer, скорость распространения пульсовой волны на каротидно-фemorальном сегменте (СРПВсф), лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ), толщину комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии). Применяли корреляционный и логистический регрессионный анализ. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) и 95% доверительные интервалы (95%ДИ).

Результаты: Частота обнаружения дисфункции эндотелия в пробе с манжеточной окклюзией у больных ИСАГ была высокой ($89,8\%$), что сопоставимо с аналогичным показателем при СДАГ ($82,6\%$).

Независимыми параметрами, ассоциированными с высокой СРПВсф при ИСАГ, являются степень абдоминального ожирения по ИТБ и величина SDANN. Риск повышенной жесткости аорты достоверно нарастал при $\text{ИТБ} \geq 0,9$ (ОШ $9,23$ 95%ДИ $2,25-37,86$) и $\text{SDANN} < 160$ мс (ОШ $4,53$ 95%ДИ $1,07-19,19$). При SDANN менее 100 мс шанс развития высокой СРПВсф десятикратно увеличивался (ОШ $10,0$ 95%ДИ $1,71-58,43$).

Независимыми факторами, связанными с атеросклеротическим поражением общей сонной артерии в группе ИСАГ, явились величина пульсового АД днем ≥ 65 мм рт.ст. (ОШ $4,29$ 95%ДИ $1,28-14,41$) (по данным СМАД) и уровень триглицеридов крови $\geq 1,6$ ммоль/л (ОШ $3,18$ 95%ДИ $1,0-10,23$). У лиц, страдающих СДАГ, таким фактором оказался уровень офисного систолического АД (САД) ≥ 145 мм рт.ст. (ОШ $4,76$ 95%ДИ $1,22-18,5$).

Общим индикатором атеросклероза сосудов нижних конечностей у пациентов ИСАГ и СДАГ явились курение и уровень АД в ночной период. Однако при ИСАГ это был временный индекс САД за ночной период (ВИСАДночь $\geq 35\%$) (ОШ $7,53$ 95%ДИ $1,50-37,66$), а при СДАГ – уровень временного индекса диастолического АД за ночной период (ВИДАДночь $\geq 15\%$) (ОШ $10,96$ 95%ДИ $1,26-94,97$). Кроме того, дополнительным независимым фактором в группе СДАГ оказалась масса тела менее 75 кг (ОШ $4,89$ 95%ДИ $1,04-22,96$).

Выводы: больные ИСАГ представляют собой группу повышенного риска ремоделирования сосудов, а, следовательно, должны быть объектом динамического врачебного наблюдения и нуждаются в коррекции факторов, ассоциированных с поражением этого органа-мишени: абдоминального ожирения, гипертриглицеридемии, уровня АД (особенно среднесуточного пульсового и ночного систолического) и отказе от курения.

0828 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Синькова Г.М., Синьков А.В.

ИГМУ, Иркутск, Россия

Цель: определить уровни осведомленности, лечения и контроля артериальной гипертензии (АГ) и провести фармакоэпидемиологический анализ антигипертензивной терапии в сельских и отдаленных районах Иркутской области.

Материалы и методы: обследовано 560 жителей Жигаловского, Зиминского, Катангского, Качугского, Киренского, Казачинско-Ленского, Куйтунского и Черемховского районов Иркутской области (148 мужчин, 412 женщин, в возрасте 19-95 лет, средний возраст $60,3 \pm 13,6$ года), у которых при скрининговом обследовании выявлено артериальное давление (АД) $\geq 140/90$ мм рт.ст. и/или установлен факт приема антигипертензивных препаратов (АП). Обследование включало осмотр кардиолога и невролога, регистрацию ЭКГ и анкетирование с помощью специально разработанной анкеты. Результаты оценивали с помощью компьютерных статистических программ STATISTICA 6.0 и Биостатистика 4.03 (описательная статистика, 95% доверительные интервалы (ДИ), критерий хи-квадрат).

Результаты: уровень осведомленности о наличии заболевания АГ составил 78,2%. Осведомленность у женщин была значи-

тельно выше, чем у мужчин (82,5 и 66,2% соответственно, $p < 0,0001$). АП на момент обследования принимали 399 больных АГ (71,3%). Уровень лечения у женщин был значительно выше, чем у мужчин (77,2 и 54,7% соответственно, $p < 0,0001$). Распределение принимаемых АП по классам составило: диуретики — 15,3%; бета-адреноблокаторы — 25,3%; антагонисты кальция — 15,8%; ингибиторы АПФ — 65,4%, АП старых поколений (центрального, миотропного действия, седативные) — 19,6%. Монотерапия использовалась в 65,7% случаев; эффективные рекомендуемые ВНОК комбинации двух АП — в 26,3%; трех АП — в 6,5%; четырех АП — в 1,5% случаев. У 12,5% больных в качестве монотерапии использовались АП старых поколений. Достижение уровня АД $< 140/90$ мм рт.ст. отмечено лишь у 15 больных, получавших лечение (3,8%), без существенных различий у мужчин и женщин.

Выводы: 1) В сельских и отдаленных районах Иркутской области, несмотря на относительно высокие уровни осведомленности и лечения АГ, выявлен низкий уровень контроля АГ, обусловленный недостатками антигипертензивной терапии;

2) Основными недостатками антигипертензивной терапии являлись: невыполнение рекомендаций международных обществ кардиологов по выбору оптимального режима стартовой терапии, необоснованно частое использование монотерапии, редкое использование АП пролонгированного действия и рациональных комбинаций АП.

0829 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ

Сироткина О.В.^{1,2}, Боганькова Н.А.², Вавилова Т.В.²

¹Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова РАН, Санкт-Петербург, Россия; ²Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И.И. Мечникова Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

В функциональной активности тромбоцитов ведущую роль играют тромбоцитарные мембранные гликопротеины. Индуцируемые реакции тромбоцитов пропорциональны количеству формирующихся комплексов агонист-рецептор, а степень агрегации тромбоцитов зависит от плотности рецепторов на мембране. Однако лабораторная оценка функционального состояния тромбоцитов до сих пор остается нерешенной проблемой. Технологические возможности цитометрического анализа позволяют определить активацию и агрегацию тромбоцитов путем измерения микровезикул, тромбоцитарных и тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов, экспрессирования рецепторов на поверхности тромбоцитов.

Цель настоящей работы — проанализировать функциональное состояние тромбоцитов и их способность к активации методом проточной цитометрии.

Материалы и методы — у здоровых доноров (33 человека, из них 15 женщин, от 21 до 56 лет, средний возраст 33 ± 2 года) были измерены: количество рецептора GP IIb-IIIa, экспрессия Р-селектина на мембране тромбоцита и образование тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов методом проточной цитометрии с использованием FITC- и PE-меченых моноклональных антител до и после активации 10 мкМ АДФ. АДФ-индуцированная агрегация исследовалась на оптическом агрегометре с оценкой степени (Т %) и скорости (V %/мин.) агрегации (АДФ 2,5, 5 и 10 мкМ). Количество GP IIb-IIIa определялось по уровню средней интенсивности флуоресценции (MFI), уровень экспрессии Р-селектина на поверхности тромбоцитов оценивался как % клеток, меченых соответствующим антителом.

Результаты: количество GP IIb-IIIa на мембране не активированных тромбоцитов варьировало от 11,3 до 21,3 (среднее значение $17,3 \pm 0,7$). При активации данный показатель увеличивался в среднем на $24,3 \pm 4,8\%$. Количество тромбоцитов, экспрессирующих Р-селектин на своей поверхности, при активации увеличивалось с $3,43 \pm 1,03\%$ до $32,44 \pm 3,2\%$, а сумма тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов (с гранулоцитами и моноцитами) возрастала до $22,7 \pm 6,2\%$. При этом количество

GP IIb-IIIa на мембране тромбоцита до и после активации, а также уровень экспрессии Р-селектина после активации коррелировали (по Спирману) с показателями АДФ-индуцированной агрегации (Т %, V %/мин.) — R от 0,46 до 0,66, p от 0,09 до 0,01. Кроме того, активация рецептора GP IIb-IIIa влияла как на экспрессию Р-селектина ($R = 0,75$, $p = 0,002$), так и на образование агрегатов тромбоцитов с моноцитами ($R = 0,61$, $p = 0,02$).

Выводы: анализ количества рецептора GP IIb-IIIa и Р-селектина на мембране, а также тромбоцитарно-лейкоцитарных агрегатов методом проточной цитометрии может быть использован для оценки состояния тромбоцитов в сосудистом русле.

0830 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Скворцов К.Ю.¹, Головачева Т.В.¹, Лукьянов В.Ф.¹, Новиков Р.А.², Шувалов С.С.³, Вервикишко О.С.⁴

¹ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия; ²ООО МЦ «Здоровье», Саратов, Россия; ³ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, Саратов, Россия; ⁴ММУ «МСЧ Саратовского подшипникового завода», Саратов, Россия

Цель: изучение распространенности тревожно-депрессивных расстройств у больных стабильной стенокардией напряжения (ССН).

Материалы и методы. Обследовано 103 больных ССН II-III функционального класса [ФК] (70% мужчины, 30 % женщины, средний возраст $54,2 \pm 3,2$ г.) Психологический статус исследовался с использованием госпитальной шкалы депрессии Гамильтона (HDRS), опросника Спилбергера-Ханина для оценки личностной и ситуационной тревожности, сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (В.П. Зайцев, 1981). Для сравнения использовали показатели группы из 50 клинически здоровых доноров крови, по возрасту и полу сопоставимых с основным массивом больных.

Результаты. По классу стенокардии больные были разделены на 2 группы: 1-ая группа — ССН II ФК (35 больных), 2-ая группа — ССН III ФК (68 больных). В первой группе ранее перенесли неQ-инфаркт миокарда 9 больных, во второй — 22.

У 33 больных был обнаружен сформировавшийся депрессивный синдром (12-15 баллов по HDRS. Выраженность депрессии нарастала параллельно утяжелению клинического течения ИБС: при ССН II ФК $14,44 \pm 2,5$ балла, при ССН II ФК и постинфарктном кардиосклерозе (ПИКС) $16,08 \pm 2,2$ балла, при ССН III ФК $15,36 \pm 4,2$ балла, при ССН III ФК + ПИКС $17,31 \pm 1,38$ балла. Анализ профилей СМОЛ показал, что больные склонны к фиксации на соматическом дискомфорте, более конвенциональны и пессимистичны по сравнению с клинически здоровыми донорами ($p < 0,05$), обеспокоены не только состоянием своего здоровья, но и мнением окружающих о них, эгоцентричны — исподволь, но настойчиво, добиваются внимания к себе, в то же время пассивны и зависимы как от врача, так и от окружающих, придают большое значение социальным нормам и запретам. Самыми высокими точками психологического профиля были шкалы ипохондрии, депрессии и истерии (количество Т-баллов по СМОЛ соответственно 62, 58, 55, различия с показателями больных без депрессии достоверны, $p < 0,05$). Показатели личностной тревожности также были существенно выше, чем у лиц контрольной группы (38 и 26 баллов, соответственно, $p < 0,05$). У оставшейся части пациентов фиксировались лишь отдельные признаки депрессии (10 и менее баллов по HDRS). Для данных больных был характерен интрапсихический конфликт между высоким уровнем требований к себе и низкой самооценкой, между эгоцентричными проявлениями и недовольством собой, что может стать основой депрессивных тенденций, усиливающихся вследствие болезни.

Выводы. У 32% больных ССН наблюдается выраженная депрессия, усугубляющаяся с нарастанием тяжести ИБС. Основную массу больных со стабильно протекающей ИБС характеризует высокая степень невротизации и тревожности.

0831 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ХИРУРГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Скибицкий В.В., Медведева Ю.И.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель: изучить взаимосвязь параметров суточного профиля артериального давления (СПАД) с показателями абдоминального ожирения (АО) у женщин в хирургическом климаксе (ХК) без артериальной гипертонии (АГ).

Материал и методы: Обследовано 54 женщины в хирургическом климаксе без АГ; возраст — 52 (48-55) года. Всем больным проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Осуществляли антропометрические измерения с вычислением индекса массы тела (ИМТ), отношения окружности талии к окружности бедер (ОТ/ОБ), сагиттальный диаметр туловища (СДТ). Определяли липидный спектр крови, проводили глюкозотолерантный тест. Исследовали содержание инсулина и С-пептида натощак. Инсулинорезистентность (ИР) диагностировали с учетом индекса ИР при значении показателя менее 0,33. Статистическую обработку проводили с использованием непараметрических методов, проводили корреляционный анализ по методике Спирмана.

Результаты: По результатам СМАД только у 10 пациенток без АГ зарегистрирован профиль «Dipper». Профиль кривой АД аналогичной «Non-dipper» выявлен у 14 человек. СПАД по типу «Over-dipper» выявлен у 8 пациенток. Среди обследованных зафиксировано только 2 случая кривой АД аналогичной «Night-peaker». Анализ корреляций показателей СМАД в исследуемой группе выявил ряд особенностей. Индекс времени систолического артериального давления (АД) днем коррелировал с ОТ ($r=0,553$; $p\leq 0,05$), суточный индекс как систолического АД, так и диастолического АД — с СДТ ($r=0,667$ и $r=0,564$ соответственно; $p\leq 0,05$). Вариабельность систолического АД была обратно взаимосвязана с индексом инсулинорезистентности ($r=-0,567$; $p\leq 0,05$).

Таким образом, патологические типы кривых АД зафиксированы у 22 женщин в ХК без артериальной гипертонии. Это свидетельствует о том, что даже при отсутствии АГ пациенток в хирургической менопаузе следует относить к группе высокого риска в отношении развития сосудистых осложнений. Абдоминальное ожирение и ИР являются основой метаболического синдрома, многократно повышающего риск тяжелых кардиоваскулярных осложнений. В ХК «стержневым» компонентом, вокруг которого группируются другие составляющие метаболического синдрома, по нашим данным, служит именно абдоминальное ожирение. Это диктует необходимость наблюдения данного контингента больных кардиологом в ранние сроки после операции. Пациенткам в ХК необходимо проводить обследование с целью раннего выявления ИР и ассоциированных с ней состояний для их профилактики и предотвращения возникающих на этом фоне структурно-функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы, фатальных и нефатальных осложнений.

0832 ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Скибицкий В.В., Шухардина Е.Л., Скибицкий А.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель: изучение возможности предупреждения желудочковых аритмий кордароном при интенсивной терапии тяжелой ХСН (хронической сердечной недостаточности).

Методы исследования: 58 пациентов с ХСН III-IV ФК в возрасте 65 (56-70) лет разделили на 2 группы. 1я — 20 человек — получали терапию согласно по национальным рекомендациям

по диагностике и лечению ХСН (2006). 2я группа, 38 человек, которым к стандартной терапии добавлялся кордарон 200-600мг/сут. Всем выполнялась эхокардиография, мониторировался электролитный профиль, проводилось суточное мониторирование сердечного ритма (СР) на 1-2 сутки и 9-10 сутки (на фоне интенсивной дегидратационной терапии). При статистическом анализе использовались методы непараметрической статистики.

Полученные результаты: При мониторировании СР желудочковые аритмии, в том числе желудочковые экстрасистолы III-V градации по Lown среди пациентов 1-й группы регистрировались достоверно чаще ($p<0,05$). При назначении кордарона аритмии исчезали. На фоне назначения кордарона с профилактической целью у пациентов 2-й группы желудочковые аритмии III-V градации по Lown при повторном мониторировании СР не регистрировались ($p<0,05$). У всех больных за период госпитализации содержание K^+ и Ca^{2+} крови оставалось в пределах нормальных значений. Межгрупповых различий ремоделирования камер сердца не было ($p\geq 0,05$).

Выводы: предположительным механизмом желудочковых аритмий у пациентов с ХСН III-IV ФК, получающих дегидратационную терапию, является гипокалигемия. Профилактическое назначение кордарона на время интенсивной терапии ХСН III-IV ФК обеспечивает профилактику возникновения опасных желудочковых аритмий.

0833 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» СОННОЙ АРТЕРИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ГИПОТИРЕОЗЕ

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Пыхалова Н.Е.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

Цель: оценить изменение толщины комплекса «интима-медиа» сонной артерии у женщин с артериальной гипертонией при метаболическом синдроме и гипотиреозе на фоне лечения амлодипином в сочетании с валсартаном или моксонидином.

Материалы и методы. В исследование включены 46 женщин, средний возраст которых составил $55,7\pm 3,4$ года. Критерии включения: гипотиреоз; уровень артериального давления (АД) $\geq 140/90$ мм рт.ст.; окружность талии >80 см, уровень глюкозы натощак $\geq 6,1$ ммоль/л и/или уровень глюкозы после нагрузочного теста $7,8-11,1$ ммоль/л; уровень триглицеридов (ТГ) $\geq 1,7$ ммоль/л; холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) $<1,2$ ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) $>3,0$ ммоль/л. Пациентки были распределены в две группы: 1-я группа (24 женщины) получали комбинацию дигидропиридинового антагониста кальция амлодипина (Норваск, Pfizer) и агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина (Физионенз, Solvay Pharma); 2-я группа (22 женщины) — амлодипин и антагонист рецепторов ангиотензина II валсартан (Диован, Novartis Pharma). Всем пациенткам до начала исследования и после шестимесячной терапии проводилось общеклиническое обследование, офисное измерение АД, ЭКГ, определение уровня глюкозы крови, липидного профиля, цветное триплексное сканирование экстракраниального отдела сонных артерий для определения толщины комплекса «интима-медиа».

Результаты исследования. До исследования средний уровень систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) составил: в первой группе $152,76\pm 7,23$ мм рт.ст. и $98,23\pm 3,43$ мм рт.ст.; во второй группе $156,12\pm 5,37$ мм рт.ст. и $94,35\pm 2,94$ мм рт.ст. После шести месяцев терапии уровень САД снизился в первой группе до $126,57\pm 1,85$ мм рт.ст.; $p<0,05$, уровень ДАД — до $81,21\pm 2,57$ мм рт.ст.; $p<0,05$; во второй группе — до $124,14\pm 3,05$ мм рт.ст.; $p<0,05$ и $79,82\pm 4,28$ мм рт.ст.; $p<0,05$ соответственно. Также на фоне терапии в первой группе наблюдалось уменьшение толщины комплекса «интима-медиа» сонной артерии на $10,2\%$ (с $0,98\pm 0,06$ мм до $0,88\pm 0,02$ мм, $p<0,05$), во второй группе

— на 26,8% (с $0,97 \pm 0,08$ мм до $0,71 \pm 0,04$ мм, $p < 0,05$); $p_{1-2} < 0,05$. Негативного влияния антигипертензивной терапии на метаболические показатели выявлено не было.

Заключение. Применение обеих заявленных комбинаций способствует уменьшению толщины комплекса «интима-медиа» сонной артерии у женщин при артериальной гипертензии на фоне метаболического синдрома и гипотиреоза, однако более значимый эффект наблюдается при использовании комбинации амлодипина и валсартана. Кроме того, проводимая терапия позволила достичь целевых значений АД в обеих группах и являлась метаболически нейтральной.

0834 ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Прасолова С.А.

Кубанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии, Краснодар, Россия

Цель исследования. Оценить влияние терапии розувастатином на показатели липидного спектра, основные эхокардиографические показатели у пациентов с систолической и диастолической формами хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. В исследование включены 50 пациентов в возрасте от 55 до 70 лет с ХСН различной этиологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и их сочетание). Всем пациентам проводилась ЭхоКГ с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) и основные показатели диастолической функции ЛЖ, исследование липидного профиля. После обследования пациенты были рандомизированы в 2 группы: 1 группа — 25 пациентов с систолической формой ХСН, 2 группа — 25 пациентов с диастолической формой ХСН (ФВ ЛЖ $> 45\%$). Пациенты получали розувастатин (Крестор, «Astra Zeneca»), в дозе 10–20 мг в сутки на фоне стандартной терапии ХСН.

Через 6 месяцев проводилось повторное обследование больных.

Результаты исследования обработаны при помощи пакета программ «Statistica 5.0» с использованием непараметрических методов статистики.

Результаты исследования. В 1 группе пациентов отмечалось снижение концентрации общего ХС с $5,7$ ммоль/л ($3,1-7,2$) до $4,8$ ммоль/л ($3,0-5,2$), ХС ЛПНП с $4,36$ ммоль/л ($2,92-6,57$) до $2,9$ ммоль/л ($2,4-3,8$), триглицеридов (ТГ) с $1,44$ ммоль/л ($0,8-3,94$) до $1,35$ ммоль/л ($1,25-2,7$), коэффициента атерогенности (КА) с $2,6$ ($0,25-3,36$) до $2,3$ ($1,3-2,8$) и увеличение ХС ЛПВП с $1,52$ ммоль/л ($0,92-2,79$) до $2,03$ ($1,67-2,5$), $p < 0,05$.

Во 2 группе определялось снижение ОХС с $5,62$ ммоль/л ($4,8-6,9$) до $5,06$ ммоль/л ($3,4-5,6$), снижение ХС ЛПНП с $3,45$ ммоль/л ($2,9-4,3$) до $2,7$ ммоль/л ($1,8-3,6$), ТГ с $1,27$ ммоль/л ($0,8-1,56$) до $1,05$ ммоль/л ($0,65-1,78$), КА с $2,45$ ($1,8-3,6$) до $1,99$ ($0,8-3,8$) и увеличение ХС ЛПВП с $1,58$ ммоль/л ($1,3-2,3$) до $1,88$ ммоль/л ($1,5-2,8$), $p < 0,03$. По данным ЭхоКГ в 1 группе пациентов имело место достоверное увеличение фракции выброса с 43% ($38-46$) до 48% ($46-50,5$) что составило $4,5\%$ ($p = 0,065$) и недостоверное улучшение показателей диастолической функции ЛЖ: увеличение скорости пика Е с $0,58$ до $0,63$ м/сек (8%), снижение скорости пика А с $0,68$ до $0,60$ м/сек (12%), увеличение Е/А с $0,48$ до $0,59$ (22%), снижение ВПР с 88 до 76 мсек, 14% , $p > 0,05$.

Во 2 группе пациентов отмечалось достоверное улучшение показателей диастолической функции ЛЖ: увеличение скорости пика Е с $0,41$ до $0,44$ м/сек ($12,3\%$), снижение скорости пика А с $0,67$ до $0,61$ м/сек ($7,4\%$), увеличение Е/А с $0,58$ до $0,69$ (20%), снижение ВПР с 72 до 64 мсек, что составило 11% ($p < 0,05$). Кроме того, имело место увеличение ФВ ЛЖ с 50% ($46-52$) до 54% ($50-56$), что составило 8% ($p < 0,05$).

Выводы. Применение розувастатина в обеих группах пациентов привело к достоверным изменениям показателей липидного

профиля и достижению целевых значений липидов. В группе пациентов с систолической ХСН добавление к стандартной терапии розувастатина не сопровождалось значимыми изменениями основных эхокардиографических параметров, в группе пациентов с диастолической ХСН терапия розувастатином способствовала достоверному улучшению показателей диастолической и систолической функции ЛЖ.

0835 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КОСТНАЯ МАССА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: АССОЦИАЦИЯ С СОЦИАЛЬНЫМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ

Скрипникова И.А., Косматова О.В., Новиков В.Е., Мурашко Л.М.
ФГУ ГНИЦ Профилактической медицины, Москва, Россия

В последние годы получены доказательства, что метаболический синдром (МС), помимо высокоатерогенного потенциала, может ассоциироваться с низкой костной массой (КМ), являющейся основным фактором риска (ФР) переломов костей и с периферическими переломами.

Цель: сравнить минеральную плотность кости (МПК) у женщин с МС и без него и изучить ассоциацию социальных, поведенческих факторов и репродуктивной функции на развитие МС и остеопороза (ОП) у женщин в постменопаузе.

Материалы и методы: На базе ГНИЦ ПМ одномоментно обследовано 195 женщин постменопаузального периода из случайной поквартирной выборки населения Черёмушкинского района. Всем пациенткам проведены анкетирование для исследования ФР, биохимический анализ крови (липиды, костные маркеры) и костная денситометрия методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Hologic. Диагноз ОП устанавливался согласно критериям ВОЗ при показателе Т-критерия ниже $-2,5$ стандартных отклонений (СО) от нормативных показателей пиковой КМ здоровых женщин.

Результаты: МС выявлен у 27 (14%) женщин (средний возраст $58,8 \pm 1,03$ лет), ОП у 24%. Избыточная масса тела отмечалась у 74,4% женщин, причём у пациенток с МС индекс массы тела (ИМТ) был достоверно выше ($35,1$ кг/м²), чем без МС ($27,9$ кг/м²) $p < 0,001$. Показатели МПК как в бедре, так и в позвоночнике у пациенток с МС и без него не различались, однако периферические переломы костей у женщин без МС встречались достоверно чаще ($p < 0,05$). У пациенток с МС отмечен более низкий уровень образования: 18% с высшим образованием, в сравнении с 38% в группе без МС ($p < 0,05$). Среди женщин с высшим образованием ОП отмечался чаще, чем без него, однако различия не достоверны. Трудовую активность сохранило 3% пациенток с МС и 51% без него ($p < 0,05$), причём в группе с МС женщины прекратили работать не в связи с заболеванием, а задолго до его развития. ОП у неработающих женщин встречался чаще (77%), по сравнению с работающими (60%) $p < 0,05$. Установлена корреляция между МС и возрастом менархе: $r = 0,26$, $p = 0,0002$, количеством беременностей и медицинских аборт: $r = 0,17$, $p = 0,01$ и $r = 0,21$, $p = 0,002$ соответственно, выявлена ассоциация между МС и количеством родов (более 3-х) ($p < 0,002$). ОП чаще выявлялся у пациенток с ранней менопаузой ($p < 0,01$) и нарушением менструального цикла ($p = 0,03$). Число беременностей и медицинских аборт достоверно выше у больных с ОП, чем с нормальной КМ ($p < 0,05$). Связи между количеством молочных продуктов в рационе и развитием МС не отмечено, тогда как потребление жирной пищи положительно коррелирует с МС ($r = 0,26$, $p = 0,0002$). Низкое содержание в рационе продуктов, богатых кальцием во всех возрастных периодах является фактором риска снижения КМ как у пациенток с МС, так и без него.

Выводы: На развитие МС оказывают влияние образование, трудовая активность, особенности репродуктивной функции. У женщин с МС и без него МПК не различается, а высокая масса тела ассоциируется с более высокой МПК. Потребление продуктов, богатых кальцием, положительно влияет на состояние костной ткани как у пациенток с МС, так и без него.

0836 ОБЩНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОГНОЗ ССЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, (ССЗ-АС) И ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Скрипникова И.А., Новиков В.Е., Мурашко Л.М.

ФГУ ГНИЦ профилактической медицины Росмедтехнологий, Москва, Россия

Взаимосвязь ССЗ-АС и ОП в настоящее время доказана в эпидемиологических, экспериментальных и клинических исследованиях. Одним из ключевых триггеров развития ССЗ-АС и ОП считают хроническое воспаление. Но, до сих пор не известно, как часто эти заболевания сочетаются у женщин в постменопаузальном периоде и какие общие факторы риска (ФР) способствуют их развитию.

Цель: изучить распространенность сочетанной патологии ССЗ-АС и ОП, выявить общие ФР этих заболеваний и оценить их прогностическую роль.

Материалы и методы: Обследованы 195 женщин дважды с 15-летним интервалом в одном из регионов г. Москвы для выявления ССЗ-АС. На 1 этапе обследовались женщины репродуктивного возраста (ср. возраст $41 \pm 0,38$), на 2 этапе — те же женщины в постменопаузе (ср. возраст $56 \pm 0,34$). Минеральная плотность кости (МПК) измерялась на 2 этапе на аппарате ("Delphi W", Hologic). Диагноз ОП устанавливался согласно критериям ВОЗ по Т-критерию $\geq -2,5SD$. Оценивались традиционные ФР (социальные, средовые, биологические) и еще ряд показателей по данным анкетирования, клинического и лабораторного обследования.

Результаты: Распространенность сочетанной патологии ССЗ-АС и ОП составила 8%. Выявлены общие ФР ССЗ-АС и ОП с использованием многомерного регрессионного логистического анализа: гипертриглицеридемия; высокий индекс атерогенности; повышенная ЧСС; изменения на ЭКГ, соответствующие категориям Миннесотского кода 134 и 73; низкий рост в возрасте 25 лет; наличие переломов костей в семейном анамнезе; повышенные уровни глюкозы натощак, общего кальция и общей щелочной фосфатазы; продолжительность менопаузы; нарушения менструального цикла (олигоменорея); раннее начало менопаузы. Построены функции для определения индивидуального риска сочетанной патологии ССЗ-АС и ОП.

Социальный статус и показатели репродуктивной функции женщин оказывали значимое влияние на формирование ФР ССЗ-АС и ОП: АГ, ГХС и низкая МПК достоверно чаще встречались у одиноких и неработающих женщин. Низкая МПК чаще имела место у женщин с высшим образованием. Недостаточная функциональная активность была достоверно выше у пациенток с ОП, в отличие от женщин с ССЗ-АС ($p < 0,05$). Частота курения у женщин с ССЗ-АС была выше, чем у условно «здоровых» ($p < 0,05$), а у пациенток с ОП не отличалась от «здоровых». Фактор курения при ОП становился значимым при выкуривании 10 и более сигарет в день ($OR = 4,62$).

Обнаружена взаимосвязь между биологическими ФР ССЗ-АС и ОП: нормальная МПК шейки бедра ассоциировалась с АГ ($p < 0,05$), обратно коррелировала с ОХС ($r = -0,32$, $p = 0,01$). Уровень ТГ был выше у пациенток с ОП, чем с нормальной МПК ($p < 0,05$).

Заключение: ССЗ-АС и ОП не редко сочетаются у женщин в постменопаузе и имеют общие ФР, которые можно использовать для прогноза и формирования групп высокого риска по обоим заболеваниям.

0837 ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Скрипникова О.В., Кляшева Ю.М., Кляшев С.М., Кортусова С.А., Кузьмина Е.Н.

ГОУ ВПО ТюмГМА Минздравсоцразвития РФ, Тюмень, Россия

Целью исследования являлось изучение особенностей внутрисердечной и почечной гемодинамики у больных системной красной волчанкой (СКВ) с наличием артериальной гипертензии (АГ).

Обследовано 77 больных СКВ женского пола с наличием АГ I и II степени. Средний возраст больных составил $42,1 \pm 1,4$ года, длительность СКВ — $7,4 \pm 0,7$ года, длительность АГ — $5,1 \pm 0,5$ года. Все больные получали базисную терапию: преднизолон 10–15 мг в сутки и циклофосфан 200 мг еженедельно. В исследование не включались больные с III степенью активности СКВ и имеющие сопутствующую патологию (ишемическая болезнь сердца, клапанные поражения сердца, хроническая обструктивная болезнь легких, туберкулез, эндокринные заболевания). Всем обследуемым проводилась эхокардиография в М- и В-режимах, доплероэхокардиография, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) сосудов почек.

По результатам нашего исследования у 68 (88,3%) больных отмечена гипертрофия миокарда левого желудочка (ЛЖ). По данным доплероэхокардиографии у 60 (77,5%) больных СКВ с наличием АГ выявлено нарушение диастолической функции ЛЖ: Е составила $0,66 \pm 0,02$ м/с, Е/А — $0,82 \pm 0,05$, DT — $231,7 \pm 12,5$ мс, IVRT — $101,0 \pm 4,6$ мс. У 46 (60,0%) больных наблюдалось нарушение диастолической функции правого желудочка (ПЖ): Е — $0,55 \pm 0,02$ м/с, Е/А — $0,97 \pm 0,05$, DT — $229,8 \pm 22,7$ мс, IVRT — $91,0 \pm 3,8$ мс. Нарушения диастолической функции ЛЖ и ПЖ отмечались по первому типу (типу замедленной релаксации). По результатам УЗДГ сосудов почек выявлено повышение индексов резистивности: в сегментарных артериях — $0,62 \pm 0,01$, в междолевых — $0,62 \pm 0,01$, в дуговых — $0,60 \pm 0,01$.

Таким образом, у больных СКВ с наличием АГ отмечались гипертрофия миокарда левого желудочка, нарушение диастолической функции желудочков сердца, а также повышение индексов периферического сопротивления сосудов почек.

0838 ПРЯМОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТОВ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА И ФОНДАПАРИНУКСА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ: ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБИНА И ТРОМБИНЕМИИ В ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Скутницкая Л.Ю.

Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Поиск антикоагулянта с оптимальным соотношением эффективности и безопасности актуален у пожилых больных острым коронарным синдромом без подъемов сегмента ST (ОКСБПСТ), имеющих высокий риск ишемических событий и уязвимых с позиций геморрагических осложнений. Потенциальные преимущества фондапаринукса (ФОНДА) в виде геморрагической безопасности, показанные ранее при его сравнении с эноксапарином, могут уравновеситься снижением риска геморрагических осложнений при непродолжительном и контролируемом в/в введении нефракционированного гепарина (НФГ).

Цель: оценка изменений показателей гемостаза, позволяющих судить об образовании тромбина и его активности, при применении НФГ и ФОНДА у консервативно леченных пожилых больных с ОКСБПСТ.

Материал и методы. 55 больных ОКСБПСТ старше 75 лет в пределах 24 часов после индексного ангинозного приступа рандомизированы в группы НФГ (в/в болюс и инфузия не менее 48 ч. с изменением скорости в зависимости от АЧТВ, $n = 27$) и ФОНДА (2,5 мг п/к 1 раз в день в течение 8 суток, $n = 28$). Взятие крови для определения уровней комплекса тромбин-анти тромбин (ТАТ), фрагментов протромбина 1+2 (Ф1+2) и D-димера (ДД) с помощью ELISA осуществлялось перед началом введения антикоагулянта («исходно»), через $48 \pm 2,5$ ч после первой инъекции («день 2») и утром 8-х суток лечения («день 8»).

Результаты. (изучаемые показатели представлены в виде медиан): Не было отличий в исходных показателях между группами. В «день 2» в каждой из групп отмечено снижение уровня ДД (с 369 нг/мл до 293 нг/мл в группе НФГ и с 385 нг/мл до 333 нг/мл в группе

ФОНДА, $p < 0,01$ для изменений в каждой из групп). В этой точке ДД был достоверно ниже в группе НФГ ($p < 0,05$, в сравнении с группой ФОНДА). Отмечено дальнейшее достоверное снижение ДД в группе ФОНДА (до 269 нг/мл, $p < 0,01$) и недостоверное превышение исходного значения в группе НФГ (до 426 нг/мл, $p = \text{НД}$). При сравнении двух групп уровень ДД в «день 8» оказался ниже в группе ФОНДА ($p < 0,01$). Уровень ТАТ в группе НФГ снижался через 48ч (3,26 нг/мл против 3,32 нг/мл исходно, $p < 0,01$) и повышался через 8 дней (до 3,94 нг/мл, $p < 0,01$). В группе ФОНДА ТАТ имел тенденцию к снижению через 48ч (3,34 нг/мл против 3,46 нг/мл исходно, $p = \text{НД}$) и был явно ниже к «дню 8» (2,96 нг/мл, $p < 0,01$ против исходного и против значения в группе НФГ). В группе НФГ Ф1+2 не изменялся. В группе ФОНДА достоверные изменения Ф1+2 отсутствовали через 48 часов, но на «день 8» Ф1+2 был ниже исходного и ниже, чем в группе НФГ (1613 пмоль/мл в «день 8» и 1744 пмоль/л исходно, $p < 0,01$).

Выводы: Применение НФГ (>48 часов) у пожилых больных с ОКСБПСТ, не оказывая заметного влияния на образование тромбина, ведет к преходящему подавлению его активности с очевидной реактивацией после прекращения введения препарата. Применение ФОНДА в течение 8 дней сопровождается снижением тромбемии и активности тромбина к концу этого периода.

0839 ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СКОРОСТЕЙ Na^+/Li^+ - ПРОТИВОТРАНСПОРТА

Слепуха Е.Г., Булашова О.В.

КГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Казань, Россия

ХСН — одна из самых распространенных проблем современной кардиологии. Ведение больных с данной патологией требует от клинициста пристального внимания, длительного мониторинга оценки клинического состояния. Применение клинической шкалы Ю.Н.Беленкова-В.Ю.Мареева при обследовании пациентов с ХСН доказало свою эффективность во многих клинических исследованиях. Ответ на терапию у пациентов, страдающих ХСН, зависит от множества факторов: качества подобранного лечения, тяжести заболевания, комплаенса, а также генетических особенностей индивида. В качестве маркера наследственной характеристики успешно используется определение скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта через мембрану эритроцитов, как генетически детерминированной модели состояния клеточных мембран.

Цель исследования: анализ клинического состояния пациентов, страдающих сердечной недостаточностью в зависимости от скоростей Na^+/Li^+ — противотранспорта по материалам шести месяцев наблюдения.

Материалы и методы: в исследование вошли 130 пациентов, средний возраст которых составил 59,29,7 лет, страдающих I-IV функциональным классом (ФК) ХСН. Оценка клинического состояния проводилась с помощью клинической шкалы Ю.Н.Беленкова - В.Ю.Мареева: до лечения и через шесть месяцев консервативной терапии. Испытуемым было проведено определение скоростей Na^+/Li^+ -противотранспорта через мембрану эритроцита: в основе метода лежит измерение обмена внутриклеточного лития в клетках на внеклеточный натрий из инкубационной среды. Для детального анализа состояния клеточных мембран у больных с ХСН был использован метод квартильного распределения скоростей Na^+/Li^+ -противотранспорта.

Результаты: медикаментозная терапия ХСН в целом по группе была успешной: средний балл по шкале Ю.Н. Беленкова - В.Ю.Мареева составил 4,672,17 до лечения и 3,241,93 после ($p < 0,001$). Максимальный эффект был достигнут у пациентов, страдающих I функциональным классом ХСН: средний балл снизился на 50,91% и составил 3,300,82 до и 1,620,51 после лечения ($p < 0,01$). Во II, III ФК ХСН клиническое состояние улучшилось на 24,41% и 32,54% соответственно ($p < 0,001$). У больных с тяжелыми функциональными нарушениями (IV ФК) средний балл по шкале снизился с 10,832,64 до 8,252,36 баллов, однако полученные различия оказались недостоверными.

Анализ эффективности терапии в квартилях распределения Na^+/Li^+ — противотранспорта показал, что средний балл по шкале Ю.Н.Беленкова-В.Ю.Мареева снизился во всех четырех группах,

максимально во втором квартиле на 41,16% (н.д.). Однако достоверно значимым улучшение клинического состояния было в третьем и четвертом квартилях, соответствующих высоким значениям скоростей Na^+/Li^+ — противотранспорта ($p < 0,001$).

Выводы: консервативная терапия ХСН была успешной во всех функциональных классах, причем максимальный эффект достигнут на самой ранней стадии заболевания: в I ФК.

Достоверное улучшение клинического состояния получено у пациентов-носителей высоких скоростей Na^+/Li^+ — противотранспорта.

0840 ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА КОРДАРОНА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМОМ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Смелянец А.П., Еремина Н.А., Демин Г.В.

ФГУ «427 Военный госпиталь Московского военного округа» Министерства обороны Российской Федерации, Воронеж, Россия

Цель исследования: Оценить влияние антиаритмического препарата III класса кордарона на порог чувствительности кардиомиоцитов к электроимпульсной терапии у больных с пароксизмом трепетания предсердий.

Материалы и методы. В исследование включены 46 пациентов, у которых отмечался пароксизм трепетания предсердий давностью менее 48 часов. Всем пациентам была проведена электроимпульсная терапия с целью восстановления синусового ритма, путем нанесения синхронизированного разряда энергией 50 Дж с использованием дефибриллятора Cardioserv.

Больные были разделены на 2 группы. Первая — 24 пациента. Мужчины — 20, женщины — 4 (возраст 56 ± 10 лет). Вторая группа — 22 пациента. Мужчины — 17, женщины — 5 (возраст 54 ± 14 лет).

У всех обследуемых отмечалась тахисистолическая, чаще не правильная, форма трепетания предсердий с проведением 2:1 — 3:1. Частота желудочкового ритма в первой группе 104 ± 20 , во второй — 108 ± 20 ; частота предсердного ритма — 200-280 для обеих групп.

После обследования пациентов не было выявлено противопоказаний для восстановления синусового ритма. При эхокардиографии у пациентов не обнаружено тромбов в сердечных полостях, показатели фракции выброса левого желудочка были близкими к норме: в первой группе $55 \pm 5\%$, во второй группе — $58 \pm 6\%$. Отсутствовала дилатация сердечных полостей, размеры левого предсердия позволяли надеяться на длительное сохранение синусового ритма (меньше 4 см). У части больных нарушение ритма выявлено впервые (13 или 54% в первой группе, 14 или 63% — у второй). У остальных ранее отмечались эпизоды трепетания или фибрилляции предсердий (обычно 1-2 по анамнезу). Пациенты первой группы поступали в более ранние сроки (10 ± 8 часов) от начала пароксизма и им представлялось возможным проведение медикаментозной подготовки перед электроимпульсным воздействием. Внутривенно вводился кордарон в дозе 300-600 мг на 5%-ном растворе глюкозы в течение 30-60 минут, затем проводилась медленная инфузия препарата (дополнительно 300-600 мг). Суммарная доза кордарона составляла в среднем 900 ± 300 мг. В исследование не вошло незначительное число пациентов, у которых медикаментозная терапия кордароном привела к восстановлению синусового ритма еще до проведения электроимпульсного воздействия. Продолжительность медикаментозной терапии составила 16 ± 8 часов. Пациентам второй группы электроимпульсная терапия проводилась без предшествующего введения кордарона. Это было связано с тем, что они поступали в более поздние сроки от возникновения пароксизма (36 ± 6 часов) или имелись противопоказания для введения кордарона (заболевание щитовидной железы, ХОБЛ и др.).

Результаты.

Среди пациентов I группы отмечалась достоверно более частое восстановление синусового ритма уже после первого разряда энергии 50 Дж (19 пациентов или 79,2%), чем во второй группе (12 пациентов или 54,5% соответственно), достоверность $P < 0,05$.

Дополнительный (второй) разряд энергии 100 Дж привел к восстановлению ритма у двух пациентов в первой группе и трех пациентов во второй группе. Таким образом, общее число успешных кардиоверсий в первой группе составило 87,5%, во второй группе — 68,2%.

Пациенты, у которых не произошло восстановление синусового ритма были переведены на «урежающую» терапию с использованием антиаритмических препаратов различных классов на фоне антикоагулянтной терапии «непрямыми» антикоагулянтами (варфарином).

Выводы. Проведенное исследование подтверждает способность кордарона снижать порог чувствительности кардиомиоцитов к электроимпульсной терапии. Трепетание предсердий редко поддается медикаментозной терапии. В свою очередь, кардиоверсия позволяет восстановить ритм в 70–80% случаях. Применение кордарона существенно влияет на увеличение числа успешных кардиоверсий, а так же позволяет снизить первоначальную энергию разряда. Продолжается исследование для определения оптимальной дозы, длительности и способов введения препарата перед электроимпульсной терапией у больных с трепетанием предсердий.

0841 ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Сметнева Н.С.

ГКБ №70, кафедра факультетской терапии и с курсом профессиональных болезней МГМСУ, Москва, Россия

Целью исследования стал анализ случаев инфаркта миокарда, которые не были своевременно диагностированы на различных этапах оказания медицинской помощи у пациентов городской клинической больницы №70 г.Москвы. В ходе анализа мы попытались выявить и проанализировать причины, которые препятствовали установлению правильного диагноза.

Материал и методы. Исследование было проведено на базе городской клинической больницы г. Москвы №70. В ходе работы были просмотрены ежегодные отчеты отделения неотложной кардиологии, а также компьютерная база данных патологоанатомического отделения за 2006 и 2007гг. Проанализированы истории болезни пациентов, которые скончались в некардиологических отделениях больницы с диагнозом инфаркта миокарда, который был установлен клинически или по результатам патологоанатомического исследования. В результате были отобраны 34 истории болезни: из них 15 мужчин и 20 женщин, скончавшихся в некардиологических отделениях стационара с диагнозом инфаркт миокарда, направленных на патологоанатомическое исследование. Возраст больных составил от 52 до 94 лет, (средний — 72,0 года) среди мужчин — 65,5 лет, среди женщин 73,3 года.

Из 34 пациентов лишь у одного инфаркт миокарда начинался с абдоминальной формы, был расценен как с острым холециститом и госпитализирован в отделение общей реанимации по тяжести состояния. У остальных пациентов инфаркт миокарда развивался либо в период нахождения в стационаре, либо маскировался другим тяжелым заболеванием или осложнением.

ЭКГ диагностика оказалась информативной лишь у двух пациентов из 34, в остальных случаях выявлялись либо такие неспецифические изменения, как диффузное снижение кровоснабжения миокарда, перегрузка левого желудочка или субэндокардиальная ишемия, либо рубцовые изменения при постинфарктном кардиосклерозе.

Эхокардиографическое исследование не проводилось ни в одном случае, так как у лечащих врачей не было настоятельно в плане возможности развития инфаркта миокарда.

Выводы. Несмотря на современные методы диагностики, сохраняются значительные трудности при выявлении инфаркта миокарда у пациентов с тяжелой сочетанной патологией. Эти сложности, как правило, возникают из-за стертой клинической картины и отсутствия типичных изменений ЭКГ. В таких условиях своевременная диагностика инфаркта миокарда возможна только при внимательном наблюдении за состоянием пациентов из групп риска, к которым относятся больные, страдающие постинфарктным кардиосклерозом, тяжелыми формами сахарного диабета, ХОБЛ, а также хирургические больные с выраженной интоксикацией или анемией, после оперативных вмешательств. Поэтому, при ухудшении самочувствия пациента, связанном с нарушениями гемодинамики и сопровождающемся даже незначительными изменениями ЭКГ, лечащий врач должен исключить инфаркт миокарда с помощью всех доступных ему методов диагностики.

0842 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГИПЕРАДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ

Смирнова В.А.

МГМСУ, Москва, Россия

Одним из критериев метаболического синдрома является ожирение наряду с артериальной гипертензией и дислипидемией и рассматривается в качестве одной из основных причин нарушений функции репродуктивной системы у женщин. Количество беременных с ожирением по различным данным составляет 15–38%.

Цель исследования: оценить влияние активности симпатоадреналовой системы организма по уровню β -адренорецепции мембран эритроцитов и величины избыточной массы тела и на течение беременности и перинатальные исходы.

Методы исследования: в исследование включены 100 беременных с избыточным весом до беременности ($ИМТ \geq 27,0 \text{ кг/м}^2$) и 20 здоровых беременных с $ИМТ < 27,0 \text{ кг/м}^2$ (группа контроля) в возрасте 18–45 лет в I и II триместрах гестации. Оценивались следующие показатели: рост, вес, ИМТ; ОХ, холестерин ЛПВП и ЛПНП; ТГ; уровень гликемии; ИРИ натощак; индекс НОМА, СРБ, адренореактивность по уровню β -адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ).

Результаты: в зависимости от характера течения гестационного периода основная группа беременных была разделена на 2 подгруппы: в 1 подгруппу ($n=63$) включены женщины с тяжелыми осложнениями во время беременности, во 2-ю ($n=33$) с неосложненным течением беременности. В 1 подгруппе ИМТ до беременности составил $34,4 \text{ кг/м}^2$, во второй — $32,3 \text{ кг/м}^2$, в группе контроля — $21,2 \text{ кг/м}^2$. В I триместре ИМТ в 1 подгруппе повысился до $34,6 \text{ кг/м}^2$, во второй — до $32,4 \text{ кг/м}^2$, во II триместре соответственно — $36,0$ и $33,6 \text{ кг/м}^2$. При этом в I триместре уровень АД в 1-й подгруппе в среднем составил $135/82 \text{ мм рт.ст.}$, во 2-й — $128/85 \text{ мм рт.ст.}$ По уровню общего холестерина (ОХ) в эти периоды обследования во всех группах пациенток различий не было — $5,4 \text{ ммоль/л}$, уровень ТГ соответственно $1,9 \text{ ммоль/л}$ и $1,5 \text{ ммоль/л}$. В I триместре в 1-й подгруппе ЛПНП — $3,0 \text{ ммоль/л}$, ЛПВП — $1,5 \text{ ммоль/л}$, СРБ — $1,5 \text{ мг/л}$, ИРИ — $15,45 \text{ ммоль/л}$, индекс НОМА — $3,0$; во 2-й подгруппе соответственно — $2,6 \text{ ммоль/л}$, $1,6 \text{ ммоль/л}$, $0,79 \text{ мг/л}$, $14,2 \text{ ммоль/л}$ и $2,48$. Во II триместре отмечалась динамика показателей: в 1 подгруппе ОХ — $6,2 \text{ ммоль/л}$, ТГ — $2,6 \text{ ммоль/л}$, ЛПНП — $3,3 \text{ ммоль/л}$, ЛПВП — $1,4 \text{ ммоль/л}$, СРБ — $4,7 \text{ мг/л}$, ИРИ — $16,5 \text{ ммоль/л}$, НОМА — $3,3$, во 2-й соответственно — $6,2 \text{ ммоль/л}$, $2,4 \text{ ммоль/л}$, $3,4 \text{ ммоль/л}$; $1,6 \text{ ммоль/л}$; $1,4 \text{ мг/л}$, $11,8 \text{ ммоль/л}$ и $2,1$. По уровню гликемии во всех группах достоверных различий не выявлено. В 1-й подгруппе беременных показатель β -АРМ достоверно повышен (64 в I триместре и 71 во II триместре усл.ед.) по сравнению с женщинами 2-й подгруппы (48 и 64 усл.ед.), и группы контроля (33 и 42 усл.ед.). В 1-й подгруппе отмечались такие тяжелые осложнения беременности, как 2 случая преждевременных родов с постнатальной гибелью плода, 3 случая самопроизвольного прерывания беременности в поздние сроки, 1 случай мертворождения, 1 случай гестационного сахарного диабета, 2 случая врожденных пороков развития.

Выводы: У беременных ожирение, как симптом метаболического синдрома, сочетается не только с артериальной гипертензией, дислипидемией, но и гиперадренергией. Степень выраженности метаболического синдрома и гиперадренореактивности сопоставима с тяжестью патологии беременности и частотой развития неблагоприятных перинатальных исходов.

0843 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ: ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ФАКТОРОВ РИСКА, ЛЕЧЕНИЯ

Смирнова Е.А., Якушин С.С., Лиферов Р.А.

Областной клинический кардиологический диспансер, ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель: изучение пятилетней динамики распространенности, факторов риска, лечения АГ среди населения Рязанской области по данным обследования репрезентативной выборки в 2002 и 2007 гг.

Материал и методы. Проведено повторное обследование репрезентативной выборки населения Рязанской области, созданной в 2002 году в рамках российского многоцентрового исследования «ЭПОХА», отклик составил 83,9%. Обследовано 1760 человек, средний возраст $48,5 \pm 0,4$ лет. Изучались социально-демографические характеристики, анамнез, клиническое состояние на момент осмотра с измерением пульса и АД, медикаментозная терапия с уточнением доз препаратов.

Результаты. Распространенность АГ в Рязанской области за 5 лет имеет тенденцию к увеличению (с 36,6% до 39,3%, $p=0,07$). Стандартизованная по возрасту распространенность АГ среди женщин выше, чем среди мужчин (42,1% против 34,8%, $p<0,001$). Среди пациентов с АГ достоверно увеличилась распространенность таких факторов риска (ФР) как возраст (с 40,7% до 50,6%, $p<0,001$) и ожирение (с 35,9% до 47,8%, $p<0,01$). Распространенность курения, злоупотребления алкоголем, солью, отягощенной наследственностью и низкой физической активности, остались на прежнем уровне. Число пациентов, принимающих антигипертензивные препараты, увеличилось (с 64,7% до 84%, $p<0,001$). Достоверно сократилось число пациентов, которые лечатся курсами (с 20,2% до 12,3%, $p<0,001$), при повышении АД (с 29,8% до 16,2%, $p<0,001$) или не лечатся совсем (с 35,3% до 16%, $p<0,001$). Сократилось число пациентов АГ, принимающих один лекарственный препарат (с 52,5% до 36,5%, $p<0,01$), увеличилась доля лиц, получающих комбинированную антигипертензивную терапию (с 47,5% до 63,5%, $p<0,01$). Частота назначения «устаревших» лекарственных средств снизилась с 19,3% до 4,9%. Произошли положительные изменения в структуре принимаемых препаратов. Достоверно чаще стали назначаться иАПФ, появились препараты из группы блокаторов рецепторов к ангиотензину II (0,4%). Среди диуретиков увеличилась частота назначения индапамида (с 10,2% до 65,9%), уменьшилась частота назначения гипотиазида (с 52% до 23,5%) и фуросемида (с 37% до 5%). Возросла частота назначения бета-адреноблокаторов (с 17,6% до 34,2%), антагонистов кальция (с 12,8% до 17,2%), уменьшилась частота назначения препаратов центрального действия (с 7,6% до 2,3%). Число эффективно леченых больных АГ увеличилось с 13,4% до 21,4%, $p<0,001$. Женщины по-прежнему лечатся эффективнее мужчин (25% против 12,9%, $p<0,001$).

Заключение. Распространенность АГ среди населения Рязанской области за пятилетний период имеет тенденцию к увеличению (с 36,6% до 39,3%, $p=0,07$). Среди пациентов АГ достоверно увеличилась распространенность таких ФР как возраст и ожирение. Положительные сдвиги в количестве и структуре принимаемых лекарственных средств привели к увеличению количества эффективно леченых пациентов АГ (с 13,4% до 21,4%, $p<0,001$).

0844 ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЭХОПЛОТНОСТЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК И УРОВНЕМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИМВАСТАТИНОМ И АТОРВАСТАТИНОМ В КОМБИНАЦИИ С КЛОПИДОГРЕЛЕМ

Смирнова Е.П., Леонова М.В., Белоусов Ю.Б., Лысейко Н.В., Стулин И.Д.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: оценить взаимосвязь между уровнем ИЛЕ-6 и ФНО- α и эхоплотностью атеросклеротических бляшек (АСБ) у пациентов с каротидным атеросклерозом на фоне лечения симvastатином и аторvastатином в комбинации с клопидогрелем

Дизайн исследования: несравнительное проспективное исследование

Материалы и методы: в исследование было включено 90 пациентов. Средний возраст пациентов составил $64,3 \pm 8,6$ мг/сутки. Всем пациентам проводилось ультразвуковое исследование с определением эхоплотности АСБ сонных артерий по классификации Gray-Weale (1988) на аппарате по стандартной методике и изучались показатели ИЛЕ-6 и ФНО- α с помощью метода иммуноферментного анализа.

Результаты: всего у 90 пациентов было выявлено 112 бляшек, из них 49 мягких бляшек, 63 – плотных. Анализ различий между подгруппами мягких и плотных бляшек позволил установить, что до начала лечения наблюдались достоверные различия по показателям провоспалительных цитокинов, $p>0,05$. В подгруппе пациентов с плотными бляшками уровень ИЛЕ-6 был исходно в пределах нормальных значений (ИЛЕ-6 – $N = 1,3 \pm 3,2$ пг/мл), ФНО- α (0) $-7,05 \pm 0,58$ пг/мл. В то же время в подгруппе мягких бляшек ИЛЕ-6(0) был выше нормативных показателей: $3,41 \pm 0,63$ пг/мл, $p<0,05$; ФНО- α (0) $8,63 \pm 0,67$ пг/мл, $p<0,01$. В группе мягких бляшек статистически значимая динамика была характерна как для ФНО- α , так и ИЛЕ-6 и составила: ИЛЕ-6(6)– $1,83 \pm 0,32$ пг/мл *, ФНО- α (6)– $5,02 \pm 0,40$ пг/мл ***, ИЛЕ-6 (12) $1,22 \pm 0,13$ пг/мл **, ФНО- α (12)– $3,53 \pm 0,27$ пг/мл ***. В группе пациентов с плотными бляшками на фоне проводимой терапии ИЛЕ-6 (6) снизился до $1,97 \pm 0,36$ пг/мл, ИЛЕ-6 (12)– $1,20 \pm 1,06$ пг/мл, ФНО- α (6) составил $3,99 \pm 0,36$ пг/мл ***, ФНО- α (12) $3,30 \pm 1,49$ пг/мл ***.

Только в подгруппе мягких бляшек было выявлено достоверное снижение ИЛЕ-6.

Заключение: Монотерапия симvastатином и комбинированная терапия аторvastатином и клопидогрелем обладают противовоспалительным эффектом и достоверно снижают уровень провоспалительных цитокинов ИЛЕ-6 и ФНО- α у пациентов с каротидным атеросклерозом.

У пациентов с мягкими атеросклеротическими бляшками каротидных артерий наблюдается достоверно более высокие уровни провоспалительных цитокинов ИЛЕ-6 и ФНО- α и более выраженная динамика на фоне лечения симvastатином и комбинацией аторvastатина с клопидогрелем, чем у пациентов с плотными бляшками. В группе пациентов с мягкими бляшками уровень ИЛЕ-6 выше нормативных значений, в группе плотных бляшек ИЛЕ-6 не превышает нормативных значений.

0845 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ И ПЕЛОИДОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Смирнова И.Н., Шер И.И

ФГУ «Томский НИИ курортологии и физиотерапии», Томск, Россия

Цель исследования: провести сравнительный анализ эффективности бальнеотерапии и пелоидотерапии у больных гипертонической болезнью пожилого возраста.

Материалы и методы. Обследовано 64 больных ГБ II стадии, средний возраст больных $66,35 \pm 1,09$ лет. Состояние гемодинамики оценивали методом доплерокардиографии, липидный спектр оценивался по содержанию триглицеридов (ТГ), общего холестерина (ОХС) и холестерина ЛПВП с расчетом индекса атерогенности (ИА) и концентрации холестерина ЛПНП и ЛПОНП. Об активности процессов перекисного окисления липидов в сыворотке крови судили по концентрации малонового диальдегида (МДА); каталазы; церулоплазмина (ЦП). В лечебный комплекс на фоне базисной медикаментозной терапии у больных I группы входили аппликации торфяной грязи на область нижних конечностей, II группы – общие хлоридно-натриевые ванны.

В результате курсового лечения у пациентов обеих групп отмечалось снижение САД (в I группе с $147,7 \pm 3,09$ до $128,2 \pm 1,92$ мм рт.ст., $p=0,0001$; во II – с $154,3 \pm 5,4$ до $133,3 \pm 3,01$ мм рт.ст., $p=0,0001$). Степень снижения ДАД была более выражена в группе с бальнеотерапией (18,2%), чем в группе с пелоидотерапией (10,6%). Позитивное влияние на диастолическую функцию ЛЖ также было более выраженным в I группе: КСО уменьшался на 9,3% только в I группе, КДО – на 6,5% в обеих группах, соотношение Е/А в I группе достигало нормативных значений (с $0,78 \pm 0,027$ до $0,94 \pm 0,004$ у.е., $p=0,0001$), во II – с $0,73 \pm 0,03$ до $0,82 \pm 0,04$ у.е., $p=0,021$;

ВИР уменьшалось на 3,4% и 4,1%. Улучшение состояния липидного спектра было более значимым в I группе: отмечено снижение ОХС ($p=0,026$), ХС ЛПНП ($p=0,044$), ИА ($p=0,04$). Динамика показателей перекисного окисления липидов у больных I группы свидетельствовала об уменьшении напряжения антиоксидантной защиты в виде снижения исходно повышенной активности сывороточной каталазы (с $56,6 \pm 3,19$ до $42,9 \pm 3,16$ мккат/л, $p=0,0001$), и повышения ее исходно сниженных значений (с $10,02 \pm 0,85$ до $16,3 \pm 1,65$ мккат/л, $p=0,018$), тогда как во II группе уровень каталазы только снижался (с $60,2 \pm 4,9$ до $39,4 \pm 0,1$ мг/л, $p=0,012$). Динамика церулоплазмينا была более значимой при бальнеотерапии: снижение с $424,4 \pm 7,07$ до $374,3 \pm 10,3$ мг/л, $p=0,001$, в I группе — с $463,4 \pm 10,2$ до $413,6 \pm 19,2$ мг/л, $p=0,043$. Полученные результаты свидетельствуют о повышении стабильности клеточных мембран и снижении активности процессов неспецифического воспаления, в том числе и обусловленного атеросклерозом. Активность процессов липопероксидации по уровню МДА снижалась до нормы только в I группе с $3,77 \pm 0,05$ до $3,21 \pm 0,14$ ммоль/л ($p=0,003$).

Таким образом, бальнеотерапия у больных ГБ пожилого возраста оказывает гипотензивное действие, пелоидотерапия более выражено влияет на состояние интракардиальной гемодинамики, антиоксидантную защиту и липидный спектр, что является обоснованием ее использования в санаторно-курортном лечении, особенно в сочетании с патологией опорно-двигательного аппарата.

0846 АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СИПАП-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ

Смирнов М.В., Кулюткин В.А., Гладкая К.Г., Буланов М.Н., Остапущенко О.С., Нанчикеева М.Л.
ВОГУЗ ОКБ, Владимир, Россия

Цель: установить частоту и варианты нарушений ритма у пациентов с синдромом обструктивного апноэ во сне (СОАС) и оценить антиаритмический эффект СИПАП терапии.

Материалы и методы: за период 2006-2008гг нами было обследовано 33 человека с клиническими проявлениями СОАС, обратившихся в сомнологическую лабораторию ОКБ города Владимира. По результатам полисомнографического исследования (ПСГ) на аппарате Embla у всех обследованных диагноз СОАС был подтвержден. Анализ ПСГ позволил у 20% пациентов выявить СОАС средней тяжести и у 80% больных — тяжелый СОАС с индексом апноэ-гипопноэ ≥ 30 . 90% пациентов имели индекс массы тела (ИМТ) > 30 кг/м².

Полученные результаты: среди обследованных нами пациентов у 27 (81%) была выявлена сопутствующая аритмия, которая проявлялась классическим для СОАС синдромом тахи-брадиаритмии (13 человек), атрио-вентрикулярной блокадой вплоть до III степени (4 человека), постоянной или пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (3 человека), наджелудочковой и желудочковой экстрасистолью (4 и 3 соответственно). Всем 33 пациентам с СОАС была начата СИПАП-терапия. У всех пациентов до лечения отмечена тяжелая степень десатурации, наиболее выраженная гипоксия выявлена при синдроме тахи-брадиаритмии с преходящей сино-атриальной блокадой III степени (снижение сатурации до 56%), в среднем снижение SpO_2 у пациентов с нарушениями ритма составило 75,3%. Среди 13 пациентов с синдромом тахи-брадиаритмии уже на первом сеансе терапии практически у всех отмечено купирование этого синдрома. Устранены АВ блокады в 100% случаев, в том числе у одного пациента после протезирования митрального клапана и установленным по поводу преходящей атрио-вентрикулярной блокады III степени кардиостимулятором. Из 3 пациентов с фибрилляцией предсердий у 2 также отмечено исчезновение приступов на фоне лечения. Наджелудочковая экстрасистолия была купирована у всех пациентов. В то же время ни у одного пациента с желудочковым нарушением ритма положительной динамики не отмечено. В целом по группе положительное антиаритми-

ческие эффекты влияния СИПАП терапии отмечены у большинства пациентов с тяжелым апноэ в течение первых недель терапии.

Выводы: у большинства пациентов с тяжелым СОАС выявлены ухудшающие сердечно-сосудистый прогноз нарушения ритма, наиболее частым из которых является синдром тахи-брадиаритмии. Продemonстрированные антиаритмические эффекты СИПАП терапии позволяют рекомендовать более широко проводить ПСГ пациентам с повышенным ИМТ, особенно с сопутствующими аритмиями для предупреждения немотивированной полипрогмазии.

0847 ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Снеговской В.А., Гончарова Л.Н., Кузовенкова О.Н.
ГОУВПО "МГУ им. Н.П. Огарева", Саранск, Россия

Одним из основных факторов риска развития АГ является избыточное потребление с пищей поваренной соли. В ряде работ показано, что избыточное потребление поваренной соли может быть связано со снижением вкусовой чувствительности рецепторов языка к хлориду натрия, что вызывает непроизвольное увеличение его потребления.

Целью исследования явилось изучение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) среди коренного населения Республики Мордовия.

Материалы и методы: в ходе работы было обследовано 504 человека. Из них 158 человек имели установленный диагноз эссенциальной АГ, 143 — взрослые добровольцы с нормальным уровнем артериального давления (АД) и 203 подростка — учащиеся школы (средний возраст — $16,0 \pm 0,1$ лет). Все участники исследования прошли тщательное медицинское обследование (сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование, лабораторные методы исследования, ЭКГ в 12 стандартных отведениях). ПВЧПС определялся по методике Henkin R. дважды с использованием набора из 12 разведений NaCl от 0,02 до 2,54%. Раствор хлорида натрия (1 капля) последовательно наносили в возрастающих концентрациях на передне-боковую поверхность языка, как наиболее чувствительную к соленому. За ПВЧПС принимали наименьшую концентрацию NaCl, при которой обследуемый ощущал вкус соли. За низкий ПВЧПС принимали значения менее 0,16%, за средний 0,16%, за высокий ПВЧПС — более 0,16% раствора NaCl.

Результаты: среднее значение ПВЧПС у больных АГ составило $0,71 \pm 0,1\%$, у взрослых с нормальным уровнем АД — $0,70 \pm 0,1\%$. ПВЧПС среди подростков — $0,26 \pm 0,001\%$, что достоверно ($p < 0,001$) ниже показателей у взрослых. В группе пациентов с АГ средний ПВЧПС определялся у 1,9% пациентов 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. Среди подростков 4,4% имели низкий ПВЧПС (0,08%), у 45,3% был определен средний и у 50,3% высокий уровень ПВЧПС.

Пределы колебаний ПВЧПС среди пациентов с АГ и здоровых добровольцев составили 0,16-2,56%. В группе подростков диапазон значений ПВЧПС колебался от 0,08% до 0,64%. При изучении ПВЧПС в зависимости от национальной принадлежности коренного населения РМ были получены следующие результаты: в группе пациентов с АГ мордовской национальности ПВЧПС составил $0,69 \pm 0,05\%$, русской национальности — $0,72 \pm 0,12\%$, среди взрослых добровольцев с нормальным АД данные показатели составили $0,76 \pm 0,04\%$ и $0,58 \pm 0,04\%$ соответственно. В группе подростков независимо от национальности ПВЧПС оказался равным 0,26%.

Таким образом, нами было выявлено, что ПВЧПС как у взрослых лиц с АГ и с нормальным уровнем АД, так и у подростков в РМ превышает нормальные значения для данного показателя, и не зависит от национальной принадлежности. Но в группе взрослых лиц уровень ПВЧПС и его колебания выше, что возможно связано с особенностями пищевого рациона и снижением чувствительности вкусовых рецепторов языка к поваренной соли с возрастом.

0848 НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Соколова Н.А., Говорин А.В., Витковский Ю.А., Бойко Е.В., Руцкина Е.А., Калашиников В.П.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава

Цель: Изучить частоту и характер сердечных аритмий у больных с острым отравлением уксусной кислотой.

Методы исследования: Исследование проводилось на базе областного токсикологического центра города Читы. 37 больных с острым отравлением уксусной кислотой средней и тяжелой степени тяжести, из них 21 женщина (56%), 16 мужчин (44%). Средний возраст составил $26,6 \pm 8,1$ лет. 7 (18,9%) пациентов умерли на стационарном этапе.

Всем больным в 1-е сутки проводилось суточное мониторирование ЭКГ с помощью монитора «Астрокард», фирма «Медитек».

Полученные результаты: Нарушения проводимости в виде АВ – блокады 1 степени, АВ блокады 2 степени Мобиз 2, СА блокады 2 степени встречались в 30% случаев (11 пациентов).

Пароксизмальные наджелудочковые нарушения ритма встречались в 16,2% – 6 больных; 5,4% – пароксизмы фибрилляций предсердий (2 больных).

Желудочковые нарушения ритма встречались в 30% (11 пациентов), из них у 7 пациентов IVб – V класса по Lown.

Комбинированные нарушения ритма и проводимости встречались в 18,9% случаев (7 пациентов).

Кроме того, у больных с острым отравлением уксусной кислотой выявлены ишемические изменения на ЭКГ: депрессия сегмента ST 21,6% – 8 пациентов; элевация сегмента ST 8,1% – 3 больных; (-) T – 18,9%, 7 пациентов.

Следует отметить, что у всех пациентов с ишемическими изменениями на ЭКГ встречались нарушения ритма и проводимости.

Выводы: У больных с острым отравлением уксусной кислотой в 1-е сутки у 51,3% регистрируются сложные нарушения ритма и проводимости, которые достаточно часто сочетаются с ишемическими изменениями на ЭКГ.

0849 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, РЕАКТИВНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Солдатова О.А., Щукан Ю.В., Рябов А.Е., Терещина О.В., Рябова Е.Н.
ГОУ ВПО «Сам ГМУ Росздрава», Самара, Россия

Цель – изучить морфофункциональные особенности ЛЖ и изменения сосудистой реактивности на фоне однократного приема периндоприла.

Материалы и методы. Обследовано 34 пациента (средний возраст 57 ± 2 года) с постинфарктным кардиосклерозом, имеющих артериальную гипертензию (АГ) и хроническую сердечную недостаточность (ХСН) I стадии I ф.кл. Всем обследуемым проводилось ЭхоКГ для оценки структурно-функциональных особенностей левого желудочка (ЛЖ). Для изучения вазомоторной функции регистрировали изменения показателей компьютерной сфигмографии лучевой артерии – средних и экстремальных скорости и ускорения (Vcp, Vэ, аср, аэ), полученные на фоне реактивной гиперемии по отношению к их исходным значениям (ΔV_{cp} , $\Delta V_{э}$, Δa_{cp} , $\Delta a_{э}$). Впоследствии эти показатели рассчитывались после проведения острого лекарственного теста с 4мг периндоприла. В качестве группы контроля использованы данные обследования 34 здоровых мужчин (средний возраст 37 ± 3 года). Статистический анализ осуществлялся с применением непараметрических методов – использованием критерия Вилкоксона при помощи программы «Statistica 6.0».

Результаты. По данным ЭхоКГ у больных концентрические варианты ремоделирования ЛЖ преобладали над эксцентрическими (48% против 38%). В 14% случаев отмечалась нормальная

геометрия ЛЖ. Диастолическая дисфункция ЛЖ выявлялась у всех пациентов с превалированием типа с замедленной релаксацией (79%). Результаты сфигмографии у здоровых обследуемых продемонстрировали уменьшение значений силовых характеристик движения артериальной стенки в фазы оттока сосудистого цикла. При этом показатель ΔV_{cp} оставил 21,2% ($p=0,036$), $\Delta V_{э}$ – 22,2% ($p=0,044$), Δa_{cp} – 32,8% ($p=0,02$) и $\Delta a_{э}$ 24,4% ($p=0,02$). У больных наблюдалось снижение всех параметров, характеризующих вазомоторную функцию эндотелия, в фазы активной деятельности сосудистой стенки по сравнению с контролем: ΔV_{cp} на 33% ($p=0,025$), $\Delta V_{э}$ – на 64,9% ($p=0,01$), Δa_{cp} – на 60,7% ($p=0,01$) и $\Delta a_{э}$ 70,5% ($p=0,012$). На фоне максимального действия периндоприла отмечалась положительная динамика указанных показателей: ΔV_{cp} увеличилась на 22,5% ($p=0,033$), $\Delta V_{э}$ – на 47,3% ($p=0,03$), Δa_{cp} на – 44,4% ($p=0,025$) и $\Delta a_{э}$ на – 30,2% ($p=0,04$).

Выводы. У больных ИБС в сочетании с АГ и отсутствием признаков застойной ХСН отмечается преимущественно адаптивный тип ремоделирования ЛЖ и нарушение реактивности артериального русла, которое поддается коррекции на фоне однократного приема периндоприла.

0850 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МНОГОСОСУДСТОГО ПОРАЖЕНИЯ КРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Соловьева Н.В., Бузова Н.Н., Глебовская Т.Д.

ФГУ ФЦ «Сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

Частота многососудистого поражения (МСП) коронарных артерий (КА) у больных с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST (ОКСБПST) достигает 44-59%. В настоящее время тактика ведения больных с ОКСБПST определяется степенью риска сердечно-сосудистых осложнений. Важным аспектом при оказании помощи таким пациентам является прогнозирование объема поражения коронарного русла.

Цель исследования: определить возможность прогнозирования МСП КА у пациентов с ОКСБПST.

Материал и методы: последовательно отобрано 59 пациентов с ОКСБПST, относящихся к группе высокого риска смерти и развития инфаркта миокарда в соответствии с клиническими критериями, определенными группой экспертов ESC (2007) и ВНОК (2006). Всем больным была выполнена коронароангиография первые 24 часа от начала развития заболевания. По результатам коронароангиографии пациенты разделены на две группы: I группа – 35 пациентов с поражением двух и более коронарных артерий – МСП (25 муж., 10 жен., средний возраст $60,5 \pm 8,6$ года) и II группа (группа контроля) – 24 пациента с однососудистым поражением (ОСП): 17 муж., 7 жен., средний возраст $51,5 \pm 11,6$ лет. Для определения возможности прогнозирования МСП КА анализировались анамнестические, клинические данные, результаты лабораторных и инструментальных исследований, проводилась оценка риска по шкалам GRACE и TIMI.

Результаты: выявлены достоверные различия в возрасте больных исследуемых групп ($60,5 \pm 8,6$ – в I группе и $51,5 \pm 11,6$ – во II-й; $p=0,001$). Определен достоверно высокий риск наличия МСП КА у пациентов в возрасте 60 лет и старше ($OR=5,9$; 99% CI 1,1-31,3). Высокая вероятность МСП КА определена у пациентов с анамнезом стенокардии более 2 месяцев ($OR=31$; 99% CI 4,3-224,1). В I группе сумма баллов по шкале GRACE значимо превышала аналогичный показатель у больных группы контроля ($134,6 \pm 25,0$ и $100,4 \pm 24,6$ соответственно; $p=0,00034$). Рассчитана достоверно высокая вероятность МСП при сумме баллов по шкале GRACE более 118 ($OR=37,12$; 99% CI 4,2-325,2). Количество пациентов с суммой баллов по шкале TIMI более 3 составило в I группе составило 75,8%, во II группе – 12,5% ($p<0,00001$). При сумме баллов по шкале TIMI более 3 вероятность наличия МСП так же оказалась достоверно высокой ($OR=17,5$; 99% CI 2,7-112,7). Других признаков, позволяющих прогнозировать МСП КА с высокой степенью достоверности, установить не удалось.

Выводы: высокую вероятность МСП КА имеют пациенты 60 лет и старше, с анамнезом стенокардии, превышающим 2 месяца, суммой баллов по шкале GRACE более 118 и суммой баллов по шкале TIMI более 3.

0851 ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Соловьева Н.В., Бузова Н.Н., Глебовская Т.Д.

ФГУ ФЦ «Сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова», Санкт-Петербург, Россия

По литературным данным многососудистое поражение (МСП) коронарных артерий у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST встречается в 59-77% случаев.

Цель исследования: установить различия в группах больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне МСП и однососудистого поражения (ОСП) коронарных артерий.

Материал и методы: Проведено обследование 50 пациентов с ОИМ без формирования зубца Q, которым в первые 72 часа от развития заболевания была выполнена коронароангиография. По наличию ангиографических признаков одно- или МСП в коронарных сосудах пациенты разделены на две группы: I группа — 42 больных с поражением двух и более коронарных артерий — МСП (31 муж., 11 жен., средний возраст 59,09±1,53 года) и II группа (группа контроля) — 8 пациентов с ОСП (4 муж., 4 жен., средний возраст 45,8±2,73 лет). Проанализированы анамнестические и клинические данные, а также результаты лабораторных и инструментальных исследований.

Результаты: Возраст больных I группы был достоверно старше, чем у больных группы контроля ($p<0,001$). В группах сравнения установлены достоверные различия в величине индекса массы тела (ИМТ): в I группе ИМТ составил 28,6±0,7; в группе контроля — 25,1±1,0 ($p=0,04$). Длительность ишемического preconditionирования миокарда составила 58,66±9,66 мес. у больных I группы и 10,38±10,45 мес. в группе контроля ($p=0,05$), при этом анамнез стенокардии более 2 месяцев предшествовал у 73% исследуемых в I группе и у 14% во второй ($p=0,002$). Анамнез артериальной гипертензии прослеживался у 78% больных I группы и 14% — II ($p<0,001$). Исследуемые группы были достоверно различны по уровню АД. «Рабочее» систолическое АД у больных I группы составило 142,00 ± 2,57 мм.рт.ст., у пациентов группы контроля — 127,5±4,12 мм.рт.ст., ($p=0,02$); максимальное систолическое АД соответственно — 194,00±5,47 мм.рт.ст. и 138,75±9,53 мм.рт.ст. ($p<0,001$); максимальное диастолическое АД — 106,15±3,04 мм.рт.ст. и 82,50±3,14 мм.рт.ст. ($p=0,0013$). В I группе у 71% пациентов выявлены признаки замедления релаксации миокарда левого желудочка при эхокардиографии, в группе контроля таких пациентов было 14% ($p=0,03$).

Выводы: Для больных острым инфарктом миокарда без elevации сегмента ST на фоне много-сосудистого поражения коронарных артерий характерны наличие длительного анамнеза стенокардии и плохо скорректированной артериальной гипертензии, сопровождающейся нарушением релаксации миокарда левого желудочка.

0852 КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Соловьянова Е.Н., Филина Л.В., Носов В.П., Маслова Т.И.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: изучить эффективность коррекции анемии препаратами железа и рекомбинантного человеческого эритропоэтина (рчЭПО), и ее влияния на систолическую функцию левого желудочка у больных дидиализной стадией ХПН.

Материалы и методы исследования: 483 больных ХПН, вошедших в областную регистр, из них мужчин — 214 (44%) человек, женщин — 269 (56%) человек. Возрастная структура выглядела следующим образом: (84–80 лет) — 4%, (79–70 лет) — 22%, (69–60 лет) — 23%, (59–50 лет) — 26%, (49–40 лет) — 12%, (39–30 лет) — 7%, (29–20 лет) — 5%, (19 лет и <) — 1%. Анализ причин ХПН выявил преобладание хронического гломерулонефрита (31%), хронического пиелонефрита, в том числе на фоне МКБ (22%), сахарного диабета (19%), поликистоза почек (8%), гипертонического ангиосклероза (7%). Всем больным проводилось исследование общего анализа крови с подсчетом тромбоцитов и ретикулоцитов, гематокрита, содержания креатинина, железа сыворотки крови, ЭхоДКГ. Коррекция анемии осуществлялась препаратами железа (Сорбифер дурулес) внутрь и рчЭПО (Эпрекс, Рекормон, Эритрохим) в 4000-6000 МЕ в неделю подкожно или внутривенно под контролем уровня гемоглобина (Hb) и эритроцитов крови, гематокрита, железа.

Полученные результаты: по уровню снижения клубочковой фильтрации (СКФ) больные распределялись следующим образом: СКФ ≥ 90 мл/мин — 2%, СКФ 60-89,9 мл/мин — 19%, СКФ 30-59,9 мл/мин — 48%, СКФ 15-29,9 мл/мин — 31%. Анемия (Hb ниже 100 г/л у женщин и 110 г/л у мужчин) была зарегистрирована в среднем у 42% больных ХПН с нарастанием от 5% до 91% в группах по мере снижения СКФ. Выявлено значительное количество больных (31%), которые к моменту направления к нефрологу имели выраженную ХПН и анемию (СКФ ниже 30 мл/мин, Hb ниже 82 г/л), в ряде случаев с необходимостью начала гемодиализа. ЭхоДКГ показала преобладание диастолической дисфункции левого желудочка типа 1. Снижение систолической функции левого желудочка (фракция выброса (ФВ) менее 50%) наблюдалось у 156 (32%) пациентов. Коррекция анемии позволила достичь целевого уровня гемоглобина (110 г/л) у большинства больных ХПН со СКФ 60-89 мл/мин в течение 8-12 недель, при СКФ 30-59 мл/мин требовались более высокие дозы рчЭПО и более длительные сроки достижения целевого уровня. У больных, имевших прирост Hb в течение месяца на 10 г/л на начальном этапе терапии, в дальнейшем снизился темп падения СКФ, наблюдалось достоверное увеличение исходно сниженной ФВ левого желудочка.

Выводы: комплексная коррекция анемии у больных с дидиализной стадией ХПН обеспечивает улучшение систолической функции левого желудочка.

0853 УРОВНИ NT-proBNP И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СМЕРТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Соломахина Н.И.

ММА им. И.М. Сеченова, Госпиталь для Ветеранов войн №1, Москва, Россия

Как было показано в многочисленных исследованиях, увеличение средних уровней мозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP) является маркером тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН) и связано с неблагоприятным прогнозом. Однако неясно: отличаются ли средние уровни NT-proBNP у больных с ХСН в случаях смерти от "прогрессирующей ХСН" и от других сердечно-сосудистых причин?

Цель: сравнить средние уровни NT-proBNP у больных ХСН пожилого и старческого возраста, умерших от "прогрессирующей ХСН" и от других сердечно-сосудистых причин.

Материалы и методы: В течение 3 месяцев наблюдали 47 пациентов пожилого и старческого возраста от 68 до 93 лет (80,0±1,2), (26 муж. и 21 жен.), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН II-IV ф.к. (NYHA) и 14 пациентов, без проявлений ХСН, сопоставимых по полу и возрасту (КГ) Госпиталя для Ветеранов войн №1. 18 пациентов из 61 (29,5%) в течение наблюдаемого периода умерли.

У всех пациентов при поступлении исследовали содержание сывороточных уровней NT-proBNP твердофазным иммуноферментным методом (ELISA) набором для количественного определения

NT-proBNP в биологических жидкостях ("Biomedica Gruppe", Австрия). Сравнивали средние уровни NT-proBNP у живых и умерших пациентов, а также — у умерших от "прогрессирующей ХСН" и от других сердечно-сосудистых причин. Сравнение средних проводили по критерию Стьюдента. сравнение медиан — по критерию Манна-Уитни. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты. Все 18 пациентов умерли от сердечно-сосудистых причин: острого инфаркта миокарда (7 чел.), тромбоэмболии легочной артерии (1 чел.), острого нарушения мозгового кровообращения (2 чел.), прогрессирующей ХСН (8 чел.). Сроки развития летального исхода от времени забора крови составили от 1 суток до 3 месяцев.

У всех умерших (18 чел.) выявлено повышение средних уровней NT-proBNP (1328 ± 199 fmol/ml) по сравнению с живыми (43 чел.) (963 ± 94 fmol/ml), однако оно не достигает границ достоверности ни по критерию Стьюдента ($p(t) = 0,06$), ни по критерию Манна-Уитни ($p(U) = 0,14$). В связи с этим были проанализированы средние уровни NT-proBNP умерших пациентов в зависимости от причин смерти: "от прогрессирующей ХСН" ($n = 8$) или от других сердечно-сосудистых причин ($n = 10$). Выявлено, что у больных, умерших от "прогрессирующей ХСН" достоверно более высокие средние уровни NT-proBNP (2053 ± 299 fmol/ml), чем у больных, умерших от других сердечно-сосудистых причин (801 ± 122 fmol/ml), как по критерию Стьюдента ($p(t) = 0,0010$), так и по критерию Манна-Уитни ($p(U) = 0,03$). При этом смертность от "прогрессирующей ХСН" увеличивалась с ростом средних уровней NT-proBNP.

Выводы. У больных ХСН пожилого и старческого возраста, умерших от "прогрессирующей ХСН" достоверно более высокий средний уровень NT-proBNP, чем у больных ХСН, умерших от других сердечно-сосудистых причин. Выявлено увеличение смертности по мере роста средних уровней NT-proBNP.

0854 СОДЕРЖАНИЕ КОЛЛАГЕНА-I И КОЛЛАГЕНА-III В МИОКАРДЕ БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (по данным аутопсий)

Соломахина Н. И.

ММА им. И.М. Сеченова, Госпиталь для Ветеранов войн №1, Москва, Россия

Цель. Сравнить содержание коллагена—I и коллагена—III в миокарде больных с систолической и диастолической сердечной недостаточностью (С-ХСН и Д-ХСН).

Материалы и методы. Исследован миокард (аутопсийный материал) 11 больных пожилого и старческого возраста от 75 до 93 лет ($80,2 \pm 1,3$), (5 муж. и 6 жен.) с

ишемической болезнью сердца, умерших от прогрессирующей С-ХСН (фракция выброса левого желудочка $< 40\%$) ($n = 6$) и Д-ХСН (фракция выброса левого желудочка $> 40\%$) ($n = 5$).

О содержании коллагена-I и коллагена-III судили по интенсивности иммуногистохимического окрашивания на парафиновых срезах (толщиной 5 мкм) ткани миокарда передней стенки левого желудочка вне крупноочагового (постинфарктного) кардиосклероза. Оценку проводили отдельно по зонам: эндомизальной, перимизимальной и периваскулярной. Применялся иммунопероксидазный метод с использованием кроличьих поликлональных первичных антител к антигенам: коллагена-I и коллагена-III человека (ООО «ИМТЕК», Россия). В качестве визуализирующей системы использовались полимеры, конъюгированные с вторичными антителами и меченые пероксидазой хрена (EnVision System Dako, Дания).

Результаты иммуногистохимической реакции оценивались полуколичественно по 5-балльной шкале: 0 баллов — отрицательная реакция; 1 балл — очень слабое диффузное или слабое очаговое окрашивание; 2 балла — слабое тотальное окрашивание; 3 балла — умеренное окрашивание; 4 балла — интенсивное окрашивание; 5 баллов — сверхинтенсивное окрашивание. Сравнение полученных данных между группами проводилось по сумме ран-

гов при помощи критерия Манн-Уитни. Достоверными считались отличия при $p(U) < 0,05$.

Результаты. Выявлена достоверно большая интенсивность иммуногистохимического окрашивания коллагена-III в группе Д-ХСН, чем в группе С-ХСН: при эндомизальной локализации (ср. балл 1.4 и 0.6, $p(U) = 0,05$), перимизимальной локализации (ср. балл 1.6 и 0.5, $p(U) = 0,04$), периваскулярной локализации (ср. балл 1.4 и 1.3, $p(U) = 0,82$), при периваскулярной локализации (ср. балл 1.6 и 1.0, $p(U) = 0,03$).

По интенсивности иммуногистохимического окрашивания коллагена-I достоверных различий между Д-ХСН и С-ХСН не выявлено: при эндомизальной локализации коллагена-I (ср. балл 0.6 и 0.5, $p(U) = 1,00$), при перимизимальной локализации (ср. балл 1.4 и 1.3, $p(U) = 0,82$), при периваскулярной локализации (ср. балл 1.4 и 1.6, $p(U) = 0,39$).

Выводы. В миокарде больных с ишемической болезнью сердца, умерших от прогрессирующей Д-ХСН содержание эндомизального, перимизимального и периваскулярного коллагена-III достоверно больше, чем в миокарде больных, умерших от прогрессирующей С-ХСН. Достоверных различий по коллагену-I между ними не выявлено.

0855 СЕРДЕЧНАЯ И ВНЕСЕРДЕЧНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Соломахина Н. И.

ММА им. И.М. Сеченова, Госпиталь для Ветеранов войн №1, Москва, Россия

Цель. Сравнить сердечную и внесердечную коморбидность у больных пожилого и старческого возраста с систолической и диастолической сердечной недостаточностью (С-ХСН и Д-ХСН).

Материалы и методы. Анализировались анамнез, клинические, физикальные и эхокардиографические данные 167 пациентов Госпиталя для Ветеранов войн №1 (г. Москва) от 65 до 99 лет, (94 муж. и 73 жен.), госпитализированных по поводу декомпенсации ХСН. Все больные соответствовали Рекомендациям Рабочей группы Европейской Ассоциации кардиологов по диагностике и лечению ХСН (2005г) В исследование не включались пациенты с гемодинамически значимыми клапанными поражениями сердца, болезнями печени и почек. Тяжесть ХСН оценивалась по классификации Нью-Йоркской Ассоциации сердца (NYHA). В соответствии с данными эхокардиографии (размеров левого желудочка, наличия систолической или диастолической дисфункций миокарда левого желудочка больные были разделены на две группы: пациентов с дилатацией левого желудочка и сниженной фракцией выброса (ФВ) (конечный диастолический размер левого желудочка (КДР) $> 6,0$ см и ФВ $< 40\%$) — С-ХСН ($n = 81$) и пациентов с отсутствием дилатации левого желудочка и сохраненной ФВ (КДР $< 5,0$ см и ФВ $> 50\%$) — Д-ХСН ($n = 86$). Сравнивали частоту встречаемости различных нозологий (сердечной и внесердечной коморбидности) у больных с С-ХСН и Д-ХСН по сумме рангов при помощи критерия хи-квадрат. Достоверными считались отличия при $p(\chi^2) < 0,05$.

Результаты и выводы. Больные с С-ХСН — преимущественно мужчины (82,72%). Больные с Д-ХСН — преимущественно женщины (61,77%) ($p < 0,001$).

Сердечная коморбидность Среди больных с С-ХСН достоверно больше, чем среди больных с Д-ХСН пациентов с инфарктом миокарда ($85,2 \pm 4,0\%$ и $37,2 \pm 5,2\%$, $p < 0,001$), и повторными инфарктами миокарда ($33,3 \pm 5,3\%$ и $5,8 \pm 2,5\%$, $p < 0,001$) в анамнезе, курильщиков ($40,7 \pm 5,5\%$ и $11,6 \pm 3,5\%$, $p < 0,001$), занимавшихся спортом или физическим трудом ($9,9 \pm 3,3\%$ и $2,3 \pm 1,6\%$, $p = 0,04$), употреблявших алкоголь ($22,2 \pm 4,6\%$ и $7,0 \pm 2,8\%$, $p = 0,005$). Среди больных с Д-ХСН достоверно больше, чем среди больных с С-ХСН пациентов с артериальной гипертензией ($76,7 \pm 4,6\%$ и $44,4 \pm 5,6\%$, $p < 0,001$), ожирением ($33,7 \pm 5,1\%$ и $19,7 \pm 4,5\%$, $p = 0,042$), нарушенной толерантностью к углеводам ($12,8 \pm 3,6\%$ и $3,7 \pm 2,1\%$, $p = 0,034$), сахарным диабетом + нарушенной толерантностью к углеводам ($41,9 \pm 5,4\%$ и $23,5 \pm 4,7\%$,

$p=0,011$) и не достоверно больше — с сахарным диабетом ($29,1 \pm 4,9\%$ и $19,8 \pm 4,5\%$, $p=0,16$).

Внесердечная коморбидность. Среди больных с С-ХСН достоверно больше, чем среди больных с Д-ХСН пациентов с хронической обструктивной болезнью легких ($34,6 \pm 5,3\%$ и $8,1 \pm 3,0\%$, $p<0,001$), облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей ($23,5 \pm 4,7\%$ и $5,8 \pm 2,5\%$, $p<0,001$). Среди больных с Д-ХСН достоверно больше, чем среди больных с С-ХСН пациентов с застойными пневмониями ($25,6 \pm 4,7\%$ и $7,4 \pm 2,9\%$, $p=0,002$), деменцией ($14,0 \pm 3,8\%$ и $3,7 \pm 2,2\%$, $p=0,021$), варикозной болезнью вен нижних конечностей ($40,7 \pm 5,3\%$ и $21,0 \pm 4,6\%$, $p=0,006$).

0856 ОЦЕНКА БИОРАСПРЕДЕЛЕНИЯ НАНОЧАСТИЦ КРЕМНЕЗЕМА И ИХ ВЛИЯНИЯ НА ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ

Сонин Д.Л., Королев Д.В., Постнов В.Н., Сыренский А.В., Галагудза М.М., Белозерцева А.В., Усков И.С., Папанян Г.В.

ФГУ «ФЦСКЭ им. В.А. Алмазова», Санкт Петербург, Россия; СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт Петербург, Россия; СПбГУ, Санкт Петербург, Россия

Цель. Изучить естественное биораспределение наночастиц кремнезема (НЧК) и оценить влияние их внутривенной инфузии на показатели системной гемодинамики с целью обоснования использования НЧК в качестве носителей для направленной доставки лекарственных препаратов в ишемизированный миокард.

Методы исследования. Эксперименты проведены на крысах-самцах массой 250–300 г, наркотизированных нембуталом в дозе 50 мг/кг. Животным выполнялась катетеризация общей сонной артерии, после чего программным методом осуществлялась регистрация среднего артериального давления (САД, мм рт.ст.), пульсового АД (ПАД, мм рт.ст.) и частоты сердечных сокращений (ЧСС, уд./мин.). Внутривенная инфузия суспензии НЧК (диаметр 10–15 нм) в 0,9% растворе натрия хлорида в дозе 0,7 мг/100 г массы тела и суммарном объеме 1 мл проводилась через катетер, введенный в бедренную вену ($n=5$). Биораспределение НЧК оценивалось методом оптической флуоресценции через 30 минут после внутривенного введения указанной выше дозы НЧК, связанных посредством ионных связей с флуоресцеином натрия ($n=3$). Концентрация флуорофора по отношению к НЧК составляла 0,02 ммоль/г. В качестве регистрирующего прибора использовалась установка FLUM3, включающая в себя осветитель с ртутной лампой и телевизионную камеру 285. Для возбуждения флуоресценции использовался полосовой интерференционный фильтр 435 нм. Для оценки биораспределения НЧК оценивали прирост уровня флуоресценции канала G (ΔG , %) в следующих органах: печень, сердце, головной мозг, почка, селезенка, легкое.

Результаты. До введения суспензии НЧК уровень САД составлял 120 ± 35 мм рт.ст., ПАД — 32 ± 5 мм рт.ст. и ЧСС — 402 ± 20 уд./мин. Через 20 минут после окончания введения НЧК значения САД и ЧСС не отличались от исходных (129 ± 34 мм рт.ст. и 408 ± 21 уд./мин., соответственно, $p>0,05$), а значение ПАД было достоверно выше, чем перед началом введения (46 ± 7 мм рт.ст., $p<0,05$). Через 30 минут после окончания введения НЧК максимальный прирост уровня флуоресценции по каналу G относительно уровня аутофлуоресценции составил 30,0% и был обнаружен в легком. В порядке убывания прирост уровня флуоресценции составил 23,1% (селезенка), 22,3% (печень), 18,2% (сердце), 7,8% (почка) и 3,7% (головной мозг).

Выводы. Установлено, что внутривенное введение НЧК не оказывает существенного влияния на гемодинамические показатели, что косвенно свидетельствует о хорошей биосовместимости НЧК. Естественное биораспределение НЧК характеризуется их преимущественным накоплением в органах, содержащих большое количество мононуклеарных фагоцитов. Присоединение к поверхности НЧК специфических направляющих лигандов может обеспечить избирательное накопление первых в ишемизированной сердечной мышце.

0857 О ЗНАЧЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДЛЯ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Сотников А.В., Яковлев В.В., Носович Д.А., Сахин В.Т., Зенин Д.Ю.

ГОУ ВПО Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: сравнительное изучение особенностей течения инфаркта миокарда (ИМ) различных локализаций у больных моложе 60 лет.

Материалы и методы. Включено 322 пациента с ИМ в возрасте до 60 лет (средний — $50,3 \pm 0,4$ года) с передней (152), нижней (118) и другими (52) локализациями поражения, находившихся на стационарном лечении с 2000 по 2006 гг. У 219 из них был осложненный ИМ, у 158 больных — ИМ с зубцом Q.

Результаты. Доля больных с проникающим ИМ в группах с передними и нижними поражениями оказалась примерно одинаковой (55,1 и 55,3%), и значительно меньшей (25,0%) в группе с другими локализациями ИМ ($p<0,05$). По наличию осложнений заболевания (70,4%; 67,7% и 71,2% соответственно) эти группы существенно не отличались между собой. При передних и нижних поражениях доли больных с первичным (62,8 и 62,1%), повторным (31,4 и 34,0%) и рецидивирующим ИМ (5,8 и 3,9% соответственно) оказались сопоставимы, в то время как в группе больных с другими локализациями ИМ выявлено увеличение рецидивирующих форм (19,2%, $p<0,05$). Число перенесенных ранее ИМ в этой группе также оказалось выше (более одного ИМ в анамнезе у 25,0% больных), чем в группах с передними (7,3%) и нижними (6,7%) поражениями ($p<0,05$). Следует отметить, что повторные поражения развивались при других локализациях ИМ как при отсутствии или эпизодическом лечении (47,0%), так и при регулярной терапии (16,7%) в течение первого года после ИМ.

В структуре осложнений ИМ во всех группах больных аритмии занимали ведущее место (44,7; 40,3 и 27,8% соответственно). У больных с передним ИМ чаще, чем при нижних поражениях наблюдали синусовые тахикардии, различные виды экстрасистол (8,7 и 3,5%), пароксизмальные тахикардии (10,9 и 6,1%), полные блокады ножек пучка Гиса (10,2 и 5,3%). При нижних ИМ преобладали атриовентрикулярные (АВ) блокады (14,9 и 8,0%, $p<0,05$), фибрилляция и трепетание предсердий (10,5 и 7,3%), асистолии (5,3 и 3,6%) и синусовые брадикардии (21,9 и 13,0%). При передних поражениях чаще наблюдали аневризмы левого желудочка (20,6%; 7,7% и 27,5% — соответственно, $p<0,05$) и тромбозы в его полости (23,8; 3,4 и 15,0% соответственно, $p<0,05$), а также синдром Дресслера (4,0 %, в группе нижних ИМ не было, при других — 1,9%; $p<0,05$). Также обращает внимание большая частота рецидивирующего ИМ (16,6%) в группе больных с передними поражениями (7,6 и 17,6% — в других группах соответственно, $p<0,05$).

Таким образом, имеются отличия в частоте осложнений ИМ при различных его локализациях. При передних поражениях увеличивается доля желудочковых нарушений ритма, чаще развиваются аневризмы левого желудочка и тромбозы его полости, синдром Дресслера. При этой локализации отмечается более высокий риск рецидивирующего течения заболевания и развития повторных поражений, несмотря на лечение в течение первого года после ИМ. При нижних локализациях чаще наблюдаются АВ-блокады различной степени. Полученные данные должны учитываться при выборе терапии острого периода, а также — составлении программ лечения и реабилитации после ИМ.

0858 ВКЛАД НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Срождинова Н.З.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить роль нарушений углеводного обмена на развитие сердечно-сосудистых изменений у больных с артериальной гипертензией (АГ) и метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования: В исследование были включены 85 больных с АС и МС. Средний возраст составил $48,7 \pm 11,2$ лет. Критерии МС определяли согласно рекомендациям IDF, 2005г. Измерение офисного АД проводилось по методу Короткова. Всем больным проводился стандартный пероральный тест толерантности к глюкозе с 75г. глюкозой. Уровень инсулина в сыворотке крови определялся методом ИФА при помощи наборов "Access ultrasensitive insulin" фирмы Beckman Coulter™. Для оценки параметров внутрисердечной гемодинамики проводилось ЭхоКГ с доплерографией. Эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) оценивалась с помощью теста реактивной гиперемии. Толщину комплекса интима-медиа (КИМ) определяли методом дуплексного сканирования. Микроальбуминурию (МАУ) определяли методом ИФА. Липидный спектр определяли методом биохимического анализа.

Результаты: Для анализа больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили больные с нарушенной толерантностью к глюкозе (НТГ) и гиперинсулинемией (ГИ) ($n=46$) и вторую группу – больные без НТГ и ГИ ($n=39$). Анализ показал, что больные с НТГ и ГИ имели достоверно высокие значения САД по сравнению с больными без НТГ и ГИ: $161,38 \pm 14,09$ против $152,76 \pm 11,19$ мм рт.ст., $p=0,003$. Уровень ДАД также было несколько выше у больных 1-й группы по сравнению с больными 2-й группы, но статистически недостоверно: $101,91 \pm 8,51$ против $98,82 \pm 6,41$ мм рт.ст., $p=0,06$. ЧСС также была выше у больных с нарушениями углеводного обмена по сравнению с больными без нарушений углеводного обмена: $80,02 \pm 9,62$ против $74,21 \pm 10,06$ уд/мин, $p=0,008$. Следует отметить, что больные с НТГ и ГИ имели достоверно высокий индекс ММЛЖ по сравнению с больными без НТГ и ГИ: $170,87 \pm 32,57$ против $156,6 \pm 28,4$ г/м², $p=0,036$. Анализ липидного спектра показал, что уровень триглицеридов был достоверно высоким у больных 1-й группы по сравнению со 2-й группой: $193,06 \pm 91,99$ против $148,53 \pm 52,46$ мг/дл, $p=0,009$. Толщина КИМ также была достоверно более выражена у больных с НТГ и ГИ по сравнению с больными без углеводных нарушений: $1,0 \pm 0,17$ против $0,87 \pm 0,20$ мм рт.ст., $p=0,002$. Нарушение ЭЗВД также было более выраженной в группе больных с НТГ и ГИ по сравнению с больными без НТГ и ГИ: ΔD $2,55 \pm 4,91$ против $5,82 \pm 4,91\%$, $p=0,003$. Уровень МАУ был также достоверно высоким в группе больных с НТГ и ГИ по сравнению с больными без нарушений углеводного обмена: $22,37 \pm 14,48$ против $13,13 \pm 8,06$ мг/л, $p=0,000$.

Выводы: Наличие НТГ и ГИ достоверно ассоциируется с увеличением сердечно-сосудистого риска у больных с АГ и МС.

0859 ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Старичков А.А., Бондарева З.Г., Николаев Ю.А., Емельянов В.А.
ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Росздрава, Новосибирск, Россия; Мирнинская центральная районная больница республики Саха (Якутия), Мирный, Россия

Цель. Выявить особенности формирования артериальной гипертензии (АГ) у жителей Западной Якутии для её профилактики и лечения.

Методы исследования. 282 больным АГ без признаков ИБС определялась оксидативная активность нейтрофилов по НСТ-тесту и их неоксидативная активность по содержанию катионных белков (цитохимический метод Пигаревского). В контрольную группу ($n=31$) вошли практически здоровые люди. Обследовано 154 больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС), 72 из которых назначался ингибитор АПФ эналаприл в начальной дозе 5 мг в сутки с постепенным увеличением до 20 мг при наличии АГ, а 82 – β -блокатор метопролол в начальной дозе 25 мг в сутки с титрованием дозы до 100 мг под контролем АД. Перед началом медикаментозной терапии и через 1, 3, 6 и 12 месяцев лечения проводились УЗИ сердца и суточное мониторирование АД.

Полученные результаты. У мигрантов в Якутию гомеостаз нарушается в первые пять лет, когда уменьшается оксидативная

активность нейтрофилов, что ведёт к ослаблению защиты организма, снижению фагоцитоза и развитию вторичного иммунодефицита. Содержание катионных белков в нейтрофилах здоровых людей составляет $1,4 \pm 0,03$ у.е. У проживающих в Мирном лиц с АГ I ст. их уровень $0,9 \pm 0,03$ у.е. ($p<0,05$), а в Новосибирске – $1,21 \pm 0,06$ у.е. При АГ значительно снижено количество высокоактивных нейтрофилов в крови и повышено число низкоактивных, что связано с их дегрануляцией и выходом лизосомальных гидролаз в кровь. Снижение неоксидативной активности нейтрофилов находится в тесной корреляционной связи от степени АГ и длительности пребывания на Севере. Катионные белки повреждают эндотелий сосудов, приводя к его дисфункции, АГ, атеросклерозу и дестабилизации бляшек.

У больных ПИКС и АГ назначение ИАПФ при «анормальном» варианте диастолической функции левого желудочка улучшало его систолическую и диастолическую функцию: через 12 месяцев КДР левого предсердия уменьшился от $44,2 \pm 0,45$ до $43,3 \pm 0,31$ мм ($p<0,001$), а КДР левого желудочка от $55,8 \pm 0,23$ до $54,3 \pm 0,53$ мм ($p<0,001$). Толщина задней стенки левого желудочка уменьшилась с $11,1 \pm 0,4$ до $10,1 \pm 0,25$ мм ($p<0,001$). Функция выброса возросла с $49,9 \pm 3,1$ до $69,5 \pm 3,1\%$ ($p<0,001$). Статистически достоверно повысилась скорость кровотока на аорте и время диастолы на митральном клапане, уменьшилась продолжительность периода раннего диастолического наполнения с увеличением максимальной скорости кровотока, сократилось время изоволюметрического расслабления. Показатели кардиометрии после 12-месячного назначения β -блокаторов имели аналогичную, но менее выраженную динамику.

Выводы. Снижение активности нейтрофилов у жителей Якутии обусловлено выбросом активных метаболитов кислорода и лизосомальных гидролаз в кровь с повреждением эндотелия, развитием АГ, ИБС. Для их профилактики надо назначать антигипертензивные препараты, антиоксиданты, ангиопротекторы. При ХСН показаны ИАПФ или β -блокаторы, модулирующие миокард и уменьшающие диастолическую дисфункцию левого желудочка.

0860 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ ПО КОНТРАКТУ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА: СОСТОЯНИЕ НЕЙРОДИНАМИКИ

Староверова Ю.К., Давидович И.М., Афонсков О.В., Козыренко А.В.
ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет», 301 окружной военный клинический госпиталь, Хабаровск, Россия

Целью исследования: оценка показателей, характеризующих состояние нейродинамики у офицеров по контракту ДВО с нормальным и повышенным АД, а также влияние на данные показатели возраста пациентов, стадии гипертонической болезни (ГБ) и длительности заболевания.

Материалы и методы: всего обследовали 59 офицеров, средний возраст 38,4 года. 47 человек имели ГБ I или 2 стадии (основная группа) и 12 – нормальное АД (контроль). Обе группы были сопоставимы по возрасту и наличию основных факторов риска (курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела). Изучение состояния процессов нейродинамики включала проведение следующих исследований: простой и сложной зрительно-моторных реакций (ПЗМР и СЗМР), реакции на движущийся объект (РДО), уровень функциональной подвижности нервных процессов (УФН) и работоспособности головного мозга (РГМ). Оценку показателей нейродинамики проводили в автоматическом режиме с помощью программного обеспечения психофизиологического комплекса «Status PF». Учитывая функциональную асимметрию головного мозга, обследовали только праворукых пациентов. Тестирование осуществляли утром. Материал обработан методами вариационной статистики с определением достоверности различий по t-критерию Стьюдента.

Результаты и обсуждение: у пациентов с АГ, по сравнению с лицами с нормальным АД было достоверно увеличено время минимальной экспозиции как ПЗМР ($352,5 \pm 37,4$ и $222,7 \pm 19,3$ мсек, $p=0,028$) так и СЗМР ($346,5 \pm 8,4$ и $229,0 \pm 15,9$, $p=0,000$).

При этом данное нарушение возникало уже у пациентов молодого возраста, с коротким анамнезом АГ и при 1 стадии заболевания. При оценке показателей РДО было выявлено, что у пациентов с ГБ на ранних стадиях заболевания в головном мозге преобладали процессы возбуждения, но с увеличением возраста, стадии заболевания и длительности АГ к этому присоединялись и процессы запаздывания, на что указывало достоверное увеличение количества и суммы опережений и запаздываний по сравнению с лицами с нормальным АД. У пациентов с АГ снижался уровень функциональной подвижности процессов и работоспособность головного мозга, о чем свидетельствовали удлинение времени средней экспозиции ($417,2 \pm 7,0$ и $388,2 \pm 12,7$ мсек, $p=0,000$; $410,7 \pm 6,2$ и $368,0 \pm 8,9$ мсек, $p=0,002$) и нарастание числа пропущенных положительных сигналов ($15,8 \pm 1,1$ и $5,6 \pm 0,9$, $p=0,000$; $76,3 \pm 6,4$ и $50,6 \pm 7,9$, $p=0,05$). На возникновение выявленных отклонений нейродинамики оказывало влияние наличие повышенного АД, в независимости от возраста пациентов и длительности анамнеза гипертонии. Однако достоверно чаще установленные нарушения были при 2 стадии ГБ.

Выводы: у мужчин молодого возраста, офицеров по контракту ДВО имеющих артериальную гипертензию, в отличие от лиц с нормальным АД выявляются отклонения показателей нейродинамики, которые зависят от стадии ГБ. При этом на нарушение процессов нейродинамики оказывает влияние наличие АГ, но не длительность заболевания.

0861 АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СИСТЕМЕ ОМС

Старченко А.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Комарец С.А., Курило И.Н., Рыкова И.В., Фуркалюк М.Ю.

Общественный совет по защите прав пациентов Росздравнадзора, ООО «Росгосстрах-Медицина», Москва, Россия

Неуклонный рост числа обращений пациентов в страховые медицинские компании с жалобами на качество медицинской помощи, оказанной по поводу артериальной гипертонии, требует единого подхода к экспертизе.

Цель. Анализ нормативно-правовых актов и разработка минимальных алгоритмов экспертизы качества помощи больным артериальной гипертонией.

Результаты. Качество медицинской помощи признается ненадлежащим в случаях:

1. Отсутствия или нарушения заполнения карты динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).

2. Отсутствия совместного динамического наблюдения и лечения участковым врачом-терапевтом, врачом общей практики, врачом-кардиологом и врачом-неврологом подлежат больные с: — тяжелой степенью артериальной гипертонии и гипертонической энцефалопатией II-III степени; — артериальной гипертонией любой степени и перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения (инсульт, транзиторная ишемическая атака); — высоким риском развития кардиоэмболического инсульта; — артериальной гипертонией, ишемической болезнью сердца III-IV функционального класса и окклюзирующим поражением магистральных и внутримозговых артерий (п. 5. Порядка выявления и динамического наблюдения за больным с артериальной гипертонией, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).

3. Отсутствия в медицинской карте стационарного (амбулаторного) больного результатов наблюдений и исследований, предусмотренных Рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии (приказ МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4): — измерение роста и веса с вычислением индекса массы тела (вес в килограммах, деленный на квадрат роста в метрах); — общий анализ крови и мочи; уровни калия, глюкозы натощак, креатинина, холестерина, триглицеридов крови; — ЭКГ; рентгенографии грудной клетки; осмотра глазного дна; ультразвукового исследования почек.

4. Отсутствия в диагнозе указания на степень (стадию) артериальной гипертонии.

5. Отсутствия в медицинской карте определения группы риска (Рекомендации по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертонии, утв. приказом МЗ РФ от 24.01.2003 г. № 4).

6. Наличие нерациональных комбинаций лекарственных препаратов:

- бета-адреноблокатор и недигидропиридиновый антагонист кальция;
- ингибитор ангиотензинпревращающего фермента и калийсберегающий диуретик;
- бета-адреноблокатор и препарат центрального действия;
- сочетание разных лекарственных средств, относящихся к одному классу антигипертензивных препаратов.

0862 АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В СИСТЕМЕ ОМС

Старченко А.А., Третьякова Е.Н., Тарасова О.В., Комарец С.А., Курило И.Н., Рыкова И.В., Фуркалюк М.Ю.

Общественный совет по защите прав пациентов Росздравнадзора, ООО «Росгосстрах-Медицина», Москва, Россия

Цель. Анализ нормативно-правовых актов и разработка минимальных алгоритмов экспертизы качества помощи больным острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ.

Результаты. I. Качество медицинской помощи больным острым коронарным синдромом без стойкого подъема сегмента ST на ЭКГ признается ненадлежащим в случаях: 1. Задержки пациента с подозрением на инфаркт миокарда в приемном покое более чем на 15 минут перед помещением его в блок интенсивной терапии». 2. Отсутствия первичного назначения аспирина (250–500 мг препарата). 3. Отсутствия регистрации ЭКГ, исследования КФК и сердечного тропонина при остром коронарном синдроме с целью обязательный элемент диагностики и уточнения прогноза. 4. Отсутствия назначения низкомолекулярных препаратов гепарина — дальтепарин натрия, надропарин кальция, эноксапарин натрия. 5. Отсутствия данных о непрерывном мониторинговании ЭКГ и сатурации кислорода в артериальной крови, подачи кислорода при снижении сатурации ниже 92%. 6. Отсутствия или несоблюдения режимов введения доз антиишемической терапии (нитроглицерин, бета-блокаторы). 7. Отсутствия назначения ингибиторов АПФ для устранения гипертонии или дисфункции левого желудочка после инфаркта миокарда. 8. Отсутствия оценки риска осложнений и смерти. 9. Отсутствия лабораторного контроля лечения. 10. Нерационального назначения препаратов.

II. Качество медицинской помощи больным инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ признается ненадлежащим в случаях: 1. Отсутствия необходимых и достаточных признаков для диагностики инфаркта миокарда: — типичное повышение и постепенное снижение (сердечные тропонины) или более быстрое повышение и снижение (МВ КФК) биохимических маркеров некроза миокарда в сочетании с одним из следующих признаков: а) клиническая картина ОКС; б) появление патологических зубцов Q на ЭКГ; в) изменения ЭКГ, указывающие на появление ишемии миокарда: возникновение подъема или депрессии сегмента ST, блокады ЛНПГ; г) появление признаков потери жизнеспособного миокарда или нарушений локальной сократимости при использовании методики, позволяющих визуализировать сердце; — признаки инфаркта миокарда, выявленные при патологоанатомическом исследовании. 2. Оказания помощи вне блока интенсивной терапии. 3. Отсутствия непрерывного мониторингования ритма и ЭКГ. 4. Отсутствия фиксации основных физиологических параметров в истории болезни каждые 90 минут до стабилизации состояния и каждые 4–6 ч после стабилизации. 5. Отсутствия повторной регистрации стандартной ЭКГ: — в первые сутки с интервалами в 6–8 ч; — на 2-е и 3-и сутки — не менее 1 раз в день. 6. Отсутствия обязательного лабораторного обследования. 7. Отсутствия оценки прогноза больного инфарктом миокарда в ранние сроки заболевания. 8. Отсутствия контроля консервативного лечения инфаркта миокарда по соблюдению режимов введения и доз лекарственных препаратов. 9. Несоблюдения правил перехода с антикоагулянтов прямого действия на антикоагулянты непрямого действия.

0863 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА- β 1 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И УРОВНЕМ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Старченко Т.Г., Перишина Е.С., Резник Л.А., Губанова О.М.
ГУ «Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины», Харьков, Украина

Цель работы — изучить взаимосвязь трансформирующего фактора роста- β 1 (ТФР- β 1) с состоянием липидного обмена и экскрецией альбумина у больных гипертонической болезнью (ГБ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа в сравнении с больными ГБ без СД.

Материалы и методы: Обследовано 33 больных ГБ с сопутствующим СД 2 типа и 23 больных ГБ без СД. Контрольную группу составили 14 практически здоровых людей. Все больные были сопоставимы по полу и возрасту. У всех обследованных определяли уровень ТФР- β 1 в крови иммуноферментным методом при помощи тест-системы DRG Instruments GmbH, Германия. Суточную экскрецию альбумина определяли иммуноферментным методом. Липидный спектр крови исследовали ферментным методом.

Результаты: При изучении ТФР- β 1 у больных ГБ как в сочетании с СД, так и без него было выявлено увеличение его уровня в сравнении с контрольной группой ($7,12 \pm 1,2$) нг/мл. Так, у больных с СД и без него уровень ТФР- β 1 составил соответственно ($18,2 \pm 1,56$) нг/мл ($p < 0,001$) и ($12,5 \pm 1,72$) нг/мл ($p < 0,001$). Аналогичная динамика выявлена и при изучении уровня микроальбуминурии. При этом высокий уровень микроальбуминурии в случае наличия СД 2 типа ($157 \pm 12,3$ мг/сут.) сопровождался существенным нарушением липидного обмена, что проявилось в виде достоверного увеличения у этой категории больных триглицеридов, липопротеидов низкой и очень низкой плотности в сравнении с больными ГБ и нормальным уровнем углеводов в крови. В этой группе больных уровень микроальбуминурии составил ($38,8 \pm 8,4$) мг/сут. Возможно, выраженные нарушения липидного спектра крови, наблюдающиеся на фоне нарушенного углеводного обмена, увеличение синтеза изучаемого фактора роста способствуют повышенной проницаемости клубочкового фильтра почек, развитию эндотелиальной дисфункции, проявляющейся появлением микроальбуминурии.

Выводы: у больных ГБ в сочетании с СД 2 типа в сравнении с больными ГБ без СД выраженные нарушения липидного обмена на фоне увеличения синтеза ТФР- β 1 оказывают повреждающее действие на клубочковый аппарат почек, что способствует усилению эндотелиальной дисфункции.

0864 ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА, ФУНКЦИИ ПОЧЕК И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Стаценко М.Е., Иванова Д.А., Спорова О.Е.
ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель исследования: оценить особенности морфофункциональных параметров сердца, функционального состояния почек и качества жизни (КЖ) у лиц с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в раннем постинфарктном периоде.

Материалы и методы: Обследовано 80 пациентов на 25-30 сутки после перенесенного инфаркта миокарда, осложнившегося развитием ХСН. Все больные были рандомизированы на 2 группы: в 1-ю ($n=40$) включены пациенты ХСН с ХОБЛ среднетяжелого и тяжелого течения, во 2-ю ($n=40$) пациенты без нарушений показателей функции внешнего дыхания. Всем пациентам проводили спирометрию, выполняли эхокардиографическое исследование, СМ-ЭКГ, изучали функциональное состояние почек, КЖ.

Результаты и обсуждение: У пациентов ХСН с ХОБЛ чаще выявляются нарушения ритма, отмечается большая частота сердечных сокращений (ЧСС) и ангинозных приступов, чем у больных контрольной группы. У всех обследованных пациентов обнаружено умеренное снижение КЖ (по результатам Миннесотского и Сметловского опросников), более выраженное в группе ХСН с сопутствующей ХОБЛ. Достоверных различий в полостных размерах правых и левых отделов сердца между больными 1-й и 2-й групп не было обнаружено. Однако, установлена большая распространенность систолической и диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) в группе больных ХСН с ХОБЛ. Так, в 1-й группе выявлена более низкая фракция выброса, чем во 2-й. Прогностически неблагоприятные типы ремоделирования (эксцентрическая и концентрическая гипертрофии ЛЖ) чаще встречаются у пациентов ХСН с ХОБЛ, что говорит о прогрессировании дезадаптивного ремоделирования у этих пациентов. У пациентов 1-й группы, в сравнении со 2-ой достоверно чаще выявляется повышенный креатинин крови, клинически значимое снижение СКФ (< 60 мл/мин/1,73м²), истощенный функциональный почечный резерв, обнаруживается микроальбуминурия.

Выводы: Клиническими особенностями пациентов ХСН с сопутствующей ХОБЛ в сравнении с изолированной ХСН являются: увеличение частоты ангинозных приступов, нарушений ритма сердца, большая ЧСС, снижение КЖ. Сочетание ХСН и ХОБЛ характеризуется более выраженным снижением систолической и диастолической функции ЛЖ наряду с увеличением процента больных с неблагоприятным ремоделированием сердца. В группе больных ХСН в сочетании с ХОБЛ чаще нарушается азотовыделительная и фильтрационная функция почек, обнаруживается альбуминурия и внутриклубочковая гипертензия.

0865 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Стаценко М.Е., Иванова Д.А., Спорова О.Е.
ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель исследования: сравнение клинической эффективности и оценка безопасности применения бисопролола и метопролола в составе базисной терапии хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы: Обследовано 60 пациентов на 25-30 сутки после перенесенного инфаркта миокарда, осложнившегося развитием ХСН. У всех больных диагностировали ХОБЛ. Пациенты были рандомизированы в 2 группы: в 1-й ($n=30$) в составе базисных препаратов был бисопролол (конкор, «Никомед») в средней дозе $5,6 \pm 0,4$ мг/сут, во 2-й группе ($n=30$) — метопролол тартрат в средней дозе $70,0 \pm 12,2$ мг/сут. Всем пациентам проводили спирометрию, выполняли эхокардиографическое исследование, изучали функциональное состояние почек, качество жизни (КЖ), клиническое состояние.

Результаты и обсуждение: К концу 24-х недельного периода наблюдения в обеих группах достоверно снизился ФК ХСН, увеличилась дистанция теста 6-минутной ходьбы. КЖ (по результатам Миннесотского и Сметловского опросников) достоверно улучшилось только у пациентов 1-й группы. Через 6 месяцев лечения бисопрололом (в составе комбинированной терапии) отмечалось некоторое улучшение бронхиальной проходимости на уровне МОС 25%, МОС 50%, МОС 75%. Во 2-й группе отношение ОФВ1/ФЖЕЛ снизилось на 1,4% с одновременным снижением показателей МОС 50%, МОС 75%. Выявлено, что полугодовая терапия ХСН с включением бисопролола приводит к улучшению фракции выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) на 8,9% ($p < 0,05$), во 2-й группе рост ФВ (на 4,6%), но изменения не достигают критерия достоверности. В конце 24-х недель лечения только в 1-й группе наблюдается достоверное снижение процента больных с повышенным креатинином крови, рост скорости клубочковой фильтрации и снижение микроальбуминурии.

Выводы: При терапии пациентов ХСН с ХОБЛ бисопрололом в сравнении с метопрололом тартратом в большей степени увеличивается ФВ ЛЖ, ослабляются процессы ремоделирования ЛЖ, что сопровождается достоверным улучшением КЖ. Полугодовое применение бисопролола у пациентов ХСН с ХОБЛ, в отличие от метопролола тартрата не вызывает ухудшение функции внешнего дыхания, не усиливает сопротивление дыхательных путей. Полученные данные свидетельствуют о предпочтительном включении бисопролола в схему лечения постинфарктных больных ХСН с ХОБЛ II и III стадий, а также об эффективности и безопасности его применения.

0866 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПИПОФЕЗИНОМ

Стаценко М.Е., Калашникова Ю.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, МУЗ ГКБ №3, Волгоград, Россия

Целью настоящего исследования является изучение динамики качества жизни (КЖ) у больных с артериальной гипертензией (АГ) пожилого возраста на фоне аффективных расстройств и при их медикаментозной коррекции пипофезином.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов обоего пола в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст – $67,73 \pm 4,75$) с артериальной гипертензией I – II степени (ст.), преимущественно II ст. (43 человека – 71,7%) с признаками тревоги (Т) и депрессии (Д) согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Уровень Д и Т интерпретировался как субклинический при оценке ≥ 7 баллов и как клинически выраженный – при сумме баллов ≥ 10 . Далее пациенты были рандомизированы на две группы по принципу 1-2 в отношении приема антидепрессанта – пипофезина (азафен, “Макиз-Фарма”, Россия) в дозе 50–125 мг/сут. Обе группы получали базисную антигипертензивную терапию (диуретик и ингибитор АПФ). Проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), КЖ оценивалось при помощи опросника MOS SF-36 исходно и через 6 месяцев терапии.

Результаты и обсуждение: в группе пациентов, леченных азафеном, уровень депрессии снизился от исходного на 55%, а тревоги на 62%. По результатам СМАД в обеих группах наблюдалось достоверное снижение уровня систолического АД (САД). Диастолическое АД значимо уменьшилось только во второй группе, где проводилась медикаментозная коррекция аффективных расстройств. В группе пациентов, принимавших азафен, отмечена тенденция к снижению вариабельности САД (ВСАД), но различия не достигли критерия достоверности ($p=0,061$). Тем не менее, достоверными оказались различия этого показателя на отметке 6 месяцев при межгрупповом сравнении 1 и 2 групп ($16,5 \pm 3,6$ мм рт.ст. vs $14,5 \pm 2,3$, $p=0,023$), что является значимым для лечения пациентов с АГ ввиду тесной корреляции показателя вариабельности АД с поражением органов-мишеней. Исходно уровень качества жизни значимо не отличался у пациентов 1 и 2 группы (общий балл КЖ по опроснику MOS SF-36 составил $45,5 \pm 12,9$ vs $45,1 \pm 11,1$, $p=0,122$ в 1 и 2 группах соответственно). У пожилых больных АГ второй группы на фоне приема азафена отмечено более выраженное, улучшение КЖ по сравнению с больными 1 группы ($46,8 \pm 12,6$ vs $59,4 \pm 11,2$, $p=0,03$; $\Delta\% +4,2$ vs $\Delta\% +36,4$, $p=0,047$ в 1 и 2 группах соответственно). Достоверные изменения получены по шкалам социального функционирования и психического здоровья. Исходно сумма баллов по указанным шкалам достоверно не отличалась среди больных 1-й и 2-й группы ($7,3 \pm 2,3$ и $6,2 \pm 2,3$, $p=0,78$; $20,8 \pm 6,1$ и $16,8 \pm 5,1$, $p=0,08$). После 6 месячного лечения: по шкале социального функционирования – $6,8 \pm 2,3$ и $7,4 \pm 1,9$ баллов, $p=0,01$; $\Delta\% -7,5$ и $\Delta\% +25,7$, $p=0,075$; а по шкале психического здоровья – $20,7 \pm 6,1$ и $21,2 \pm 4,5$ баллов, $p=0,004$; $\Delta\% +1,9$ и $\Delta\% +35,8$, $p=0,012$ в 1 и 2 группах соответственно.

Выводы: 6-ти месячная комбинированная антигипертензивная терапия с включением азафена сопровождается дополнительным антигипертензивным эффектом и достоверно значимым повышением КЖ у пожилых больных с АГ.

0867 ДИНАМИКА КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПИПОФЕЗИНОМ

Стаценко М.Е., Калашникова Ю.С.

Волгоградский государственный медицинский университет, МУЗ ГКБ №3, Волгоград, Россия

Целью настоящего исследования является изучение динамики когнитивно-мнестических функций у больных с артериальной гипертензией пожилого возраста на фоне аффективных расстройств и при их медикаментозной коррекции пипофезином.

Материалы и методы. Обследовано 60 пациентов обоего пола в возрасте от 60 до 75 лет (средний возраст – $67,73 \pm 4,75$) с артериальной гипертензией I – II степени (ст.), преимущественно II ст. (43 человека – 71,7%) с признаками тревоги (Т) и депрессии (Д) согласно Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS). Уровень Д и Т интерпретировался как субклинический при оценке ≥ 7 баллов и как клинически выраженный – при сумме баллов ≥ 10 . Далее пациенты были рандомизированы на две группы по принципу 1-2 в отношении приема антидепрессанта – пипофезина (азафен, “Макиз-Фарма”, Россия) в дозе 50–125 мг/сут. Обе группы получали базисную антигипертензивную терапию (диуретик и ингибитор АПФ). Проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), параметры когнитивно-мнестических функций оценивались при помощи краткой шкалы исследования психического статуса – MMSE (Minimal mental scale examination) исходно и через 6 месяцев терапии.

Результаты и обсуждение: в группе пациентов, леченных азафеном, уровень депрессии снизился от исходного на 55%, а тревоги на 62%. В группе 1 балльная оценка уровня депрессии и тревоги достоверно не изменилась. Тогда как во второй наблюдалась значимая редукция аффективной симптоматики: уровень Т снизился с $10,3 \pm 3,7$ до $6,3 \pm 2,6$ баллов по HADS, а Д – с $10 \pm 1,7$ до $5,5 \pm 2,4$ балла. По результатам СМАД в обеих группах наблюдалось достоверное снижение уровня систолического АД (САД). Диастолическое АД значимо уменьшилось только во второй группе, где проводилась медикаментозная коррекция аффективных расстройств. В группе пациентов, принимавших азафен, отмечена тенденция к снижению вариабельности САД (ВСАД), но различия не достигли критерия достоверности ($p=0,061$). Тем не менее, достоверными оказались различия этого показателя на отметке 6 месяцев при межгрупповом сравнении 1 и 2 групп ($16,5 \pm 3,6$ мм рт.ст. vs $14,5 \pm 2,3$, $p=0,023$), что является значимым для лечения пациентов с АГ ввиду тесной корреляции показателя вариабельности АД с поражением органов-мишеней. Благоприятные изменения со стороны когнитивно-мнестических функций (по результатам MMSE) выявлены во второй группе пожилых пациентов с АГ на фоне терапии азафеном. Обнаружено достоверное их улучшение через 24 недели лечения у больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы. Исходно показатели когнитивно-мнестических функций составили: $27,5 \pm 1,5$ vs $27,2 \pm 1,7$, $p=1$; а после лечения: $28,16 \pm 1,6$ vs $28,64 \pm 1,6$, $p=0,066$; $\Delta\% +2,5$ vs $\Delta\% +5,2$, $p=0,049$ в 1 и 2 группах соответственно.

Выводы: 1) включение в комбинированную терапию азафена эффективно устраняет тревожно-депрессивные расстройства у пожилых пациентов АГ. 2) 6-ти месячная комбинированная антигипертензивная терапия с включением азафена сопровождается дополнительным антигипертензивным эффектом и достоверно значимым улучшением когнитивно-мнестических функций у пожилых больных с АГ.

0868 ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ

Степченко М.А., Князева Л.И., Горайнов И.И., Князева Л.А., Ивакин В.Е., Лукашов А.А., Черткова В.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Целью работы явилось изучение показателей функционального состояния эндотелия сосудов у больных артериальной гипертензией (АГ), обусловленной истинной полицитемией (ИП), в зависимости от уровня мочевой кислоты.

В исследование было включено 188 больных АГ II ст., обусловленной ИП, из них 86 женщин и 102 мужчины в возрасте от 39 до 64 лет. Группу сравнения составили 34 больных АГ II ст., группу контроля — 30 здоровых доноров.

Материалы и методы. Количество десквамированных эндотелиоцитов в крови определяли по методу Hladovec J., (1978). Определение уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) в образцах проводили методом для радиоиммунного анализа (Amersham Pharmacia Biotech, США). Фактор Виллебранда (ФВ) в сыворотке крови оценивали иммуноферментным методом на анализаторе «Vidas» («Bivax», Франция). Уровень мочевой кислоты в сыворотке крови определяли уриказным методом. Определение эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии проводили по методу О.В. Ивановой с соавт. (1998).

Результаты и их обсуждение. При оценке вазорегулирующей функции эндотелия в обследованных группах получены следующие результаты. Степень ЭЗВД у больных АГ на фоне начальной стадии ИП была достоверно ниже показателей контрольной группы и группы сравнения. Данные показатели соответственно составили $4,6 \pm 1,3\%$, $10,6 \pm 2,1\%$, $6,3 \pm 0,7\%$. У пациентов АГ на фоне эритромицитарной стадии ИП с миелойдной метаплазией селезенки относительное расширение плечевой артерии было наименьшим ($2,9 \pm 0,3\%$, $p < 0,05$) в сравнении с величиной ЭЗВД в других группах обследованных.

В зависимости от величины ЭЗВД (О.В. Иванова с соавт., 1998), все обследованные были рандомизированы на 3 группы: с I степенью вазорегулирующей дисфункции (ЭЗВД 9-7,5%) — 60 человек (32%), со II степенью (ЭЗВД 7,5-3%) — 64 больных (34%), 64 пациента (34%) — с III — IV степенью вазорегулирующей дисфункции (ЭЗВД 3,0-2,0%).

Результаты исследования показали повышение содержания эндотелина-1 (ЭТ-1), ЦЭК и ФВ на фоне ИП в сравнении со здоровыми и больными гипертонической болезнью. В группе пациентов АГ на фоне II Б ст. ИП с III-IV ст. эндотелиальной дисфункции (ЭД) отмечены достоверно более высокие уровни ФВ, эндотелин-1 и ЦЭК (ФВ — $188,2 \pm 1,66\%$; ЭТ-1 — $89,9 \pm 1,7$ нг/л; ЦЭК — $19,9 \pm 1,2$ кл/мкл).

Установлено, что наиболее высокая эндотелинемия, эндотелицитемия, активность ФВ и минимальная величина ЭЗВД имеют место в группе больных АГ и ИП с высокой гиперурикемией (ЭТ-1 — $95,2$ нг/л, $p < 0,05$; ЦЭК — $24,4 \pm 0,9$ кл/мкл, $p < 0,05$; ФВ — $194,2 \pm 2,4\%$, $p < 0,05$; ЭЗВД — $2,24 \pm 0,2\%$, $p < 0,05$ соответственно).

Таким образом, у больных АГ, обусловленной ИП, имеет место ЭД, характеризующаяся нарушением вазорегулирующей функции эндотелия сосудов, увеличением сывороточного содержания фактора Виллебранда, эндотелина-1, циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов, прогрессирующая параллельно с тяжестью истинной полицитемией, уровнем гиперурикемии.

0869 ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ.

Столбова С.А. Кляшева Ю.М.

ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель исследования. Оценить влияние препарата козаар (лозартан калия 50мг) (фирма MSD, USA) на церебральный кровоток у больных артериальной гипертензией I и II ст.

Обследовано 50 больных в возрасте $41 \pm 8,2$ года с диагнозом артериальная гипертензия (АГ), имеющих неврологические проявления нарушений мозгового кровообращения. Диагноз АГ выставлялся пациентам на основании рекомендаций экспертов ВОЗ и МОАГ (1999 г.), согласно которым целевым уровнем АД для лиц молодого и среднего возраста являются значения, не превышающие 130/80 мм рт.ст. У 3 пациентов отмечались транзиторные ишемические атаки, преходящие нарушения мозгового кровообращения — у 6 пациентов. В одном случае в анамнезе наблюдалось нарушение по типу малого ишемического инсульта в течение последних 6 месяцев. В клинической картине присутствовала общемозговая и очаговая симптоматика, согласно очагу поражения. Больные получали препарат козаар по 1 таб. в сутки в течение 12 недель. Клиническая эффективность лечения оценивалась по динамике неврологических проявлений, динамике психологических тестов, показателей офисного АД, проведение 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 психологические методики: исследование памяти с помощью теста MMSE, оценка «качества жизни» при помощи стандартизованного опросника САН (самочувствие, активность, настроение), шкала астенического состояния, шкала депрессии.

Результаты. В исследуемой группе на фоне регулярного приема козаара отмечалось достоверное снижение офисного АД по сравнению с исходными данными для систолического АД (с $169,2 \pm 5,1$ мм рт.ст. до $139,1$ мм рт.ст.; $p < 0,05$), диастолического АД (с $98,8 \pm 4,6$ мм рт.ст. до $83,8 \pm 2,9$ мм рт.ст.; $p < 0,05$), регресс неврологической симптоматики. Общемозговые проявления в виде головной боли по субъективной шкале от «единицы» до «пяти» снизились от 4,2 баллов до 1,8 баллов. Головокружение несистемного характера, присутствующее у 86,6% (26 больных) к концу периода наблюдения сохранилось у 10% (3 больных), причем выраженность — значительно уменьшилась. Положительная динамика со стороны очаговой неврологической симптоматики динамика наблюдалась преимущественно у пациентов с начальными проявлениями недостаточности мозгового кровообращения и проявлялась полным восстановлением симптоматики. У пациентов, перенесших транзиторные ишемические атаки и малый ишемический инсульт, сохранялась легкая очаговая симптоматика в зоне поражения. В психологическом статусе также наблюдались положительные изменения. Количество больных с симптомами тревоги к 12 неделе наблюдения уменьшилось с 28 (93,3%) до 4 (13,3%). На фоне терапии сократилось количество больных с депрессией с 23 (76,6%) до 7 (23,3%). При первичном и контрольном проведении теста MMSE после 10 недель антигипертензивной терапии выявлена тенденция к увеличению коэффициента с 27 до 29-30, отражающая улучшение мнестических характеристик и быстроту реакции. По данным УЗДГ: исходно сниженная ЛСК увеличивалась с $45,8 \pm 4,54$ см/с до $69,2 \pm 3,6$ см/с ($p < 0,05$), исходно повышенная ЛСК снижалась с $158,4 \pm 2,8$ до $87,9 \pm 2,1$ ($p < 0,05$); у 65% больных отмечалось повышение исходно сниженной конечно-диастолической скорости кровотока с $34,2 \pm 1,09$ до $45,2 \pm 8,3$ см/с ($p < 0,05$); индекс цереброваскулярной реактивности увеличивался с $24,6 \pm 4,9\%$ до $59,8 \pm 3,5\%$ ($p < 0,05$).

Выводы. У большинства больных артериальной гипертензией имеет место нарушение функциональной активности церебральных артерий. Козаар при регулярном приеме позволяет добиться достоверного снижения систолического и диастолического АД, улучшения самочувствия больного, регресса неврологической симптоматики. Влияние на церебральную гемодинамику выражалось уменьшением резистентности сосудистой стенки, дилатацией артерий мелкого и среднего калибра, в частности средней мозговой артерии, вследствие чего мозговой кровоток сохранялся на достаточном уровне даже при снижении АД ниже нижней границы ауторегуляции.

0870 ГЕТЕРОХРОНИЯ РАННИХ ПОРАЖЕНИЙ ОСНОВНЫХ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Строева В.С., Калев О.Ф.

ГОУ ДПО «УГМАДО Росздрава», Челябинск, Россия; ГОУ ВПО «ЧелГМА Росздрава», Челябинск, Россия

Цель: установить клинические и ранние структурно-функциональные особенности формирования изолированных и сочетанных поражений сердца и головного мозга у мужчин с артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования: в амбулаторных условиях обследован 161 мужчина в возрасте 30 – 59 лет (средний возраст $45,7 \pm 0,8$). На основании критериев ВНОК (2008) у 135 диагностирована АГ I стадии, без клинических, ЭКГ и эхокардиографических признаков поражения сердца. Группа контроля составила 26 здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением (АД). Среди 135 больных АГ выделено 3 группы: «А» – 45 пациентов с отсутствием клинических признаков поражения сердца и головного мозга; «В» – 62 с субъективными начальными проявлениями недостаточности кровоснабжения мозга; «С» – 28 с дисциркуляторной энцефалопатией I стадии. Проведены: суточное мониторирование АД и ЭКГ, ритмокардиография, велоэргометрия, эхокардиография, транскраниальная доплерография, ультразвуковая диагностика магистральных артерий головы и шеи. Статистическая обработка результатов осуществлялась в рамках Statistica for Windows, версия 6.

Результаты. В группе «А» по сравнению с контролем снижена фракция выброса (ФВ) ($62,4 \pm 2,1$ и $68,8 \pm 2,0$; $p < 0,05$) и повышен индекс массы миокарда левого желудочка сердца (ИММЛЖ) ($105,9 \pm 2,9$ и $80,6 \pm 0,6$; $p < 0,05$); достоверно снижены показатели вариабельности сердечного ритма с симпатико-парасимпатическим дисбалансом, двойное произведение и порог нагрузки при велоэргометрии, удвоена доля «нон-дипперов» в суточном профиле АД. Цереброваскулярные расстройства (ЦВР) характеризуются достоверным снижением индекса цереброваскулярной реактивности, наличием гемодинамически незначимого стеноза магистральных артерий головы (27%) с асимметричностью кровотока (45%). В гр. «В» достоверно возросло число сердечных сокращений, выявлены «найт-пикеры» (20%), гуморально-метаболический уровень регуляции сердечного ритма, снижена ФВ до $55,2 \pm 2,1$, увеличен ИММЛЖ до $94,7 \pm 0,4$ ($p < 0,05$); эпизоды безболевой ишемии миокарда (40%) при суточном мониторировании ЭКГ. ЦВР: разнонаправленные изменения линейной скорости кровотока (ЛСК) и индекса Гослинга в экстра- и интракраниальных сосудах, снижен индекс цереброваскулярной реактивности ($p < 0,05$), повышен коэффициент асимметрии по внутренним сонным артериям ($p < 0,05$), дефицит мозгового кровотока в вертебробазилярном бассейне. В гр. «С» достоверно увеличилась доля «нон-дипперов» (50%), «найт-пикеров» (30%), безболевой ишемии миокарда (45%), снизились ФВ ($54,5 \pm 2,1$) при ИММЛЖ $98,9 \pm 0,9$ ($p < 0,05$) и двойное произведение. ЦВР: снижена ЛСК по экстра- и интракраниальным артериям с дефицитом мозгового артериального кровотока в каротидном и вертебро-базилярном бассейнах (86%), наличие микроэмболических сигналов (43%).

Выводы: АГ I стадии характеризуется неоднородностью изолированных и сочетанных кардио-цереброваскулярных нарушений, что дает основание к выделению ранних форм (кардиальная, цереброваскулярная, сочетанная) и фаз (доклиническая, клиническая) ее развития.

0871 АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Стрюк Р.И., Брыткова Я.В., Бухонкина Ю.М.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Росздрава, Москва, Россия

При физиологически протекающей беременности, которую можно рассценивать, как состояние хронического стресса, происхо-

дит естественная активация симпатико-адреналовой системы, которая принимает участие в адаптации организма женщины к беременности, в том числе регуляции сосудистого тонуса и уровня артериального давления. Также известно значение активации симпатико-адреналовой системы в патогенезе артериальной гипертензии (АГ). Таким образом, оценка активности симпатико-адреналовой системы может иметь не только диагностическую, но и прогностическую значимость в риске развития осложнений в период беременности.

Целью работы явилось определение прогностической роли адренореактивности организма в течении гестационного периода у женщин с артериальной гипертензией.

Методы исследования: адренореактивность организма определяли по величине β -адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ) по методу Р.И.Стрюк, И.Г.Длусской (1995) с использованием диагностического набора реактивов «АРМ-Агат» (ООО «Агат-Мед», Москва). Метод основан на степени ингибирования гемолиза эритроцитов, помещенных в гипотоническую среду, в присутствии β -адреноблокатора.

Результаты: обследованы 92 беременные во II триместре гестации, которые были разделены на 3 группы: 1 группа – пациентки с АГ I степени ($n=46$), 2 группа – пациентки с АГ II степени ($n=26$), 3 группа – 20 практически здоровых беременных. При поступлении показатели адренореактивности организма во всех группах обследуемых были достоверно выше физиологической нормы (β -АРМ = 2-20 усл.ед.). Так, в 3 группе Ме β -АРМ составила 33,0 усл.ед. (25%;75%: 27,0;37,5 усл.ед.), что было обусловлено наличием гестационной гиперсимпатикотонии. В 1 группе Ме β -АРМ составила 45,0 усл.ед. (25%;75%: 40,0;55,0 усл.ед.) и была достоверно ниже по сравнению с показателем адренореактивности организма во 2 группе (Ме – 68,0 усл.ед. (25%;75%: 65,0;72,0 усл.ед.)). На 24-35 неделях беременности у 18 пациенток (25%) – из них с АГ I степени ($n=7(15\%)$) и с АГ II степени ($n=11(42\%)$) – развился гестоз. В группе контроля ни у одной из обследуемых гестоза выявлено не было. Группу риска в развитии гестоза составили пациентки с чрезмерно высокими показателями адренореактивности, выявленными при поступлении до начала антигипертензивной терапии – Ме β -АРМ 66,0 усл.ед. (25%;75%:58,0;72,0 усл.ед.).

Выводы: 1. У практически здоровых беременных и беременных с АГ имеет место гиперсимпатикотония более выраженная у пациенток с АГ (β -АРМ > 40 усл.ед. против 30 усл.ед. в группе контроля). 2. По мере повышения степени АГ достоверно возрастает показатель β -АРМ, отражая десенситизацию адренорецепторов под действием высоких концентраций катехоламинов. 3. Величины β -АРМ, превышающие 50 усл.ед. являются прогностически неблагоприятным фактором развития осложнений гестационного периода.

0872 АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

Суворова С.А., Шварц Ю.Г.

МУЗ «Центральная городская клиническая больница», Ульяновск, Россия; СГМУ, Саратов, Россия

Установлено существенное значение анемии как фактора риска неблагоприятного прогноза при различных формах ишемической болезни сердца, однако, взаимосвязь анемического синдрома, а также уровня гемоглобина с другими факторами риска сердечно-сосудистой патологии изучена недостаточно.

Цель исследования – установить взаимосвязь уровня гемоглобина крови с основными факторами риска кардиоваскулярной патологии.

Материалы и методы. Обследован 481 пациент, из которых 377 последовательно поступили в кардиологический стационар за 2006 год, по поводу проявления и осложнений ишемической болезни сердца, средний возраст $55,6 \pm 12$ лет, 157 женщин. Анализировались результаты стандартного клинического и лабораторного обследования. Гемоглобин измерялся в г/л, холестерин в ммоль/л. Использовался однофакторный и многофакторный дисперсионный и регрессионный анализ.

Результаты. Среди женщин, как и среди мужчин, анемический синдром встречался в 16% случаев. Средний уровень гемоглобина был достоверно ниже у женщин ($135,1 \pm 1,2$), чем у мужчин ($145,2 \pm 1,0$), и, по данным регрессионного анализа, достоверно ($p=0,001$) уменьшался у пожилых больных, что не явилось неожиданностью. Не отмечено зависимости уровня гемоглобина и наличия анемического синдрома от диабета и курения, однако выявлена отчетливая взаимосвязь между тяжестью гипертонической болезни и уровнем гемоглобина в крови. Среди всех обследуемых у пациентов с нормальным артериальным давлением и ГБ первой стадии данный показатель был наибольшим ($143,3 \pm 1,7$), у больных со 2-й стадией — $141,6 \pm 1,5$, а у пациентов с 3-й стадией заболевания — наименьшим $139,3 \pm 1,5$. В основном эти различия отмечались среди женщин, у которых гемоглобин крови значимо уменьшался при нарастании тяжести гипертонической болезни (соответственно $143,4 \pm 3,7$; $132,7 \pm 1,9$ и $135,2 \pm 1,6$). Среди больных с анемическим синдромом тяжелая гипертония с тенденцией к относительно низким значениям уровня холестерина крови встречалась достоверно чаще. Напротив, максимальные средние значения холестерина зафиксированы в подгруппах пациентов без анемии, особенно у женщин ($5,23 \pm 1,33$), и у пациентов с нормальным артериальным давлением ($5,26 \pm 1,36$). У женщин, не страдающих анемией и артериальной гипертонией, отмечались максимальные значения холестерина ($5,54 \pm 1,61$), у мужчин это показатель составлял $5,16 \pm 1,27$. У пациентов с анемией уровень холестерина в выделенных группах существенно не различался и был минимальным у мужчин без гипертонии ($4,63 \pm 1,34$).

Заключение. У стационарных пациентов с ишемической болезнью сердца и анемическим синдромом отмечаются определенные особенности в сочетании факторов риска. Для больных с анемией более характерны относительно низкий уровень холестерина и более тяжелая степень гипертонии.

0873 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА ПОСРАВНЕНИЮ С БИСОПРОЛОМОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Суджибан С., Мерай И.А., Киякбаев Г.К., Моисеев В.С.
Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель. Изучить клинические и гемодинамические эффекты небиволола по сравнению с бисопрололом у больных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности.

Материалы и методы. Обследовано 32 больного, госпитализированных с острой декомпенсацией хронической сердечной недостаточности (ОДХСН) в возрасте от 59 до 81 года (средний возраст $71,2 \pm 6,8$). У 94% больных имела место артериальная гипертония, у 15 больных (47%) — сахарный диабет, фибрилляция предсердий зарегистрирована у 11 пациентов (34%). В стационаре проводилась стандартная терапия ОДХСН. После стабилизации состояния пациентов (на 2-3 сутки) методом простой рандомизации (методом конвертов) назначался небиволол в начальной дозе 1,25 мг (I группа — 18 пациентов) или бисопролол в дозе 1,25 мг (II группа — 14 пациентов) в течение 6 месяцев с титрацией доз, в зависимости от уровня артериального давления (АД) и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Суточная доза небиволола составила 7,2 мг, бисопролола 6,8 мг. Группы были сопоставимы по исходным клинико-демографическим показателям. Клинико-гемодинамическая эффективность оценивалась по частоте повторных госпитализаций, уровню АД, ЧСС, 6-минутному тесту ходьбы (ШМТ) (перед выпиской из стационара и через 6 месяцев) и данным эхокардиографии (ЭхоКГ) (2-3 сутки и через 6 месяцев). Определяли конечно-систолический и конечно-диастолический размеры левого желудочка (КСРЛЖ и КДРЛЖ) и фракцию выброса (ФВЛЖ).

Результаты. В I группе отмечено уменьшение систолического и диастолического АД на 14,6% и 12,2% соответственно (от $137,5/86,6$ до $117,3/76,0$ мм рт.ст., $p<0,05$), а в II группе уменьшение составило 10,7% и 14,5% (от $133,8/90,7$ до $119,5/77,6$ мм рт.ст., $p<0,05$). ЧСС в I группе уменьшилась на 15,7% (от 81,5 до 68,7/мин., $p<0,05$) а в II

группе уменьшение составило 18,4% (от 88,0 до 71,8/мин., $p<0,05$). В I группе увеличение дистанции при ШМТ было более значимым, чем в II группе и составило 24% (с 245 метров до 304 метров, $p<0,05$) против 13% (с 231 до 263 метров, $p<0,05$). По динамике ФВЛЖ разница между группами была незначительной. В группе небиволола ФВЛЖ увеличилась на 13% (с 30,2 % до 36,5%; $p<0,05$), бисопролола на 11% (с 32,4% % до 36,0%; $p<0,05$), а КСРЛЖ и КДРЛЖ менялись в обеих группах не существенно. По частоте повторных госпитализаций больных, сравниваемые группы не отличались.

Выводы. Назначение небиволола и бисопролола приводит к достоверному сопоставимому улучшению гемодинамических параметров у больных, госпитализированных с ОДХСН. Однако прием небиволола сопровождается более выраженным возрастанием толерантности к физической нагрузке.

0874 ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У МУЖЧИН С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Сукманова И.А., Яхонтов Д.А.

Краевая клиническая больница, Барнаул, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить содержание оксида азота, показателей влияющих на функцию эндотелия, уровень мозгового натрийуретического пептида и их взаимосвязь с морфофункциональными параметрами сердца у пациентов с систолической ХСН в разных возрастных группах

Материалы и методы. Обследовано 99 мужчин с систолической ХСН (ФВ по Тейхольцу $\leq 45\%$) II-III ФК 26-75 лет распределенных в зависимости от возраста на 2 группы. Первую группу составили 49 пациентов в возрасте 26-56 лет, средний возраст ($48,4 \pm 1,0$ лет) с ХСН различной этиологии II-III ФК по NYHA. Во вторую группу вошли 50 пациентов 65-75 лет, средний возраст ($67,6 \pm 0,4$ лет) с систолической ХСН также II-III ФК по NYHA. Группу контроля составили 30 здоровых добровольцев. Для определения содержания NO использовался метод количественного определения общего нитрита (NO₂) в сыворотке крови. У всех пациентов исследовали уровни ИЛ 1 β , ФНО α , ИЛ-4 методом ИФА, СРБ, уровень МАУ иммунотурбодиметрическим методом, уровень мочевой кислоты, как физиологические показатели, влияющих на функцию эндотелия. Всем пациентам определялся биологически неактивный С-концевой фрагмент мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP) иммуноферментным методом в плазме крови.

Результаты. Уровни ФНО α , ИЛ 1 β у пациентов обеих групп с ХСН оказались достоверно выше, чем в контроле, но у пожилых пациентов цитокиновая агрессия была выражена значительно, о чем свидетельствует более высокий уровень ФНО α и ИЛ1 β ($4,6 \pm 0,1$, нг/мл против, $3,6 \pm 0,2$ нг/мл, $P<0,001$) и ($0,34 \pm 0,03$ нг/мл, против $0,23 \pm 0,07$, $p<0,001$), соответственно, в сравнении с больными среднего возраста. У пациентов среднего возраста активация ФНО α и ИЛ1 β менее выражена и достоверно больший уровень ИЛ 4 ($2,1 \pm 0,3$, против $1,2 \pm 0,2$, $P<0,05$), чем в группе пожилых. У пациентов пожилого возраста нами выявлена тенденция к меньшему содержанию NO, что также отражает степень дисфункции эндотелия. У пациентов пожилого возраста выявлено более высокое содержание СРБ и МАУ ($p<0,001$). Содержание Nt-pro BNP было выше в обеих группах пациентов с ХСН, что подтверждает наличие тяжелой степени дисфункции миокарда при систолической ХСН. Но достоверно более высокое содержание Nt-pro BNP у пациентов среднего возраста в сравнении с пожилыми, связано, вероятно, с преобладанием в данной группе больных с кардиомиопатиями и миокардитами, а также худшей сократительной способностью миокарда.

Заключение: Выраженная дисфункция эндотелия, системная воспалительная реакция, высокие значения мочевой кислоты, МАУ, Nt-pro BNP, частично обусловленные исходными возрастными изменениями эндотелия сосудов, определяют неблагоприятный отдаленный прогноз и высокий риск фатальных осложнений, подтверждая важность своевременного начала терапии у возрастных больных с ХСН.

0875 МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, МАРКЕРЫ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сукманова И.А., Яхонтов Д.А.

ГУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить метаболические показатели, функцию эндотелия и оксидативного стресса, их взаимосвязи с морфофункциональными параметрами сердца при различных типах ХСН у пациентов пожилого возраста

Материалы и методы. В исследование было включено 127 мужчин в возрасте 60–75 лет (средний возраст $67,4 \pm 0,3$), распределенных на 2 группы. Первую группу составили 77 пациентов с диастолической ХСН различной этиологии II–III ФК NYHA. Во вторую группу вошли 50 человек с систолической ХСН также II–III ФК NYHA. Группу контроля составили 30 здоровых добровольцев. Состояние углеводного обмена оценивалось путем определения уровня HbA1C иммунотурбидиметрическим методом и индекса НОМА. Биологически неактивный фрагмент мозгового натрийуретического пептида (Nt-proBNP), уровни ИЛ1- β , ФНО- α и ИЛ-4 определялись методом ИФА в плазме крови. Содержание СРБ определялось иммунотурбидиметрическим методом. Уровень NO исследовался количественным методом определения общего нитрита (NO₂) в сыворотке крови. Первичные продукты перекисного окисления липидов (ПОЛ)- диеновые конъюгаты (ДК) определялись методом В.Н. Верболович (1989), основанным на экстракции ДК смесью гептан – изопропанол, МДА с помощью методики по М.С. Гончаренко, А.М. Латиновой (1985) с тиобарбитуровой кислотой. Принцип метода определения каталазы основан на способности перекиси водорода образовывать с солями молибдена стойкий окрашенный комплекс (Королюк М.А., 1988). Свободные SH группы в эритроцитах определяли по методу Х.М. Рубиной, А.А. Романчук (1961).

Результаты. Содержание HbA1C было выше ($p < 0,05$) в группе с диастолической ХСН, содержание СРБ оказалось выше общепринятой нормы у пациентов обеих групп. Уровень ФНО- α , ИЛ 1 β у пациентов обеих групп превышал их содержание у здоровых, а содержание ФНО- α было выше ($p < 0,001$) у пациентов с систолической ХСН, чем в группе с диастолической. Значения NO были значительно ниже у пациентов в группе с систолической ХСН, чем с диастолической ($5,9 \pm 0,2$ и $8,1 \pm 0,2$ мкг/л, $p < 0,001$). Достоверно более высокие, чем у здоровых, показатели Nt-proBNP выявлены у пациентов как с систолической, так и с диастолической ХСН. Уровни ДК и МДА в обеих группах с ХСН были значительно выше ($p < 0,001$), чем в группе контроля. Но уровень МДА оказался выше у пациентов с диастолической ХСН, чем с систолической ($P < 0,001$), а содержание ДК преобладало при систолической ХСН, без достоверных различий между группами. Содержание антиоксидантов – КАТ и SH групп несколько преобладало у пациентов с систолической ХСН.

Заключение: У пациентов, как с систолической, так и с диастолической ХСН возникают серьезные метаболические сдвиги, нарушения функции эндотелия и активация маркеров оксидативного стресса. Выявленные нами нарушения усугубляются возрастными изменениями сердечно-сосудистой системы, возникающими у пожилых пациентов и отягощающими течение заболевания и дальнейший прогноз.

0876 ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Суровцева М.В., Чернявина А.И., Ельцова М.А., Козилова Н.А.

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

Цель: оценить влияние ивабрадина на диастолическую функцию левого желудочка у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) ишемической этиологии.

Методы: представлен фрагмент клинического исследования. Обследовано 12 больных ХСН ишемической этиологии до и после лечения ивабрадином в комплексной терапии периндоприлом (средняя доза – $4,9 \pm 2,0$ мг) и бисопрололом (средняя доза – $3,5 \pm 1,2$ мг). Средний возраст – $55,2 \pm 6,2$ года. Средний ФК ХСН составил $2,16 \pm 0,03$. Длительность терапии – 6 месяцев. Средняя доза ивабрадина составила $10,5 \pm 2,6$ мг в сутки. Все пациенты получали симвастатин и ацетилсалициловую кислоту. Оценка диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) осуществлялась доплерэхокардиографическим методом с помощью показателей трансмитрального кровотока и кровотока через легочные вены.

Результаты: у всех обследованных больных была выявлена диастолическая дисфункция I типа, характеризующаяся снижением соотношения скорости раннего и позднего диастолического наполнения (Е/А) в среднем до $0,77 \pm 0,11$, удлинением времени изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT) в среднем до $136,33 \pm 61,70$ мсек. Время замедления раннего диастолического наполнения (DT) и соотношение скорости систолического и диастолического потока легочных вен (S/D) исходно были в пределах нормальных значений – $194,25 \pm 61,58$ мсек и $1,46 \pm 0,53$ соответственно. На фоне 6 месяцев терапии ивабрадином в комплексном лечении обследованных больных отмечено достоверное увеличение соотношения Е/А до $0,92 \pm 0,13$ ($p = 0,006$), уменьшение IVRT до $91,67 \pm 30,48$ мсек ($p = 0,039$). Показатель DT после лечения имел тенденцию к увеличению у 75% больных в среднем до $197,83 \pm 53,53$ мсек, S/D – у 66,67% больных до $1,52 \pm 0,39$.

Выводы: предварительные результаты применения ивабрадина в комплексной терапии больных ХСН ишемической этиологии показали возможность исследуемого препарата корректировать диастолическую дисфункцию I типа, что сопровождалось достоверным увеличением показателей трансмитрального кровотока.

0877 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Суроткина С.А., Котляров А.А., Селезнева Н.М., Ефремова Е.Н.

Кафедра госпитальной терапии, медицинский институт, ГОУ ВПО «МГУ им Н.П.Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования: оценить влияние курсового введения мексикора на эффективность и безопасность терапии пациентов с хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Методы исследования. В исследование включен 21 пациент в возрасте 40–79 лет с ХЛС в стадии компенсации, развившимся на фоне длительно протекающих заболеваний бронхо-легочной системы. Пациентам I группы ($n = 10$) проводилась базисная терапия бронхо-легочной патологии в сочетании с верапамилом в дозе 80–240 мг в сутки в течение 10 дней. II группе пациентов ($n = 11$) назначали верапамил в дозе 80–240 мг в сутки и мексикор внутривенно по 300 мг/сут в течение 10 дней дополнительно к базисной терапии. Программа исследования включала: ежедневную оценку частоты сердечных сокращений (ЧСС), систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД); спирографию, эхокардиографию (ЭхоКГ) выполняли при поступлении в стационар и через 10 дней лечения.

Результаты исследования. В I группе 10 человек (7 мужчин, 3 женщины), средний возраст пациентов 63 ± 12 лет. Во II группе 11 человек (8 мужчин, 3 женщины), средний возраст – 66 ± 10 лет. Давность возникновения ХЛС в среднем составила $5 \pm 1,8$ лет.

У пациентов I группы через 10 дней лечения установлено снижение уровня САД со $148,5 \pm 9,1$ до $125 \pm 3,1$ мм рт.ст. (16%, $p < 0,05$), при этом достоверные различия наблюдались с 5-го дня исследования, уровня ДАД – с $91 \pm 5,3$ до $79 \pm 1,9$ мм рт.ст. (13%, $p < 0,05$), достоверное снижение – с 6-го дня, ЧСС уменьшилась с $92,7 \pm 1,9$ до $79,3 \pm 1,8$ уд. в мин (14%, $p < 0,05$), достоверное снижение – со 2-го дня лечения. По данным спирографии достоверно увеличились лишь показатели максимальных объемных скоростей потоков на двух фиксированных уровнях ФЖЕЛ – 25 и 50% – МОС 25 на 36% ($p < 0,05$), МОС 50 на 35% ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ через 10 дней лечения показатели внутрисердечной гемодинамики достоверно не изменились.

У пациентов II группы САД снизилось со $140,7 \pm 5,2$ до $117,7 \pm 2,8$ мм рт.ст. (на 16%, $p < 0,05$), ДАД — с $87,7 \pm 4,1$ до $71,8 \pm 2,5$ мм рт.ст. (18%, $p < 0,05$), ЧСС — с $87,4 \pm 3,1$ до $71,3 \pm 2,7$ уд. в мин. (18%, $p < 0,05$). Достоверное снижение данных показателей наблюдалось уже с 3-го дня лечения в стационаре. По данным спирографии: ЖЕЛ увеличилась на 23% ($p < 0,05$), ОФВ₁ на 31% ($p < 0,05$), МОС 25 на 41% ($p < 0,05$), МОС 50 на 44% ($p < 0,05$), МОС 75 на 44% ($p < 0,05$). По данным ЭхоКГ: КДР ЛЖ уменьшился на 4% ($p < 0,05$), КСР ЛЖ — на 6% ($p < 0,05$), величина ФВ ЛЖ увеличилась на 11% ($p < 0,05$). Размеры ПЖ сократились на 0,15 см (4%, $p > 0,05$). Выявлено достоверное уменьшение давления в легочной артерии в абсолютных (с $34,8 \pm 4,3$ до $28,2 \pm 4,2$ мм рт.ст.) и в относительных значениях (на 19%, $p < 0,05$).

Заключение. Применение мексикора в дозе 300 мг/сут дополнительно к базисной и кардиотропной терапии у больных с ХЛС, увеличивает эффективность и безопасность терапии верапамилом (80–240 мг/сут), усиливая его антигипертензивную активность, улучшая показатели внутрисердечной гемодинамики и функции внешнего дыхания.

0878 ИЗМЕНЕНИЕ ПРОДУКЦИИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА В ТРОМБОЦИТАХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ИНСУЛИНА IN VITRO У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Суслова Т.Е., Кологривова И.В., Груздева О.В., Кремено С.В., Карпов Р.С.

НИИ кардиологии СО РАМН, Томск, Россия

Инсулинорезистентность все чаще рассматривается как фактор, играющий важную роль в реализации путей воспаления и тромбогенеза. Было показано, что генетические вариации внутри локусов гена фактора некроза опухолей α человека оказывают влияние на развитие инсулинорезистентности, ассоциированной с артериальной гипертензией. В настоящее время интенсивно изучаются разнообразные функциональные свойства тромбоцитов. Несмотря на то, что тромбоциты являются безядерными клетками, с помощью посттрансляционных путей они могут синтезировать белки, в том числе и провоспалительные цитокины.

Целью работы стала оценка продукции и накопления провоспалительного цитокина фактора некроза опухоли α в тромбоцитах у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа, а также влияние различных концентраций инсулина на тромбоцитарную цитокинопродукцию.

Было обследовано 28 пациентов с сочетанием сахарного диабета 2 типа (СД) и артериальной гипертензии (АГ) и 20 здоровых добровольцев. Все пациенты были обследованы на фоне гипотензивной и сахароснижающей терапии. Проводилась оценка внутриклеточной цитокинопродукции в тромбоцитах в тромбоцитарной фракции клеток, методом проточной цитометрии на приборе FACSCalibur (Becton Dickinson, USA). Оценивалась спонтанная и стимулированная липополисахаридом (LPS) продукция фактора некроза опухоли α (TNF- α), а также изменение продукции этого цитокина в ответ на концентрации инсулина 10^{-8} и 10^{-9} моль/л. Тромбоциты культивировали в среде RPMI 1640 при 37°C в течение 5 часов. Экспрессия цитокина регистрировалась по проценту цитокинпродуцирующих клеток от общего количества клеток, а также по средней интенсивности флуоресценции.

В ходе исследования было обнаружено, что степень активации продукции TNF- α тромбоцитами, которая рассчитывалась как отношение показателей стимулированной продукции цитокина к показателям спонтанной цитокинопродукции, достоверно выше в группе пациентов с сочетанием с СД 2 типа и артериальной гипертензией по сравнению с группой здоровых добровольцев. Инкубация клеток с инсулином в концентрациях 10^{-8} моль/л и 10^{-9} моль/л в группе пациентов с АГ и СД приводила к увеличению внутриклеточной продукции TNF- α тромбоцитами, в то время как в группе здоровых добровольцев снижалась продукция TNF- α . Следовательно, наблюдается прямо противоположное действие инсулина на выработку TNF- α тромбоцитами больных. По всей видимости, провоспалительный цитокин TNF- α , обладая аутокринным действием и способностью ингибировать активность инсулин-зависимой тирозинкиназы инсулинового рецептора, может вмешиваться в регуляцию собственного синтеза на уровне передачи сигнала инсулина.

Таким образом, у пациентов с сочетанием артериальной гипертензии и сахарного диабета 2 типа изменяется внутриклеточная продукция фактора некроза опухоли α тромбоцитами в ответ на инсулин, что может оказывать существенное влияние на функциональную активность тромбоцитов и тромбогенез.

0879 ФАКТОРЫ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА EUROSCORE ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Суханов С. Г., Таубер О. Н.

Институт сердца, филиал НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Пермь, Россия

Цель: изучить факторы операционного риска развития осложнений по шкале EuroSCORE у больных ишемической болезнью сердца при реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. Операции коронарного шунтирования (КШ) с использованием искусственного кровообращения выполнены 202 больным ИБС (150 мужчин, 52 женщины) в возрасте от 36 до 70 лет ($56,3 \pm 0,57$ года). Продолжительность заболевания составила $58,9 \pm 4,6$ месяцев.

Стратификация риска оперируемых пациентов по шкале EuroSCORE проводилась методом квантификации факторов риска: клинические характеристики пациентов, факторами сердечной патологии и факторами, связанными с операцией с дальнейшей балльной оценкой.

Результаты. Проанализированы факторы риска, связанные с клиническими характеристиками пациентами: в возрасте старше 60 лет было 29,2% больных; гендерное соотношение 3:1 (74% мужчин, 26% женщин); сочетанные атеросклеротические поражения артериальных бассейнов в 36,2% случаях; хронические заболевания легких в 8,9% (без применения бронходилататоров и стероидов). Критические состояния, хроническая почечная недостаточность, инфекционный эндокардит, наличие неврологического дефицита отнесены к критериям исключения в данном исследовании и не отмечены у оперированных больных.

Факторы риска, связанные с сердечной патологией: стабильная стенокардия III-IV ФК по CCS выявлена 82,7% больных, нестабильная стенокардия — 17,3%; перенесенный инфаркт миокарда (ИМ) менее 90 суток до операции — 6% больных; в анамнезе ИМ — 54,5%, в т.ч. два и более — 9,5%; легочная гипертензия диагностирована у 3% больных; дисфункция левого желудочка с фракцией выброса 30–50% — 13% больных.

Факторы риска, связанные с операцией (экстренная операция, сочетанная операция, операции на грудной аорте, постинфарктный разрыв перегородки), не отмечены в этой когорте больных. Сумма баллов по шкале EuroSCORE составила в среднем 1,4.

Число шунтированных артерий колебалось от 1 до 6, индекс реваскуляризации составил 3,2. Периоперационные тромбоэмболические осложнения отмечены у 6 (3,0%) пациентов: ИМ — 4; инсульт — 2. Госпитальная летальность (до 30 суток) составила 1,5%. Повышенный темп послеоперационной кровопотери (более 7 мл/кг/24ч.) наблюдался у 30 (14,9%) больных, при этом в 2 случаях (1%) выполнена рестернотомия. Пароксизмальные нарушения ритма по типу фибрилляции предсердий впервые 7 суток после КШ возникли у 12 (5,9%) больных.

Выводы. Применение шкалы EuroSCORE у больных ИБС на этапе подготовки к операции коронарного шунтирования позволяет объективно оценить исходное состояние оперируемых пациентов, в данном исследовании с относительно низким операционным риском.

0880 ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕННОЙ КРОВОТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Суханов С. Г., Таубер О. Н.

Институт сердца, филиал НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Пермь, Россия

Цель: изучить состояние основных параметров системы гемостаза и оценить влияние условий искусственного кровоо-

брашения (ИК) на развитие повышенной кровопотери в раннем послеоперационном периоде при реваскуляризации миокарда.

Материал и методы. 202 больным ИБС (150 мужчин, 52 женщины) в возрасте от 36 до 70 лет ($56,3 \pm 0,57$ года) выполнены операции коронарного шунтирования (КШ). Продолжительность заболевания составила $58,9 \pm 4,6$ месяцев. Стенокардия III-IV ФК по ССС выявлена 82,7% больных, нестабильная стенокардия — 17,3%.

Состояние системы гемостаза оценивали по следующим показателям: ристомин-кофакторная активность фактора Виллебранда (ФФВ, %), количество тромбоцитов, АДФ-индуцированная агрегация тромбоцитов (АГ с АДФ, %), уровень РКМФ, мг/дл; коагуляционные тесты (АПТВ, ПТВ, МНО, ТВ, ФГ), активность антифibrинина III, активность ХЗФ. Коагуляционные тесты выполняли на коагулометре «LCL 700» с использованием наборов фирмы «Технология-Стандарт» (Россия). Активность протеина С (ПрС, %) определяли методом ИФА, набор «Protein C ELISA» фирмы «Technoclone» (Австрия).

Результаты. Сформированы 2 группы наблюдения в зависимости от темпов кровопотери раннего послеоперационного периода: 1-я группа (n=166) с умеренным темпом кровопотери, объем которой не превышал 7мл/кг/24 ч.; 2-я группа с геморрагическими осложнениями (n=30), с темпом кровопотери более 7мл/кг/24 ч, при этом в 2 случаях (1%) выполнена рестернотомия и обнаружен хирургический источник кровотечения, остальным больным проводилась эффективная гемостатическая и инфузионная терапия. Показатели 6 пациентов с тромбоцитарными осложнениями (4 больных — ИМ, 2 — периоперационный инсульт) исключены из статистической обработки.

Условия операции не оказывали существенного влияния на развитие повышенной кровоточивости: количество шунтов, длительность ИК, время ишемии, длительность операции и наркоза, температурный режим ИК, количество введенного гепарина и протамина, время активированного свертывания (АСТ-тест). У всех больных экстракорпоральное кровообращение проводили с использованием оксигенатора «AFFINITY».

Объем кровопотери в 2-й группе составил $853,6 \pm 74,4$ мл/24 ч., что достоверно выше, чем в 1-й группе — $328,1 \pm 9,2$ мл/24 ч. ($p < 0,001$). У больных 1-й группы количество тромбоцитов составило $242,3 \pm 5,3$ тыс./мкл до операции, у больных 2-й группы отмечено снижение количества тромбоцитов до $217,6 \pm 11,9$ тыс./мкл ($p < 0,05$) и повышение АГ с АДФ до $16,9 \pm 0,7\%$ ($p < 0,05$ в сравнении с 1-й группой). Показатели ФФВ, РКМФ, АПТВ, ПТВ, ТВ, ФГ, антикоагуляционного потенциала и активности фибринолиза в группах наблюдений не имели статистически значимых различий.

Выводы. Повышенный темп кровопотери в раннем послеоперационном периоде отмечен у 14,9% больных ИБС с исходно сниженными показателями количества тромбоцитов и их функциональной активности.

0881 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Сушинский В.Э., Башлакова Е.Е.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Характерной особенностью демографической ситуации последних десятилетий в странах Европы является увеличение в структуре населения лиц старших возрастных групп. При этом наиболее быстрые темпы увеличения наблюдаются в группах лиц старческого возраста (75-89 лет) и долгожителей (старше 90 лет). Широкое распространение и важнейшее медико-социальное значение у пациентов старших возрастных групп имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, в том числе артериальная гипертензия (АГ), наблюдающееся более чем у половины гериатрических пациентов. В настоящее время хорошо изучены подходы к ведению пациентов с АГ пожилого возраста. В 2008 году получены убедительные данные о целесообразности терапии АГ диуретиком — индапамидом и ингибитором АПФ — периндоприлом (исследование HUYET) у пациентов старше 80 лет. Данные же о характере изменения АД у долгожителей скудны и нередко противоречивы.

Цель: изучить основные клинические характеристики пациентов с АГ старше 90 лет

Методы исследования: с учетом данных медицинской документации, анамнеза, общеклиническими методами обследовано 118 долгожителей поступивших для планового лечения в госпиталь для ветеранов войны.

Полученные результаты: АГ выявлена у 98 пациентов (83%), у 20 (17%) обследуемых гипертензия не наблюдалась. Распределение пациентов по степени АГ выглядело следующим образом: АГ 1 степени 3 человека (3% от всех больных АГ), 2 степени 78 (79,5%), 3 степени 17 пациентов (17,5%). Обращает внимание, что у 97 из 98 пациентов с АГ, в том числе 3 степени, в течении первых 3 дней определения профиля артериального давления (АД) не выявлено превышения его уровня 180/110 мм рт. ст. Большинство обследуемых больных имели умеренное повышение АД. Повышение АД до уровня 160-180/100-110 мм рт. ст. наблюдалось у 5 больных (29,5%) в группе больных с АГ 3 степени и 6 больных с АГ 2 степени (77%). У 9 пациентов в группе с АГ 2 степени (11,5%) при утреннем измерении АД в первые сутки после поступления в клинику уровень систолического АД составил 110 мм рт. ст.

У всех обследуемых долгожителей гипертензия наблюдалась на фоне многочисленной сопутствующей патологии. У всех больных АГ имелась сопутствующая ИБС; у 100% больных АГ выявлены признаки ХСН. У обследуемых долгожителей отмечена значительная частота дисциркуляторной энцефалопатии, распространенность которой превышала 85%, в том числе у пациентов без АГ 80%, у больных с АГ 2 степени — 83,3%, у больных АГ 3 степени — 94,1%. Достоверные сведения о длительности АГ получить не представилось возможным, однако большинство больных указало на длительный стаж исчисляемый десятилетиями.

Выводы: В соответствии с современными критериями диагностики у долгожителей отмечена высокая распространенность АГ. У большинства обследуемых наблюдалась умеренное повышение АД в пределах 140-160/90-100 мм рт.ст. У долгожителей с АГ отмечена высокая частота эпизодов гипотонии.

0882 ОЦЕНКА ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Схиртладзе М.Р., Драпкина О.М.

Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

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 талии — до

67±6,1 см и 69±4,3 см, окружность мышц плеча — до 21±2,1 см и 24±2,9 см, окружность бедер до 89,1±2,6 см и 90,1±3,1 см, толщина кожно-жировой складки пупка до 1,9±0,5 см и 2,0±0,4 см, среднее содержание жира — до 20,2±1,4% и 21,1±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: тощей массы тела (с 37,5±3,1 кг до 49,1±3,2 кг), среднего содержания жира (с 18,2±2,7% до 24,2±2,9%), индекса массы тела (с 16,4±2,1 кг/м² до 21,0±1,9 кг/м²), толщины кожно-жировой складки на уровне пупка (с 1,1±0,7 см до 2,1±0,3 см), основного обмена (с 450±59 ккал до 579±36 ккал), трансферрина плазмы крови (с 1,9±1,0 мг/дл до 3,4±0,5 мг/дл), альбумина плазмы крови (с 33,1±2,4 до 40,4±3,1 г/л). Кроме того, применение нутритивной поддержки статистически достоверно ($p < 0,05$) приводит к уменьшению размеров левого предсердия (с 5,3±0,4 см до 5,1±0,5 см), росту фракции выброса ЛЖ (с 28±7,2% до 38,9±4,1%), увеличению дистанции, пройденной во время теста 6-ти минутной ходьбы (с 72±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.

0883 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Сюч Н.И., Новоковский М. А.

2-й Центральный военный клинический госпиталь имени П.В. Мандрыка, Москва, Россия

Цель: определить частоту повышения уровня гомоцистеина в крови больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста и выявить факторы, влияющие на его концентрацию.

Методы: проведено количественное измерение общего содержания L-гомоцистеина в сыворотке крови методом флуоресцентного поляризационного иммуноанализа на анализаторе AxSYM

Результаты: обследовано 82 больных пожилого и старческого возраста, находящихся на лечении в кардиологических отделениях госпиталя. У всех пациентов диагностирована ишемическая болезнь сердца, атеросклероз аорты, коронарных артерий, атеросклеротический кардиосклероз. Стенокардия напряжения наблюдалась у 92,8% больных (76 пациентов), преимущественно функционального класса 2. При этом гипертоническая болезнь диагностирована у 89,3% пациентов (76 больных).

Уровень гомоцистеина в плазме крови здоровых взрослых, по данным литературы, составляет от 5 до 15 мкмоль/л. Однако для лиц старше 50 лет при наличии сопутствующих заболеваний рекомендовано использовать в качестве терапевтического значения уровень гомоцистеина до 10 мкмоль/л, а содержание аминокислоты от 10 до 12 мкмоль/л характеризовать как пограничное или умеренную гипергомоцистеинемию (ГГЦ). При уровне гомоцистеина свыше 12 мкмоль/л рекомендуется оценить возможные причины его повышения.

Анализ полученных результатов показал увеличение концентрации гомоцистеина у 61 пациента (74,4%). Пограничное значение уровня отмечено у 20 пациентов (32,8%). У больных с уровнем гомоцистеина свыше 12 мкмоль/л преобладала легкая степень ГГЦ (до 30 мкмоль/л) — 36 больных (59%). ГГЦ средней степени тяжести наблюдалась у 5 пациентов (8,2%). Случаев тяжелой ГГЦ в обследуемой группе не выявлено.

Анализ факторов, влияющих на концентрацию гомоцистеина, выявил наличие заболеваний щитовидной железы в 60,7% случаев (50 больных), сахарный диабет у 25% пациентов, патологию почек — у 50% (41 больной).

Выводы: проведенное исследование показало повышение уровня гомоцистеина у 74,4% больных ИБС пожилого и старческого возраста. У всех пациентов существуют факторы, способствующие нарушению обмена гомоцистеина и влияющие на его концентрацию в крови.

0884 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ

Тавровская Т.В.*, Лысоченко А.Б., Галкина Ю.В.*, Тимофеев А.В.*, Видергольд Я.В.

МУЗ «Городская больница № 1»*, Барнаул, Россия; ГОУВПО АГМУ, Барнаул, Россия

Цели исследования: Оценить, насколько часто среди экстренно госпитализированных пациентов с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий (ФП) встречается аритмия, возникшая на фоне злоупотребления алкоголем. Среди этих больных сравнить частоту восстановления синусового ритма в первые сутки госпитализации на фоне и без использования антиаритмических препаратов (ААП) I или III класса при длительности ФП к моменту поступления не более 24 часов.

Материал и методы: ретроспективно из компьютерной базы кардиологического отделения за 2007-2008 гг. по коду I48 (МКБ-10) отобраны пациенты, причиной экстренной госпитализации которых явилась ФП. Исключались: лица старше 65 лет, установленная ранее постоянная ФП, ФП на фоне острого коронарного синдрома, плановые госпитализации (в том числе с целью кардиоверсии при устойчивой ФП), а также — пациенты с сохраняющейся ФП, ушедшие из стационара в первые 24 часа госпитализации. Для оценки эффективности антиаритмической терапии при ФП, развившейся на фоне злоупотребления алкоголем, сформированы 2 группы: пациенты, которым в первые 24 часа от развития аритмии на догоспитальном этапе и/или в стационаре вводились ААП I и/или III класса (1 группа) и те, кому проводилось лечение, направленное на контроль ЧСС (2 группа). Статистический анализ проведен с использованием пакета программ Statistica 6. При сравнении эффективности антиаритмической терапии между группами использовался двусторонний критерий Фишера.

Результаты: соответственно указанным критериям отобрано 1477 историй болезней, из них 120 (8,1%) — с ФП, возникшей на фоне злоупотребления алкоголем. В 1 группе оказалось 59 человек, во второй — 61. Из ААП I и III класса в первые 24 часа от развития ФП вводились: прокаинамид — 53, амиодарон — 9, хинидин — 2, пропафенон — 1 больному. Количество пациентов с давностью ФП к моменту поступления не более 24 часов: в 1 группе — 54, во 2 группе — 20, при этом в первые сутки госпитализации синусовый ритм восстановился у 44 (81,5%) — в 1 группе, и у 16 (80,0%) — во 2 группе ($p=1,0$).

Выводы:

1. Среди пациентов до 65 лет, у которых причиной экстренной госпитализации явилась фибрилляция и/или трепетание предсердий, у 8,1% — аритмия развивалась на фоне злоупотребления алкоголем.

2. У пациентов с фибрилляцией предсердий давностью не более 24 часов, возникшей на фоне злоупотребления алкоголем, эффективность ЧСС-урежающей терапии к окончанию первых суток наблюдения сопоставима с использованием антиаритмических препаратов I и/или III класса (80,0% и 81,5% соответственно).

0885 ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ

Тавровская Т.В.*, Лысоченко А.Б., Галкина Ю.В.*, Тимофеев А.В.*, Видергольд Я.В.

МУЗ «Городская больница № 1»*, Барнаул, Россия; ГОУВПО АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: провести клиническое описание пациентов с фибрилляцией и/или трепетанием предсердий (ФП), у которых аритмия возникла на фоне злоупотребления алкоголем.

Материал и методы: ретроспективно из компьютерной базы кардиологического отделения за 2007-2008 гг. по коду I48 (МКБ-10) отобраны истории болезней пациентов, причиной экстренной госпитализации которых явилась ФП, развившаяся на фоне злоупотребления алкоголем. Исключались: лица старше 65 лет, постоянная ФП, ФП на фоне острого коронарного синдрома,

плановые госпитализации (в том числе с целью кардиоверсии при устойчивой ФП), а также — пациенты с сохраняющейся ФП, ушедшие из стационара в первые 24 часа госпитализации. Оценивались: пол, возраст, анамнез, течение ФП в стационаре, показатели ЭХОКГ, лабораторные данные (уровень калия, билирубина и креатинина). Статистический анализ проведен с использованием пакета программ Statistica 6.

Результаты: всего отобрано 120 историй болезней. Возраст пациентов от 24 до 63 лет ($M \pm SD$: $50,9 \pm 8,9$ лет), мужчин — 96%, индекс массы тела $26,3 \pm 3,1$ кг/м². Впервые выявленная ФП — у 42%. ФП длительностью не более 24 часов — у 62%, у 29% — неизвестной давности. У 55% выявлена АГ, у 17% — стенокардия и/или инфаркт миокарда в анамнезе, у 7% — ХОБЛ, сахарный диабет — у 4%, у 21% пациентов ФП сопровождалась симптомами задержки жидкости (ХСН 2А или 2Б стадии). Антиаритмические препараты I и/или III класса на догоспитальном этапе вводились 52%, в стационаре — 21% больных. Синусовый ритм восстановился у 83%, в первые сутки госпитализации — у 63%. Рецидивы ФП за 4[2;8] (Me[25;75]) дня госпитализации отмечались у 5 больных. Диаметр левого предсердия составил $40,9 \pm 5,2$ мм; фракция выброса по Тейхольцу — $61,5 \pm 9,4\%$, не выявлено пациентов с толщиной стенок левого желудочка более 14 мм. Среди тех, кому был определен уровень калия крови, у 39% он был ниже нижней границы нормы; билирубин превысил верхнюю границу нормы у 39%, креатинин — у 36% пациентов.

Выводы:

1. Пациенты с фибрилляцией предсердий, развившейся на фоне злоупотребления алкоголем, в основном представлены мужчинами, не имеющими ожирения, без выраженного поражения левых отделов сердца, у половины из которых есть в анамнезе артериальная гипертензия; у 42% аритмия выявляется впервые.

2. Большинство пациентов госпитализируются в первые сутки от развития аритмии, 29% — с неизвестной давностью аритмии; у каждого пятого выявляются признаки сердечной недостаточности, более трети имеют гипокалиемию, гипербилируинемию и повышение креатинина.

3. Конверсия фибрилляции предсердий в синусовый ритм происходит у 83% пациентов, при этом у 64% — в первые сутки госпитализации.

0886 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Талипова И.Ж., Абенова Н.А.

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Цель нашего исследования: изучение эндотелиальной функции плечевой артерии у больных аутоиммунным тиреоидитом.

Материалы и методы. Обследовано 67 больных с АИТ, средний возраст ($29,6 \pm 4,3$) лет и 25 пациентов без АИТ, средний возраст ($32,1 \pm 5,3$) лет.

В зависимости от функционального состояния ЩЖ больных с АИТ поделили на 3 группы: группа пациентов с эутиреоидным АИТ (Э) ($n=24$), группа пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ) ($n=23$), и 20 — с манифестным гипотиреозом (МГ).

Эндоthелийзависимую и эндоthелийнезависимую релаксацию сосудов изучали соответственно при проведении проб с реактивной гиперемией (РГ) и после приема нитроглицерина (НГ). Эндоthелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) выражалась в процентах, как соотношение между увеличением диаметра плечевой артерии (ПА) и исходным артериальным диаметром. Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи программы Excel с использованием стандартных методов вариационной статистики. Различия между сравниваемыми показателями считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе исходный диаметр ПА составил $3,5 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос на $14,3\%$ до $4,0 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 2 пациентов (8%) контрольной группы. При проведении пробы с НГ диаметр ПА увеличился на $22,9\%$ до $4,3 \pm 0,2$ мм ($p < 0,001$).

Скорость кровотока при проведении пробы с НГ практически не изменилась. При проведении пробы с НГ снижение ЭЗВД было зарегистрировано у 20,0% больных ($n=5$). В группе пациентов с эутиреоидным АИТ исходный диаметр ПА составил $3,4 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос на $11,8\%$ до $3,8 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 4 пациентов (16,7%) группы эутиреоза. При проведении пробы с НГ диаметр ПА увеличился на $14,7\%$ до $3,9 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). При проведении пробы с НГ снижение ЭЗВД было зарегистрировано у 41,7% больных ($n=10$). В группе пациентов с СГ исходный диаметр ПА составил $3,4 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос лишь на $8,8\%$ до $3,7 \pm 0,1$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 9 пациентов (39,1%). При проведении пробы с НГ диаметр ПА увеличился на $11,8\%$ до $3,8 \pm 0,2$ мм ($p < 0,001$). При проведении пробы с НГ снижение ЭЗВД было зарегистрировано у 47,8% больных ($n=11$). В группе пациентов с МГ исходный диаметр ПА составил $3,4 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос лишь на $5,9\%$ до $3,6 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 11 пациентов (55%). При проведении пробы с НГ диаметр ПА увеличился на $8,8\%$ до $3,7 \pm 0,2$ мм ($p < 0,001$). При проведении пробы с НГ нормальная ЭЗВД была зарегистрирована только у 2 пациентов этой группы (10 %) т.е. у 90% (18) больных с АИТ в фазе МГ зарегистрировано ухудшение ЭЗВД.

Вывод: у больных АИТ наблюдается эндотелиальная дисфункция плечевой артерии, и не только у больных с манифестным, но и с субклиническим гипотиреозом.

0887 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

Талипова И.Ж., Абенова Н.А.

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

Цель нашего исследования: изучение структурно-функционального состояния артерий у больных аутоиммунным тиреоидитом.

Материалы и методы исследования: обследовано 67 больных с АИТ, средний возраст ($29,6 \pm 4,3$) лет и 25 пациентов без АИТ, средний возраст ($32,1 \pm 5,3$) лет. В зависимости от функционального состояния ЩЖ больные АИТ были разделены на 3 группы: группа пациентов с эутиреоидным АИТ (Э) ($n=24$), группа пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ) ($n=23$), и 20 — с манифестным гипотиреозом (МГ). Контрольная группа, 25 людей без АИТ.

Дуплексное сканирование общих сонных артерий (ОСА), изучение эндоthелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) проводили на ультразвуковом сканере «Toshiba Power Vision 6000» с использованием датчика 7,2 МГц. ЭЗВД изучали соответственно при проведении проб с реактивной гиперемией (РГ). Нормальной реакцией плечевой артерии (ПА) принято считать ее дилатацию на фоне РГ более чем на 10% от исходного диаметра.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным дуплексного сканирования у 22 обследованных (23,9%) было выявлено увеличение комплекса интима-медия ОСА до 1,0 мм и более. ТИМ ОСА в 3 и 4 группах достоверно отличается от этого показателя в контрольной группе. В контрольной группе только в 8% ($n=2$) выявлено утолщение ТИМ ОСА, во 2 группе (АИТ, эутиреоз) — в 16,7% ($n=4$), в 3 группе (АИТ, СГ) — в 30,4% ($n=7$), в 4 группе (АИТ, МГ) — в 45% ($n=9$). Это данные свидетельствуют о достаточно высокой частоте структурных изменений артерий не только у больных с гипотиреозом, но и у больных АИТ с минимальной тиреоидной недостаточностью. При исследовании функционального состояния ПА в контрольной группе исходный диаметр ПА составил $3,5 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос на $14,3\%$ до $4,0 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 2 пациентов (8%) контрольной группы. В группе пациентов с эутиреоидным АИТ исходный диаметр ПА составил $3,4 \pm 0,2$ мм и $1,0 \pm 0,1$ м/с. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос на $11,8\%$ до $3,8 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 4 пациентов (16,7%) группы эутиреоза. В группе пациентов с СГ исходный диаметр ПА составил $3,4 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос лишь на $8,8\%$ до $3,7 \pm 0,1$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 9 пациентов (39,1%).

В группе пациентов с МГ исходный диаметр ПА составил $3,4 \pm 0,2$ мм. При проведении пробы с РГ диаметр ПА возрос лишь на 5,9% до $3,6 \pm 0,2$ мм ($p < 0,05$). ЭЗВД была снижена у 11 пациентов (55%). При проведении у 67 пациентов с АИТ корреляционного анализа между ТИМ ОСА и ЭЗВД плечевой артерии выявлена тесная отрицательная взаимосвязь между этими показателями. То есть, по результатам корреляционного анализа прирост диаметра ПА уменьшался при увеличении ТИМ ОСА ($r = -0,87$, $p < 0,05$).

Выводы: 1. У больных с АИТ отмечается достаточно высокая частота структурной перестройки артерий, причем по мере утолщения комплекса интима-медия сонных артерий снижается способность артерий к дилатации в ответ на реактивную гиперемиию.

0888 ФЕРМЕНТЫ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Танатарова Г.Н.

Государственный медицинский университет, Семей, Казахстан

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является одним из самых распространенных и прогностически неблагоприятных осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Функциональная способность сердечно-сосудистой системы организма в большой мере зависит от протекания регуляторных процессов, важную роль в которых играют ферменты пуринового метаболизма.

Цель исследования: Оценить динамику показателей ферментов пуринового метаболизма в развитии сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда.

Методы исследования: Обследовано 53 больных с первичным острым инфарктом миокарда. Средний возраст $53,7 \pm 2,3$ года. Стадии СН определяли по классификации NYHA. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Всем больным проводилось исследование активности ферментов пуринового обмена (5'-нуклеотидаза — 5'-НКАза, аденозиндезаминаза — АДА и аденозинмонофосфатдезаминаза — АМФДА) в плазме крови.

Полученные результаты: Из 53 обследованных с инфарктом миокарда (32 — крупноочаговым и 21 — мелкоочаговым) при последующем наблюдении у 24 (13 и 11 соответственно) развилась сердечная недостаточность, которые составили группы с высоким риском развития СН (основная). Нами проведен анализ средних показателей активности ферментов пуринового обмена АДА, АМФДА и 5'-НКАза у больных КИМ и МИМ. У больных ИМ на раннем госпитальном этапе зарегистрирован резкий рост активности ферментов пуринового обмена в плазме крови — более чем в 10 раз относительно показателей здоровых лиц. Активность АДА превосходила показатель группы сравнения на 35,4%, АМФДА — на 28,9%, 5'-НКАзы — на 42,5% ($p < 0,05$). Среди изученных показателей наиболее чувствительным в отношении прогнозирования развития СН оказались активности АМФДА и 5'-НКАзы у больных с МИМ. Больные с ИМ, у которых можно прогнозировать развитие СН, характеризуются дисбалансом активности ферментов пуринового (снижение АДА и АМФДА, повышение 5'-НКАзы) обмена. По результатам нашего исследования, соотношения активностей АМФДА и 5'-НКАзы у таких больных < 2 .

Выводы: К числу критериев, позволяющих прогнозировать развитие сердечной недостаточности у больных инфарктом миокарда на раннем госпитальном этапе, относятся: выраженная диастолическая дисфункция миокарда левого желудочка ($m/m_2 < 0,8$ и $E/A < 1,50$), высокая активность ферментов пуринового обмена в плазме и низкая активность в лимфоцитах (АМФДА/5'-НКАзы < 2).

0889 АТЕРОГЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ: РОЛЬ АДИПОКИНОВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РАЗВИТИЯ

Танянский Д.А., Фирова Э.М., Денисенко А.Д.

ГУ НИИ Экспериментальной Медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Одной из ведущих причин высокой распространенности атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС) является

комплекс нарушений, носящий название метаболический синдром (МС). В данный комплекс нарушений входит абдоминальный тип распределения жировой ткани, атерогенная дислипидемия (увеличение в крови концентрации триглицеридов (ТГ) и/или снижение содержания холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП)), повышение гликемии и/или наличие сахарного диабета (СД) 2 типа, артериальная гипертензия (АГ). Механизмы развития этих нарушений при МС, в частности атерогенной дислипидемии, остаются недостаточно выясненными.

Цель работы: изучение роли различных патогенетических факторов в развитии атерогенной дислипидемии у пациентов с МС.

Материалы и методы исследования: В исследовании участвовали 156 человек (89 женщин и 67 мужчин) в возрасте $57,5 \pm 9,2$ лет. МС был диагностирован у 115 пациентов. У всех обследуемых была выявлена АГ и различные формы ИБС. 36 пациентам был поставлен диагноз СД 2 типа. Лица, принимавшие инсулин и гиполипидемические препараты, а также больные с холестазом и гиперфункцией щитовидной железы были исключены из анализа. Определение в крови содержания глюкозы и показателей липидного спектра (концентрации ТГ, общего ХС и ХС липопротеиновых фракций, неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК)) проводили с помощью стандартных энзиматических наборов. Концентрации инсулина, лептина и адипонектина определяли с помощью иммуноферментного анализа.

Результаты: Выяснилось, что у пациентов с МС по сравнению с контрольной группой, помимо повышения уровней ТГ, глюкозы и снижения — ХС ЛВП, имело место более высокое содержание в крови НЭЖК, инсулина, лептина и низкое — адипонектина. Линейный регрессионный анализ выявил, что наиболее значимыми независимыми детерминантами уровня ТГ являлись ИМТ ($\beta = 0,40$, $p < 0,00001$), содержание глюкозы ($\beta = 0,22$, $p = 0,003$) и НЭЖК ($\beta = 0,23$, $p = 0,003$), в то время как концентрация ХС ЛВП определялась только уровнем НЭЖК ($\beta = -0,22$, $p = 0,01$). В свою очередь, концентрация НЭЖК определялась уровнями глюкозы ($\beta = 0,32$, $p < 0,0001$), инсулина ($\beta = 0,26$, $p = 0,001$) и ИМТ ($\beta = 0,19$, $p = 0,05$). Вместе с тем, на содержание инсулина оказывали влияние концентрации НЭЖК, лептина и адипонектина.

Выводы: Приведенные данные позволяют предполагать важную роль нарушения метаболизма НЭЖК в патогенезе атерогенной дислипидемии при МС. Повышению уровня НЭЖК, в свою очередь, способствует инсулинорезистентность, на которую значительное влияние оказывают как сами НЭЖК, так и адипокины. При этом на развитие атерогенной дислипидемии адипокины прямого влияния не оказывают.

Работа поддержана грантом РФФИ № 08-04-01715.

0890 АДИПОКИНЫ И ТРАДИЦИОННЫЕ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ИБС: РОЛЬ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ И ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Танянский Д.А., Фирова Э.М., Денисенко А.Д.

ГУ НИИ Экспериментальной Медицины РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы: Оценить роль адипокинов (адипонектин и лептин) в формировании ремоделирования и гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ), с учетом влияния на миокард известных клинико-метаболических факторов.

Материалы и методы исследования: Обследовано 156 человек (67 мужчин и 89 женщин), возраст $57,5 \pm 9,2$ лет. У всех пациентов была выявлена артериальная гипертензия и различные формы ИБС. У 36 пациентов был установлен сахарный диабет 2 типа. Лица, принимавшие инсулин и гиполипидемические препараты, а также больные с холестазом и гиперфункцией щитовидной железы были исключены из анализа. Всем пациентам определены антропометрические параметры, включая оценку индекса массы тела (ИМТ), ультразвуковое исследование сердца с вычислением массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ), индекса ММЛЖ (ММЛЖ/площадь поверхности тела), относительной толщины стенки (ОТС), на основании которых были сформированы группы

пациентов с нормальной геометрией ЛЖ ($n=34$), с концентрическим ремоделированием ЛЖ ($n=56$), с эксцентрической ($n=29$) и концентрической ($n=37$) гипертрофией ЛЖ (КГЛЖ). Оценивали липидограмму, содержание в крови глюкозы, инсулина, лептина, адипонектина. Индекс инсулинорезистентности НОМА (Homeostasis model assessment) рассчитывали по формуле: индекс НОМА = инсулин (мкЕД/мл) * глюкоза (ммоль/л)/22,5.

Результаты исследования: У пациентов с КГЛЖ по сравнению с лицами с нормальной геометрией ЛЖ имело место увеличение систолического АД (САД), а также «пограничное» повышение ИМТ ($p=0,06$). Кроме того, группа пациентов с КГЛЖ характеризовалась повышением содержания в крови лептина. Поскольку концентрации в крови адипонектина и лептина зависят от пола (у женщин они выше), мы провели их сопоставление со структурными параметрами миокарда у мужчин и женщин отдельно. Выяснилось, что содержание адипонектина у представителей обоих полов в группах со структурными изменениями миокарда не было изменено, при этом у женщин с КГЛЖ наблюдалось повышение уровня лептина. При корреляционном анализе выяснилось, что ММЛЖ положительно ассоциировалась с уровнем САД, параметрами антропометрии, концентрациями в крови триглицеридов и глюкозы, индексом НОМА, в то время как ОТС — с уровнем САД, ИМТ, концентрацией в крови инсулина и индексом НОМА. Кроме того, ММЛЖ у представителей обоих полов положительно коррелировала с содержанием в крови лептина. Согласно регрессионному анализу, ММЛЖ определялась только ИМТ и уровнем САД, в то время как на ОТС оказывали влияние уровень САД и индекс НОМА. В свою очередь, индекс НОМА определялся концентрациями в крови адипонектина ($\beta=-0,2$, $p=0,01$) и лептина ($\beta=0,42$, $p<0,001$).

Выводы: Адипонектин и лептин прямого воздействия на ремоделирование и гипертрофию миокарда ЛЖ не оказывают. При этом возможно их влияние на ремоделирование миокарда ЛЖ через развитие инсулинорезистентности.

Работа поддержана грантом РФФИ № 08-04-01715.

0891 НОВЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ

Тарасов А.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Общепризнано, что атеросклероз является хроническим воспалительным процессом. В развитии коронарных атеросклеротических бляшек выделяют несколько патоморфологических стадий, каждая из которых, по современным представлениям, имеет свои специфические маркеры. Так, активность воспаления характеризуют сывороточные уровни IL-6 и TNF- α , дестабилизация атером отражается изменениями уровней МПО и ММР-9, разрыв атеросклеротической бляшки — уровнями CD-40L и PAF-A, воспалительные реакции на повреждение бляшек — повышением уровней острофазовых показателей (СРБ и сывороточного амилоида А), ишемическое повреждение миокарда — уровнем холина, IMA, некроз кардиомиоцитов — повышением уровня миоглобина, тропонинов Т и I, МВ-фракции КФК, FAVP и гликоген-фосфоорилазы ВВ, а последующая дисфункция миокарда — повышением уровней N-проМНР и МНР. Тем не менее, не все вышеперечисленные показатели, отражающие течение коронарного атеросклероза, по разным причинам используются в повседневной практике.

Цель. Предложить доступные для широкой клинической практики методики определения антител к компонентам соединительной ткани миокарда и атеросклеротических бляшек (коллагену (К), сульфатированным гликозаминогликанам (с-ГАГ) и гиалуроновой кислоте (ГК)), которые можно было бы использовать в качестве дополнительных критериев диагностики ОКС.

Методы исследования. У 230 больных ОКС (не позднее 72 часов с момента дебюта заболевания), 82 больных ХИБС и 70 лиц без признаков ИБС методом ИФА определяли уровни антител к К, с-ГАГ и ГК.

Полученные результаты в дальнейшем подвергали статистическому анализу. Результаты. Уровень антител к К, с-ГАГ и ГК в группе больных ОКС составил $2,75\pm 0,11$, $2,47\pm 0,06$ и $2,97\pm 0,13$ ед.оп.пл. соответственно, что достоверно ($p<0,05$) превышало таковой в контрольных группах ХИБС ($1,87\pm 0,14$, $1,96\pm 0,07$, $1,80\pm 0,15$ ед.оп.пл.) и без ИБС ($1,36\pm 0,12$, $1,93\pm 0,08$ и $1,51\pm 0,09$ ед.оп.пл. соответственно. Процент положительных результатов тестов при ОКС колебался от 65,6% (для с-ГАГ) до 73,9% (для ГК), что достоверно превышало процент положительных проб в контрольных группах больных с хронической ИБС (от 31,7% для К до 28% для с-ГАГ) и без ИБС (от 17,1% для с-ГАГ до 10% для ГК). При этом по информативности оценка вышеуказанных показателей при различных клинических формах обострений ИБС не уступала таким диагностическим методам, как определение активности МВ-КФК и уровня СРБ при поступлении, и была особенно информативной у больных с нестабильной стенокардией, в большинстве случаев превосходя в диагностическом плане подсчет лейкоцитов при поступлении и данные ЭхоКГ.

Выводы. Таким образом, повышение уровня антител к компонентам соединительной ткани (К, с-ГАГ и ГК) отражает аутоиммунный компонент воспаления, возникающий в результате дестабилизации и разрыва атеросклеротических бляшек. Разработанные нами методики рекомендованы для использования с целью диагностики ОКС в клинических больницах города Волгограда.

0892 ВЛИЯНИЕ ФНО- α НА ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Тарасова О.А., Василец Л.М., Туев А.В.

ПГМА им.акад. Е.А.Вагнера, кафедра госпитальной терапии №1, Пермь, Россия

Цель: Оценить уровень ФНО- α при фибрилляцией предсердий (ФП) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), изучить его влияние на формирование структурно-функционального ремоделирования сердца, определить возможности предикторного значения в отношении ФП.

Методы: Обследовано 97 человек с АГ, в возрасте $50,53\pm 8,10$ лет. Были сформированы две подгруппы: пациенты с АГ без аритмии и пациенты с ФП (перманентная и рецидивирующая персистирующая вне и во время пароксизма) на фоне АГ. Группу сравнения составил 21 практически здоровый человек.

Концентрация ФНО- α определялась с помощью тест-системы ООО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург. Эхокардиографическое исследование проводили на аппарате «Acuson Aspen» (США). Статистическая обработка проводилась с помощью программы STATISTICA 6,0.

Результаты: Концентрация ФНО- α была наибольшей у пациентов с ФП во время пароксизма $389,06\pm 191,02$ пкг/мл. Величина ФНО- α существенно не отличалась у больных ФП персистирующей рецидивирующей формы вне пароксизма ($14,21\pm 6,61$ пкг/мл) и при отсутствии аритмии ($17,96\pm 13,78$ пкг/мл) ($p>0,05$). В группе практически здоровых ФНО- α достоверно ниже, чем у исследуемых пациентов ($1,16\pm 0,64$ пкг/мл; $p=0,0001$). Выявлено значимое увеличение полости левого предсердия (ЛП) у пациентов с ФП ($3,9\pm 0,57$ см — при АГ без НРС и $4,24\pm 0,72$ см — при ФП на фоне АГ, $p=0,023$), которое прогрессирует с появлением постоянной аритмии. Обнаружены признаки гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) по показателям конечный диастолический размер (КДР) задней стенки ЛЖ (ЗСЛЖ) ($1,06\pm 0,14$ см — при 2 степени АГ и $1,19\pm 0,2$ см — при 3 степени АГ, $p=0,005$) и межжелудочковой перегородки (МЖП) ($1,09\pm 0,23$ см и $1,19\pm 0,24$ см соответственно, $p=0,018$), а также параметрам масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) ($245,12\pm 69,62$ гр. и $307,64\pm 105,61$ гр. соответственно, $p=0,008$) и индекс ММЛЖ ($130,86\pm 36,87$ гр/м² и $164,73\pm 57,97$ гр/м² соответственно, $p=0,006$). Размеры стенки ЛЖ не становятся больше с формированием перманентной ФП ($p>0,05$). Отмечается прямая зависимость между показателями КДР-ЗСЛЖ, КДР-МЖП, ММЛЖ, индекс ММЛЖ и концентрацией ФНО- α ($p<0,05$).

При построении модели прогноза формирования перманентной ФП у пациентов с рецидивирующей персистирующей её формой выявлена предикторная ценность в отношении величины КДР ЛП ($p=0,0013$). Риск возникновения перманентной ФП увеличивается в 2,4 раза при увеличении размеров ЛП более 4,4 см ($p=0,0238$).

Выводы: 1) Наличие ФП у пациентов с АГ ассоциировано с высоким уровнем ФНО- α в сравнении с пациентами без аритмии; 2) Уровень ФНО- α обратно коррелирует с тяжестью ФП, при перманентной форме уровень цитокина ниже, чем при рецидивирующей персистирующей форме. Пароксизм ФП сопровождается значительным повышением концентрации ФНО- α ; 3) Увеличение полости ЛП у пациентов с ФП значимо больше и прогрессирует с формированием перманентной аритмии; 4) При размерах ЛП более 4,4 см увеличивается риск трансформации рецидивирующей персистирующей ФП в перманентную форму в 2,4 раза.

0893 КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Татарченко И.П., Позднякова Н.В., Мордовина А.Г., Секерко С.А., Зайцева А.В.

ГОУ ДПО «ПИУВ Росздрава», ФГУЗ «МСЧ-59 ФМБА России», Пенза, Россия

Необходимыми составляющими сердечно-сосудистого континуума являются дисбаланс эндотелиальной системы и процессы сердечно-сосудистого ремоделирования. Высокая частота заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний у больных сахарным диабетом (СД) типа 2 определяет актуальность исследований, направленных на поиск оптимальных методов управления этим заболеванием.

Цель работы — оценить взаимосвязь показателей углеводного обмена, диастолической функции левого желудочка (ДФ ЛЖ), вазомоторной реактивности у больных СД 2 типа.

Материал и методы исследования: 64 больных СД 2 типа, средний возраст — 58,3 $\pm$ 4,5 лет. Длительность заболевания не более 10 лет с момента установления диагноза. Комплекс обследования: лабораторное исследование, ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ), ультразвуковая оценка эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии (ЭЗВД ПА).

Результаты: сократительная способность ЛЖ была сохранена у всех обследуемых пациентов: фракция выброса ЛЖ — 55,0 $\pm$ 2,9%, фракция систолического укорочения переднезаднего размера — 30,2 $\pm$ 0,8%. При оценке трансмитрального диастолического потока (ТМДП) выявлен вариант диастолической дисфункции (ДД) ЛЖ по I типу (аномальной релаксации) у 52 из 64 больных (81,25%), по II типу (псевдонормализация) — у 12. Анализ индивидуальных данных относительной толщины стенок (ОТС) и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) позволил определить наличие концентрического ремоделирования ЛЖ (увеличение ОТС и отсутствие повышения ИММЛЖ) у 45,3% больных СД, концентрической гипертрофии ЛЖ (увеличение ОТС и повышение ИММЛЖ) — у 54,7% больных. При СМ ЭКГ регистрировались эпизоды снижения сегмента ST более 1 мм от исходного уровня у 33 больных, при этом у 17 больных выявлено бессимптомное снижение сегмента ST при оценке эпизодов депрессии в соответствии с дневниковой записью. При оценке ЭЗВД ПА прирост диаметра плечевой артерии после снятия манжеты у больных СД не превысил 7% от исходного значения. Корреляционный анализ показал достоверную связь дисфункции эндотелия с количеством эпизодов БИМ ($r=-0,48$, $p=0,099$), продолжительностью эпизодов БИМ ($r=-0,59$, $p=0,018$); получена зависимость гликозилированного гемоглобина HbA_{1c} с суточной продолжительностью эпизодов депрессии ST ($r=0,66$, $p=0,01$), с продолжительностью БИМ ($r=0,75$, $p=0,02$), с отношением Е/А ТМДП ($r=0,78$, $p=0,02$); IVRT с продолжительностью БИМ ($r=0,61$, $p=0,03$); ИММЛЖ с IVRT ($r=0,65$, $p=0,02$), ОТС с IVRT ($r=0,56$, $p=0,03$).

Таким образом, представленные данные указывали на повышение ригидности миокарда у больных СД. Нарушение ДФ ЛЖ при отсутствии снижения сократительной способности проявляется уже на ранних этапах формирования гипертрофии ЛЖ, в основе которой ремоделирование коллагеной сети миокарда. Гипергликемия провоцирует развитие генерализованной дисфункции эндотелия сосудов, нарушение функциональное состояние сосудистого эндотелия коррелирует с частотой регистрации и продолжительностью эпизодов безболевой миокардиальной ишемии.

0894 ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, СТЕНОЗИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ

Темирсултанова Т.Х., Иваненко В.В., Шукуров Б.М., Лопатин Ю.М. ГУЗ «ВОКЦ», ВолГМУ, Волгоград, Россия

Целью исследования явилось изучение параметров центрального аортального давления у пациентов с ИБС, перенесенным инфарктом миокарда, с различной степенью поражения коронарных артерий.

В исследование были включены 30 мужчин, средний возраст составил 55,7 $\pm$ 1,6 лет, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) 47,1 $\pm$ 2,1% (30-63%), САД и ДАД на плечевой артерии 120,4 $\pm$ 2,6 и 76,5 $\pm$ 1,6 мм рт.ст., индекс массы тела (ИМТ) 26,8 $\pm$ 0,7 кг/м², в анамнезе от 1 до 3 инфарктов миокарда.

Систолическая и диастолическая функция ЛЖ оценивалась на аппарате ACUSON 128XP10. Селективная коронарография (КАГ) выполнялась на установке «VICOR-TOP» («SIEMENS»). Производили балльную оценку степени стеноза коронарных артерий (от 1 до 5), вычисляли коронарный индекс (КИ) — учитывающий качественные и количественные особенности коронарного русла. Параметры центрального аортального давления рассчитывали с применением метода апplanationной тонометрии, на аппарате «SphygmoCor» («AtCor»). Оценивались САД, ДАД и пульсовое АД (ПАД) в аорте (мм рт.ст.), давление аугментации (АР, мм рт.ст.), индекс аугментации (AIx, %), ЧСС-корректированный индекс аугментации (AIx@HR75), время отраженной пульсовой волны (Tr), период изгнания ЛЖ (ED, мсек), индекс Buckberg (SEVR, %), скорость пульсовой волны (СПВ) в аорте. Также, проводилась оценка эндотелиальной функции с помощью пробы с реактивной гиперемией по результатам изменения СПВ на лучевой артерии (аппарат «COMPLIOR 2»). Данные представлены в виде M+m, или Медиана [25; 75 перцентили]. Применялся коэффициент корреляции Пирсона, Спирмена.

При проведении КАГ выявлено значимое поражение КА в 1-8 сегментах (в среднем 3,1 $\pm$ 0,3), степень поражения составила в среднем 7,6 $\pm$ 0,8 баллов, КИ 16,6 $\pm$ 1,7. При этом ФВЛЖ >40% отмечена у 60% пациентов. Псевдонормализация диастолической функции выявлена у 46,7% пациентов (Е/А в среднем 1,2 $\pm$ 0,1). При оценке эндотелиальной функции: нормальная функция эндотелия, снижение эндотелиальной функции и вазоконстрикторная реакция (по 10 пациентов). Изменение СПВ при проведении пробы составило 4,8 [-2,0; 14,4]%. По данным апplanationной тонометрии: АД в аорте — САД 111,4 $\pm$ 2,7, ДАД 77,1 $\pm$ 1,7, ПАД 43,9 $\pm$ 1,5 мм рт.ст.; АР 9,2 $\pm$ 1,2 мм рт.ст., AIx 28 [16; 33,8]%, AIx@HR75 20,5 [8,5; 27,8]%, Tr 145,7 $\pm$ 2,7 мсек, ED 315,3 $\pm$ 4,7 мсек, SEVR 184,4 $\pm$ 6,5%. СПВ в аорте 11,0 $\pm$ 0,4 м/сек.

Установлено, что уменьшение времени прохождения отраженной волны по аорте (Tr) сопровождалось увеличением AIx ($r=-0,44$, $p<0,05$) и AIx@HR75 ($r=-0,48$, $p<0,05$). Достоверна взаимосвязь нарушения эндотелиальной функции (до вазоконстрикции) с увеличением АР и AIx ($r=0,40$ и 0,36, при $p<0,05$). В тоже время, неоднозначна взаимосвязь аугментации давления с поражением коронарных артерий (корреляция АР, AIx, AIx@HR75 с количеством стенозированных КА ($r=-0,47$, -0,50, -0,55, $p<0,01$) и КИ ($r=-0,36$, -0,41, -0,36, $p<0,05$). При этом, увеличение показателей аугментации сопровождалось снижением ФВ ЛЖ ($r=-0,37$, -0,37, -0,36, $p<0,05$). При уменьшении

показателей IVRT и DT (рестриктивный тип) отмечалось снижение SEVR ($r = 0,41$ и $r = 0,50$, $p < 0,05$). При этом, отмечалось увеличение КИ ($r = 0,37$, $p < 0,05$).

Таким образом, выявленные корреляционные взаимосвязи отражают важную прогностическую роль показателей центрального аортального давления у пациентов с ИБС, гемодинамически значимыми поражениями коронарных артерий, нарушением эндотелиальной функции сосудов.

0895 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ВОДНОЙ КОМПОНЕНТЫ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ В ЛЕГКИХ

Терехов И.В.

ГОУ ВПО «Саратовский Военно-медицинский институт» МО РФ, Саратов Россия

Цель исследования состояла в изучении состояния водосодержащих сред организма и сердечно-сосудистой системы при инфилтративных процессах в легких.

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с внебольничной пневмонией нетяжелого течения, а так же 30 здоровых лиц в возрасте 40–50 лет. Состояние водосодержащих сред оценивалось по интенсивности их СВЧ-излучения, стимулированного внешним низкоинтенсивным КВЧ-излучением. Исследование проводили с помощью транс-резонансного функционального топографа, производства ООО «Телемак», г.Саратов. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом института. Оценка состояния водосодержащих сред проводилась в прекардиальной области, слева от основания мечевидного отростка. Данный показатель обозначен как «волновая активность» среды (ВА), выражаемая в условных единицах (у.е.). За 100 у.е. принимается интенсивность стимулированного излучения дистиллята воды при 37°C . Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы определяли по результатам оценки вариабельности ритма сердца по 5-ти минутным записям ЭКГ во II стандартном отведении.

Результаты исследования. В течение острого был зафиксирован рост показателя SSDN с 28 мс (95% ДИ 12–42 мс) до 81,2 мс (95% ДИ 38–124 мс) и ИК от -20 ед. (95% ДИ от -35 до -10 ед.) до -4 ед. (95% ДИ 6,7 – 1,3 ед.). Отмечалось снижение индекса напряжения (ИН) со 104 ед. (95% ДИ 92–117 ед.) до 22 ед. (95% ДИ 19–25 ед.), гармоник частотой 0,1 Гц с 1,25% (95% ДИ 1,1–1,4 %) до 0,2% (95% ДИ 0,18–0,23 %), а так же ВА со 130 ед. (95% ДИ 117–130 ед.) до 85 ед. (95% ДИ 66 – 115 ед.). Период разрешения инфилтративных изменений характеризовался умеренным снижением SSDN до 70 мс (95% ДИ 33–108 мс) и ИК до -5 ед. (95% ДИ -8 – -2 ед.). При этом отмечался подъем ВА до 104 ед., (95% ДИ 82–142 ед.). Указанная динамика сочеталась с менее выраженным увеличением мощности гармоник частотой 0,1 Гц до 0,7% (95% ДИ 0,6–0,77 %), и незначительным подъемом ИН до 42 ед. (95% ДИ 37–47 ед.). К окончанию указанного периода отмечалось восстановление прозрачности легочной ткани. У реконвалесцентов регистрировалось снижение ВА до 85 ед. (95% ДИ 66–115 ед.), ИН до 24 ед., (95% ДИ 21–27 ед.), а так же мощности 0,1 Гц – колебаний до 0,11% (95% ДИ 0,1–0,12%). На этом фоне отмечалось дальнейшее увеличение SSDN до 105 мс (95% ДИ 49 – 161 мс) и ИК до -6,3 ед. (95% ДИ -10 – +2 ед.).

Выводы. Инфилтративный процесс в легких является стрессором по отношению к сердечно-сосудистой системе, сопровождается снижением ее адаптационного потенциала и существенным нарушением молекулярно-волнового состояния водосодержащих сред. С целью мониторинга функционального состояния сердечно-сосудистой системы целесообразна оценка интенсивности излучения водосодержащих сред организма. Изменения состояния водосодержащих сред при патологии внутренних органов можно рассматривать в качестве потенциальной мишени для специфических (волновых) воздействий способных путем коррекции состояния водосодержащих сред корригировать имеющие место патологические процессы, тесно с ними связанные.

0896 ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЛОКАЛИЗОВАННЫХ НА КОРОТКОМ ПЛЕЧЕ ХРОСОМОМЫ 1

Тимашева Я.Р.

Институт биохимии и генетики Уфимского научного центра Российской академии наук, Уфа, Россия

Первичной (эссенциальной) гипертензией (ЭГ) в мире страдают более 600 миллионов человек. Эссенциальная гипертензия является многофакторным заболеванием, к развитию которого приводят как неблагоприятные условия, связанные с воздействием окружающей среды и образа жизни, так и наследственная предрасположенность. Был проведен скрининг ДНК-маркеров, локализованных в области длинного плеча 1 хромосомы. Индивидуальный анализ позволил выявить ассоциацию аллельных вариантов некоторых генов с ЭГ.

Материалом для исследования послужили образцы ДНК 355 больных эссенциальной гипертензией (ЭГ), и 343 представителей группы контроля. ДНК выделяли из периферической венозной крови методом фенольно-хлороформной экстракции. Генотипирование проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica for Windows 6.0. Частоты генотипов и аллелей сравнивали с использованием точного двустороннего критерия Фишера. Относительный риск заболевания оценивали по показателю соотношения шансов (OR). Для анализа неравновесного сцепления и гаплотипов использовали программу Arlequin 3.1.

Гаплотипический анализ генов Е-селектина (SELE), Р-селектина (SELP), L-селектина (SELL), бета-1 субъединицы натрий-калиевой АТФ-азы (ATP1B1) и регулятора сигнала G-белка (RGS5) позволил выявить маркеры риска ЭГ в этнических группах русских и татар. Пониженный риск ЭГ отмечался у русских, носителей гаплотипов TALCA (OR=0,01, CI_{OR} 0,01–0,82, P=0,042), TSFCA (OR=0,34, CI_{OR} 0,12–0,93, P=0,033), TSFCG (OR=0,44, CI_{OR} 0,21–0,90, P=0,022). Гаплотип TSLCG маркирует повышенный риск развития ЭГ (OR=2,88, CI_{OR} 1,45–5,72, P=0,002). У татар в структуре предрасположенности к ЭГ прослеживались иные закономерности. Высокий риск ЭГ в этнической группе татар ассоциирован с гаплотипом CAFTA (OR=29,64, CI_{OR} 3,92–224,30, P=0,000), а низкий – с гаплотипами TSFTA (OR=0,04, CI_{OR} 0,01–0,31, P=0,001) и TSLCA (OR=0,06, CI_{OR} 0,01–0,49, P=0,033).

Таким образом, в ходе настоящего исследования были выявлены гаплотипы генов Е-селектина (SELE), Р-селектина (SELP), L-селектина (SELL), бета-1 субъединицы натрий-калиевой АТФ-азы (ATP1B1) и регулятора сигнала G-белка (RGS5), ассоциированные с ЭГ. Полученные данные могут быть использованы для проведения медико-генетического консультирования с целью первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний с учетом фактора этнической принадлежности.

0897 ФАКТОРЫ РИСКА И СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ 15-75 ЛЕТ

Тимофеева Т.Н., Капустина А.В., Константинов В.В., Баланова Ю.А., Лельчук И.Н., Шальнова С.А., Деев А.Д.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска и оценить суммарный сердечно-сосудистый риск среди населения России 15–75 лет.

Материал и методы. Приведены данные 51279 человек (20443 мужчины и 30836 женщин), обследованных по программе Мониторинга артериальной гипертензии с 2003 по 2007 гг и составившие представительные выборки из населения 23 регионов страны.

Результаты исследования. Распространенность АГ была выше у женщин: 40,6% против 35,4% у мужчин.

Среди мужчин трудоспособного возраста высока распространенность курения: в возрасте 25-44 года — 62%, до 55 лет курят более половины мужчин, в целом по выборке — 51,2%. Женщины курят почти в 6 раз реже — 8,7%, чаще в молодом возрасте — 13,7%.

5,8% мужчин и 2% женщин употребляют много алкоголя — более 168 и 84 г этанола в неделю соответственно, максимально — в возрасте 35-44 года среди лиц обоего пола.

Распространенность ожирения среди женщин оказалась в 2 раза выше, чем у мужчин: 20% и 10,1% соответственно. Частота ожирения увеличивалась с возрастом: у мужчин от 5,7% у молодых до 16,5% — у лиц пенсионного возраста, у женщин от 8,5% до 34% соответственно.

С возрастом увеличивалась частота гиперхолестеринемии (ГХС): у мужчин с 12% в младшей возрастной группе до 55,3% — в старшей, у женщин — от 8,7% до 59,4% соответственно. В целом разница в частоте ГХС у мужчин и женщин незначительна: 33,3% и 31,6%.

Только 15% мужчин не имели факторов риска, среди женщин доля лиц с отсутствием факторов риска в 2 раза выше — 30%. Среди мужчин отмечена более высокая доля лиц, имеющих 1-2 фактора риска — 49%, что более чем в 1,5 раза превышает таковую у женщин — 31%. Доля лиц, имеющих 3 и более факторов риска и/или поражения органов-мишеней практически одинакова среди лиц обоего пола — около 10%. В то же время женщины несколько чаще имеют ассоциированные клинические состояния и/или сахарный диабет.

При анализе классификации населения по уровню суммарного сердечно-сосудистого риска (Европейские рекомендации 2007 г) отмечены гендерные различия. Мужчин, не имеющих дополнительного риска, выявлено среди обследованных 14,7%, женщин — 29,5%. В то же время, среди мужчин почти в 2 раза больше лиц с низким дополнительным риском по сравнению с женщинами — 40,5% против 20% соответственно. Умеренный и высокий дополнительный риск регистрировался среди лиц обоего пола почти в равных долях, тогда как женщин с очень высоким риском значимо больше, чем мужчин — 29,5% против 22,3%.

Выводы. Среди взрослого населения России 85% мужчин и 70% женщин имеют факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний. Наиболее часто среди лиц обоего пола отмечены АГ и ГХС, а также курение среди мужчин и ожирение — среди женщин. Доля лиц с очень высоким сердечно-сосудистым риском значимо больше среди женщин.

0898 АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ACE И AT2R1 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ

Тимошкина Е.И.

ГОУВПО «Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Артериальная гипертония (АГ) является наиболее распространенной сердечно-сосудистой патологией в Российской Федерации. (Оганов Р.Г., 2000). В развитие АГ значительный вклад вносят гены — кандидаты АГ, в связи с чем их изучение имеет значительный научный и практический интерес. К генам — кандидатам АГ относятся гены ренин-ангиотензиновой системы (РАС), в том числе ген ангиотензинпревращающего фермента (АСЕ) и ген ангиотензина 2 рецепторов 1 типа (AT2R1) (Jeunemaitre X., 1992, Schunkert H. et al., 1994; Iwai, 1994). Учитывая, что в Республике Мордовия комплексных эпидемиологических и генетических исследований полиморфизма генов РАС не проводилось, то целью настоящего исследования явилось изучение роли I/D полиморфизма гена ACE и A1166C полиморфизма гена AT2R1 в развитии АГ у лиц с установленным диагнозом АГ мордовской (мокша и эрзя) и русской национальностей.

Было обследовано и проведено молекулярно-генетические исследования по выявлению генотипов гена АПФ и AT2R1 у 303 пациентов с АГ и 100 добровольцев с нормальным уровнем АД. С учетом цели исследования пациенты с АГ были разделены на три группы в зависимости от национальной принадлежности.

При анализе полиморфизма гена ACE у пациентов АГ в зависимости от национальности и пола было выявлено, что у мужчин

мокшан преобладает неблагоприятный генотип DD (60%, $p < 0,05$), а у мужчин эрзян и русских генотип ID (52% и 43,3%, $p < 0,05$). У женщин, страдающих АГ, как эрзя, так и мокша, преобладает частота встречаемости генотипа ID гена ACE (41,5% и 56,7%, $p < 0,05$), у русских женщин с АГ данной закономерности не выявлено. При сравнении частоты встречаемости генотипов гена ACE относительно национальности было выявлено, что мужчины мокшанской национальности достоверно чаще имеют неблагоприятный генотип DD гена ACE (60%, $p < 0,05$), относительно мужчин — пациентов с АГ эрзянской и русской национальности (16,0% и 16,7%, $p < 0,05$), а у женщин мокшан с АГ достоверно чаще встречается промежуточный генотип ID (56,7%, $p < 0,05$), по сравнению с женщинами — пациентами с АГ эрзянской и русской национальности (41,5% и 43,3%, $p < 0,05$). Анализируя полиморфизм гена ACE в группах контроля было выявлено, что у мужчин русской национальности достоверно чаще (40%, $p < 0,05$), а у мужчин мокшанской национальности в 100% случаев был выявлен промежуточный генотип ID.

При изучении полиморфных маркеров гена AT2R1 как у пациентов с АГ, так и в группах контроля, независимо от пола выявлено достоверное преобладание благоприятного генотипа AA (в среднем 70%).

Таким образом, при изучении встречаемости генотипов гена ACE было получено, что лица мужского пола мокшанской национальности как с повышенным, так и с нормальным уровнем АД имеют достоверно чаще неблагоприятные генотипы гена ACE (DD — 60% и ID — 100% соответственно). При изучении распределения генотипов гена AT2R1 независимо от национальной и половой принадлежности, а также от уровня АД достоверно преобладает благоприятный генотип AA.

0899 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Томилова С.В., Дороднева Е.Ф., Медведева И.В., Салахова Е.И.

Тюменская государственная медицинская академия Росздрава, Тюменский отдел Южно-Уральского научного центра РАМН, Тюмень, Россия

Актуальность исследования обусловлена высокой частотой развития метаболического синдрома и его компонентов, таких как абдоминальное ожирение, артериальная гипертония, дислипидемия, нарушения углеводного обмена в настоящее время. Известно, что данный комплекс состояний существенно ухудшает профиль метаболических нарушений, способствуя развитию нарушений процессов свертывания крови, тромбоцитарного звена гемостаза, гиперурикемии, что приводит к быстрому прогрессированию атеросклеротического процесса.

Цель работы: охарактеризовать взаимосвязь гиперурикемии, клинических показателей метаболических нарушений и параметров липидного обмена у больных с метаболическим синдромом (МС).

Материалы и методы: Под наблюдением была группа больных в количестве 65 человек с метаболическим синдромом и ожирением (ИМТ более 30 кг/м²), средний возраст которых составил 43,2±1,8 года. Из них 25 мужчин и 40 женщин. Для верификации МС использовали критерии Национального института здоровья США (АТР III, 2001). Все пациенты имели ожирение (ИМТ более 30 кг/м²), артериальную гипертензию I-II стадий и дислипидемию. При этом у 26 обследованных была обнаружена гиперурикемия более 420 мкмоль/л. Контрольная группа состояла из 30 практически здоровых лиц сопоставимых основной группе по полу и возрасту. Всем пациентам определяли антропометрические параметры, проводили клиническое исследование, липиды крови на биохимическом анализаторе «Immunochemistry Systems» фирмы «Beckman Coulter» с помощью набора реактивов фирмы «Human» (ОСХ, ТГ, ХС ЛПНН, ХС ЛПВП и аполипопротеины A1 и B). При анализе статистических данных использовали пакет Statistica 6,0, непараметрический критерий Манна-Уитни и непараметрический корреляционный анализ Спирмена.

Результаты исследования: При анализе полученных данных установлено, что уровень мочевой кислоты тесно взаимосвязан с параметрами абдоминального ожирения у больных с МС, что подтверждается статистически значимыми положительными корреляционными зависимостями с ОТ [$r=0,68$; $p=0,001$], ИТБ [$r=0,59$; $p=0,001$], ИМТ [$r=0,63$; $p=0,001$], а также с уровнем САД [$r=0,48$; $p=0,012$]. При этом у больных с МС и гиперурикемией было обнаружено достоверное возрастание исходно высоких значений ОХС [$p=0,046$] и ХС ЛПНП [$p=0,032$] и аполипопротеина В [$p=0,048$], сопровождающееся тенденцией к снижению содержания ХС ЛПВП и аполипопротеина А1.

Выводы: Гиперурикемия у больных с МС ассоциируется с более выраженным возрастанием абдоминального ожирения, САД и глубокими нарушениями липидного обмена, что демонстрирует значимость данного показателя при оценке изменений метаболических параметров у данной категории больных.

0900 СОСТОЯНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ, КАК ПРЕДИКТОР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Требухина О.И., Сулеев Д.Б.

Областной медицинский центр, Караганда, Казахстан

С целью исследования ремоделирования экстракраниальных отделов сонных артерий и левого желудочка методом их дуплексного сканирования и эхокардиографией были обследованы 37 больных ишемической болезнью сердца (ИБС) стенокардией напряжения II-III ФК, мужчины в возрасте от 40 до 60 лет. Из исследования исключались больные с сахарным диабетом. Исследовали общие, внутренние и наружные сонные артерии. Оценивали проходимость артерий, геометрию сосудов, состояние комплекса интима-медиа сонных артерий, наличие внутрипросветных изменений, линейную и объемную скорость кровотока. Толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) измеряли в В-режиме по стандартной методике. Проводили морфометрию левого желудочка (ЛЖ) измеряя, конечные диастолические и систолические размеры (КДР и КСР) ЛЖ, толщину стенок, состояние его региональной и глобальной систолической функции.

Обследуемые были разделены на 4 группы: 1-я — 11 больных ИБС; 2-я — 8 больных ИБС с ПИМ; 3-я — 10 больных ИБС с сопутствующей артериальной гипертензией II ст. и 4-я группа — 8 больных с ИБС с ПИМ и сопутствующей АГ III ст. При сочетании ИБС с АГ и при утяжелении ПИМ наблюдалась тенденция к росту ТИМ от $0,9 \pm 0,1$ мм, к $1,1 \pm 0,2$; $1,3 \pm 0,2$, $1,4 \pm 0,2$ мм соответственно по группам. Достоверные различия получены между показателями ТИМ 1-й и 4-й гр. ($p < 0,05$). Структурные изменения комплекса интима-медиа сопровождались диффузным или неравномерным утолщением, гетерогенностью, утратой дифференцировки на слои. У 14 (87,5%) больных из 16 с ПИМ во 2-й и 4-й группах выявлены атеросклеротические бляшки. По структуре, как правило, гетерогенные, умеренной и повышенной экзогенности, с участками кальциноза. По распространенности — пролонгированные, реже локальные, локализующиеся преимущественно в области бифуркации общей сонной, реже с распространением в устье внутренней сонной артерии (25% больных), с редукцией по диаметру сосуда 10-30%. Регистрировалось умеренное уменьшение скорости объемного кровотока по сонным артериям. — $406,2 \pm 14,4$ мл/мин. С утяжелением ИБС ПИМ морфометрические показатели ЛЖ имели тенденцию к росту КДР от $5,0 \pm 0,3$ см в 1-й гр. к $5,7 \pm 0,4$ см во 2-й и $5,9 \pm 0,5$ см ($p < 0,1$) в 4-й группах. ФИ ЛЖ достоверно снижалась от $63,0 \pm 4\%$ в 1-й гр. к $48,2 \pm 6,4\%$ ($p_1 < 0,1$) во 2-й и $47,3 \pm 6\%$ ($p_1 < 0,05$) в 4-й группах. С присоединением АГ нарастала толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки от $0,9 \pm 0,2$ и $1,0 \pm 0,1$ см в 1 гр. до $1,6 \pm 0,2$ ($p_1 < 0,05$) и $1,2 \pm 0,1$ см в 3-й и $1,7 \pm 0,2$ ($p_1 < 0,05$) и $1,2 \pm 0,1$ см в 4-й гр. соответственно.

Полученные данные свидетельствуют, что процесс ремоделирования ЛЖ при ИБС сопровождается ремоделированием сонных артерий. При сочетании ИБС с АГ степень нарастания ремоделирования сонных артерий ассоциируется с увеличением массы миокарда. При утяжелении ИБС ПИМ изменение геометрии стенки сопровождается дальнейшим развитием атеросклеротического процесса в сосудистой стенке в виде стенозирующей

атеросклеротической бляшки. Утолщение комплекса интима-медиа и развитие стенозирующего атеросклероза в сонных артериях может являться неблагоприятным предиктором выраженного коронаросклероза и ремоделирования левого желудочка.

0901 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Тригулова Р.Х.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение особенностей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных нестабильной стенокардией (НС) с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материал и методы. Обследовано 73 пациента с НС, соответствующей IB-IIIВ классам классификации C.W.Hamm, E. Braunwald. Средний возраст $53,17 \pm 0,79$ лет. 60,3% больных перенесли инфаркт миокарда, артериальная гипертензия в 87,5% случаев, 49,3% — СД 2 типа. Больные с НС — 1 группа (n-37), НС и СД 2 группа (n-37). С помощью ХМ ЭКГ оценивали характеристики ВСР — SDNN, SDNN-5, SDANN, PNN-50, триангулярный индекс (TRIA), RMSSD.

Базисная терапия включала антикоагулянты, антиагреганты, нитраты и блокаторы бета-адренорецепторов. Из сахароснижающих препаратов больные принимали глибенкламид в дозе $5 \pm 0,25$ мг/сут.

Полученные результаты. По средним значениям уровни SDNN у больных 1 и 2 группы не отличались ($P > 0,05$), но при умеренно сниженной SDNN у больных 1 группы средняя ЧСС ($P=0,027$), SDNN5 ($P < 0,001$); PNN 50 ($P=0,001$), триангулярный индекс ($P < 0,001$), SDANN ($P < 0,001$); RMSSD ($P=0,002$) была ниже чем при нормальных значениях SDNN. Во 2 группе при сниженном SDNN также SDNN5 ($P=0,029$); триангулярный индекс ($P < 0,001$); SDANN ($P < 0,001$); и RMSSD ($P=0,008$) были ниже, чем с нормальной ВСР. В то же время, различия ЧСС и PNN 50 не носили статистически значимого характера. Причем, среднее значение PNN 50 при нормальной ВСР у больных без СД было почти в два раза выше, чем в аналогичной подгруппе пациентов с СД (95% ДИ от $=0,06$ до $+15,3\%$; $P=0,048$). В то время как при сниженной ВСР этот показатель был практически схожим в сравниваемых группах. Сниженное значение RMSSD имело место у 17 (47,2%) больных с СД и у 10 (27,0%) пациентов без СД ($\chi^2=2,39$; $P > 0,05$).

Выводы. При нормальном значении SDNN с наличием СД ассоциируется снижение PNN50, что свидетельствует об уменьшении активности парасимпатического звена автономной регуляции сердечного ритма. У больных НС без СД частота и характер транзиторной ишемии не зависит от ВСР, а при наличии СД и сниженной ВСР средняя продолжительность безболевого ишемии в два раза выше продолжительности болевой ишемии миокарда.

0902 БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Тригулова Р.Х.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение особенностей состояния эндотелиальной функции (ЭФ) у больных нестабильной стенокардией (НС) с СД 2 типа при назначении бета-адреноблокаторов.

Методы исследования: обследован 71 пациент — средний возраст $53,87 \pm 1,28$ лет. Небиволол (Н) и Атенолол (А) назначены соответственно 40 и 31 больному. Проведены клинические (анамнез, динамика болевого синдрома, АД, ЧСС), биохимические (показатели липидного и углеводного обмена, перекисное окисление липидов, агрегация) и инструментальные (ЭКГ покоя на этапах наблюдения, эхокардиография, проба с реактивной гиперемией, измерение расстояния интима — медиа каротидной артерии) методы исследования.

В исследование не включались лица с ОИМ менее 3 месяцев; СД, требующим лечения инсулином; больные с сердечной недостаточностью III-IV ФК, тяжелыми нарушениями функции печени и почек. Во время пребывания в стационаре все пациенты получали базисную терапию, включающую антикоагулянты, антиагреганты, нитраты и блокаторы бета-адренорецепторов. Средняя суточная доза Н составила $3,7 \pm 0,3$ до $5,6 \pm 0,3$ мг/сут к концу терапии, А — $42,6 \pm 3,8$ до $72,1 \pm 7,8$ мг/сут. соответственно. Больные с сопутствующим СД принимали глибенкламид в дозе $5 \pm 0,25$ мг/сут. Длительность наблюдения составила 3 месяца.

Полученные результаты: Среди больных, получавших А в прошлом перенесли ОИМ — 27 (67,5%), АГ в анамнезе установлена у 35 (87,5%), дислипидемия — у 26 (65,0%), курением злоупотреблял 21 больной (52,5%), (>60 лет) было — 7 (17,5%), ожирение у 7 (17,5%), ГЛЖ — 27 (67,5%). Высокие цифры АД с САД > 150 мм рт.ст. при поступлении выявлены у 26 (65,0%) и ДАД > 100 мм рт.ст. при поступлении — у 15 (37,5%), тахикардия с ЧСС > 90 уд.мин. при поступлении зафиксирована у 24 (60,0%). Клинический профиль больных, получавших Н был сопоставим с пациентами, получавшими А. ОИМ в анамнезе — 19 (61,3%), АГ — у 22 (71,0%), дислипидемия — у 20 (64,5%), привычка курить — у 18 (58,1%), (>60 лет) — 7 (22,6%), ожирение (ИМТ > 30) — 9 (29,0%), ГЛЖ — 21 (67,7%). При этом, неконтролируемая АГ с САД > 150 мм рт.ст. при поступлении выявлена у 11 (35,5%) и ДАД > 100 мм рт.ст. при поступлении — у 17 (54,8%), тахикардия с ЧСС > 90 уд.мин. при поступлении — у 10 (32,3%). Статистически достоверные межгрупповые различия были обнаружены лишь в отношении показателя САД > 150 мм рт.ст. при поступлении ($P < 0,02$). Исползованные дозы антиишемических препаратов позволили быстро добиться статистически значимой нормализации величин АД и достоверного снижения ЧСС в обеих группах больных.

Для уточнения особенностей действия сравниваемых препаратов на сосудодвигательную функцию, больные разделены на три подгруппы. Нормальная, негативная (изменения в пределах 0% или отрицательные) от положительной вазодилататорной реакции (>10%). У больных, получавших Н, до лечения распределение было следующим: “нормальные” — 24,13%; “негативные” — 44,82%, “положительные” — 31,03%. На фоне приема препарата доля больных с “положительными” и “нормальными” реакциями существенно возросла (37,93% и 44,82%) за счет уменьшения процента больных с “негативными” реакциями (17,24%), (хи кв.=6,4; $P < 0,04$). В группе больных А в исходном состоянии выявлены “нормальный” — 14,7%, “негативный” — 41,11%, и 44,11% случаев “положительный” тип реакций. На фоне А распределение больных по типам реакций не изменилось (хи кв.=0,82; $P = 0,67$): 14,7%; 52,94% и 38,24% соответственно. У пациентов с “нормальной” реакцией эндотелия на фоне приема обоих препаратов показатель сосудодвигательной функции не изменялся. У больных со сниженной (негативной) дилататорной реакцией на фоне приема Н имело место достоверное увеличение прироста диаметра с исходных значений — $0,48 \pm 1,1\%$ до $4,67 \pm 1,36\%$ ($p < 0,05$) ко 2 неделе, в то время как в группе больных, получавших А, он практически не изменялся.

Выводы: таким образом, в отличие от Атенолола, Небиволол оказывает положительное влияние на сосудистую реактивность, что косвенно свидетельствует об улучшении эндотелиальной функции у данной категории больных.

0903 ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Тростянецкая Н.А., Третьякова Н.С., Колесниченко М.Г., Болдуева С.А. Санкт-Петербургская Государственная медицинская академия им. Мечникова И.И., кафедра факультетской терапии с курсом интервенционной кардиологии, Санкт-Петербург, Россия

По данным эпидемиологических исследований смертность от острого инфаркта миокарда (ОИМ) в России остается одной из самых высоких в мире, причем у женщин она выше, чем у мужчин.

Цель исследования: изучение особенностей клинического течения ОИМ в женской популяции в зависимости от возраста.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 210 женщин, находившихся в специализированном кардиологическом отделении с подтвержденным диагнозом ОИМ с 2004г по 2008г. Все пациентки были разделены на 3 возрастные группы: до 50 лет, 51- 60 лет, и старше 60 лет.

Результаты: Женщины в возрасте до 50 лет составили 12,9% (27 человек), в возрасте 51-60 лет- 27,1% (57 человек), в возрасте старше 60-60% (126 человек).

Течение ОИМ у женщин до 50 лет чаще осложнялось формированием аневризмы ЛЖ (28,6%), развитием ранней постинфарктной стенокардии (22%), отеком легких (11%), рецидивом инфаркта миокарда (11%), желудочковыми нарушениями ритма — желудочковая экстрасистолия IV и V ф.к. по Lown (11%), тогда как наджелудочковых нарушений ритма (пароксизмов фибрилляции предсердий) в данной возрастной группе зарегистрировано не было. У женщин 51-60 лет наиболее частыми осложнениями были: формирование аневризмы ЛЖ (26,7%) ранняя постинфарктная стенокардия (21%), отек легких (8%), рецидив ОИМ (7%), наджелудочковые нарушения ритма (2,5%); значимых желудочковых нарушений ритма зарегистрировано не было. В возрасте старше 60 лет отек легких развивался в 10%, ранняя постинфарктная стенокардия диагностировалась в 24% случаев, аневризма ЛЖ формировалась в 8,6% случаев, рецидив ОИМ у 6%, желудочковые нарушения ритма развивались в 2% случаях, наджелудочковые нарушения ритма регистрировались в 10% случаев.

Заключение: рецидив инфаркта миокарда и желудочковая экстрасистолия высоких градаций достоверно более часто ($p = 0,02$) возникают у женщин до 50 лет, тогда как различия по возникновению острой левожелудочковой недостаточности и ранней постинфарктной стенокардии в различных возрастных группах не получено. Также достоверно ($p = 0,002$) чаще у женщин моложе 60 лет формировалась аневризма ЛЖ, что, согласно литературным данным ассоциировано с риском развития ХСН и внезапной смерти. В старшей возрастной группе (старше 60 лет) ожидаемо более часто встречались наджелудочковые нарушения ритма (пароксизмы фибрилляции предсердий). Таким образом, можно сделать вывод, что течение ОИМ у женщин до 50 лет характеризуется тяжестью осложнений, с чем вероятно связан больший процент летальных исходов.

0904 ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ДВУХФАЗНОГО РИТМА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.

Трошина А.А., Колесникова И.А., Багманова Н.Х., Котовская Ю.В., Кобалава Ж.Д.

Российский Университет Дружбы Народов, Москва, Россия

Цель: Сравнить показатели центральной пульсовой волны (АГ) в зависимости от характера двухфазного ритма систолического артериального давления (САД).

Методы: Обследовано 57 больных (30 мужчин), средний возраст $49,7 \pm 13,3$ лет, с неосложненной ранее не леченной АГ. Всем пациентам проводилась суточное мониторирование АД (СМАД) по стандартной методике и анализ пульсовой волны с использованием аппланационной тонометрии лучевой артерии с применением трансформирующей функции для получения центральной пульсовой волны. Варианты двухфазного ритма САД выделяли по величине суточного индекса (СИ): СИ 10-20% — дипперы (группа 1): 23 больных (12 мужчин), средний возраст $46,8 \pm 13,2$ лет; СИ 0-10% — неон-дипперы (группа 2): 26 больных (14 мужчин), средний возраст $51,2 \pm 13,7$ лет; СИ > 20% — овер-дипперы (группа №3): 6 больных (2 мужчин), средний возраст $50,8 \pm 11,7$ лет. В выделенных подгруппах больных сравнивали характеристики центральной пульсовой волны: систолическое и пульсовое аортальное давление,

индекс прироста, амплификацию пульсового давления, скорость распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты: Выделенные группы пациентов оказались сопоставимы по полу, возрасту и уровню АД. В группе 1 АД-24ч $127,9 \pm 13,8/81,9 \pm 10,5$ мм рт.ст.; дневное АД $134,4 \pm 14,2/88 \pm 10,6$ мм рт.ст.; ночное АД $114,5 \pm 13,9/69,2 \pm 10,9$ мм рт.ст. В группе 2 АД-24ч $130,5 \pm 11,7/79,6 \pm 10,6$ мм рт.ст., дневное АД $131,9 \pm 13,5/81,9 \pm 10,4$ мм рт.ст., ночное АД $128 \pm 13,7/75,3 \pm 11,7$ мм рт.ст. В группе 3 АД-24ч $125,2 \pm 9,3/77,7 \pm 6,2$ мм рт.ст., дневное АД $135,1 \pm 9,9/86,3 \pm 6,1$ мм рт.ст., ночное АД $103,1 \pm 7,3/59,1 \pm 8,3$ мм рт.ст. Не выявлено различий между группами по уровню САД в аорте: в группе 1 — $137,3 \pm 17,3$ мм рт.ст., 2 — $134,7 \pm 12,6$ мм рт.ст., 3 — $127,8 \pm 11,1$ мм рт.ст.; по уровню пульсового АД в аорте: $44 \pm 11,3$ мм рт.ст., $46,9 \pm 13,3$ мм рт.ст., $40,3 \pm 11,5$ мм рт.ст. соответственно; по индексу прироста: $10,9 \pm 5,9\%$, $12,5 \pm 8,6\%$, $11,7 \pm 9,1\%$ соответственно; амплификации пульсового давления: $134,3 \pm 14,8\%$, $132,2 \pm 21,2\%$, $130,3 \pm 24,7\%$ соответственно; по СРПВ: $10,6 \pm 1,4$ м/с, $11,7 \pm 3,5$ м/с, $10,4 \pm 0,8$ м/с соответственно.

Выводы: Таким образом, у пациентов с неосложненной ранее не леченной АГ не выявлено различий характеристик ригидности аорты и характеристик отраженной волны в зависимости от варианта двухфазного ритма систолического АД.

0905 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Трунина Т.П., Пчелинцев В.П., Быстрова А.А., Бороздин А.В., Гиривенко А.И., Бикушова И.В., Юдина Г.Н., Дьячкова О.Н., Краснощекова Л.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П.Павлова Росздрава; МУЗ ГКБ № 11, Рязань, Россия

Цель: оценить эффективность лечения артериальной гипертензии (АГ) у пожилых пациентов в реальной клинической практике.

Результаты: проведен метаанализ историй болезни пациентов пожилого возраста (старше 60 лет), находящихся на лечении в терапевтическом отделении МУЗ ГКБ № 11 в 2008 году по поводу гипертонической болезни. Из 1335 больных с различными нозологиями, пролеченных за данный период, 206 человек (15,4%) госпитализированы с гипертоническими кризами; толерантной к лечению АГ. Из них 124 пациента (60%) в возрасте от 60 до 84 лет (средний возраст $65,8 \pm 0,8$). Уровень систолического АД составил $216 \pm 12,6$ мм рт.ст., диастолического — $112 \pm 8,9$ мм рт.ст., пульсовое давление — $104 \pm 10,7$ мм рт.ст. Большинство пациентов уже имели в анамнезе сосудистые события: инсульты, инфаркты миокарда. У 16 % больных АГ сочеталась с сахарным диабетом тип II. Признаки ХСН IIБ стадии, III ФК (NYHA) выявлены у 18% больных. Всем пациентам проводилась комбинированная гипотензивная терапия, 84% больных получали 3 и более препарата. В 100% назначались ингибиторы АПФ и диуретики. Наиболее часто применялся эналаприл. Спектр диуретиков представлен преимущественно индапамидом (86%), ретардированные формы получали 16% больных. Частота назначения антагонистов кальция и β -блокаторов составила 72 и 68% соответственно. Среди β -блокаторов чаще назначается метопролол тартрат, реже бисопролол. Достаточно широко использовались ретардированные производные дигидропиридина (амлодипин). Остается низким количество больных, получающих блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БРА) — 3%. На фоне проводимой терапии у пациентов достигнуты целевые значения АД — $144 \pm 10,4$, диастолическое $86 \pm 8,4$ мм рт.ст., пульсовое давление составило $66 \pm 3,6$ мм рт.ст.

Выводы: Наиболее значимыми факторами для выбора гипотензивных препаратов у пожилых пациентов считается сопутствующая патология, финансовый аспект и наличие препарата в списке льготного обеспечения. В соответствии с российскими рекомендациями препаратами выбора для лечения АГ у пожилых являются диуретики и антагонисты кальция. Однако, анализ реальной практики показал, что ингибиторы АПФ сохранили

свои лидирующие позиции как наиболее часто назначаемые препараты. Достоверно увеличилась частота применения диуретиков, предпочтение отдается метаболически нейтральному индапамиду, однако недостаточно часто назначаются его пролонгированные формы. Отмечено существенное уменьшение частоты использования короткодействующих дигидропиридиновых антагонистов кальция. Неоправданно редко применяются блокаторы ангиотензиновых рецепторов, несмотря на доказанное органопротективное действие этой группы препаратов. Внедрение в практику современных препаратов, вероятно, позволит сократить длительность лечения, уменьшить число повторных госпитализаций, улучшить качество и продолжительность жизни у пожилых пациентов.

0906 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ

Трушкина И.В., Плотникова И.В., Горячева Е.Г., Филиппов Г.П.

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия; НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: Проследить динамику изменения суточного профиля артериального давления на фоне немедикаментозной терапии у подростков с эссенциальной артериальной гипертензией на разных этапах ее формирования.

Материалы и методы. В катамнезе обследовано 177 подростков с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ) на разных этапах ее формирования: 35 пациентов с феноменом «гипертонии белого халата», 69- с лабильной формой АГ и 73- со стабильной формой АГ I-й степени. Оценка динамики изменений АД проводилась через 6 месяцев от начала лечения. Терапия включала в себя следующие компоненты: оптимизация физической активности, не менее 40 минут ежедневно, интенсивные нагрузки 2-3 раза в неделю, отказ от курения, приема алкогольных напитков, нормализацию режима дня, рациональное питание. Со всеми пациентами и их родителями проводились беседы об основных факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний. Для оценки течения АГ проводилось суточное мониторирование артериального давления (монитор Medilog, Oxford).

Результаты. На фоне немедикаментозной терапии нормализация суточного профиля АД у подростков с эссенциальной АГ была отмечена в 15%, а его улучшение — всего в 10,7% случаев. Так в группе подростков с феноменом «гипертонии белого халата» через 6 месяцев от начала проводимой терапии нормальные показатели суточного профиля АД были зарегистрированы в 34,3%, в группе лабильной АГ — в 21,8%, в группе стабильной АГ — всего в 1,4% случаев. Улучшение суточного профиля АД было выявлено среди пациентов с лабильной формой в 18,8%, а среди больных с ее стабильной формой — в 8,2% случаев. Следует отметить, что нормализация и улучшение суточного профиля АД происходили у тех подростков, в семьях которых выполнялись все рекомендации, направленные на изменение образа жизни. Среди пациентов с эссенциальной АГ отсутствие какой-либо динамики заболевания было зарегистрировано в половине случаев. Самый высокий процент встречаемости данного типа течения заболевания был зафиксирован среди пациентов со стабильной формой АГ (82,2%). Отрицательная динамика была выявлена в 23,2% случаев. У 28,6% больных с феноменом «гипертонии белого халата» отмечено ухудшение — из них 90% пациентов перешли в группу с лабильной формой, а 10% — со стабильной формой АГ. Среди пациентов с лабильной артериальной гипертензией, несмотря на проводимую немедикаментозную терапию, в 36,2% случаев была констатирована стабильная форма АГ. У пациентов со стабильной АГ прогрессирование заболевания отмечено в 8,2% случаев с поражением «органов-мишеней».

Выводы. Отмечена низкая приверженность подростков к немедикаментозным методам коррекции артериального давления. Пациенты с артериальной гипертензией на любой стадии ее формирования подлежат строгому динамическому наблюдению и решению вопроса о необходимости раннего подключения гипотензивной терапии.

0907 СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Туйзарова И.А., Димитриев Д.А.

МУЗ ГБСМП, ГОУ ВПО «ЧГПУ им. И.Я. Яковлева», Чебоксары, Россия

Суточные колебания ритма сердца отражают взаимодействие регуляторных систем различного уровня, а нарушение суточного ритма является важным предиктором острых нарушений функций сердца.

Цель: Оценить суточные колебания основных показателей variability сердечного ритма, вычисленных с помощью методов вариационной статистики и спектрального анализа, а также оценить основные закономерности циркадных колебаний с помощью метода косинор-анализа.

Методы: Были исследованы 35 пациентов МУЗ ГБСМП без признаков органической патологии сердца в возрасте от 22 до 74 лет, из них 15 человек — женщины и 20 человек — мужчины. Им проводилось холтеровское мониторирование в течение 24 часов с помощью системы «Кардиотехника 4000АД» ИНКАРТ г.Санкт-Петербург. С целью учета пола и возраста были построены множественные регрессионные линейные модели, на основе которых рассчитывались скорректированные по данным переменных показатели. На основе эмпирических данных была построена косинор — модель вида $Y = M + A \times \cos(\phi \times x + p)$. Все вычисления проводились с помощью программы Statistica 6,0 для Windows.

Результаты исследований: Как показал анализ, имеются выраженные суточные колебания показателей сердечного ритма ($p < 0,05$), при этом максимальные значения ЧСС имеют место в утренние часы, с максимумом в 9 часов ($83,428 \pm 2,58$). Минимальные значения ЧСС отмечались в 3 часа ночи ($57,775 \pm 1,11$). Параллельно с изменениями ЧСС разнонаправлено изменяются показатели variability сердечного ритма. Максимальные значения RMSSD имели место в 2 часа ночи ($0,0313 \pm 0,002$) и в 3 часа ночи ($0,0310 \pm 0,0016$). В те же часы, в 2 и 3 часа ночи, отмечался пик показателя pNN50 ($9,719 \pm 0,986$) и ($10,144 \pm 0,989$) соответственно. Значение SI достигал максимума в 16 часов ($163,32 \pm 10,69$), а минимум отмечался в 5 часов утра ($68,24 \pm 5,27$). В течение ночи происходило увеличение TF до 5 часов утра ($9174 \pm 752,4$), после чего этот показатель снижался вплоть до 0 часов (4025 ± 324). Аналогичная динамика была характерна и для VLF. Значения LF достигали своего пика в утренние часы с максимумом в 5 часов ($1284,64 \pm 110,82$), а минимальные значения отмечались в 16 часов ($477,48 \pm 59,91$). Пик дыхательной аритмии приходился на 2 часа ночи ($HF = 368,7 \pm 63,14$), минимальные значения HF отмечались в 8 часов утра ($69,78 \pm 8,08$). LF / HF в течение суток возрастал с 0 часов до 13 часов, с максимальным приростом в промежуток между 5 и 8 часами утра, пик его значений составил в 11 часов утра ($10,638 \pm 0,681$). Снижение этого показателя происходило между 20 и 24 часами, минимальные значения отмечались в 24 часа ($5,753 \pm 0,363$). По результатам косинор — анализа мезор RR интервала составил ($0,836$), амплитуда ($0,105$), пик пришелся на 3 часа.

Выводы: Суточные колебания сердечного ритма представляют собой относительно устойчивый динамический процесс, характеризующийся изменением выраженности дыхательных и недыхательных компонентов синусовой аритмии.

0908 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИБЕРНИРУЮЩЕГО МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Туляганова Д.К., Аляев А.Л.

РСНПЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования является изучение диагностической значимости стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) с добутамином при выявлении жизнеспособного миокарда у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования: Стресс-ЭхоКГ с добутамином проведена 16 больным ИБС. Анализ сегментарной и общей сократимости левого желудочка (ЛЖ) проведен на фоне внутривенной инфузии малых доз добутина (5-10 мкг/мин).

Стресс-ЭхоКГ выполняли на аппарате «Shimadzu 500-A» (Япония) по стандартной методике с использованием рекомендаций Американского эхокардиографического общества. Сократительная способность ЛЖ оценивалась по 16 сегментам.

Полученные результаты: Всего проанализировано 355 сегментов. В 81 (24%) сегментах имелись исходные нарушения регионарной сократимости: индекс нарушения локальной сократимости (ИНЛС) составил $1,89 \pm 0,12$, общая фракция выброса (ОФВ) $50,7 \pm 3,59$, гипокинез сегментов наблюдался в 67 (19%) случаях, акинез в 8 (2%) случаях.

На фоне введения добутина количество нормокинетических сегментов возросло до 83,4%, ОФВ увеличилась до $63,1 \pm 5,53$ ($p < 0,05$). Обратимая дисфункция миокарда определена в 63% сегментов. ИНЛС уменьшился до $1,15 \pm 0,11$ по сравнению с исходной ($p < 0,05$).

При продолжении инфузии развилась ишемическая реакция, которая сопровождалась появлением и расширением зон асинергии. Снижение кинетики стенок ЛЖ происходило в тех сегментах, которые в состоянии покоя исходно были гипокинетическими, затем на малых дозах добутина улучшили свою функцию. В 62% сегментов отмечен двухфазный ответ на нагрузку. ИНЛС достоверно увеличился до $1,45 \pm 0,12$ ($p < 0,05$).

В ответ на введение малых доз добутина происходит улучшение региональной сократимости или появление отсутствующей ранее сократимости в жизнеспособных участках миокарда и отсутствие эффекта в рубцово-измененных сегментах ЛЖ.

При проведении стресс-ЭхоКГ с добутамином наиболее частыми побочными эффектами являлись наджелудочковая и желудочковая экстрасистолы (в 18,5% и 16,1% случаев), что, по-видимому, обусловлено собственным аритмогенным эффектом симпатомиметиков. Другие побочные эффекты в виде головных болей и тошноты в наших исследованиях не выявлялись.

Таким образом, стресс-ЭхоКГ с добутамином является высокоинформативным, доступным и безопасным методом, что позволяет использовать его в диагностике жизнеспособного миокарда и порога ишемии.

0909 ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА

Туляганова Д.К.

РСНПЦ терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилось изучение динамики структурно-функциональных показателей сердечно-сосудистой системы у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) перенесших операцию аортокоронарного шунтирования (АКШ).

Методы исследования: Обследовано 105 больных ИБС, в возрасте от 36 до 70 лет (средний возраст составил $56,7 \pm 5,7$ года), которым была выполнена операция коронарного шунтирования (КШ). Исследования проводились до КШ, так и через год после операции.

Всем больным выполнялось эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование на аппарате «Shimadzu 500A» (Япония), по показаниям проба с физической нагрузкой (ФН) начиная с мощностью 50 Вт.

Результаты исследований: У 88% больных имелась стенокардия III-IV функционального класса (ФК), что явилось показанием к оперативному вмешательству. Инфаркт миокарда до операции перенесли 81% больных. Клинически значимая сердечная недостаточность (II-IIIФК) наблюдалась у 70% пациентов.

Исходно при ЭхоКГ исследовании выявлено, что у большей части больных фракция выброса (ФВ) была сохранной. У 13 больных отмечалось ее снижение. Конечнодиастолический размер (КДР) ЛЖ в среднем составил $5,51 \pm 0,3$ см. При проведении

пробы с ФН почти в 100% случае до достижения пороговой ЧСС наблюдались ишемические изменения ЭКГ.

Через год после КШ отмечался отчетливый регресс сердечной недостаточности. В то же время у 6% пациентов выявлялась сердечная недостаточность II ФК, у 4% — III ФК. Наблюдалось увеличение сократительной способности миокарда и уменьшение размеров ЛЖ. Кроме того, отмечалось увеличение толщины миокарда ЛЖ, причем оно было более выраженным в зоне реваскуляризации.

По данным пробы с ФН, после реваскуляризации отмечалось увеличение толерантности к ФН. Пороговая мощность нагрузки возросла на $28,1 \pm 7,2$ Вт, длительность нагрузки на $3,0 \pm 1,0$ мин, общая работа на $270,3 \pm 101,1$ Вт/мин, «двойное произведение» — на $60,8 \pm 27,6$ у.е.

При корреляционном анализе установлено, что такие факторы, как уменьшение ангинозного синдрома и повышение толерантности к ФН, а также уменьшение сердечной недостаточности и возрастания сократимости были взаимосвязаны между собой, а остальные показатели изменялись независимо.

Также установлено, что рецидив стенокардии после операции ассоциировался с наличием артериальной гипертензии и длительностью курения.

Таким образом, через год после АКШ наряду с уменьшением ангинозного синдрома наблюдается независимое уменьшение проявлений сердечной недостаточности, положительная динамика таких структурно-функциональных показателей миокарда как сократимость, толщина стенок и размеры ЛЖ.

0910 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АТОРВАСТАТИНА НА АКТИВНОСТЬ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

Турсунов Р.Р., Касимова Г.М., Бабаев М.А., Илесов М.М.

НИИ Терапии и медицинской реабилитации, Ташкент, Узбекистан

Изучение механизмов возникновения и развития атеросклероза показывает, что важным звеном в цепи возникающих нарушений, является изменение структуры и функции биологических мембран.

Одним из факторов, определяющих эти изменения, является активность эндогенных фосфолипаз, которые осуществляют быструю модификацию фосфолипидного бислоя плазматических мембран, тем самым формируют в определенной степени ответ мембран на патологическое воздействие.

В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение активности эндогенных фосфолипаз и липидного спектра мембран эритроцитов на фоне применения аторвастатина при экспериментальном атеросклерозе.

Материалы и методы исследования: Эксперименты проведены на 20 кроликах (порода шиншилла), которые были разделены на 2 группы. 1 группу (контрольная) составили 10 кроликов. 2 группу составили 10 кроликов у которых был вызван экспериментальный атеросклероз (ЭА) по методу Аничкова. Развитие атеросклероза контролировалось путем определения белкового и липидного обмена в сыворотке крови. После развития ЭА животным 2 группы вводился препарат аторвастатин в дозе $1,15 \text{ мг/кг}$ веса в течение месяца. Исследованы плазматические мембраны эритроцитов крови животных 1 группы и 2-й с ЭА до и после лечения.

Как показали полученные данные, развитие ЭА сопровождается усилением активности эндогенной фосфолипазы А2 в плазматических мембранах эритроцитов ($8,5 \pm 0,29$), по сравнению с контрольной группой ($3,4 \pm 0,19$ у.е./мг белка). При этом отмечается гидролитическая активность фосфолипазы А2, осуществляющая процесс деацилирования основных фосфолипидов во втором положении фосфатидилхолина (контроль $71,6 \pm 0,32$ мкг липида/мг белка), при ЭА — $41,3 \pm 0,16$ и фосфатидилэтаноламина (контроль $36,1 \pm 0,15$), при ЭА — $15,1 \pm 0,12$. Выявленная липолитическая активность фосфолипазы А2 ведет к образованию мембранотоксичных метаболитов, таких как лизофосфатидилхолин (контроль $3,63 \pm 0,11$ мкг липида/мг белка), при ЭА — $7,5 \pm 0,19$ и лизофосфатидилэтаноламин (контроль $5,1 \pm 0,20$), при ЭА

— $10,1 \pm 0,11$ с одновременным образованием $1,2$ — диацилглицерида уровень которого при ЭА повышен — $6,3 \pm 0,41$ (контроль $2,5 \pm 0,17$).

В связи с этим, учитывая цитолитические и мембранолитические свойства лизофосфолипидов, можно предположить, что повышение их концентрации приводит к существенному нарушению липидного бислоя плазматических мембран эритроцитов при ЭА.

На фоне проведенной терапии аторвастатином отмечалось подавление активности эндогенной фосфолипазы А2 до $4,09 \pm 0,11$ у.е./мг белка, выражающееся в восстановлении основных фракций фосфолипидов — фосфатидилхолина $68,7 \pm 0,33$ и фосфатидилэтаноламина $30,5 \pm 0,27$ и уменьшении мембранотоксичных лизоформ: лизофосфатидилхолина до $4,84 \pm 0,25$, лизофосфатидилэтаноламина до $6,35 \pm 0,19$ у.е./мг белка.

0911 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ДВУСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ

Тюрин В.П.*, Белкорей О.С.

НМХК им. Н.И. Пирогова*, Москва, Россия; ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель исследования: изучить особенности течения, диагностики и лечения вторичного инфекционного эндокардита (ИЭ) на фоне врожденного двустворчатого аортального клапана (ВДАК) с целью дальнейшего улучшения результатов терапии.

Методы исследования: С 1982 по 2008 гг. наблюдали 336 больных ИЭ, среди которых ВДАК был диагностирован у 38 (11,3%), перенесших 39 эпизодов эндокардита. Все пациенты ИЭ на фоне ВДАК — мужчины. Средний возраст $35,2 \pm 12,5$ лет. Для решения поставленной задачи была сформирована контрольная группа больных ИЭ левых отделов сердца, состоявшая из 84 пациентов. Средний возраст составил $42,5 \pm 19,7$ г. Трансторакальная (ТТ) ЭхоКГ проведена всем больным ИЭ. ВДАК диагностирован при ЭхоКГ исследовании у 69,2%, интраоперационно — 30,7% больных. Диагноз ИЭ подтвержден на операции — у 28 больных первой группы и 53 больных второй, на аутопсии — у 2 и 17 больных соответственно.

Полученные результаты: Средний возраст больных ИЭ на фоне ВДАК был достоверно моложе ($p=0,037$). Лица с ВДАК чаще заболели ИЭ на 3–4-ом десятилетии жизни по сравнению с группой ИЭ левых отделов сердца (51,3% и 19% соответственно, $p=0,0002$). С 1982 по 1994 гг. среди 11 больных ВДАК установлен при ЭхоКГ исследовании у 18,1%, а в период с 1995 по 2008 гг. — у 92,8% больных. Расширение корня и восходящего отдела аорты от 41 до 55 мм было у 30,8% больных ВДАК вследствие дисплазии соединительной ткани. Заболевание в основной группе достоверно чаще вызывал зелениющий стрептококк (14,3% и 7,9% соответственно, $p=0,02$). ИЭ на фоне ВДАК достоверно реже осложнялся развитием эмболий и тромбозов, чем в контрольной группе (20,5% и 41,7% соответственно, $p=0,01$), что обусловлено большей частотой поражения митрального клапана (10,2% и 41,7% соответственно, $p=0,0003$). У больных ИЭ на фоне ВДАК чаще диагностировали тяжелую аортальную недостаточность (регургитация III ст. у 66%) вследствие частой деструкции клапанного аппарата (71,8%), приведшей к тяжелой застойной сердечной недостаточности у 53,8% больных. Вследствие этого хирургическое лечение чаще выполнялось пациентам ИЭ на фоне ВДАК по сравнению с контрольной группой (74,4% и 63% соответственно). Общая летальность была достоверно меньше среди больных ИЭ на фоне ВДАК по сравнению с контрольной группой больных эндокардитом левых отделов сердца (5,1% и 20,5% соответственно, $p=0,016$).

Выводы: ИЭ на фоне ВДАК развивается преимущественно у лиц молодого возраста на 3–4 десятилетия жизни. Заболевание чаще вызывалось зелениющим стрептококком. ИЭ на фоне ВДАК реже осложнялось развитием тромбозов и эмболий. Последние десятилетия характеризуются улучшением дооперационной эхокардиографической диагностики. Больные ИЭ на фоне ВДАК в подавляющем большинстве случаев подлежат выполнению оперативного вмешательства на клапанном аппарате. Исходы хирургического лечения были лучше у больных ВДАК.

**0912 ПРОКАЛЬЦИТОНИНОВЫЙ ТЕСТ
В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО
ЭНДОКАРДИТА**

Тюрин В.П.

Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова,
Москва, Россия

Цель: Оценить эффективность прокальцитонинового (ПКТ) теста, являющегося маркером тяжести бактериальной инфекции и сепсиса, в диагностике системной бактериемии у больных инфекционным эндокардитом (ИЭ).

Методы исследования: Прокальцитонин исследовали у 14 пациентов активным ИЭ полуколичественным методом, используя иммунохроматографический прокальцитонин экспресс-тест. Исследование выполняли в течение 1-3 суток после поступления в стационар или установления диагноза ИЭ, до начала антибактериальной терапии. Пациентов, получавших антибактериальную терапию в исследование не включали. У 5 больных был острый ИЭ, протекавший с лихорадкой свыше 38°C. Причиной заболевания у 4 пациентов был *S. aureus*, выделенный повторно. Во всех случаях диагноз подтвержден морфологически. У 9 пациентов диагностирован подострый ИЭ. Гемокультура установлена многократно лишь в 2-х случаях: *E. fecalis*, *S. hemolyticus*. Диагноз подтвержден на операции протезирования клапана сердца у 4, на аутопсии — у 2 больных.

Полученные результаты: У всех больных острым ИЭ (100%) установлен высокий уровень ПКТ теста более 10 нг/мл, подтверждавший наличие синдрома системного воспалительного ответа, сепсиса. При подостром ИЭ уровни ПКТ теста были менее выраженными. Повышение его более 2 нг/мл установлено лишь у 2 пациентов (22,2%), указывающее на наличие синдрома системного воспалительного ответа и подтверждающее основное заболевание. У остальных пациентов уровень ПКТ теста был в пределах нормы — менее 0,5 нг/мл. При проведении адекватной эффективной антибактериальной терапии повышенные показатели прокальцитонина у больных подострым ИЭ быстро нормализовывались. Все больные острым ИЭ, имевшие высокий уровень исходного ПКТ теста, скончались. В случае неэффективности антибактериальной химиотерапии его показатели не нормализовывались.

Выводы: Прокальцитонин тест можно использовать в диагностических целях у больных ИЭ для подтверждения септицемии, особенно при остром течении заболевания. При подостром ИЭ прокальцитонин тест при использовании полуколичественного метода исследования менее информативен. Определение прокальцитонина в динамике позволяет использовать его в качестве контроля за эффективностью проводимой терапии.

**0913 СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК
СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ К
ФОТОДИНАМИЧЕСКОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ**Ударцева О.О.¹, Андреева Е.Р.¹, Тарарак Э.М.¹, Кузьмин С.Г.¹,
Буравкова Л.Б.²¹ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий, Москва, Россия; ²Институт Медико-Биологических Проблем РАН (ИМБП РАН), Москва, Россия

В настоящее время одним из перспективных способов лечения пролиферативных заболеваний артерий является фотодинамическое воздействие (ФДВ). ФДВ — это неинвазивный метод, основанный на накоплении фоточувствительного красителя (фотосенсибилизатора (ФС)) в клетках-мишенях с последующим локальным воздействием на них низкоинтенсивного лазерного излучением определенной длины волны. В результате протекает ряд химических реакций, в ходе которых образуются активные формы кислорода (АФК), токсичные для клеток.

Атеросклеротические поражения сосудов — это результат сложного взаимодействия различных типов клеток, поэтому нельзя однозначно указать клетки-мишени для ФДВ. В настоящей работе мы исследовали чувствительность к ФДВ моноцит-производных макрофагов (Мн/Мф), эндотелиальных (ЭК) и гладкомышечных (ГМК) клеток, которым отводится ключевая роль в формировании поражений сосудистой стенки.

Мн/Мф из периферической крови человека, ЭК и ГМК аорты человека выделяли и культивировали согласно стандартным протоколам. сульфонируемый фталоцианин алюминия (ГУП НИОПИК РФ) (Фотосенс® (ФС®)), в конечной концентрации 10 мкг/мл добавляли к среде культивирования на 24 часа и определяли его накопление в клетках (в перерасчете на общий клеточный белок). Для проведения ФДВ клетки инкубировали с ФС® 24 часа, отмывали от него и облучали с помощью лазерного аппарата АЗОР ($\lambda = 675$ нм) дозами 1-20 Дж/см². Жизнеспособность клеток определяли с помощью МТТ-теста, образование АФК детектировали, используя H2DCFDA (2,7-дихлордигидрофлуоресцеиндиацетат). Наибольшей способностью накапливать ФС® обладали Мн/Мф (соответственно, Мн/Мф — 2,1, ГМК — 0,57, ЭК — 0,27 нг ФС®/мг белка). Жизнеспособность клеток после ФДВ уменьшалась пропорционально дозе облучения. При высоких дозах облучения погибало до 100% клеток. Низкие дозы (до 10 Дж/см²) лазерного облучения обладали меньшим повреждающим действием. Высокие, средние и низкие дозы отличались для разных типов клеток. При этом LD₅₀ для Мн/Мф составляла 10-20, для ГМК — 1-2, для ЭК — 0,5-1 Дж/см². ФДВ приводило к образованию АФК во всех типах клеток.

Таким образом, на модели *in vitro* показано, что клетки, популирующие сосудистую стенку человека (Мн/Мф, ЭК и ГМК) отличаются по способности накапливать ФС® и чувствительности к ФДВ, что необходимо учитывать при разработке протоколов применения ФДВ для лечения пролиферативных заболеваний сосудистой стенки.

**0914 ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ
АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ
ПРЕПАРАТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ТИПА
ДЕЙСТВИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

Уланова Т.В., Инчина В.И., Семенова Е.В., Семенов А.В.

ГОУВПО МГУ им. Н.П. Огарева, Медицинский институт, Саранск, Россия

Цель работы: изучение возможности коррекции атерогенных дислипидемий при сахарном диабете с помощью новых производных 3-гидроксипиридина (3-ГП).

Материал и методы исследования: исследование проведено на 80 белых крысах обоего пола, достигших половозрелости, массой 180-200 г. Сахарный диабет моделировали однократным внутривенным введением аллоксана в дозе 135 мг/кг. Гиперхолестеринемия моделировали ежедневным введением холестерина в дозе 40 мг/кг и эргокальциферола в дозе 7500 ЕД./кг *per os* в течение 14 дней. Летальность при моделировании — 40%. Через 14 суток после введения аллоксана животные были разделены на группы: 1-я — интактные крысы; 2-я — контрольная, крысы с диабетом и гиперхолестеринемией, которым перорально в течение 14 дней вводили 0,9% раствор NaCl в дозе 0,1 мл; крысы 3-й группы получали никотиновую кислоту в дозе 50 мг/кг *per os*; крысам 4-й группы вводили никотинат 3-ГП в дозе 50 мг/кг *per os*; 5-й — никотинат 3-ГП в дозе 50 мг/кг *per os* в комбинации с симвастатином в дозе 1 мг/кг *per os*; 6-й — симвастатин в дозе 1 мг/кг *per os*; крысы 7-й группы мексидол в дозе 50 мг/кг *per os*; 8-й — фумарат 3-ГП дозе 50 мг/кг *per os*.

Результаты и обсуждение: Введение аллоксана приводило к развитию достоверной гипергликемии: 4,33±0,41 ммоль/л у интактных крыс и 17,9±2,39 ммоль/л в группе, контроля. Минимальный уровень глюкозы в сыворотке крови наблюдался у животных получавших фумарат 3-ГП — 8,4 ммоль/л и в группе, получавших комбинацию симвастатин+никотинат 3-ГП — 9,4 ммоль/л. Летальность в группах существенно варьировала: в контроле она составила 40%, в группе, получавшей никотиновую кислоту — 50%; в группе, получавшей симвастатин — 20%; в группах, получавших никотинат, никотинат+симвастатин, фумарат, мексидол и среди интактных животных — 0%. Уровень общего холестерина (ОХ) в группе контроля был почти в 1,5 раза выше, чем у интактных крыс. Максимальное снижение уровня ОХ наблюдалось на фоне монотерапии никотинатом 3-ГП и на фоне введения комбинации симвастатина и никотината 3-ГП на 38 и 30% соответственно. Тогда как на фоне монотерапии симвастатином уровень ОХ снижался лишь на 23%. На фоне терапии

фумаратом уровень ОХ также достоверно снижался на 32%. Уровень триглицеридов (ТГ) в сыворотке крови крыс из группы контроля был достоверно выше, чем у интактных животных. Минимальный уровень ТГ наблюдался в группе животных получавших никотиновую кислоту $-0,47 \pm 0,07$ ммоль/л. На фоне монотерапии симvastатином уровень ТГ снижался на 21% по отношению к контролю. Новые производные 3-ГП оказывают сопоставимое с симvastатином снижение уровня ТГ на 22, 15 и 26 % соответственно. Никотинат 3-ГП, никотинат 3-ГП в комбинации с симvastатином и фумарат 3-ГП вызывают достоверное снижение холестерина ЛПНП на 63, 57 и 58% соответственно. В группе животных получавших монотерапию симvastатина наблюдалось снижение уровня холестерина ЛПНП на 43% по отношению к контрольной группе.

Все исследуемые соединения снижали индекс атерогенности (ИА). Минимальные значения ИА наблюдались на фоне терапии фумаратом 3-ГП — 1,4.

Вывод: Новые производные 3-ГП (никотинат и фумарат в дозах 50 мг/кг) оказывают выраженное корригирующее действие при метаболических нарушениях на фоне аллоксанового диабета с экзогенной гиперхолестеринемией, достоверно снижая уровень ОХ, ТГ холестерина ЛПНП, ИА; а также уровень глюкозы в сыворотке крови подопытных животных, что, вероятно, обуславливает более высокую выживаемость животных, в группах, получавших исследуемые соединения.

0915 ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА «ЮГРА-КОР»

Урванцева И.А., Милованова Е.В.

Окружной кардиологический диспансер, Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургут, Россия

Цель исследования: проанализировать эффективность лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) на амбулаторно-поликлиническом этапе в течение года после госпитализации, получивших стандартную терапию (СТ) и высокотехнологичную медицинскую помощь (ВТМП) — чрескожные коронарные вмешательства или коронарное шунтирование.

Методы исследования: ежеквартально кабинет диспансеризации ОКД «ИД и ССХ» проводит мониторинг состояния медицинской помощи больным с ОКС в ХМАО-Югре на основании отчетов из всех лечебно-профилактических учреждений округа.

Результаты исследования: Всего на диспансерный учет взяты 2452 больных, пролеченных в 2008г по поводу ОКС, из них перенесших инфаркт миокарда (ИМ) 1194, после нестабильной стенокардии (НС) 1258. Хорошие результаты лечения (состояние ремиссии) достигнуты у 1993 (81,3%) больных. Ремиссия достигнута у 576 (88,2%) больных ОКС, получивших ВТМП — на 9,4% больше, чем среди больных, получавших (СТ) — 1417 (78,8%) пациентов ($p < 0,0001$). Особенно значимое различие наблюдается у больных ИМ: ремиссии достигли 89,6% больных после ВТМП, а после СТ лишь 72,6% ($p < 0,0001$).

Рецидивы стенокардии 2-4 ФК в течение года после ОКС выявлены у 331 (13,5%) больного. Стенокардия реже рецидивирует у больных, получавших ВТМП — в 9% случаев, в то время, как у больных после СТ в 15,2% случаев — больше на 6,2% ($p < 0,0001$). Значительное различие по рецидивам стенокардии наблюдается у больных ИМ: 5,8% после ВТМП и 15% после СТ ($p < 0,0001$).

Повторный ИМ в течение года перенесли 50 (2%) больных, пролеченных по поводу ОКС. Повторные инфаркты значительно чаще наблюдаются у больных после ИМ (48, или 4% пациентов), чем у больных с НС (2 или 0,2% больных). Пациенты после ИМ, получившие ВТМП, повторный инфаркт перенесли в 3,2% случаев, после СТ — в 4,3%, различие статистически незначимо ($p = 0,3$).

Умерли в течение года после лечения 78 (3,2%) больных ОКС. Летальность после ИМ 6%, после НС 0,4%. Смертность больных, перенесших ИМ, ниже у получивших ВТМП (1,4%) по сравнению с больными после СТ (8,1%), ($p < 0,0001$).

Вернулись к трудовой деятельности 1157 (47,2%) больных, пролеченных по поводу ОКС. Среди больных, перенесших ИМ,

к труду вернулись 50,4% пациентов после ВТМП, что достоверно больше по сравнению с больными, получавшими СТ (42,9%) ($p = 0,01$). При НС различий по параметру возврата к труду не выявлено (49% в группах больных после ВТМП и после СТ). Получили группу инвалидности 143 (5,8%) больных ОКС, в том числе 109 (6%) после СТ и 34 (5,2%) после ВТМП ($p = 0,4$).

Выводы: отдаленные результаты лечения больных с острым коронарным синдромом (в течение года после госпитализации) в целом лучше у больных, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь: по параметрам достижения ремиссии, рецидивам стенокардии, летальности и возврата к трудовой деятельности.

0916 ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ХАНТЫ-МАНСЬСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ- ЮГРЕ

Урванцева И.А., Шарафилова Н.В., Ярков В.И.

Департамент здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа, Югры, Ханты-Мансийск, Россия; Окружной кардиологический диспансер, Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургут, Россия

В автономном округе в 2008 году разработан и принят к реализации инновационный проект «Югра-Кор», как система обеспечения неотложной кардиологической помощью населения округа.

Основная цель проекта: сокращение смертности при ишемической болезни и инвалидизации от сердечно-сосудистых заболеваний, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных.

Условия реализации: социальная ориентированность политики правительства автономного округа, высокий уровень развития кардиологической и кардиохирургической службы Югры, материально-техническая база (в округе функционируют 2 отделения и 1 кабинет рентгенхирургических методов диагностики и лечения), подготовленный персонал, внедренные технологии и опыт оказания высокотехнологичной помощи при ИБС, готовность окружных ЛПУ к работе в Проекте,

Результаты: организовано три центра интервенционной кардиологии (ЦИК): Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Окружная клиническая больница г.Ханты-Мансийска, Няганская окружная больница. За каждым ЦИК закреплены муниципальные образования округа — зоны территориальной ответственности. Определены схемы и алгоритмы транспортировки больных при остром коронарном синдроме (ОКС). Разработаны и внедрены этапы и уровни оказания медицинской помощи:

1. Госпитальный этап — первичная медико-санитарная помощь
2. Госпитальный этап — 1 уровень: терапевтические и кардиологические отделения муниципальных и участковых больниц
- 2 уровень: Окружные лечебно-профилактические учреждения (ЦИК №1, ЦИК №2, ЦИК №3, Сургутская окружная клиническая больница)
3. Амбулаторно-поликлинический этап

Для каждого этапа определены критерии эффективности и алгоритмы подготовки персонала для работы в Проекте. Реализация Проекта запланирована на трехлетний период (2008-2010гг). Финансирование осуществляется в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения на территории округа. Основные индикативные показатели: снижение летальности от острого инфаркта миокарда к 2010 г до 7,5% (в 2007г данный показатель составил 10,2%), выполнение первичной ангиопластики в объемах не менее, чем у 30% больных с острым инфарктом миокарда (в 2006г этот показатель составил 5,8%).

Выводы: 1) Реализация Проекта «Югра-Кор» будет способствовать созданию и внедрению в округе региональной, научно-обоснованной модели оказания медицинской помощи больным

острым инфарктом миокарда, повышению квалификации персонала и созданию системы государственных гарантий для пациентов на право получения высокотехнологичной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях. 2) Проект «Югра-Кор» демонстрирует высокий уровень развития кардиологической системы ХМАО-Югры и всей системы здравоохранения региона, готовой к оперативному внедрению новейших международных медицинских технологий и методик.

0917 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА

Урумбаев Р.К., Халматов А.Н, Аширова Г.Р., Джорунбекова К.Ш. Национальный Центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова, Бишкек, Кыргызская Республика

Целью нашего исследования была анализ распространенности и оценка значительности метаболического синдрома (МС) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) составляющую группу высокого риска.

Всего был проанализирован 341 больной КБС в возрасте $53,8 \pm 0,4$ лет (217 мужчин и 124 женщин).

Всем больным провели клинико-функциональные и лабораторные обследования в Национальном Центре кардиологии и терапии, далее они наблюдались в поликлинике Центра. Среди обследованных острый инфаркт миокарда (в момент включения в исследование, или перенесли ранее) имели 58,6% больных, стенокардию напряжения 74,2%, сердечную недостаточность 59,5% и нарушения ритма сердца 26,7% от общего количества, включенных в исследование.

Те или иные состояния составляющие МС: артериальная гипертония (АД $\geq 140/90$ мм рт.ст.); избыточная масса тела (индекс массы тела $\geq 25 \text{ кг/м}^2$); сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе, гиперхолестеринемия ($\geq 5,0$ ммоль/л) были практически у всех больных КБС. При этом — артериальная гипертония встречалась у 69%, избыточная масса тела — у 57,5%, сахарный диабет или нарушение толерантности к глюкозе — у 16,7%, гиперхолестеринемия — у 49% обследованных. В подавляющем большинстве случаев (89%) у одного и того же больного встречались по 2,3 и более факторов риска, составляющих МС. У женщин чаще (23,4% и 72,6%, соответственно) чем у мужчин (16,7% и 69%, соответственно). Но, в общем, частота распространенности МС была достаточно высокой.

Низкая физическая активность пациентов, а это практически 62,5% от общего количества обследованных, является дополнительным фактором риска, ухудшающим прогноз в отношении вероятности развития осложнений и увеличения смертности больных КБС.

Таким образом, проводимые профилактические мероприятия в группах «высокого риска» должны быть адресными и многофакторными, включающими также дозированную физическую нагрузку.

0918 АКТИВНОСТЬ КЛУБЧКОВОЙ И ПУЧКОВОЙ ЗОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Усенко Г.А., Усенко А.Г., Козырева Т.Ю., Герасенко А.А. НГМУ ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: изучить у больных АГ функциональную активность щитовидной железы (по Т3 и Т4), а также клеток клубочковой и пучковой зоны коры надпочечников на фоне антигипертензивной терапии (АГТ) с коррекцией и без коррекции высокой тревожности.

Методы исследования. В период с 1999 по 2009гг посредством психологических тестов большие группы здоровых и больных АГ- II мужчин (54 ± 2 лет) были разделены на высоко (ВТ) и низкотревожных (НТ) холериков (Х), сангвиников (С), флегматиков (Ф), меланхоликов (М). В сыворотке крови исследовали содержание кортизола, альдостерона, инсулина, Т3 и Т4 (радиоиммунным методом, диагностики фирмы СЕА-IRE-SORIN). Данные учитывали до начала амбулаторного лечения (0) и через

3, 6, 9 и 12 месяцев приема препаратов АГТ в сочетании и без сочетания с анксиолитиками (Ах) и антидепрессантами (Ад). Учитывали степень энцефалопатии. Признаки депрессии у ВТ/Ф и М были выше, чем у ВТ/Х и С, в этой связи, первые получали 1 тб. Ад в полдень, а утром и вечером Ах, а вторые — Ах. НТ-больные получали 1 тб Ах на ночь. Работники сенсомоторного профиля Ах и Ад не получали. Дозы подбирали индивидуально.

Результаты. У здоровых и больных АГ ВТ/Х и С содержание кортизола, Т3 и Т4 было выше, а инсулина и альдостерона ниже, чем у ВТ/Ф и М. Оказалось, что у ВТ/Ф и М содержание кортизола и Т3 было ниже, а альдостерона и инсулина выше, чем у здоровых ВТ/Ф и М. Между НТ Х, С и НТ Ф и М найдены такие же, но менее выраженные, по сравнению со здоровыми, различия. Кроме того, у ВТ-лиц содержание кортизола, Т3 и Т4, а также альдостерона было выше, а инсулина ниже, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. У ВТ (НТ)-пациентов такие же различия, по сравнению с ВТ (НТ)-здоровыми людьми также соответствующего темперамента. Итак, содержание кортизола, Т3 и Т4 снижалось, а инсулина и альдостерона достоверно увеличивалось в последовательном ряду: $X > C > \Phi > M$. Через год лечения содержание гормонов в указанном последовательном ряду не изменилось. Однако по сравнению со схемой «АГТ», схема лечения «АГТ+Ах+Ад» через год сочеталась с максимальным приближением содержания гормонов к таковому у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности. Уже через 6 месяцев лечения содержание гормонов было таким, как через год лечения по схеме «АГТ». Это сочеталось с более низким АД и степенью энцефалопатии.

Выводы: 1. Течение АГ-II у ВТ (НТ) /Х и С отличается от такового у ВТ (НТ)Ф и М более высокой функциональной активностью щитовидной железы (по Т3 и Т4) и пучковой зоны коры надпочечников, но более низкой активностью клубочковой зоны и бета-клеток островкового аппарата поджелудочной железы.

2. Лечение в сочетании с коррекцией тревожности и депрессии раньше и более эффективно, чем без коррекции, приближает содержание гормонов, а также степень энцефалопатии к таковому у здоровых лиц соответствующей тревожности и темперамента.

0919 ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИСЛОРОДА ОРГАНИЗМОМ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Усенко Г.А., Усенко А.Г., Паруликова Л.В., Козырева Т.Ю., Герасенко А.А. НГМУ ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: установить особенности внешнего дыхания и схему лечения, способствующую приближению величины коэффициента использования кислорода (КИО2) к таковой у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности.

Методы исследования. В период с 1999 по 2009гг посредством психологических тестов большие группы здоровых и больных АГ-II мужчин (54 ± 2 лет) были разделены на высоко (ВТ) и низкотревожных (НТ) холериков (Х), сангвиников (С), флегматиков (Ф), меланхоликов (М). На оксиспирограммах определяли: частоту (ЧД) и глубину (ГД) дыхания, ЖЕЛ, дыхательный (ДО) и минутный объемы дыхания (МОД), трахеобронхиальную проходимость (ТБП), остаточный объем («мертвое пространство»-МПр), вентиляцию МПр (В-МПр) и альвеол (ВА), объем остаточного альвеолярного воздуха (V-ОАВ), потребление кислорода (ПО2) и КИО2, время задержки дыхания на вдохе (Твд) и на выдохе (Твдл). Данные учитывали через 3, 6, 9 и 12 месяцев от начала амбулаторного лечения препаратами антигипертензивной терапии (АГТ) в сочетании и без сочетания с анксиолитиками (Ах) и антидепрессантами (Ад) (кроме водителей). Признаки депрессии у ВТ/Ф и М были выше, поэтому, ВТ/Х и С получали 1 тб Ах 2-3 раза в день, а ВТ/Ф и М в полдень получали 1 тб Ад, а утром и вечером Ах, НТ-больные получали 1 тб Ах на ночь. Дозы подбирали индивидуально.

Результаты. Глубина дыхания, ДО, МОД, ЖЕЛ, остаточный объем, вентиляция альвеол и величина ТБПр снижались в последовательном ряду: $X > C > \Phi > M$. Напротив, ЧД, уровень вентиля-

ции МПр и объем вентиляции остаточного альвеолярного воздуха повышались в порядке: $M > \Phi > C > X$. Величина PO_2 , KIO_2 , Твд и Твд у ВТ/Х и С были выше, чем у ВТ/Ф и М. В этой связи последние отличались низкой устойчивостью к гипоксии. У ВТ-пациентов ЧД, ГД, ДО, МОД и ЖЕЛ, вентиляция МПр, альвеол, V-ОАВ были выше, чем у НТ-лиц соответствующего темперамента. Оказалось, что уровень ВА, ТБПр, PO_2 у ВТ/Х и С были выше, а у ВТ/Ф и М ниже, чем у таких же здоровых лиц. С другой стороны, KIO_2 , Твд и Твд у ВТ-лиц были ниже, чем здоровых лиц. Такие же различия получены в группах НТ-лиц. Лечение по схеме «АГТ+Ах+Ад», а отличие от «АГТ», более существенно приближало величины показателей к таковым у здоровых лиц соответствующего темперамента и тревожности, не изменяя особенностей последовательного ряда и отличий ВТ от НТ. Особенность в том, что уже через 6 месяцев лечения снижение МОД и повышение PO_2 сочеталось с увеличением KIO_2 . Последнее отразилось на повышении Т в д и Т в выд, более выраженное у ВТ/Ф и М.

Выводы: 1. Величина KIO_2 , Твд и Твд, а также полезных объемов снижалась, а «вредных» увеличивалась в ряду: $X > C > \Phi > M$. 2. АГ-терапия на фоне коррекции тревожности сочеталась с более оптимальным изменением дыхательных объемов, повышением использования кислорода тканями больного, что существенно повысило устойчивость к гипоксии, особенно ВТ/Ф и М-пациентов.

0920 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ

Усенко А. Г., Усенко Г. А., Паруликова Л. В., Козырева Т. Ю., Герасенко А. А.

НГМУ ГОУ ВПО Росздрава, Новосибирск, Россия

Цель: изучить особенности вегетативного тонуса организма (ВТО) у больных артериальной гипертензией (АГ-II) и оптимизировать схему антигипертензивной терапии (АГТ).

Методы исследования. В период с 1999 по 2009 гг посредством психологических тестов большие группы здоровых и больных АГ-II мужчин (54 ± 2 лет), были разделены на высоко (ВТ) и низкотревожных (НТ) холериков (Х), сангвиников (С), флегматиков (Ф), меланхоликов (М). Рассчитывался вегетативный индекс Керде (ВИК) и вегетативный тонус организма (ВТО). Для этого определяли частоту пульса, АД, диаметр зрачка (ДЗ), влажность кожных покровов (ВКП), температуру тела (T_{0C}), пальцев кисти и стопы (T_{0C} к, T_{0C} стп), а также ряд интегративных показателей систем: ЦНС, сердечно-сосудистой, дыхания, крови, пищеварения, а также обменов — углеводного, и основного, функции щитовидной железы и коры надпочечников, уровень внимания (УВ), степень энцефалопатии (Э) и другие показатели, согласно методике А. М. Вейна и др. (2004). Данные учитывали до-, и через 3, 6, 9 и 12 месяцев от начала амбулаторного лечения препаратами АГТ в сочетании и без сочетания с анксиолитиками (Ах) и антидепрессантами (Ад). ВТ/Х и ВТ/С отличались от ВТ/Ф и М превалированием депрессии над тревожностью. Поэтому, первые получали преимущественно Ах, а вторые — 1 тб Ад в полдень, а утром и вечером Ах. НТ-больные получали 1 тб Ах на ночь. Дозы подбирались индивидуально. Работники сенсомоторного профиля не получали Ах и Ад.

Результаты. До лечения положительные значения ВИК были выше, чем у ВТ-здоровых и НТ-пациентов соответствующего темперамента. У ВТ/Ф и М значения ВИК были отрицательными и выше, чем у здоровых и НТ/Ф и М-пациентов. Диаметр зрачка, доля лиц в группе с ВКП и T_{0C} тела у ВТ/Х и С были выше, а T_{0C} к и T_{0C} стп — ниже, чем у таких же здоровых лиц и ВТ/Ф и М. Значения ВИК у ВТ/Х и С, а также ВТО свидетельствовали о существенном влиянии симпатического-, а у ВТ/Ф и М — парасимпатического отдела ВНС на организм, что отрицательно влияет на течение АГ. Такие же, но менее выраженные различия получены в группе НТ-больных с указанным темпераментом. Лечение по схемам «АГТ» и «АГТ+Ах+Ад» сочеталось с приближением ВИК и ВТО к таковым у здоровых лиц соответствующей тревожности и

темперамента. Схема «АГТ+Ах+Ад» более существенно снижала различия между здоровыми и больными. Уже через полгода значения были такими, как через год лечения по схеме «АГТ».

Выводы: 1. Течение АГ у Х и С, характеризуется существенным влиянием на организм симпатического, а у Ф и М — парасимпатического отдела ВНС. Сдвиги более выражены у ВТ-пациентов, по сравнению с НТ. 2. Схема лечения «АГТ+Ах+Ад» более существенно и на 6 месяцев раньше, нежели «АГТ», снижает различия в вегетативном статусе организма между здоровыми и больными мужчинами соответствующего темперамента и тревожности.

0921 ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У ЮНОШЕЙ С ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ СТРОЕНИЯ СЕРДЦА

Усольцева Т. А., Азаргинова В. А., Канзычакова Н. И., Макаров С. А.
МУЗ «Кемеровский кардиологический диспансер», Кемерово, Россия

Цель: изучение клинко-функциональных параметров у юношей с диспластикозависимыми особенностями строения сердца и оценки степени адаптивности ССС к физической нагрузке.

Методы исследования: Обследовано 98 юношей в возрасте 10-17 лет: проведен клинический осмотр с антропометрией, измерением АД, оценка физического развития, определение вегетативного статуса, электрокардиография, эхокардиография, велоэргометрия.

Результаты: В зависимости от степени выраженности дисплазии были сформированы группы: с изолированным ПМК ($n=37$), с изолированными АХА ($n=13$) и с комбинацией ПМК и АХА ($n=35$). Контрольную группу ($n=13$) составили подростки с отсутствием жалоб, нормальными физическими и гемодинамическими параметрами без морфофункциональных особенностей строения сердца. Средний возраст составил $12,56 \pm 0,67$ года. Исходно минимальные средние значения ЧСС отмечались в контрольной группе. Максимальное увеличение средних значений САД на физическую нагрузку зарегистрировано в контрольной группе. Увеличение среднего ДАД было минимальным у юношей с АХА ($p < 0,01$). У подростков всех сравниваемых групп происходило снижение ударного объема, что может являться косвенным признаком ухудшения систолической функции левого желудочка при ФН и свидетельствует о дизадаптивной реакции ССС. Увеличение МОК происходило в основном за счет повышения ЧСС, прирост МОК составил от 108,58% в контрольной группе до 131,25% в группе АХА ($p > 0,05$). Общее периферическое сопротивление в ответ на физическую нагрузку снижалось у подростков всех сравниваемых групп ($p < 0,05$). О недостаточной физической подготовленности подростков свидетельствовал большой процент прекращения пробы из-за усталости, у 2 мальчиков с ПМК и 1 с комбинацией ПМК+АХА выявлена патологическая реакция ССС. Нормотоническая реакция на ФН достоверно реже определялась среди мальчиков с комбинацией ПМК+АХА (87,80%, $p < 0,05$). Неблагоприятный (гипо- и гипертонический) тип реакции встречался у подростков с ПМК и в 2 раза чаще — в группе ПМК+АХА. Обращает внимание появление экстрасистолии (чаще предсердной) в ходе проведения пробы (14,29% у подростков с АХА, 11,11% в группе с изолированным ПМК и 14,63% — с комбинацией ПМК+АХА). Тахикардальный синдром отмечался почти у каждого четвертого юноши. Функциональные резервы гемодинамики, определяемые по хронотропному и инотропному резерву, достоверно не отличались.

Выводы: При проведении ВЭМП выявлена недостаточная физическая подготовленность подростков, о чем свидетельствует высокий удельный вес юношей, прекративших пробу из-за усталости, и дизадаптивная реакция ССС в виде снижения ударного объема и обеспечения адекватного МОК за счет повышения ЧСС, появление тахикардального синдрома и экстрасистолии в процессе проведения пробы, что следует учитывать при организации учебного процесса в школе.

0922 СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фазлова И.Х., Гуранова Н.Н., Радайкина О.Г.

ГОУВПО «МГУ имени Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования: изучение распространенности отдельных вариантов ремоделирования сердца и нарушений диастолической функции у больных артериальной гипертензией.

Материалы и методы. Обследовано 50 человек с артериальной гипертензией II–III стадий. Средний возраст пациентов составил $55,8 \pm 1,20$ лет. Уровень АД у обследованных пациентов находился в пределах от 140/90 до 260/140 мм рт.ст. и составил в среднем $187,93 \pm 3,75/131,85 \pm 21,3$ мм рт.ст. Длительность артериальной гипертензии в среднем составила $12,63 \pm 1,007$ лет. Инструментальное обследование включало ЭхоКГ (Aloka SSD 5000) с целью определения типа ремоделирования сердца и параметров диастолы у обследованных больных. Оценивались относительная толщина стенок и индекс массы миокарда левого желудочка. Изучение диастолической функции проводилось путем исследования трансмитрального кровотока в режиме импульсно-волнового доплера из верхушечной четырехкамерной позиции и движения фиброзного кольца митрального клапана в импульсно-волновом режиме тканевого доплера.

Результаты. Среди обследованных лиц гипертрофия миокарда по ЭхоКГ-данным была диагностирована в 60% случаев, в то время как по данным ЭКГ гипертрофия левого желудочка была обнаружена в 74%. В обследованной группе чаще встречалась нормальная геометрия сердца (40% случаев), эксцентрическая и концентрическая гипертрофии встречались с одинаковой частотой (в 30 и 26% случаев). Концентрическое ремоделирование оказалось наиболее редким видом изменения геометрии сердца (4%).

Пациенты с разной геометрией сердца не различались между собой по возрасту и длительности артериальной гипертензии. Уровни АД были достоверно выше у больных с концентрической гипертрофией. Осложнения артериальной гипертензии (цереброваскулярные заболевания, заболевания сердца и сосудов, ретинопатия) у больных с концентрической гипертрофией также встречались чаще с высокой степенью достоверности. Таким образом, концентрическая гипертрофия является наиболее неблагоприятным типом ремоделирования сердца по влиянию на прогноз больных артериальной гипертензией.

78% пациентов имели нарушения диастолической функции, чаще встречался II тип диастолической дисфункции. Значимых различий в частоте развития диастолической дисфункции в зависимости от наличия гипертрофии левого желудочка у обследованных не было. В то же время, анализируя состояние диастолической функции с учетом геометрического строения сердца, мы выявили определенные закономерности. При развитии концентрической гипертрофии нарушения диастолической функции наблюдались достоверно чаще, чем у больных с нормальной геометрией и эксцентрической гипертрофией. Достоверных различий в частоте развития диастолической дисфункции у больных с нормальной геометрией и эксцентрической гипертрофией не было. При этом более тяжелые нарушения диастолической функции сердца имели место у больных с эксцентрической гипертрофией.

Таким образом, развитие диастолической дисфункции и ее тяжесть определялись в нашем исследовании не столько фактом наличия гипертрофии левого желудочка, сколько видом ремоделирования сердца.

0923 ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Файзуллаев Б.Р., Сагиров А.М., Сабуров М.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Целью настоящей научной работы было проведение сравнительного анализа сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) среди женщин фертильного возраста в разрезе областей Республики

Узбекистан. Для этого нами использованы официальные данные МЗ РУз за последние годы.

Установлено, что ССЗ среди женщин детородного возраста Хорезмской области составляли 5,2% от всех нозологий, а среди беременных этот показатель достигал 0,2%. Такие же показатели получены по Республике Каракалпакстан — соответственно 5,2 и 0,1%. В г.Ташкенте ССЗ среди женщин детородного возраста и беременных встречалась достоверно больше — соответственно — 31% и 4,1%. Это, по-видимому, объясняется высоким уровнем урбанизации и образом жизни большого города. В среднем по республике ССЗ среди изучаемого контингента выявлялась в 2 раза больше, чем в областях относящихся к региону Приаралья — 11,1%. Существенной была разница и по показателю заболеваемости ССЗ среди беременных — 0,9%. Высокая заболеваемость по ССЗ отмечают так же у женщин, проживающих в Самаркандской (14,6%), Навоийской (14,6%), Джизакской (13,5%), Сырдарьинской (11,5%) и Сурхандарьинской (11,3%) областях, данные которых были выше средне республиканских показателей.

Низкая заболеваемость кроме женщин, проживающих в Республики Каракалпакстан (5,2%) и Хорезмской области (5,2%), так же отмечался в Ташкентской (6,6%) и Андижанской (7,2%) областях. В других областях республики заболеваемость ССЗ среди изучаемого контингента было в пределах 8,7–11%. По удельному весу ССЗ среди других нозологий у женщин по всей Республике уступают только распространенности анемии, но достоверно больше во всех областях по болезням почек и желудочно-кишечного тракта. В связи с этим, при планировании лечебно-профилактических мероприятий нужно особо обратить внимание на ССЗ среди этих женщин.

Таким образом, заболеваемость ССЗ среди женщин детородного возраста и беременных, проживающих в Хорезмской области и Республике Каракалпакстан достоверно ниже от этих же показателей г.Ташкента и средних данных по Республике. Кроме того, высокая выявляемость ССЗ среди женщин детородного возраста отмечается в Самаркандской, Навоийской, Джизакской, Сырдарьинской и Сурхандарьинской областях, а также в г.Ташкенте.

0924 ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ УЗБЕКИСТАНА

Файзуллаев Б.Р., Сагиров А.М., Сабуров М.Ю.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Целью настоящей научно-исследовательской работы явилось изучение распространенности артериальной гипертензии (АГ) в экологически неблагоприятном регионе Южного Приаралья (Хорезмская область и Республика Каракалпакстан) в возрастном аспекте и определение зависимости заболеваемости АГ с качеством питьевой воды.

Анализ последних 8 лет исследований показывают, что процент несоответствия питьевой воды ГОСТу снижается, приближаясь к средним республиканским данным. По — видимому, это связано с улучшением обеспечения населения, в том числе сельского питьевой водой, однако процент общей минерализации питьевой воды остается высокой и не отмечается тенденции к снижению этого показателя. В период наблюдения в Хорезмской области за все годы наблюдений процент общей минерализации воды было достоверно выше показателей средне республиканских и областей находящихся в экологически неблагоприятных регионах ($P < 0,05$). Такая же ситуация наблюдается и в Республике Каракалпакстан, поэтому показателю, что указывают на повышение минерализации питьевой воды вследствие высыхания Аральского моря.

Исследования по определению АГ среди сельских жителей Хорезмской области (обследовано 1886 человек) показало, что из всех обследованных выявляемость АГ была высокой в возрастной группе 61–74 года, что составило 71,43% от всех обследованных этого возраста людей. В последующих местах расположились обследованные в возрасте 36–60 лет — 68,28% от всех обследованных этого возраста, 22–35 лет — 26,94%, 18–21 года — 5,32%. Для сравнения такие же исследования были проведены в районах, где используется питьевая вода с понижен-

ной минерализацией. Исследования показывают, что АГ в этой исследуемой группе встречается достоверно меньших количествах, чем в районах с высокой минерализацией. Так в возрастной группе 61-74 года АГ выявляется в 52,27% случаев, а возрастной группе 36-60 лет в 42,91%, в возрастной группе 22-35 лет у 12,76% обследованных. У молодых в возрасте 18-21 года АГ выявлялась всего лишь в 0,58% случаев.

Сравнительный корреляционный анализ полученных данных показывает, что между процентом минерализации питьевой воды и выявляемостью АГ среди населения есть сильная, прямая связь ($p=0,82$), это значит, что чем выше минерализация питьевой воды, употребляемая населением постоянно, тем выше выявляемость АГ среди них. Из полученных данных следует, что при планировании и проведении профилактических мероприятий по предупреждению распространенности и осложнений АГ населения нужно учитывать и процент минерализации употребляемой населением питьевой воды.

Таким образом, установлено, что в Хорезмской области Узбекистана наблюдается высокая минерализация питьевой воды, употребляемая большей частью населения проживающего в сельской местности, связанная с высыханием Аральского моря. Выявлено, что в районах Хорезмской области, где наблюдается повышенная общая минерализация питьевой воды обнаруживается и высокий процент выявления артериальной гипертензии среди населения по сравнению с людьми употребляющими питьевую воду с низкой общей минерализацией.

0925 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Фальковская А.Ю., Мордовин В.Ф., Белокопытова Н.В., Лукьяненко П.И.
НИИ Кардиологии, Томск, Россия

Характерные для артериальной гипертензии (АГ) процессы сердечно-сосудистого ремоделирования в виде утолщения комплекса интимы-меди (I-M) церебральных артерий и гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) ассоциируется с повышенным риском мозгового инсульта, что может быть результатом ускоренного формирования ранних структурных изменений головного мозга.

Цель исследования: определить возможные взаимосвязи сердечно – сосудистого ремоделирования с доклиническими МРТ – признаками цереброваскулярной патологии у больных АГ высокого риска.

Материал и методы: УЗИ внутренней сонной артерии (ВСА), средней мозговой артерии (СМА) (Acuson 128 XP 10 (США)), эхокардиография (HDI 5000 Sono CT (Philips, Германия)) и МРТ головного мозга (Magnetom-Open (0.2 T)) были выполнены у 51 больного АГ в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа (11 мужчин, возраст от 40 до 61 года).

Результаты: обнаружены прямые корреляционные взаимосвязи массы миокарда ЛЖ со структурными изменениями головного мозга по данным МРТ: а) с расширением боковых желудочков ($R=0,23$, $p=0,01$); б) со степенью внутричерепной гипертензии ($R=0,3$, $p=0,04$); в) со степенью перивентрикулярного отека ($R=0,3$, $p=0,04$). Толщина I-M комплекса ВСА была взаимосвязана с линейными размерами боковых желудочков ($r=0,45$; $p=0,01$).

Рост сосудистого сопротивления церебральных артерий сопровождался расширением линейных размеров III желудочка ($r=0,36$, $p=0,04$ для ВСА), прогрессированием перивентрикулярного отека ($R=0,31$, $p=0,01$ для СМА и $R=0,51$, $p=0,001$ для ВСА), повышением степени внутричерепной гипертензии ($R=0,51$, $p=0,001$ для СМА) и развитием очагов церебральной ишемии (в виде увеличения регионов с фокальными повреждениями белого вещества на ипсилатеральной стороне ($R=0,36$ $p=0,03$ для ВСА, $R^2=0,14$, $df(1,45)$, $F=7,531$, $p=0,008$ для СМА).

Выводы: процессы сердечно – сосудистого ремоделирования протекают параллельно с развитием ранних МРТ – признаков повреждений головного мозга и могут рассматриваться в качестве маркеров их формирования у больных с сочетанием АГ и СД.

0926 ГИПОТЕНЗИВНЫЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ, СОСУДИСТЫЕ И ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЕРАПАМИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фальковская А.Ю., Мордовин В.Ф., Русина А.М., Усов В.Ю.
НИИ Кардиологии, Томск, Россия

Цель исследования: оценить влияние верапамила на профиль артериального давления (АД), метаболические показатели, периферическую и церебральную вазореактивность, а также ранние структурные повреждения головного мозга у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: У 26 человек с АГ I-II стадии 1-2 степени (возраст от 30 до 60 лет, 10 мужчин) проводились МРТ головного мозга («Magnetom-OPEN», «Siemens AG», Германия), суточное мониторирование АД (СМАД, ABPM –04 (Meditech, Hungary)), оценка состояния углеводного и липидного метаболизма, эндотелийзависимая вазодилатация (ЭЗВД) плечевой артерии по пробе Целермайера (Acuson 128 XP 10 (США)) и вазореактивность средней мозговой артерии (СМА) по пробам с гипо- и гиперкапнией (HDI 5000 Sono CT (Philips, Германия)) с расчетом коэффициентов реактивности на гиперкапнию (K+) и гипоккапнию (K-). Повторно обследования выполнялись через 6 месяцев терапии верапамилом (Изонин SR 240-480мг).

Результаты: Препарат оказывал значимое гипотензивное действие ($p<0,001$) с достижением целевых значений АД у 96% больных, а также оказывал благоприятное влияние на липидный обмен в виде уменьшения уровня ХС-ЛПНВ от $3,9\pm 1,2$ до $3,5\pm 0,9$ ммоль/л, $p=0,03$.

В процессе лечения нормализация периферической вазореактивности была достигнута у 86% больных, с повышением ЭЗВД в среднем по группе от $9,3\pm 3,8\%$ до $13,1\pm 4,7\%$, $p=0,01$. Возрастное резерва вазодилатации СМА имело место у 71% больных, с увеличением K+ в среднем по группе от $-0,7\pm 14,8\%$ до $12,3\pm 12,3\%$.

По данным МРТ отмечено уменьшение линейных размеров рогов боковых желудочков (от $4,1\pm 2,1$ до $3,4\pm 1,8$ мм), глубины перивентрикулярного отека (ПВО) (от $2,2\pm 0,7$ до $1,5\pm 0,9$, $p<0,01$) и субкортикального отека (СКО) (от $2,1\pm 0,8$ до $1,1\pm 0,9$ мм, $p<0,001$).

Нормализация ликвородинамических расстройств зависела от степени гипотензивного эффекта по данным СМАД ($p<0,01$), уменьшение глубины ПВО имело корреляционную зависимость от увеличения ЭЗВД ($R=-0,59$, $p=0,01$), а снижение глубины СКО было взаимосвязано с повышением резерва вазодилатации СМА (K+) ($r=-0,66$, $p=0,04$).

Заключение: Высокая гипотензивная эффективность верапамила у больных АГ сочетается с благоприятными изменениями липидного профиля и обратным развитием ранних структурных изменений головного мозга, тесно связанного со степенью снижения АД, улучшением периферической и церебральной вазореактивности.

0927 НОВЫЕ ДАННЫЕ О ДИАСТОЛЕ СЕРДЦА

Фатенков В.Н.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель: получить новые данные о взаимодействии слоев миокарда в систолу и диастолу сердца.

Методы: Проведено 3 серии острых и 1 серия хронических экспериментов. В первой серии регистрировали ЭКГ, тензограммы субэпикардального, циркулярного и субэндокардиального слоев миокарда, ВЖД в левом желудочке и давление в аорте, во второй – механотопограмму субэпикардального слоя, в третьей – электромиограммы мышечных слоев и в четвертой серии – исследовали смещение рентгенконтрастных меток, вживленных в слой миокарда.

Результаты: В результате проведенных экспериментов установлена асинфазность сокращения мышечных слоев миокарда. Систола желудочков начинается сокращением субэндокардиального и субэпикардального слоев в области верхушки миокарда, образующих единую мышцу. Через 0,02 – 0,04 с начинается сокращение мощного циркулярного слоя, приводящее к быстрому повышению ВЖД. Мак-

симальное изгнание осуществляется за счет сокращения всех мышечных слоев. В конце фазы максимального изгнания (зубец Т ЭКГ) заканчивается сокращение циркулярного слоя, субэпи- и субэндокардиальный слой продолжают сокращение в фазу редуцированного изгнания, изоволюмического снижения ВЖД и быстрого наполнения. Сокращение указанных слоев, имеющих перпендикулярный ход волокон к волокнам циркулярного, растягивают этот слой, находящийся в состоянии расслабления. В результате уменьшается интрамуральное давление в нем, которое определяет ВЖД. Значит, сокращение слоев плавно снижая ВЖД, одновременно изменяет форму желудочков, приближая ее из эллипсоида вращения к шаровидной за счет подтягивания верхушки к атриовентрикулярным отверстиям. Это же сокращение приводит к открытию створок митрального и трехстворчатого клапанов и в фазу быстрого наполнения, снижая ВЖД до минимального уровня, способствует присасывающему действию желудочков. Сокращение субэпи- и субэндокардиального слоев заканчивается в конце фазы быстрого наполнения (волна U ЭКГ), их мышечные волокна расслабляются и удлиняются вместе с циркулярными в фазу медленного наполнения и систолу предсердий — кровью, поступление которой обеспечивается силами *vis a tergo* и сокращения предсердий.

Выводы: фазы диастолы сердца активны за счет сокращения субэпи- и субэндокардиального слоев. Это положение является основанием для уточнения некоторых аспектов электрофизиологии, физиологии и патофизиологии сердца.

0928 БИОМЕХАНИКА СЕРДЦА И МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ХОБЛ II СТЕПЕНИ

Фатенков О.В., Фатенкова О.В., Фатенкова Е.С.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель: изучить нарушения биомеханики малого круга кровообращения у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПК) с хронической сердечной недостаточностью (СН) I и II функционального класса по классификации NYHA и ХОБЛ II степени.

Методы: обследовано 123 больных ПК, у 21 из которых диагностирована СН I функционального класса, у 102 — СН II функционального класса и 19 больных ХОБЛ II степени. В качестве контроля обследовано 126 здоровых. Биомеханика сердечно-сосудистой системы изучена с помощью ППП «APEXAN», эхокардиографии, малого круга кровообращения с помощью автоматического анализа реограммы легочной артерии. Исследовали абсолютные и относительные величины средних и экстремальных показателей скорости, силы и мощности сокращения и выполненной работы в выделенные фазы сердечного цикла и малого круга кровообращения.

Результаты: установлены закономерности изменений биомеханики изученных структур у больных. В сердечном цикле были выявлены гиперфункция предсердий в фазу изоволюмического повышения ВЖД у больных ПК с СН I функционального класса и ХОБЛ II степени и снижением силовых параметров у больных ПК с СН II функционального класса. В фазы максимального изгнания выявляются признаки нарушения инотропных свойств циркулярного слоя миокарда, сокращение которого обеспечивает повышение ВЖД и изгнание основной части ударного объема, у больных ПК с СН I функционального класса и ХОБЛ II степени. Также отмечено уменьшение абсолютной и экстремальной сил нарастающее у больных ПК с СН II функционального класса. В фазы диастолы изоволюмического снижения ВЖД (СД) и быстрого наполнения (БН) продолжается сокращение субэпи- и субэндокардиального слоев миокарда. Но если в фазу СД сохраняется компенсация, то в фазу БН наступает истощение сократительной способности указанных выше мышц с резким нарушением биомеханики левого желудочка. По данным анализа количественных показателей реограммы легочной артерии установлены закономерности изменений биомеханики малого круга кровообращения у больных ПК СН II, I функционального класса и ХОБЛ II степени. Нарушения биомеханики проявлялись удлинением фаз, уменьшением показателей силы и скорости перемещения крови в систолу легочной артерии, фазу эластического и капиллярно — венозного оттока.

Выводы: на основании проведенных исследований мы пришли к заключению о наличии существенных нарушений биомеханики малого круга кровообращения у больных с ПК СН I функционального класса и ХОБЛ II степени. Предлагаемые нами количественные критерии могут быть использованы в практическом здравоохранении.

0929 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ И ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ

Федоришина О.В., Дзизинский А. А., Протасов К. В., Харипон Н.В., Шершнева Л.В., Кузнецова О.И.

ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель: изучить влияние карведилола (Акридиол®, «Акрихин», Россия) на функцию эндотелия у больных артериальной гипертонией (АГ) в острой фармакологической пробе (ОФП) и при курсовом лечении.

Методы: обследовано 50 пациентов с АГ I-II степени (мужчин 28%, средний возраст $47,4 \pm 8,2$ лет). Для пациентов, регулярно принимающих гипотензивные препараты, на 3-10 дней (не менее, чем на пять периодов полувыведения) отменялась предшествующая антигипертензивная терапия. Всем больным исходно и на фоне приема первой дозы карведилола 6,25 мг проводили пробы с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая вазодилатация, ЭЗВД) по методике Celenmajer D.S. и экзогенными нитратами (эндотелийнезависимая вазодилатация, ЭНЗВД) на аппарате Logic Book с использованием сосудистого датчика с частотой 7,5-8,0 МГц. Далее 20 пациентов из этой группы (мужчин 10%, средний возраст $52,6 \pm 8,1$ года) продолжили курсовое лечение карведилолом в течение 2 месяцев, после чего пробы повторяли. Рассчитывали и сравнивали полученные данные исходно, в условиях ОФП и после курсового лечения по критериям Вилкоксона и Манна-Уитни.

Результаты: исходно в пробе с ЭЗВД прирост диаметра плечевой артерии после декомпрессии на 60 и 90 секунде составил $2,6 \pm 6,0\%$ и $2,8 \pm 6,1\%$ соответственно. На фоне приема первой дозы карведилола степень ЭЗВД достоверно увеличилась ($7,0 \pm 7,2\%$, $p=0,0002$ и $7,8 \pm 7,3\%$, $p=0,0001$ соответственно). Аналогичная динамика отмечалась и после курсового лечения препаратом в течение 2 месяцев: $10,1 \pm 6,7\%$, $p<0,0001$ и $11,7 \pm 6,0\%$, $p<0,0001$ соответственно. Степень ЭНЗВД в условиях ОФП и при курсовом приеме карведилола достоверно не изменилась.

Вывод: у больных артериальной гипертонией прием бета-альфа-адреноблокатора карведилола приводил к приросту исходно сниженной степени эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии как в острой фармакологической пробе, так и на фоне курсового лечения. Это указывает на способность карведилола улучшать функцию эндотелия при артериальной гипертонии.

0930 УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ И РИСК СМЕРТНОСТИ СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г.ЯКУТСКА ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Федорова В.И., Климова Т.М.

ФГНУ «Институт здоровья», Якутск, Россия

Целью исследования явилась оценка связи между уровнем образования и риском общей смертности, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы: изучение смертности проведено среди когорты мужчин, прошедших одномоментное исследование в рамках кооперативной программы «Эпидемиология ИБС и атеросклероза в городах различных регионов» в 1984-1986гг. Срок проспективного исследования составил 18 лет (1986-2004гг.). За время наблюдения произошло 354 смерти. Выделялись следующие «конечные точки»: смерть от ИБС; сердечно-сосудистых

заболеваний в целом; онкологических заболеваний; внешних причин; других заболеваний; от всех причин. При обследовании использовались стандартные методы и унифицированные критерии для выявления факторов риска и ИБС. Причины смерти кодировались в соответствии со стандартной «Статистической Международной классификацией болезней, травм и причин смерти» X-го пересмотра (МКБ-10). В зависимости от уровня образования все обследованные были разделены на 3 категории: с образованием ниже среднего; со средним образованием; с образованием выше среднего. Величина ОР смертности среди мужчин с образованием «ниже среднего» была принята за 1,0.

Результаты исследования: Относительный риск общей смертности статистически значимо уменьшался с повышением уровня образования: среди лиц с образованием «выше среднего» он был на 50% ниже, чем среди лиц с низким образовательным статусом. Даже наличие среднего образования уменьшало относительный риск общей смертности на 30%. Вклад статуса образования в показатели общей смертности, оцениваемый по атрибутивному риску, составил 21%.

Относительный риск смертности от ССЗ среди лиц со средним образованием был на 20%, а среди лиц с высоким уровнем образования на 40% ниже, чем в группе с низким уровнем образования ($p < 0,03$). Атрибутивный риск смертности от ССЗ, связанный с уровнем образования, составил 21%.

Относительный риск смертности от ИБС у лиц с высшим образованием был на 50% ниже, чем у мужчин с образованием ниже среднего ($p < 0,05$). Вклад статуса образования в показатели смертности от ИБС составил 31%.

Выводы: таким образом, результаты проспективного исследования подтверждают, что низкий уровень образования является одним из важных факторов риска в мужской популяции г. Якутска. Это вероятно связано с меньшей информированностью лиц с низким образовательным статусом о важности профилактических мероприятий в отношении ССЗ. Следовательно, для снижения смертности среди населения Республики Саха (Якутия), необходимы широкомасштабные информационные программы, адаптированные к различным группам населения.

0931 БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ

Федулова Е. Е., Седлецкая Н. Н., Кузнецова Т. Ю.

БСМП, Петрозаводск, Россия; Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия

Цель: проанализировать частоту, особенности клинических проявлений и причины остро возникших болей в груди, потребовавших вызова «скорой помощи» (СП).

Методы: анализировалась структура вызовов СП одной линейной бригады в течение 3-х месяцев 2009 года. Если основной жалобой пациента была боль в груди, на него заполнялась созданная карта-анкета, куда вносились данные анамнеза, характеристики болевого синдрома, данные осмотра, предварительное заключение, назначенная терапия, данные ЭКГ.

Результаты: количество вызовов СП в г. Петрозаводске за год составляло: в 2006г — 75675, в 2007г — 76618, в 2008г — 77404. В общей структуре причин болезни системы кровообращения составили: 2006г — 20420 (27%), 2007г — 19417 (25%), 2008г — 20675 (27%). На первом месте среди болезней системы кровообращения в 2008 г. — АГ (9236, 45%), на втором — стенокардия (4605, 22%), на третьем — другие хронические формы ИБС (2587, 12,5%), ОИМ — 466 случаев (2%). Боль в грудной клетке в качестве основного симптома, потребовавшего вызова СП одной линейной бригады СП в течение 3-х месяцев, составила 29% (50 человек из 172-х), средний возраст 70,5 лет, 39 женщин (78%) (средний возраст мужчин — 61,9, женщин — 73,2 года). Оценен характер болевого синдрома. По локализации: за грудиной — 27 чел. (54%), в левой половине грудной клетки — 23 (47%), по характеру: сжимающие — 18 чел. (36%), давящие — 6 чел. (12%), жгучие — 5 человек (10%), колющие — 10 чел. (20%), ноющие — 11 человек (22%). В 28% случаев отмечалась иррадиация боли (левая лопатка — 3 человека, левая рука — 8 человек, в обе руки — 3 человека). Среди сопутствующих симптомов преобладали: слабость (14 чел., 28%), сердцебиение (12 чел., 24%), головокружение (11 чел., 22%), потливость (9 человек, 18%), чувство страха (8 человек, 16%). Реже отмечались

головная боль (6 чел.), нехватка воздуха (4 чел.), перебои в работе сердца (4 чел.), рвота, изжога (3 чел.). На ЭКГ изменения конечной части желудочкового комплекса выявлены у 13 человек (26%): подъем сегмента ST (4 чел.), депрессия ST у одного человека, отрицательный зубец T у 8-ми чел. Болевые формы ИБС диагностированы в 56% случаев (17 человек — стенокардия, 6 человек — острый инфаркт миокарда, 5 человек — атипичный болевой синдром). В остальных случаях болевой синдром расценен как кардиалгии на фоне АГ (7 чел.), пароксизма аритмии (ФП — 3 чел., СВТ — 1 чел.), ХРБС (1 чел.), корешковый синдром при остеохондрозе (3 чел.), кардиалгии у больных с патологией ЖКТ (язвенная болезнь 1 чел., панкреатит — 1 чел.), на фоне абстинентного синдрома (2 человека), невращения (3 чел.). У 12-ти человек из 22-х с неишемическими причинами болевого синдрома (54%) боли по характеристикам напоминали стенокардию.

Выводы: Боль в грудной клетке является частой причиной вызова СП и составляет 29% среди общего количества вызовов; среди причин боли ведущая патология — ИБС (56%), однако, в 44% случаев диагностирована неишемическая причина болевого синдрома, при этом в половине случаев боли напоминали стенокардию.

0932 СЕРДЕЧНЫЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Фетцер Д.В., Батыралиев Т.А., Сидоренко Б.А., Рамазанов Д.М., Лазарев И.А., Шульженко Л.В., Кадыров Б.К., Першуков И.В.

ОКБ, Липецк, Россия; МЦ СанКо, Газиантеп, Турция; УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить частоту развития непосредственных и госпитальных сердечных и периферических осложнений чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) у больных с различными сопутствующими заболеваниями.

Методы исследования. В исследование были включены 645 больных с хронической формой ИБС, которым в плановом порядке в Медицинском центре САНКО выполнялись ЧКВ. В анализ были включены только те пациенты, которые имели хотя бы одно из следующих сопутствующих заболеваний: артериальную гипертензию (АГ), сахарный диабет (СД), хроническую почечную недостаточность (ХПН) или атеросклероз артерий нижних конечностей (ААНК). Возраст пациентов колебался от 34 до 75 лет (средний возраст $52,4 \pm 4,2$ года). В 198 (31%) случаях больным имплантировались стенты, выделяющие лекарства, в остальных случаях — стандартные металлические стенты. АГ имела у 496 (77%) больных. СД наблюдался у 291 (45%) пациента. ХПН была у 87 (14%) анализируемых пациентов. Атеросклерозом артерий нижних конечностей страдали 245 (38%) больных.

Результаты. Ангиографический успех процедуры был достигнут в 98,5% случаях. При этом госпитальные сердечные осложнения были зарегистрированы у 4,3% больных. Госпитальная смертность после ЧКВ составила 1,2%. Инфаркт миокарда без разделения на Q-инфаркт и без зубца Q отмечен у 4,0% больных. Экстренное коронарное шунтирование было выполнено у 3 пациентов, что составило 0,5%. Причинами коронарного шунтирования послужили следующие осложнения: выраженная диссекция коронарной артерии (0,16%) или ее тромбоз (0,3%). Перфорация коронарной артерии развилась в 1 (0,16%) случае, что потребовало раздувания баллона в месте перфорации с последующим стентированием.

Периферические осложнения отмечались у 13 (2,0%) больных. Псевдоаневризмы в результате ЧКВ развились у 4 (0,6%) больных. Выраженные гематомы в месте пункции также были у 4 (0,6%) больных. Артериовенозная фистула зарегистрирована в 2 (0,3%) случаях, и в 3 (0,5%) случаях у пациентов развилось кровоотечение из места пункции.

Выводы. Результаты исследования показали, что у больных с хроническими формами ИБС и различными сопутствующими заболеваниями частота сердечных и периферических осложнений находится на приемлемом уровне. Таким образом, у больных с сопутствующими заболеваниями выполнение ЧКВ высокоэффективно и безопасно.

0933 МЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ И ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАММЫ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ

Филатова И.И., Егорова А.Н.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Ранние менопаузальные симптомы могут появляться в пременопаузе, в период нарушения менструального цикла и значительно снижать качество жизни женщин.

Цель: изучить степень тяжести комплекса менопаузальных симптомов у женщин в пременопаузе; её взаимосвязь со степенью снижения функции щитовидной железы и изменениями миокарда и перикарда при эхокардиографическом (ЭхоКГ) исследовании.

Материал и методы: у 47 женщин в возрасте 32-54 лет оценивали степень тяжести климактерического синдрома (КС) используя опросник для выявления менопаузальных симптомов и модифицированного менопаузального индекса (ММИ); изучались данные ЭхоКГ; радиосатурационным методом определяли уровень тиреотропного гормона аденогипофиза (ТТГ) и свободного тироксина (Т4); рассчитывалась корреляция между уровнем ТТГ, Т4 и тяжестью КС, данными ЭхоКГ.

Результаты: выявлена прямая достоверная связь ($r=0,68$; $p<0,01$) повышения уровня ТТГ, со степенью тяжести КС. Среди них 48% женщин (средний возраст $36,8\pm 4,7$ лет) имели нарушения менструального цикла и менопаузальные симптомы легкой и средней степени тяжести (средний балл $12,8\pm 1,9$). У 32% женщин отмечено раннее наступление в течение 6-14 месяцев менопаузы (средний возраст $41,8\pm 4,9$ год), тяжесть проявления КС у них была выше (средний балл $26,2\pm 3,7$). Достоверного снижения уровня общего и свободного тироксина не наблюдалось. При ЭхоКГ ударный объём ($70,4\pm 7,8$ мл) и фракция выброса ($64,8\pm 3,25\%$) оставались достаточно высокими. Средние величины объёмов конечно-диастолического (КДО $124,4\pm 18$ мл) и конечно-систолического (КСО $42,6\pm 6,1$ мл), толщины миокарда левого желудочка (ЛЖ), в диастолу $1,0\pm 0,1$ см и систолу $1,16\pm 0,1$ см, были в пределах нормы. Выявленное увеличение средних размеров КДР= $4,7\pm 0,9$ и КСР= $3,4\pm 0,3$ ЛЖ было достоверным. При изучении связи структурных изменений миокарда ЛЖ с величиной ТТГ отмечалась достоверная прямая корреляция увеличения ТТГ и толщины миокарда ($r=0,49$; $p<0,05$). Наибольшее количество разнообразных жалоб предъявляли 17 (36%) женщин с изменениями перикарда. Выявлялась прямая взаимосвязь между увеличением уровня ТТГ, появлением жидкости в перикарде и степенью расхождения перикардиальных листков. Сравнительный хронологический (через 1-2 года) анализ ММИ, ЭхоКГ и уровня ТТГ показал исчезновение жидкости из полости перикарда, значительное уменьшение менопаузальных симптомов ($p<0,01$) и, в большинстве случаев, нормализацию менструального цикла при медикаментозном достижении эутиреоидного состояния.

Выводы: недостаточная компенсация гипотиреоза у женщин провоцирует как более раннее наступление менопаузы, так и развитие у них более тяжелого КС на фоне метаболических нарушений в сердечной мышце, перикарде, вследствие дефицита тиреоидных гормонов. Вышеизложенное свидетельствует о необходимости исследования функции щитовидной железы в период пременопаузы у женщин с менструальными нарушениями, своевременной и постоянно контролируемой коррекции гипотиреоидного состояния.

0934 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ

Филатова И.И., Фроптасьева В.В., Егорова А.Н., Довбня Т.Н.*

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия; Первая Городская Клиническая больница им П.Я.Гордеева*, Саратов, Россия

Цель: ретроспективное изучение возможности своевременной прижизненной диагностики тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА).

Материалы и методы: Проанализированы истории умерших в кардиологическом отделении за последние 10 лет (1998-2008 годы), у которых при аутопсии выявлялась ТЭЛА или её ветвей. Ретроспективно определялась вероятность ТЭЛА с использованием Женевской шкалы и, рекомендуемая ESC 2008, стратификация риска. Использовались данные ЭКГ, эхокардиографии (Эхо-КГ), рентгенологического исследования легких, ультразвукового сканирования (УЗИ) венозной системы нижних конечностей (ВНК).

Результаты и обсуждение: За исследуемый период ТЭЛА при аутопсии выявлена у 35 умерших, что составило 10% от общей смертности в отделении. Среди них 17 мужчин (средний возраст $59,3\pm 1,8$) и 18 женщин (средний возраст $75,2\pm 5,1$). В первые сутки умерли 42,8% (15 чел.), половина из них в течение первого часа. Срок пребывания в стационаре остальных умерших не превышал 26 дней, в среднем 9,35 дней. При аутопсии источником ТЭЛА являлся тромбоз в системе нижней полой вены — 61,9%, вен таза — 32,4%, тромбы в правом желудочке (ПЖ) — 5,7%. Однако, подтверждённый при жизни с помощью УЗИ тромбоз ВНК был выявлен у пациентов, находящихся в стационаре более суток, и лишь у 4-х мужчин (11,4%). Ещё у 8,6% пациентов предполагалась высокая вероятность флелотромбоза в связи с тромбозом в анамнезе (венэктомия). У 20% больных (7 чел.) это исследование невозможно было сделать по причине быстрого наступления летального исхода. Определение вероятности ТЭЛА с использованием Женевской шкалы не выявила высокого риска ТЭЛА у большинства умерших больных. У 3-х (8,5%) пациентов вероятность ТЭЛА не превышала 3 баллов, у 29 (82,8%) — не больше 9 баллов, и только у 3-х мужчин (8,5%) — больше 11 баллов. Смерть более 40% больных с «невысоким риском» по Женевской шкале в первые сутки не внушает оптимизма в плане возможности быстрого подтверждения диагноза ТЭЛА. Стратификация риска ТЭЛА, рекомендуемая ESC (2008), выявила, что наибольшей части больных диагноз ТЭЛА был выставлен эмпирически на основании наличия клинических маркёров высокого риска ТЭЛА. У всех умерших в первые сутки больных (15 чел) при поступлении определялась гипотензия, только у 4-х человек ЭКГ-признаки перегрузки ПЖ. При ЭхоКГ у большинства выявлялись маркёры дисфункции ПЖ, признаки лёгочной гипертензии. У умерших в последующие сутки клинические маркёры высокого риска выявлялись при поступлении, или внезапно развивались и рецидивировали в стационаре. Соответствующие изменения ЭКГ у большинства больных не выявлялись. Рентгенологическая картина легких была без особенностей.

Выводы: ЭхоКГ позволяет с высокой долей вероятности диагностировать ТЭЛА на ранней стадии заболевания. Выявление клинических маркёров риска ТЭЛА может повысить вероятность правильного направления диагностического поиска, в максимально ранние сроки определиться с тактикой ведения больных и своевременно назначить соответствующее лечение.

0935 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Филиппова Т.В., Зубова О.А., Ефремушкин Г.Г., Халтурина И.Г.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на клинику ИБС и гипертонической болезни (ГБ) у больных пожилого возраста.

Исследовано 142 больных в возрасте от 60 до 89 лет (средний возраст $78,5\pm 0,7$ лет), из них 12 женщин. ИБС диагностирована у 132 (93%) больных, ГБ — у 125 (88%). Сочетание этих заболеваний наблюдалось у 118 (83%) больных. Больные рандомизированы в группы: основная — 85 пациентов, получавших в комплексной терапии НИЛИ по внутривенной и/или накожной методике, группа сравнения — 57 больных, получавших только фармакопрепараты. Оценивался клинический статус пациентов до и после курса лечения.

При поступлении в стационар 70% больных предъявляли жалобы на периодические загрудинные боли, связанные с физической нагрузкой, все жаловались на одышку при физической нагрузке, на одышку в покое — 35% больных. На сердцебиение при физической нагрузке жаловались 55% больных, на перебои в работе сердца — 39%, на повышенную утомляемость — 91%, головные боли — 71% больных. При объективном исследовании признаки застоя в малом круге кровообращения выявлены у 62%, отеки на ногах — у 35% больных. Распространенность клинических признаков у больных исследуемых групп была сопоставима.

После курса лечения периодические приступы стенокардии в основной группе отмечали 9% больных, в группе сравнения — 12%. Одышка при физической нагрузке сохранялась у 59% больных основной группы и у 67% больных группы сравнения. На головную боль после курса лечения жаловались 15% больных основной группы и 25% больных группы сравнения. Сердцебиение сохранялось у 6% больных основной группы и 9% больных группы сравнения, кашель с мокротой — у 33% и 42% больных соответственно. Отеки на ногах исчезли у всех больных. Признаки застоя в малом круге кровообращения сохранялись к концу лечения у 6% больных основной группы и 9% больных группы сравнения. У больных основной группы за курс лечения частота сердечных сокращений снизилась на 12,4% ($p < 0,05$), в группе сравнения — на 5,4% ($p < 0,05$). Систолическое артериальное давление (АД) в основной группе снизилось на 16% ($p < 0,05$), в группе сравнения — на 14% ($p < 0,05$), диастолическое АД — на 9,5% ($p < 0,05$), и на 6% ($p < 0,05$) соответственно.

Таким образом, включение НИЛИ в комплексную терапию больных пожилого возраста с ИБС и ГБ улучшает клиническое течение этих заболеваний.

0936 СЕЛЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ

Фокин А.А., Приходько В.П., Владимирский В.В., Соценко Д.Г., Киреев К.А.

ГОУ ДПО УГМАДО Минздравсоцразвития, Дорожная клиническая больница, Областная клиническая больница, Челябинск, Россия

Актуальность проблемы тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) обусловлена широкой распространенностью и сохраняющейся высокой летальностью, несмотря на имеющиеся современные методы диагностики и лечения этого заболевания. Частота встречаемости ТЭЛА колеблется от 0,5 до 2,0 на 1000 населения в год, а среди лиц старше 75 лет — 1 случай на 100 человек. Летальность при ТЭЛА зависит от объема и уровня эмболической окклюзии. При острой массивной эмболии она достигает 95%, а при поражении сегментарных и периферических артерий — до 2%. Своевременно начатая терапия значительно влияет на исход заболевания. Методы эндоваскулярной хирургии предлагают несколько способов решения данной проблемы: катетерная дезобструкция эмбола, экстракция тромбоза с помощью специальных устройств, регионарный тромболитизис в бассейне легочной артерии (ЛА). С целью лизиса тромба применяются широко известные в кардиологии тромболитики: стрептокиназа, стрептокиназа, тканевые активаторы плазминогена — актилизе. Для профилактики ТЭЛА или ее рецидивов самостоятельно или в комплексе выполняется имплантация фильтра в нижнюю полую вену.

На март 2009г. мы располагаем опытом обследования 76 пациентов с ТЭЛА в отделениях рентгенохирургии. Возраст пациентов — от 35 до 86 (средний — 63,7) лет с распределением по полу, равным 1:0,86 (53,6% женщин, 46,4% мужчин). Источник ТЭЛА: тромбоз глубоких вен — 24, илиофеморальный тромбоз — 36, тромбоз НПВ — 16 случаев. Давность легочной эмболии колебалась от 12 до 56 (в среднем — 34) часов. Рецидивирующая ТЭЛА имела в 13 случаях. По данным ангиопульмонографии (АПГ) поражение ствола ЛА было у 4 пациентов, главных артерий у 15, долевых артерий у 22, сегментарные артерии окклюзированы у 35 больных. Сочетанное поражение выявлено в 72 случаях (94,7%). Уровень легочной гипертензии колебался от 42 до 86 мм рт.ст. Имплантация кава-фильтра

произведена 68 больным доступом через правую внутреннюю яремную вену. Из них постоянного типа 56; временно-постоянного типа 12. После АПГ 48 пациентам через диагностический катетер типа PigTail, оставленный в ЛА выполнен селективный тромболитизис. Стрептокиназа использовалась в 36 случаях, актилизе у 12 пациентов. На следующий день выполнялась контрольная АПГ с измерением давления в стволе ЛА. Результаты проведенной тромболитической терапии: клинически положительная динамика у 40 (83,3%) пациентов, снижение давления в ЛА у 44 (91,7%); ангиографические критерии — усиление сосудистого рисунка в 30 (62,5%) случаях, реканализация тромбоза — 9 (18,8%), уменьшение размеров эмбола — 9 (18,9%); нет динамики — у 2 больных (рецидивирующая ТЭЛА), умерло 2 пациентов (массивная ТЭЛА с высокой легочной гипертензией).

Выводы: 1. Селективный тромболитизис эффективен в отношении свежих эпизодов легочной эмболии. 2. Ангиопульмонография с измерением давления в легочной артерии остается «золотым стандартом» в неотложной диагностике ТЭЛА. Возможности метода позволяют сразу же перейти к лечебным и профилактическим мероприятиям. 3. Селективный тромболитизис может использоваться как этап в хирургической профилактике постэмболической легочной гипертензии. 4. Имплантация фильтра в нижнюю полую вену является эффективным способом профилактики ТЭЛА и обязательна при селективном тромболитизисе.

0937 ПРИМЕНЕНИЕ ЭСКОРДИ КОРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ С ОТЕКАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДРУГИМИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ

Фомина В.А., Глазкова Е.А., Пушкарёва С.Ю., Солдатов Е.С., Мараховская И.Л., Шишкина Л.А., Агафонова В.С.

Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Назначение эффективных антигипертензивных препаратов из группы антагонистов кальция (нифедипина, амлодипина) иногда ограничено из-за появления у пациентов отеков нижних конечностей.

Цель исследования: сравнить переносимость антагонистов кальция (нифедипин-ретард, амлодипин) и ЭсКорди кора (S-амлодипина бесилата — фармакологически-активного изомера амлодипина, «АКТАВИС») по частоте возникновения отеков нижних конечностей.

Обследовано 35 пациентов (7 мужчин и 28 женщин) с артериальной гипертензией 2-ой степени 31-56 лет, у которых дальнейшее применение амлодипина (у 19) и нифедипина-ретард (у 16) в комбинированной антигипертензивной терапии, несмотря на достигнутый целевой уровень артериального давления, было затруднительно в связи с появлением отеков нижних конечностей, более выраженных в конце рабочего дня, особенно в летнее время.

Всем 35 пациентам ЭсКорди кор назначался в стартовой дозе 2,5 мг однократно в сутки. Эффективная антигипертензивная суточная доза препарат уточнялась в течение двух недель по уровню артериального давления при наблюдении и проведении аппаратного суточного мониторирования. 18-ти пациентам из 35 доза ЭсКорди кор увеличена до 5 мг в сутки.

Общее наблюдение за переносимостью ЭсКорди кора осуществлялось в течение 6 недель. 33 пациента отмечали отсутствие отеков нижних конечностей на фоне лечения ЭсКорди кором. Лишь у двух наблюдаемых (мужчина и женщина), принимавших 5мг препарата в сутки, сохранялись отеки голеней. В одном случае (мужчина) отмечавшиеся отеки были менее выраженными, чем при лечении нифедипином-ретард, во втором случае (женщина) сопоставимыми с подобным побочным действием ранее применяемого амлодипина.

Таким образом, S-амлодипин ЭсКорди кор («АКТАВИС») может являться хорошей альтернативой для лечения пациентов с артериальной гипертензией второй степени и периферическими отеками на фоне лечения другими антагонистами кальция (нифедипином-ретард, амлодипином).

0938 ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРИПТОГЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ

Фонакин А.В., Глебов М.В., Гераскина Л.А.

Научный центр неврологии РАМН, Москва, Россия

Цель. Изучить анатомические и функциональные характеристики открытого овального отверстия (ООО) у больных с криптогенным ишемическим инсультом (КИ).

Материал. В исследование включено 56 пациентов (средний возраст $46,7 \pm 16,5$ лет) перенесших ишемический инсульт и имеющих ООО, которое было обнаружено с помощью трансэзофагальной эхокардиографии (ТЭЭ) и контрастных методов исследования. В качестве основы для контраста использовали взболтанную смесь 9 мл физиологического раствора, 0,5 мл аутокрови и 1 мл воздуха, приготовленную с помощью интенсивного перемешивания в системе из двух шприцев и вводимую внутривенно струйно. Для регистрации наличия и количества контрастного вещества, попадающего через межпредсердное сообщение в артериальную систему, применяли транскраниальное доплеровское мониторирование средних мозговых артерий (СМА) и трансторакальную эхокардиографию. По количеству контраста, обнаруживаемого в левых отделах сердца или в СМА, судили о функциональных размерах шунта (малый, средний, большой). ТЭЭ давала представление об анатомическом размере ООО и его типе строения: туннельный, клапанный и окончатый. Все больные разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 40 (71%) больных с уточненным патогенетическим механизмом инсульта, во 2 группу — 16 (29%) пациентов с КИ.

Полученные результаты. Размер ООО у пациентов 2-ой группы был несколько больше, чем в 1-ой группе: $3,4 \pm 2,8$ мм и $2,6 \pm 1,0$ мм соответственно ($p=0,07$). При КИ, ассоциированным с ООО, по сравнению с 1 группой чаще обнаруживали клапанный и окончатый типы ООО: 40% против 19% больных соответственно ($p=0,1$). Данные типы ООО характеризовались большим анатомическим размером по сравнению с туннельным типом: $4,6 \pm 2,9$ и $2,3 \pm 0,8$ мм соответственно ($p<0,01$). Функциональный шунт большого размера по данным ТКД несколько чаще ($p>0,05$) выявлялся во 2 группе (43% больных), чем в 1-ой (24% больных). Анализ встречаемости в 1 и 2 группах комбинации признаков, отражающих анатомическое и функциональное состояние ООО, продемонстрировал, что сочетание ООО размером ≥ 3 мм с большим функциональным шунтом (по данным ТКД), чаще ($p=0,05$) регистрировалось при КИ, чем при уточненных инсультах: 7 (47%) и 6 (19%) больных соответственно.

Выводы. Таким образом, одним из важных моментов, обуславливающих патогенетическое значение ООО при КИ, является сочетание факторов, характеризующих ООО (анатомический и функциональный размер, тип строения), что определяет тактику вторичной профилактики инсульта. В случае обнаружения ООО туннельного типа, небольшого анатомического и функционального размера может быть рекомендована антитромботическая терапия. При выявлении ООО окончатого или клапанного типа, большого анатомического (≥ 3 мм) и функционального размера, целесообразно рассмотреть вопрос о проведении транскатетерного закрытия межпредсердного сообщения.

0939 ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА КОРАКСАН У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Фрид С.А., Муталова Э.Г., Максюткова С.С., Садыкова А.А., Шуваева Л.Г.
БГМУ, МУ «Городской госпиталь Ветеранов Войн» городского округа, Уфа, Россия

Цель: оценка антиангинальной эффективности кораксана у пожилых пациентов, страдающих ИБС и имеющих исходно частоту сердечных сокращений (ЧСС) более 75 ударов в минуту.

Материалы и методы. В исследовании участвовал 31 пациент. Средний возраст — $75,74 \pm 1,12$ года. Учитывали: количество приступов стенокардии и принимаемых доз нитроглицерина (НТГ) в неделю, ЧСС до и после лечения, наличие сопутствующих заболеваний. В ходе исследования проводилось ЭКГ, холтеровское

мониторирование (ХМ) ЭКГ до и после лечения. Больные, на фоне базисной терапии — гипотензивные, метаболические, антиагреганты — методом случайной выборки были разделены на 3 группы, сопоставимые по полу и возрасту. У 45% больных ИБС сочеталась с ХОБЛ. В I группу отбирались пациенты, страдающие ХОБЛ — 13 человек. В качестве пульсурежающей терапии они получали кораксан (Servier, Франция) в средне-суточной дозе $11,54 \pm 0,67$ мг, во II (10 человек) — β -блокатор — корвитол (Berlin-Chemie, Германия) в средне-суточной дозе $60,0 \pm 7$ мг, III группу составили пациенты, принимающие и кораксан, и β -блокаторы в суточной дозе 5 мг и 50 мг соответственно — 8 человек (26 %). В III группе средняя длительность амбулаторного приема β -блокаторов до начала исследования составила $1,5 \pm 0,11$ года.

Результаты исследования. В I группе: количество приступов стенокардии в неделю снизилось с $8,46 \pm 0,22$ до $3,6 \pm 0,26$ ($p<0,001$); количество доз НТГ — с $17,69 \pm 0,4$ до $7,5 \pm 0,51$ ($p<0,001$); ЧСС при осмотре снизилось с $92,02 \pm 2,91$ до $81,1 \pm 2,5$ ($p<0,001$); ЧСС по данным ЭКГ — с $87,5 \pm 2,06$ до $79,3 \pm 2,09$ ($p<0,01$); ЧСС по данным ХМ днем снизилось со $100,08 \pm 2,36$ до $90,62 \pm 1,58$ ($p<0,001$), ночью — с $59,61 \pm 2,18$ до $56,3 \pm 0,65$ ($p<0,05$); переносимость нагрузки по данным ХМ увеличилась с $88,23 \pm 2,31$ до 103 ± 3 ($p<0,05$). Во II группе количество приступов стенокардии в неделю снизилось с $7,5 \pm 1,01$ до $2,81 \pm 0,13$ ($p<0,001$); количество доз НТГ — с $15,03 \pm 2,03$ до $5,62 \pm 0,26$ ($p<0,001$); ЧСС при осмотре снизилось с $77,5 \pm 2,5$ до $73,3 \pm 2,8$ ($p<0,05$); ЧСС по данным ЭКГ — с $70,6 \pm 1,59$ до $67,7 \pm 2,1$ ($p<0,05$); ЧСС по данным ХМ днем снизилось со $97,6 \pm 4,5$ до $90,2 \pm 4,58$ ($p<0,05$), ночью — с $56,3 \pm 0,65$ до $55,8 \pm 0,53$ ($p<0,05$); переносимость нагрузки при ХМ увеличилась с $87,9 \pm 1,9$ до $100,8 \pm 1,6$ ($p<0,001$). В III группе: количество приступов стенокардии в неделю снизилось с $7,63 \pm 0,77$ до $2,63 \pm 0,37$ ($p<0,001$); количество доз НТГ — с $15,2 \pm 1,5$ до $5,2 \pm 0,75$ ($p<0,001$); ЧСС при осмотре снизилось с $81,75 \pm 1,2$ до $78,75 \pm 1,1$ ($p<0,05$); ЧСС по данным ЭКГ — с $79,7 \pm 1,1$ до $76,8 \pm 0,8$ ($p<0,01$); ЧСС при ХМ днем снизилось со $90,1 \pm 1,6$ до $83,75 \pm 1,5$ ($p<0,01$), ночью — с $59,88 \pm 0,4$ до $54,3 \pm 0,4$ ($p<0,001$); переносимость нагрузки при ХМ увеличилась с $93,25 \pm 1,67$ до $112,02 \pm 2,5$ ($p<0,001$). При сравнении I и II групп: количество приступов стенокардии в неделю меньше на 22% ($p<0,05$); количество доз НТГ — на 42% ($p<0,05$); ЧСС по данным ЭКГ во I группе больше на 15% ($p<0,01$). При сравнении II и III групп: количество приступов стенокардии и доз НТГ больше во II группе на 6% ($p<0,05$); ЧСС по данным ЭКГ в III группе больше на 12% ($p<0,01$); переносимость нагрузки так же больше в III группе на ($p<0,01$). При сравнении I и III групп: количество приступов стенокардии больше в I группе ($p<0,05$).

Выводы. Наилучшим антиангинальным действием обладает кораксан и сочетание кораксана и β -адреноблокатора, на фоне базисной терапии.

0940 ПРЕСТАРИУМ А: ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Фурсов А.Н., Чернавский С.В., Макеева Т.Г., Захарова Е.Г., Артюшкевич О.В., Барсов М.И.,

Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Цель: оценка влияния монотерапии престариумом А (периндаприл А «Сервье», Франция) на уровень АД, показатели углеводного, липидного, электролитного баланса у больных МС.

Методы: Обследовано 26 (22 мужчины, 4 женщины) больных МС, средний возраст составил 41 ± 2 года, длительность АГ — $6,2 \pm 1,3$ лет, уровень АГ соответствовал I степени. Диагностика МС осуществлялась на основании критериев ВНОК 2007г. В течение 12 недель проводилась монотерапия престариумом А в дозе 5 мг в сутки, препарат назначался ежедневно утром. Всем больным до и через 12 недель после начала лечения выполняли суточное мониторирование АД (СМАД). Уровень АД контролировали ежедневно в 8.00 и 17.00 сфигмоманометром по методу Н. С. Короткова. Определяли в динамике уровень глюкозы крови, инсулина, С-пептида, исследовали липидный спектр и электролитный баланс крови.

Результаты: На фоне монотерапии престариумом А существенно улучшилось общее состояние больных, достоверно снизился уровень АДс ($146,2 \pm 5,3$ мм рт.ст. до $126,6 \pm 3,5$ мм рт.ст.) и АДд ($93,5 \pm 2,6$ мм рт.ст. до $81,6 \pm 2,3$ мм рт.ст.), при этом достоверных изменений ЧСС не отмечено ($p \geq 0,05$). По данным СМАД исходная систолическая и диастолическая нагрузка в течение суток была более 65%, а суточный индекс у большинства пациентов соответствовал группе «нон-дипперов». На фоне монотерапии престариумом А отмечено снижение в наибольшей степени уровня систолической нагрузки до 47%, увеличение суточного индекса до $14 \pm 2\%$ («дипперы»). В процессе лечения у 12 (46%) больных были достигнуты целевые для этой категории уровни АД, у 10 (39%) пациентов для достижения целевого уровня АД ($< 130/80$ мм рт.ст.) через 2 недели терапии доза препарата была увеличена до 2 таблеток в сутки (утро-вечер). Необходимо отметить, что у 4 (15%) больных через 4 недели терапии престариумом А в дозе 10 мг/сутки для достижения целевого уровня АД был добавлен арифон-ретард в дозе 1,5 мг/сутки. Побочных реакций при терапии престариумом А не отмечалось. Уровень глюкозы крови натощак на фоне терапии престариумом А имел тенденцию к снижению (с $6,3 \pm 0,4$ ммоль/л до $6,0 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно), как и уровень постпрандиальной гликемии (с $8,7 \pm 1,3$ ммоль/л до $8,1 \pm 1,4$ ммоль/л соответственно) ($p \geq 0,05$). Следует отметить, что уровень инсулина и С-пептида также имел тенденцию к снижению через 12 недель лечения, что свидетельствовало о благоприятном влиянии препарата на инсулинорезистентность. Уровень общего холестерина и триглицеридов снизился (с $6,2 \pm 0,6$ ммоль/л до $5,9 \pm 0,7$ ммоль/л и с $2,4 \pm 0,4$ до $2,0 \pm 0,6$ ммоль/л соответственно) недостоверно ($p \geq 0,05$). Динамики показателей натрия и калия сыворотки крови не наблюдалось.

Выводы: престариумом А в дозе 5-10 мг/сутки приводил к достижению целевых уровней АД у 85% больных МС. Престариум А является метаболически нейтральным препаратом и может быть рекомендован в качестве монотерапии у больных с мягкой АГ и МС.

0941 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КОРАКСАН У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Хабчабов Р.Г., Абдуллаев А.А., Гафурова Р.М., Исламова У.А., Кадиева И.А., Абдулпатахов Д.Д.
ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия ФАЗ СР», Махачкала, Россия

Цель: изучить клиническую эффективность кораксана у пациентов, перенесших

Q-инфаркт миокарда (Q-ИМ), с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования: Нами обследовано 33 пациента основной группы (мужчин – 28, женщин – 5, средний возраст – $56,2 \pm 4,5$ лет), перенесших Q-ИМ, в том числе у 18 имела место стенокардия напряжения II ФК, у 15 – III ФК. Все пациенты страдали ХОБЛ средней тяжести. Группа контроля, сопоставимая с основной по возрасту, полу, характеру основного и сопутствующего заболевания, состояла из 30 пациентов. В сочетании со стандартным лечением пациенты основной группы в течение месяца получали ивабрадин (кораксан компании Servier, Франция) в дозе 10 мг/сут. Проводили эхокардиографию аппаратом Aloka-2200 по стандартной методике, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с использованием кардиокомплекса «Диакард» и тест 6-минутной ходьбы исходно и через один месяц лечения.

Результаты: В основной группе отмечено статистически значимое ($P < 0,05$) уменьшение числа приступов в неделю на 60,5%, числа эпизодов безболевой ишемии миокарда – на 38,2%, снижение средней частоты сердечных сокращений (ЧСС) – на 32,6%, увеличение пройденного за шесть минут расстояния – на 26,1%, увеличение фракции выброса левого желудочка – на 10,5%. В то же время в контрольной группе статистически значимой положительной динамики вышеприведенных показателей не выявлено.

Выводы: Кораксан обладает клинически и статистически значимым антиангинальным эффектом у пациентов со стенокардией напряжения в сочетании с ХОБЛ и является препаратом

выбора для них в связи с наличием противопоказаний для использования β -адреноблокаторов. Кораксан уменьшает число эпизодов безболевой ишемии миокарда и увеличивает толерантность к физическим нагрузкам.

0942 ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА И ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

Хаишева Л.А., Кательницкая Л.И., Самохина Л.Ю., Глова С.Е.
ФГУ «РостГМУ», Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить гендерные и возрастные особенности изменений сосудистой стенки у пациентов с артериальной гипертонией (АГ), путем определения фактора Виллебранда, как маркера нарушений эндотелиальной функции и скорости распространения пульсовой волны (СРПВ).

Методы исследования: обследовано 99 пациентов с АГ (средний возраст $63,7 \pm 6,39$ года): до 60 лет (I группа) – 43 человек (18 мужчин и 25 женщин), старше 60 лет (II группа) – 56 человек (27 мужчин и 29 женщин). Группы были сопоставимы между собой по уровню АД, факторам риска, поражению органов мишеней. Определение скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) осуществлялось методом объемной сфигмографии. Плазменный фактор Виллебранда (ФВ) определяли методом прямого твердофазного иммуноферментного анализа

Полученные результаты: ФВ в I группе был достоверно меньше, чем среди пациентов II группы ($122,1 \pm 2,3\%$ и $137,2 \pm 3,1\%$ соответственно, $p < 0,05$). Причем у пациентов старше 60 лет значения ФВ не имели половых различий, а среди больных моложе 60 лет мы отметили достоверно более низкие величины ФВ у женщин по сравнению с мужчинами ($111,4 \pm 1,9\%$ и $135,4 \pm 2,1\%$, $p < 0,05$). Среди мужчин СРПВ по сосудам эластического типа (Сэ) повышена в обеих возрастных группах, при этом у лиц старше 60 лет Сэ достоверно выше, чем у мужчин моложе 60 лет ($12,03 \pm 0,32$ м/с и $10,23 \pm 0,52$ м/с, соответственно). У женщин I группы наблюдались нормальные значения СРПВ Сэ ($8,23 \pm 0,39$ м/с), при чем Сэ у женщин достоверно ниже, чем у мужчин той же возрастной группы. С возрастом у женщин происходит достоверное повышение Сэ ($11,48 \pm 0,72$ м/с). Нами получена корреляционная связь средней силы $r = 0,5$, $p < 0,05$ между ФВ и СРПВ среди пациентов старше 60 лет. При проведении корреляционного между АД и индексом массы тела (ИМТ), получено, что у женщин коэффициент корреляции Пирсона между ИМТ и САД $= 0,24$ ($p = 0,035$); между ИМТ и ДАД $= 0,26$ ($p = 0,020$); у мужчин не получено достоверных взаимосвязей между ИМТ и показателями АД. При проведении корреляционных взаимосвязей между получено, что САД напрямую коррелирует с уровнем фактора Виллебранда $r = 0,41$ ($p < 0,05$), с СРПВ по сосудам эластического типа наблюдается достоверная взаимосвязь средней силы $r = 0,53$ и слабая, но достоверная взаимосвязь с ИМТ ($r = 0,26$).

Выводы: ИМТ коррелирует с уровнем САД и ДАД, данная взаимосвязь прослеживается только у женщин. С возрастом происходит увеличение СРПВ по сосудам эластического типа, причем у женщин данная взаимосвязь проявляется, только после наступления менопаузы. Уровень АД напрямую зависит от нарушений функции эндотелия, коррелирует с повышением Фактора Виллебранда, ведет к прогрессированию сосудистых нарушения, что в конечном итоге приводит к структурной перестройке сосудистой стенки и повышению СРПВ по сосудам эластического типа.

0943 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хаишева Л.А., Гончарова О. Н., Самохина Л.Ю., Глова С.Е., Линник А.С., Гарина И.А., Шлык С.В.
ФГУ «РостГМУ», ОКБ № 1, Ростов-на-Дону, Россия

Цель: Изучить жесткость и эластичность сосудистой стенки, а так же особенности микроциркуляции у пациентов с артериальной гипертонией (АГ).

Методы исследования: Обследовано 22 пациента с АГ I-II стадии, — 14 женщин и 8 мужчин, средний возраст составил $52,3 \pm 4,5$ года, длительность заболевания $6,1 \pm 3,8$ лет, уровень систолического АД (САД) $158,3 \pm 5,6$ мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) $98,7 \pm 3,9$ мм рт.ст. На аппарате «Минимакс-Допплер-К» (ООО СП Минимакс, Россия) проводилась ультразвуковая непрерывноволновая доплерография микроциркуляторного русла в области ногтевого валика III пальца кисти. Использовалась проба с реактивной гиперемией. Измерялись и сравнивались значения линейных скоростных показателей артериального кровотока: систолической максимальной скорости кровотока (V_s , см/с), диастолической максимальной скорости (V_d , см/с), средней скорости за средний цикл кровотока (V_m , см/с). Изучение жесткости и эластичности сосудистой стенки осуществлялось путем определения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) методом объемной сфигмографии, оценивалась СРПВ по сосудам эластического типа (Сэ, м/с) и мышечного типа (См, м/с).

Полученные результаты: СРПВ по сосудам эластического типа (Сэ) в среднем по группе составила $11,4 \pm 2,1$ м/с, что достоверно выше, чем в популяции сверстников без АГ, См составила $8,6 \pm 1,6$ м/с. Линейные показатели скорости дистального кровотока у пациентов с АГ составили $V_s - 9,9 \pm 0,36$; $V_d - 3,7 \pm 0,29$; $V_m - 6,7 \pm 0,38$. После прекращения пережатия плечевой артерии прирост V_s увеличился на 10,9% ($p > 0,05$), средняя же скорость кровотока (V_m) возросла на 21,3% ($p < 0,05$). Адекватной реакции на холодовую пробу у обследуемых получено не было: 9 пациентов имели парадоксальный ответ с приростом кровотока в среднем на 7,3%, у 11 пациентов наблюдали ареактивную ответную реакцию. При проведении тепловой пробы адекватный прирост кровотока был зарегистрирован у 20 пациентов, у 4 пациентов регистрировалась парадоксальная реакция в виде снижения кровотока (в среднем на $5,3 \pm 0,44$ см/с). При проведении корреляционных взаимосвязей выявлена достоверная связь слабой силы между СРПВ в сосудах эластического типа и систолической максимальной скоростью кровотока $= 0,28$, так же получена связь слабой силы между САД и $V_s = 0,3$ ($p < 0,05$), между САД и Сэ $= 0,51$ ($p < 0,05$).

Выводы: У пациентов с АГ, выявляются нарушения микроциркуляторного русла, приводящие к увеличению тонуса артериол и в конечном итоге к нарастанию жесткости артерий и раннему возврату пульсовой волны из-за высокого периферического сопротивления.

0944 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И МЕТОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ИССЛЕДОВАНИЕ КАМЕЛИЯ)

Хайло Н.В., Лынный Л.В.

Ростовский государственный медицинский университет, Областная больница №2, Ростов-на-Дону

Цели исследования КАМЕЛИЯ: оценить эффективность длительной терапии АГ, основанной на ведикардоле по сравнению с метопрололом; показать метаболическую нейтральность длительной терапии ведикардолом в сравнении с метопрололом у больных с избыточной массой тела.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 20 пациентов АГ (ср. возраст $53,4 \pm 1,1$ год), имеющих ИМТ > 25 кг/м², которым в течение 24 недель было проведено лечение ведикардолом (25-50 мг/сутки в 2 приема) или метопрололом (50-100 мг/сутки в 2 приема). Выбор препарата (ведикардол или метопролол) для каждого больного определялся путем рандомизации. При достижении целевого уровня АД (САД < 140 мм рт.ст. и ДАД < 90 мм рт.ст.) больные продолжали прием препарата в прежней дозировке. При недостаточном гипотензивном эффекте спустя 4 недели от начала терапии больным назначали амлорус (5-10 мг/сутки в 1 прием).

Результаты. Все 20 пациентов завершили исследование в полном соответствии с протоколом. Целевой уровень АД достигнут у 88% пациентов при офисной оценке. За время наблюдения в группе ведикардола САД снизилось на 40,4 мм рт.ст., что составило 24% от исходного значения, ДАД снизилось на 28,4 мм рт.ст., что составило 26% от исходного. В группе метопролола САД снизилось на 37,6 мм рт.ст., что составило 23% от исходного значения, ДАД снизилось на 25,6 мм рт.ст., что составило 25,6% от исходного. ЧСС в группе ведикардола уменьшилась на 26,8%, а в группе метопролола на 27%. ИМТ в группе ведикардола снизился к концу исследования с $30,8$ кг/м² до $28,5$ кг/м², но достоверная разница отсутствует, а в группе метопролола ИМТ не изменился от исходного значения $31,5$ кг/м². При оценке действия ведикардола и метопролола на биохимические параметры установлена метаболическая нейтральность.

Выводы. Длительная терапия пациентов АГ с метаболическими нарушениями ведикардолом или метопрололом вызывает значимый положительный гипотензивный эффект, позволяющий достигнуть целевых уровней артериального давления. Отчетливая метаболическая нейтральность ведикардола делает его важным средством для длительной терапии больных АГ с избыточной массой тела.

0945 АРТЕРИОГРАФИЯ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СКРИНИНГ-ТЕСТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Халикова Г.А., Карамова И.М., Николаева И.Е., Червякова К.В. ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: оценка сердечно-сосудистого риска у лиц с артериальной гипертензией на основании данных артериографии.

Методы и материалы: обследовано 36 мужчин и 30 женщин в возрасте от 20 до 70 лет из числа больных с гипертонической болезнью, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ РКД г. Уфы.

Оценивались следующие данные: уровень холестерина, возраст, индекс массы тела, вредные привычки (курение), стаж артериальной гипертензии, гипертрофия миокарда левого желудочка и нарушение диастолической функции левого желудочка (по данным Эхо-КГ).

На компьютерном устройстве артериографа Tensio Clinic (Tensio Med, Венгрия) определялись показатели: САД (систолическое АД), ДАД (диастолическое АД), пульсовое давление, индекс аугментации и скорость пульсовой волны (СПВ).

Факторами риска сердечно-сосудистой системы являлись следующие изменения: САД > 140 мм рт.ст., ДАД > 90 мм рт.ст., пульсовое давление > 51 мм рт.ст., ЧСС > 90 уд. в мин., индекс массы тела > 25 кг/м², курение, гиперхолестеринемия (> 5 ммоль/л), возраст > 55 лет у мужчин и > 65 лет у женщин.

Пациенты были разделены на 2 группы: с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений (более 5 факторов риска) и низким риском (менее 3-х факторов).

Результаты. 1) У лиц с артериальной гипертензией и высокими факторами риска — 49 человек (74%) отмечалось повышение скорости пульсовой волны и индекса аугментации. 2) У пациентов с низким риском сердечно-сосудистых осложнений — 16 человек (26%) — скорость пульсовой волны была в пределах нормы, индекс аугментации повышался у 3-х больных.

Выводы. Повышение скорости пульсовой волны и индекса аугментации было выражено в группе больных гипертонической болезнью с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

У пациентов с низким риском развития сердечно-сосудистых осложнений показатели распространения скорости пульсовой волны по аорте были в пределах нормы. Повышение индекса аугментации у 3-х пациентов, возможно, обусловлено изменениями сосудистого русла на уровне артериол, неустановленной этиологии. Таким образом, метод артериографии можно использовать в клинической практике в качестве скрининг-теста для верификации риска сердечно-сосудистых осложнений при артериальной гипертензии.

0946 ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Халтурина И.Г., Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г.
ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава», Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние электромагнитного излучения (ЭМИ) миллиметрового диапазона на гемодинамику больных пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ).

Обследовано 114 больных с АГ из них 9 женщин в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $76,5 \pm 0,8$ года), с АГ II стадией — 27 больных, с АГ III стадией — 87 больных. У всех больных АГ сочеталась с ИБС. Методом случайной выборки больные были разделены на группы: основная — 74 больных, получивших КВЧ-терапию и фармакотерапию, сравнения — 40 больных, получавших только фармакотерапию. Воздействие миллиметровыми волнами осуществлялось аппаратом «Явь-1» 10 сеансов на курс лечения по 20 минут ежедневно длиной волны 7,1 мм на область третьего — четвертого шейных позвонков или верхней трети грудины. Все пациенты получали сопоставимую антигипертензивную лекарственную терапию. Исследование гемодинамики у больных проводилось методом эходоплерокардиографии в начале и в конце курса лечения.

У пациентов основной группы в конце лечения улучшилась сократительная способность миокарда: ударный объем левого желудочка (ЛЖ) возрос на 6,6% ($p < 0,05$), фракция выброса ЛЖ увеличилась на 7% ($p < 0,05$). В группе сравнения достоверных изменений этих показателей не произошло. У больных, получавших миллиметровые волны, индекс конечного диастолического размера ЛЖ снизился на 9% ($p < 0,05$), индекс конечного систолического размера ЛЖ — на 8% ($p < 0,05$), в группе сравнения размеры левого желудочка достоверно не изменились. Статистически значимых изменений параметров диастолической функции левого желудочка в группах исследования не произошло.

Таким образом, включение ЭМИ миллиметрового диапазона в комплекс лечения больных пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией способствует благоприятной перестройке гемодинамики.

0947 ВОЗМОЖНОСТИ МОНОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ В КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕССОВ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хамидуллаева Г.А., Машарипов Ш.М., Елисеева М.Р.
Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить динамику процессов сосудистого ремоделирования с учетом изменений функционального состояния сосудистого эндотелия, толщины комплекса интима-медиа (КИМ) общей сонной артерии и микроальбуминурии (МАУ) в процессе монотерапии амлодипином.

Методы исследования. В исследование включены 31 больной ЭГ II-III степени (ВОЗ/МОГ 2003), мужчины, в среднем возрасте $48,2 \pm 10,0$ лет. Средняя длительность АГ составила $4,6 \pm 2,9$ лет. Для определения функции эндотелия проводился тест с реактивной гиперемией. Оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии ($\Delta D\%$), при $\Delta D < 10\%$ диагностировали нарушение ЭЗВД, при $\Delta D < 0$ парадоксальную вазоконстрикцию. Толщину комплекса интима-медиа (КИМ) каротидных артерий оценивали методом дуплексного сканирования. Степень микроальбуминурии (МАУ) в суточной моче определялась с помощью иммунологического полуколичественного теста «Micral-test» («Roshe»). Результаты исследования представлены в $M \pm SD$. Больные находились на 12-недельной монотерапии амлодипином (Норваск, «PFIZER», США).

Результаты. На фоне 12-недельной монотерапии амлодипином в среднесуточной дозе $8,63 \pm 2,13$ мг отмечалось достоверное ($p < 0,000$) снижение АД, со степенью снижения САД и ДАД в среднем на $15,8 \pm 6,6\%$ и $14,3 \pm 7,8\%$ соответственно, которое способствовало существенному улучшению ЭЗВД от $3,61 \pm 3,96\%$ до $8,74 \pm 3,89\%$ ($p = 0,000$). При этом, у 2-х больных с парадоксальной вазоконстрикцией (до лечения $\Delta D\%$ -2,22% и -10,20%) к концу наблюдения прирост диаметра артерии достиг 8,70% и 8,16% соответственно. Эндотелийпротективная эффективность амлодипина ассоциировалась с достоверным уменьшением толщины КИМ: $1,01 \pm 0,19$ мм до лечения против $1,00 \pm 0,18$ мм на фоне терапии и снижением уровня МАУ: $35,38 \pm 28,07$ мг/л до лечения против $16,1 \pm 10,82$ мг/л на фоне терапии.

Выводы. 12-недельная монотерапия амлодипином характеризовалась высокой антигипертензивной и вазопротективной эффективностью у больных ЭГ. При этом отмечалось существенное улучшение вазорегуляторной функции сосудистого эндотелия, которое ассоциировалось с достоверным уменьшением толщины КИМ, в среднем на 2% и более чем 2-х кратным снижением показателя суточной МАУ до следовых значений.

0948 ИЗУЧЕНИЕ АНТИАГРЕГАНТНЫХ СВОЙСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО СБОРА «КАРДИОФИТ»

Хасанова С.Р., Потанина А.П., Кудашкина Н.В., Басченко Н.Ж., Макара И.С.
ГОУ ВПО БГМУ, Уфа, Россия

Одной из групп лекарственных препаратов, используемых для первичной и вторичной профилактики инфаркта миокарда и лечения ишемической болезни сердца являются антиагреганты. Их назначают для предупреждения тромбоэмболических осложнений при данных заболеваниях. Но у данной группы имеются ряд противопоказаний и побочных эффектов. Избежать этого можно при использовании антиагрегантов растительного происхождения. Фитотерапевтический подход в лечении сердечно-сосудистых заболеваний имеет ряд серьезных преимуществ перед фармакотерапией, так как при его лечении можно использовать лекарственные растения, содержащие комплекс биологически активных веществ, влияющих на основные звенья патологического процесса и обладающих широким спектром действия. Таким образом, создание комплексных фитопрепаратов является актуальной задачей.

Цель работы. Изучение антиагрегантных свойств растительного сбора «Кардиофит», разработанного для первичной и вторичной профилактики ишемической болезни сердца. В состав сбора вошли 14 видов лекарственного растительного сырья, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, совокупность которых, по нашим предположениям, должна обеспечить ожидаемый лечебный эффект. Это — плоды боярышника, трава донника, трава пустырника, соплодия хмеля, листья земляники, трава полыни обыкновенной, трава мелиссы, листья мяты и другие, взятые в определенных соотношениях.

Методы исследования. Антиагрегантную активность сбора определяли по модифицированному методу Борна. Процесс агрегации, индуцируемый добавлением к богатой тромбоцитами исследуемой плазме человека стандартного количества агониста агрегации тромбоцитов, регистрировали фотометрически по падению ее оптической плотности при длине волны 540 нм. Количество тромбоцитов анализатором агрегации тромбоцитов определяли автоматически при установке кюветы с исследуемой плазмой, результаты указывались на мониторе компьютера. Агрегацию тромбоцитов проводили под влиянием основных индукторов (аденозиндифосфата, коллагена, адреналина). В качестве препарата сравнения была использована ацетилсалициловая кислота.

Полученные результаты. При проведении исследований оказалось, что сбор обладает антиагрегантной активностью при аденозиндифосфатзависимой (21%) и адреналиновой (39%) видах агрегации тромбоцитов. Что касается сравнения с ацетилсалициловой кислотой, то антиагрегантная активность сбора была выше активности ацетилсалициловой кислоты (21% и 20% снижение от контроля соответственно). Сбор влиял на обе волны агрегации.

Выводы. Таким образом, исследования по разработке безвредных растительных препаратов для первичной и вторичной профилактики ишемической болезни сердца являются очень перспективным направлением медицины.

0949 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И ПОЛИМОРФИЗМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТИ ТРАНСМЕМБРАННОГО ИОТРАНСПОРТА

Хасанов Н.Р., Корнева Л.Н., Самойлова М.В., Осолопов В.Н.

Казанский государственный университет, Казанская городская клиническая больница №2, Казань, Россия

Цель: изучить липидный профиль у больных гипертонической болезнью (ГБ) I и II стадии в квартилях скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта (НЛП) с учетом полиморфизма R2197K гена ABCA1 и T5C гена APOAIV, участвующих в липидном обмене.

Материалы и методы: Обследовано 68 больных ГБ I и II стадии в возрасте 18-55 лет (30 мужчин — 44,2% и 38 женщин — 55,8%) без клинических признаков ИБС и не получавших препараты, нормализующие липидный обмен. В исследование не включались больные с тяжелой сопутствующей патологией (тяжелые нарушения ритма, сахарный диабет и т.д.). Всем пациентам проводилось определение в плазме крови уровня общего холестерина (ОХС), липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицеридов (ТГ). Скорость НЛП в мембране эритроцита определяли по методу M. Canessa (1980г). Идентификация аллелей полиморфных маркеров проводилась методом ПЦР.

Результаты: В соответствии со скоростью Na^+/Li^+ -противотранспорта, все больные ГБ были отнесены к 4 квартилям. В I квартиль (скорость НЛП до 206 мкмоль $\text{Li}/\text{л. кл. в час}$) вошли 11 больных ГБ, во II квартиль (скорость НЛП 207-276 мкмоль $\text{Li}/\text{л. кл. в час}$) — 17 больных, в III квартиль (скорость НЛП 277-347 мкмоль $\text{Li}/\text{л. кл. в час}$) — 17 больных ГБ и в IV квартиль (скорость НЛП более 348 мкмоль $\text{Li}/\text{л. кл. в час}$) — 23 пациента. Уровень ОХС возрастал с $4,84 \pm 1,04$ ммоль/л в I квартале до $5,96 \pm 1,06$ ммоль/л ($p=0,009$) в IV квартале, демонстрируя достоверную положительную корреляцию $r_{\text{корр}}=0,31$ ($p=0,01$). Минимальный уровень ХС ЛНП также выявлен у больных ГБ I квартиля — $3,04 \pm 0,86$ ммоль/л, а максимальный в IV квартале — $3,77 \pm 1,17$ ммоль/л. Наоборот, уровень ХС ЛВП оказался наиболее высоким в I и II квартилях, достигая $1,54 \pm 0,47$ и $1,53 \pm 0,35$ ммоль/л соответственно. Наименьший уровень ХС ЛВС ($1,35 \pm 0,27$ ммоль/л, $p=0,04$) наблюдался в III квартале у больных с генотипом TT гена APOAIV.

Выводы: 1. Липидный профиль больных ГБ без клинических признаков ИБС связан с генетическим полиморфизмом гена APOAIV и скоростью Na^+/Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита.

2. Уровень ОХС больных ГБ без клинических признаков ИБС прямо коррелирует с величиной скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита.

0950 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА

Хаутиева Ф.М., Кисляк О.А., Стародубова А.В.

Кафедра госпитальной терапии Московского факультета ГОУ ВПО РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности течения острого инфаркта миокарда (ОИМ) у женщин с избыточной массой тела и ожирением в условиях городского стационара.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни женщин с ОИМ из I кардиологического отделения ГКБ №79 за 2006 год. Учитывая индекс массы тела (ИМТ)

пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа — 27 женщин с нормальной массой тела (ИМТ $23 \pm 1,7 \text{ кг/м}^2$); 2 группа — 73 женщины с избыточной массой тела и ожирением ($31,7 \pm 3,6 \text{ кг/м}^2$). Анализировались: возраст возникновения инфаркта миокарда, наличие сахарного диабета 2 типа (СД), локализация ИМ, глубина поражения миокарда (Q-ИМ и без Q-ИМ), результаты эхокардиографии.

Результаты: При сравнении группы женщин с избыточной массой тела и ожирением с группой женщин с нормальным ИМТ статистически значимо не различались по возрасту

($71,5 \pm 9$ против $68,8 \pm 8,4$; $p=0,06$), по частоте развития Q образующего ИМ (42% против 44%; $p=0,8$), а также развитию повторного ИМ (26% против 14%, $p=0,05$). По данным ЭКГ поражение передней стенки ЛЖ выявлено у большинства пациенток — 68% (70% пациенток из 1 группы и 67,1% женщин из 2 группы ($p=0,8$)). Группы статистически значимо различались по наличию СД: 22% в 1 группе, 43% во 2 группе ($p=0,04$). При изучении ЭхоКГ в группе женщин с избыточной массой тела и ожирением чаще встречались признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (76,5% женщин против 35% женщин, ($p=0,02$)). Толщина межжелудочковой перегородки (МЖП) во 2 группе — $12,3 \pm 1,7$ мм, в 1 группе $10,7 \pm 2,0$ мм, ($p=0,03$); толщина задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ) — $12,02 \pm 1,7$ мм против $10,8 \pm 1,8$ мм ($p=0,03$); размеры левого предсердия (ЛП) — $37,1 \pm 4,6$ мм против $33,4 \pm 4,0$ мм ($p=0,01$).

Выводы: Среди женщин, перенесших ИМ, значительно чаще встречались женщины с избыточной массой тела и ожирением, чем с нормальной массой тела. У женщин чаще встречался передний ИМ. У женщин, перенесших ИМ, с избыточной массой тела и ожирением по сравнению с женщинами с нормальной массой тела чаще встречаются СД, признаки гипертрофии ЛЖ, выше значения толщины МЖП, ЗСЛЖ и больше размеры ЛП.

0951 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИЛДРОНАТОМ И ЭНАЛАПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Хлебодаров Ф.Е., Михин В.П., Горлова А.В.

ФГУЗ «Медсанчасть УВД по Курской области», ГОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Росздрава», Курск, Россия

Цель исследования: изучить влияние сочетанного применения цитопротектора милдроната и ингибитора ангиотензинпревращающего фермента эналаприла на содержание в крови продуктов перекисного окисления липидов, функцию эндотелия сосудистой стенки, суточный профиль артериального давления, внутрисердечную гемодинамику у больных эссенциальной артериальной гипертензией.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 40 больных (31 мужчина, 9 женщин) эссенциальной артериальной гипертензией с уровнем АД $160/100$ мм рт.ст. и выше и наличием поражения органов-мишеней. Больных рандомизировали на две группы по 20 человек. Пациенты первой группы получали эналаприл и милдронат перорально в дозе 250 мг 3 раза в сутки. На 6-й месяц лечения милдронат отменяли. Во второй группе (контрольной) проводилась монотерапия эналаприлом. До начала лечения, через 1 месяц, через 6 месяцев, через 8 месяцев после начала лечения у пациентов исследовалось содержание в сыворотке крови продуктов перекисного окисления липидов, проводилась эхокардиография с определением индекса массы миокарда левого желудочка, времени изоволюмического расслабления левого желудочка, соотношения максимальной скорости потока в фазы раннего и позднего наполнения, фракции выброса, исследовалась эндотелийзависимая вазодилатация плечевой артерии в пробе с реактивной гиперемией, определялась толщина комплекса интим-медиа на сонной артерии, проводилось суточное мониторирование артериального давления.

Результаты. Эналаприл достаточно эффективно влиял на показатели свободнорадикального окисления сыворотки крови, эндотелиальную функцию, суточный профиль АД, морфо-функциональное состояние миокарда левого желудочка. Включение в терапию энала-

прилом милдроната приводило к более быстрому и существенному снижению содержания в крови продуктов перекисного окисления липидов, способствовало улучшению функции эндотелия сосудистой стенки, что выражалось в нормализации эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии и уменьшении толщины комплекса интим-медиа на сонной артерии. На фоне сочетанной терапии эналаприлом и милдронатом было выявлено более эффективное снижение среднего уровня АД и показателей нагрузки давлением. У больных, получавших терапию милдронатом, в большей степени, чем при монотерапии эналаприлом, отмечалось улучшение систолической и диастолической функции левого желудочка, выявлялось обратное развитие гипертрофии миокарда левого желудочка.

Выводы. Использование милдроната в сочетании с традиционной гипотензивной терапией ингибитором ангиотензинпревращающего фермента эналаприлом способствует более эффективной коррекции суточного профиля АД, улучшает морфофункциональное состояние левого желудочка, способствует нормализации параметров свободнорадикального окисления и эндотелиальной функции, что свидетельствует о перспективности использования милдроната в комплексном лечении гипертонической болезни.

0952 ИМЕЕТ ЛИ ВЛИЯНИЕ *HELICOBACTER PYLORI* – ИНФЕКЦИЯ НА СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?

Хлынова О.В., Туев А.В.

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

Цель работы: проанализировать наличие взаимосвязи между показателями субклинического воспаления при неосложненной артериальной гипертензии (АГ) и *Helicobacter pylori*-инфекцией (*H.pylori*).

Методы. В исследовании приняло участие 87 человек в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 49,1 лет). Всего было выделено несколько групп наблюдения. Первая группа – пациенты с предгипертензией и с АГ I – III стадий. Вторую группу составили пациенты с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ), ассоциированными с *H. pylori* и при её отсутствии. Третья группа – пациенты с различными стадиями АГ в сочетании с КЗЗ, ассоциированными с *H.pylori* и без таковой. Наряду с общеклиническими методами обследования были применены методы для идентификации *H.pylori* (ИФА, дыхательный «Хелик-тест») и определение ФНО- α сыворотки крови количественным методом.

Результаты. Сравнительный анализ полученных данных показал, что уровень ФНО- α у больных АГ несколько выше в подгруппе пациентов инфицированных *H.pylori*. Кроме этого, отмечается тенденция к росту уровня ФНО- α по мере повышения стадии АГ в обеих подгруппах не зависимо от факта инфицированности *H. pylori*. В подгруппах же пациентов без АГ, но с КЗЗ в сочетании и без *H.pylori* инфекции значимых различий в уровне ФНО- α не было выявлено. По результатам корреляционного анализа было установлено, что во всех подгруппах наблюдения между уровнем ФНО- α и наличием *H.pylori*-инфекции была прямая, но слабая связь с коэффициентом корреляции $r=0,06$ ($p=0,6$).

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что значимого влияния на выраженность субклинического воспаления (по данным показателя ФНО- α) у пациентов с неосложненной АГ *H. pylori* – инфекция не имеет.

0953 АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ШАХТЫ

Хоролец Е.В., Хашишева Л.А., Ахвердиева М.К., Глова С.Е., Рябов А.А., Шлык С.В.

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет МЗ и СР, Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: изучить непосредственные причины смерти жителей города Шахты Ростовской области за период с июля по декабрь 2007 года.

Материал: проанализированы свидетельства о смерти по данным патолого-анатомической и судебно-медицинской службы, а также информация управления ЗАГС о 2273 умерших в течение второго полугодия 2007 года жителей города с населением 248,4 тысяч человек.

Результаты: среди умерших 51,3% пациентов были мужчины, 48,7% – женщины ($p>0,05$); 33,0% жителей города умерли в возрасте 75–89 лет, 30,6% – 60–74 года, 20,3% – 45–59 лет, 10,8% – до 45 лет, 3,4% – старше 90 лет, остальные не установленного возраста. При анализе возрастных групп получены достоверные различия: до 59 лет чаще умирают мужчины, а в группе 75–89 лет женщины. В возрастных группах 60–74 и старше 90 лет гендерных различий по смертности не выявлено. Менее 20% пациентов умерли в стационаре, остальные на дому или в другом месте (64,7% и 15,3%, соответственно). На дому умерло больше больных (64,7%), чем в других местах, среди них преобладали женщины 34,4%, по сравнению с мужчинами (29,8%). Большинство больных, умерших на дому, не вскрывались (66,9%) ($p<0,05$).

Среди причин смерти в общей группе пациентов преобладали сердечно-сосудистые заболевания (61,9%). При этом на долю острых сердечно-сосудистых катастроф приходилось всего 13,4%, из них достоверное больше больных умерло от инсультов 8,7%, чем 4,7% от острого инфаркта миокарда. Женщины умирали от сердечно-сосудистых заболеваний достоверно чаще, чем мужчины (36,4% и 25,5%, соответственно). Второе место среди причин смерти занимают онкологические заболевания (14,3%), на третьем – травмы и отравления (7%), прочие 16,8%.

При дифференцированном анализе причин смерти пациентов, подвергшихся (48,9%) и не подвергшихся (51,1%) ($p>0,05$) вскрытию, обращают внимание значительные межгрупповые различия по причинам смерти. Так, среди вскрытых сердечно-сосудистые заболевания были в качестве причины смерти лишь у 26 % пациентов ($p<0,05$), в то время как среди не вскрытых – у 74%. Онкологические заболевания, а также травмы и отравления в качестве причины смерти намного чаще фигурировали у пациентов, подвергшихся вскрытию (в 13,5% и 6,5% соответственно против 0,8% и 0,5%).

Выводы: ССЗ являются основной причиной смерти и составляют 61,9%, данная причина смерти подтверждается лишь в 26% от всех вскрытий. Такой большой процент не подтверждения диагноза можно объяснить низким процентом вскрытия больных на дому. На дому умерло 64,7%, среди них больше женщин по сравнению с мужчинами. Необходимо отметить, что только 33% умерших на дому была вскрыта.

0954 ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСОВ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОНКОХИРУРГИИ

Хорошенко В.Э., Осипова Н.А., Шеметова М.М.

ФГУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Росмедтехнологии, Москва, Россия

В МНИОИ им. П.А. Герцена много лет ведется научно-клиническое исследование по оптимизации периоперационного ведения гериатрических онкологических больных с сопутствующими СС заболеваниями (ССЗ). В нашей практике используются принятые в мировой медицине индексы оценки СС риска, в частности индекс L. Goldman, однако получаемые с их помощью данные нельзя признать достаточно информативными в прогнозировании риска. Неточности классификации приводят к ошибкам в выборе тактики обследования и предоперационной подготовки, а иногда и к отказам от хирургического лечения онкологического заболевания, что делает проблему оптимизации диагностики сопутствующих ССЗ и установления риска их декомпенсации на этапах хирургического лечения актуальной.

Цель исследования: снижение риска и расширение показаний к хирургическому лечению гериатрического контингента онкологических больных с сопутствующими ССЗ путем оптимизации диагностики, прогнозирования и коррекции имеющихся расстройств на этапе подготовки к анестезии и операции.

Материал и методы. Исследование выполнено у 449 пациентов ($72 \pm 5,8$ лет) с ССЗ оперированных по поводу новообразований брюшной полости и малого таза III-IV ст. По данным ретроспективного статанализа установлено несоответствие класса риска по индексу L.Goldman и процента реально развившихся СС осложненных (ССО). Методом логистической регрессии (ЛР) был оценен относительный риск развития периоперационных ССО (ишемия, ИМ, аритмии, гипотонии) в зависимости от факторов риска.

Результаты исследования. ЛР, по факторам риска стандартной шкалы индекса L.Goldman установила, что возраст >70 лет, стенокардия напряжения 2,3 ФК, несинусовый ритм сердца, частая желудочковая экстрасистолия (ЖЭ), эпизоды декомпенсации ХСН имеют наибольший по абсолютному значению коэффициент регрессии и больше других факторов увеличивают риск развития ССО ($p < 0,01$). Наиболее высока прогностическая ценность стенокардии напряжения 2,3 ФК и частой ЖЭ ($p = 0,001$ и $0,014$). Вероятность развития ССО при тяжелом исходном состоянии пациента, неотложном характере операции несущественна, однако выше, чем в случае ИМ в анамнезе и аортального стеноза. Взяв за основу наиболее значимые факторы риска ССО и результаты статанализа собственного клинического материала, на основе модели ЛР предложен индекс прогноза индивидуального риска (ИИР) развития ССО. Установлено, что частота периоперационных ССО, значимо ($p < 0,001$) зависит от класса риска, составляя 3,8% при 1, 20,1% при 2 и 41,7% при 3 классе. При низком (1-й класс, ИИР 0-0,1) риске оперативное вмешательство может быть выполнено без специальной подготовки. При умеренном (2-й класс, ИИР $>0,1$ до 0,3) и высоком (3-й класс, ИИР $>0,3$ до 1) риске требуется дополнительное обследование и подготовка.

Выводы. Разработанный алгоритм позволяет более точно классифицировать пациентов и оценить реальный СС риск, что дает возможность оптимизировать тактику периоперационного ведения наиболее тяжелого контингента больных.

0955 ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ И СИНУСОВОГО УЗЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ СКРЫТОГО WPW-СИНДРОМА

Хорькова Н.Ю., Рычков А.Ю., Харац В.Е., Колунин Г.В., Хрущева О.А. Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: Оценить эффективность радиочастотной абляции (РЧА) и динамику функционального состояния АВ соединения и синусового узла (СУ) у пациентов с ортодромной тахикардией (ОТ) на фоне скрытого WPW-синдрома в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные (до 1 года) сроки.

Материал и методы: В исследование было включено 28 пациентов в возрасте от 18 до 64 лет (14 мужчин и 14 женщин, средний возраст $40,4 \pm 14,3$ лет), страдающих пароксизмальной ОТ. Всем пациентам выполнялась РЧА дополнительного предсердно-желудочкового соединения (ДПЖС). У всех пациентов методом чреспищеводного электрофизиологического исследования (ЧпЭФИ) индуцирована пароксизмальная ОТ. ЧпЭФИ проводилось до и после операции у 26 больных, повторно обследованы 16 больных через месяц и 9 через год после проведения РЧА. Оценивались следующие электрофизиологические показатели: зубец Р, интервал PQ, комплекс QRS, интервал QT, скорректированный интервал QT (QTc), интервал PP, время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), скорректированное ВВФСУ (КВВФСУ), эффективный рефрактерный период АВ соединения (ЭРП АВС), точка Венкебаха.

Результаты: При проведении ВСЭФИ в 82,1% случаев (23 человека) регистрировалась левосторонняя локализация ДПЖС, в 17,9% (5 человек) определялось правостороннее расположение ДПЖС. Общая эффективность РЧА ДПЖС составила 96,4%. При выполнении РЧА левых ДПЖС значимой динамики интервала PQ и точки Венкебаха в различные сроки после операции не наблюдалось. Отмечено достоверное увеличение ЭРП АВС через 1 год после РЧА в сравнении с послеоперационными данными ($p < 0,05$). Так, на частоте 100 имп/мин ЭРП АВС увеличился на

$31,7 \pm 23,2$ мс, на частоте 120 — на $28,6 \pm 8,9$ мс. После РЧА выявлено уменьшение интервала PP с последующим увеличением через 1 месяц, достигающее достоверного уровня через 1 год ($p < 0,05$) в сравнении с дооперационными значениями и результатами в раннем послеоперационном периоде. Через 1 год отмечено также увеличение ВВФСУ на $159,3 \pm 127,5$ мс в сравнении с исходными и на $174,9 \pm 126,2$ — с послеоперационными данными ($p < 0,05$). При оценке КВВФСУ в разные периоды после РЧА различий не выявлено. Отмечено увеличение интервала QT на $31,9 \pm 26$ мс через 1 год ($p < 0,05$) в сравнении с данными в ранний период после РЧА. При оценке интервала QTc различий не выявлено.

У пациентов с правым расположением ДПЖС достоверных изменений электрофизиологических показателей СУ и АВ соединения не выявлено, что, вероятно, связано с небольшим количеством наблюдений.

Выводы: РЧА у больных с ОТ является высоко эффективным методом лечения аритмии. Через 1 год после РЧА левых ДПЖС выявлено достоверное увеличение ЭРП АВС в сравнении с послеоперационными данными. Функциональное состояние СУ меняется в период от суток до месяца после операции и проявляется изменениями интервала PP и QT, ВВФСУ с последующей стабилизацией через год.

0956 ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Храмцова Н.А., Дизинский А.А.

ГОУ ДПО Иркутский государственный институт усовершенствования врачей Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Иркутск, Россия

Артериальная гипертензия остается одной из значимых проблем, в том числе у больных, страдающих ревматоидным артритом (РА). Пульсовое АД (ПАД) представляет собой важнейший параметр гемодинамики, с неблагоприятным прогностическим значением на риск сердечно-сосудистых событий.

Целью настоящей работы явилось изучения влияния пульсового АД на риск кардиоваскулярных осложнений при РА.

Материалы и методы. Обследовано 210 пациентов, страдающих РА. Средний возраст составил 54 (23-69) лет, средняя длительность РА — 15,4 (2-55) лет. Всем обследуемым проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД) на аппарате Meditech card(x)plore (Венгрия). Достоверность различий считалась значимой при $p < 0,05$. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программ Statistica 6.0 (Statsoft, США), Biostatistica 4.0 (McGraw — Hill).

Результаты. Показатели частоты АГ, установленные у больных РА методом СМАД, значимо превышали общепопуляционные значения (53,7% против 42%). При анализе всех случаев артериальной гипертензии установлено, что у 35,5% больных, страдающих РА, гипертензия выявлена впервые. Среди больных РА с артериальной гипертензией частота систолической гипертензии составила 78,1%, изолированной систолической артериальной гипертензии — 21,9% ($p < 0,01$). В группе впервые выявленных, и соответственно не получавших гипотензивную терапию больных, частота изолированной САГ достигла 36,7 %. У больных РА в сочетании с артериальной гипертензией медиана САД при офисном измерении и СМАД была достоверно выше по сравнению с группой больных РА без АГ и контрольной группой, сопоставимой по полу, возрасту без АГ ($149,6$ мм рт.ст. против 122 и 120 мм рт.ст.; $p < 0,01$, соответственно). При этом установлены высокие показатели пульсового АД у женщин, страдающих РА в сочетании с АГ, так медиана ПАД при офисном измерении и при СМАД в этой группе составила $65,5$ мм рт.ст. и $60,3$ мм рт.ст. соответственно против 46 мм рт.ст. и 50 мм рт.ст. в группе РА без гипертензии ($p < 0,01$) и 42 мм рт.ст. и 45 мм рт.ст. ($p < 0,01$) в контрольной группе. Установлено также, что у пациентов РА без гипертензии показатели пульсового давления превышали значения ПАД в контрольной группе

(50 (42; 56) и 45 (42; 53), $p < 0,05$). Логистический регрессионный анализ позволил выделить факторы сердечно-сосудистого риска при РА. Наиболее значимыми из них явились продолжительность РА ($OR=4,5$; $p < 0,01$), высокая активность РА ($OR=4,2$; $p < 0,01$), СКФ < 60 мл/мин ($OR=3,8$; $p < 0,01$), прием глюкокортикоидов ($OR=3,8$; $p < 0,01$), атерогенные дислипидемии ($OR=3,5$; $p < 0,01$) и ПАД > 55 мм рт.ст. ($OR=3,5$; $p < 0,01$). Корреляционный анализ показал прямую зависимость уровня ПАД с индексом массы миокарда ЛЖ ($r=0,39$; $p < 0,01$), уровнем сердечно-сосудистого риска по SCORE ($r=0,37$; $p < 0,01$) и обратную пропорциональную зависимость со скоростью клубочковой фильтрации ($r=0,35$; $p < 0,01$).

Таким образом, у больных РА установлена высокая частота ИСАГ. Пульсовое АД является независимым предиктором высокого сердечно-сосудистого риска.

0957 ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА КАК ФАКТОР ДЕБЮТА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Хурс Е.М., Поддубная А.В., Андреев П.В., Изможерова Н.В., Смоленская О.Г.

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

Цель. Выявить влияние избыточной массы тела на функцию сердца у женщин с артериальной гипертензией (АГ).

Методы исследования. Проанализированы результаты обследования 98 женщин, страдающих АГ, не получавших регулярной антигипертензивной терапии. Всем больным выполнялась трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) с расчетом индексов, характеризующих геометрию полости ЛЖ и его ремоделирование, на аппарате Aloka 4000 (Япония) и суточное мониторирование АД (CardioTens-01), Венгрия. Статистическая обработка производилась с использованием программы Statistica for Windows 6.0 (StatSoft Inc., США). При анализе использован критерий Манна-Уитни. Приведены медианы, 25-й и 75-й процентиля.

Результаты. Средний возраст пациенток составил $46,74 \pm 10,77$ года. В исследование включались женщины, не имеющие ожирения, т.е. с индексом массы тела 29 и менее. Пациентки были разделены на 2 группы: группа 1 с индексом массы тела менее 25 ($n=55$), и группа 2 — женщины с индексом массы тела в диапазоне от 25 до 29 ($n=43$). По данным ЭхоКГ, пациентки обеих групп не имели гипертрофии ЛЖ (ИММЛЖ в группе 1 $100,3 \pm 22,08$, в группе 2 — $110,85 \pm 22,38$ г/м, $p=0,1$), нарушений систолической функции сердца (ФВ $69,69 \pm 4,4$ и $67,59 \pm 11,15\%$, $p=0,1$ в группах 1 и 2 соответственно), диастолической функции сердца (Е/А $1,23 \pm 0,99$ и $0,99 \pm 0,31$, IVRT $76,4 \pm 14,58$ и $83,68 \pm 17,33$ мс, $p=0,1$ в группах 1 и 2, соответственно). По данным суточного мониторирования ЭКГ и АД, группы не различались по значениям гемодинамики (АДс среднесуточное $127,4 \pm 14,46$ и $130,27 \pm 12,93$, АДд среднесуточное $80,07 \pm 8,52$ и $82,89 \pm 9,1$ мм рт.ст., $p=0,1$ в группах 1 и 2, соответственно) и параметрам ВРС. Несмотря на отсутствие указанных отличий, в группе 2 выявлены статистически значимое увеличение конечно-диастолического давления (КДД) ($10,92$ ($7,73$; $13,8$) и $13,29$ ($10,24$; $15,67$) в группах 1 и 2 соответственно, $p=0,025$), конечно-диастолического напряжения стенки ЛЖ (КДНС) (в группе 1 $14779,9$ (13202 ; 16685) и $16707,33$ (14355 ; $18519,38$) в группе 2, $p=0,025$), ИММЛЖр ($43,9 \pm 9,89$ в группе 1 и $52,62 \pm 11,53$ г/м^{2,7} в группе 2, $p=0,01$), ОТС ($0,38 \pm 0,06$ в группе 1 и $0,41 \pm 0,07$ в группе 2, $p=0,05$). Из параметров ВРС в группе 2 оказался значимо выше SDANNсп (в группе 1 174 (142 ; 242) и в группе 2 — $126,5$ ($99,5$; $156,5$) $p=0,05$), продемонстрировавший тесную отрицательную корреляцию с КДД ($r=-0,31$, $p=0,03$).

Выводы. Таким образом, даже небольшой избыток массы тела у женщин с АГ способствует патологическому ремоделированию сердца: увеличению жесткости камеры ЛЖ, повышению КДД, тенденцией к развитию гипертрофии ЛЖ, а также раннему нарушению вариабельности сердечного ритма.

0958 НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА

Хурс Е.М., Поддубная А.В., Евсина М.Г., Андреев П.В., Смоленская О.Г. ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Екатеринбург, Россия

Цель. Разработать стандарты оценки структурно-геометрических и функциональных характеристик левого желудочка сердца на основе ЭхоКГ у здоровых лиц.

Методы исследования. Для расчета индексов ремоделирования сердца в норме была исследована группа здоровых лиц ($n=106$), средний возраст $33,15 \pm 10,2$. Всем выполнялась трансторакальная ЭхоКГ с расчетом индексов, характеризующих геометрию полости ЛЖ и его ремоделирование, систолическую и диастолическую функцию сердца. Статистическая обработка проводилась с использованием пакета статистических программ Statistica 6.0. Рассчитывались ИММЛЖ, ИСд и ИСс, МСс и МСд, ИСИР и ИДИР, КДД.

Результаты. На первом этапе в исследованной группе подтверждено отсутствие отклонений показателей, исследуемых при проведении рутинной ЭХОКГ, от общепринятой нормы: КСР $28,66 \pm 4,74$ мм, КДР $46,05 \pm 4,68$ мм; объемы ЛЖ: КДО $98,67 \pm 21,49$ мл, КСО $32 \pm 10,82$ мл, УО $67,07 \pm 16,51$ мл; толщина МЖП $7,87 \pm 1,14$ мм и ЗСЛЖ $8,06 \pm 1,12$ мм; ИММЛЖ $108,73 \pm 29,99$ г/м²; ФВ $68,63 \pm 4,69\%$; Е/А $1,49 \pm 0,4$; IVRT $66,54 \pm 10,02$ мс. Убедившись в отсутствии патологических изменений сердца при проведении стандартного ЭхоКГ исследования, мы рассчитали значения параметров ремоделирования сердца в исследованной группе здоровых лиц. Показатели сферичности ЛЖ в систолу и диастолу составили: ИСс $0,49$ ($0,43$; $0,52$), ИСд $0,71$ ($0,6$; $0,7$). Индексы систолического и диастолического миокардиального стресса имели значения: МСс $121,56$ ($112,6$; $130,46$), МСд $157,12$ ($138,46$; $175,82$). Индексы ремоделирования систолический и диастолический, рассчитанные как ФВ/ИСд и DecT/ИСд, составили $105,33$ ($96,69$; $115,02$) и $290,97$ ($257,11$; $332,41$), соответственно. Расчетное конечно-диастолическое давление составило $8,22$ ($6,39$; $9,02$). Для оценки адекватности МС выбросу в систолу и диастолу были вычислены ФВ/МСс $0,58$ ($0,51$; $0,63$) и ФВ/МСд $0,45$ ($0,39$; $0,49$). Для оценки оптимальности геометрии ЛЖ рассчитаны показатели МСс/КСОИ ($5,65$ ($4,45$; $6,65$)) и МСд/КСОИ ($2,29$ ($1,92$; $2,65$)). Выявлено, что в отличие от рутинных параметров: ИММЛЖ, КДР, КСР, которые тесно связаны с возрастом и полом, параметры ремоделирования ЛЖ не имеют корреляций с полом, возрастом и массой тела.

Выводы. Нами предложены нормативные характеристики показателей, характеризующих ремоделирование ЛЖ сердца: геометрию полости, степень сферичности, миокардиальный стресс, жесткостные свойства, а также расчетных индексов функций ЛЖ у здоровых лиц. Показатели ремоделирования оказались независимы от антропометрических характеристик, возраста и пола, что увеличивает их универсальность для оценки характера ремоделирования сердца.

0959 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хурс Е.М., Андреев П.В., Поддубная А.В., Евсина М.Г. ГОУ ВПО УГМА Росздрава, Медицинский центр «Шанс», Екатеринбург, Россия

В последние годы активно изучается состояние нейрогуморальной регуляции при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. Современным подходом к изучению многокомпонентных систем регуляции является оценка вариабельности ритма сердца (ВРС). С патофизиологических и терапевтических позиций представляет интерес оценка ВРС при впервые выявленной артериальной гипертензии (АГ).

Цель: сравнить показатели вариабельности сердечного ритма у больных с впервые выявленной первичной артериальной гипертензией в сравнении со здоровыми лицами.

Методы исследования: В исследование включены 108 больных с впервые выявленной первичной АГ, не получавших анти-

гипертензивной терапии (средний возраст $43,3 \pm 9,4$ года, 59 мужчин и 49 женщин). Контрольную группу составили 110 практически здоровых лиц, сопоставимых с группой больных по возрасту и полу. Всем исследуемым проводилось бифункциональное суточное мониторирование АД и ЭКГ с расчетом общепринятых временных и спектральных показателей вариабельности ритма сердца в программе монитора «CardioTens-01» (Венгрия).

Результаты: По данным анализа BPC 24-часовой записи ЭКГ, у больных с впервые выявленной АГ в сравнении с контрольной группой оказались статистически значимо снижены временные и спектральные показатели общей BPC: SDNN ($135,5$ против 156 мс, $p < 0,001$), триангулярный индекс HRVti (34 против 38 ед., $p < 0,001$), общая мощность спектра TP (2485 против 2947 мс², $p = 0,01$). По данным временного анализа, снижение общей BPC за сутки в группе больных произошло вследствие уменьшения и высокочастотных (RMSSD 27 против $32,5$ мс, $p = 0,01$), и низкочастотных (SDANN 144 против 158 мс, $p = 0,005$) влияний на ритм сердца. Спектральные характеристики суточной BPC, выраженные в абсолютных значениях, имеют аналогичную направленность. Уменьшились низкочастотная LF ($p = 0,027$) и высокочастотная составляющие спектра HF ($p = 0,09$). Вместе с тем взаимоотношение (вегетативный баланс) между составляющими спектра существенно не изменилось, так, индекс симпатовагального взаимодействия LF/HF в сравниваемых группах не различался ($2,75$ против $3,1$, $p = 0,72$).

В дневной период все показатели BPC в группе больных АГ, так же как и за сутки, имели аналогичную динамику в виде уменьшения, за исключением LF/HF. В ночной период у больных наблюдалось статистически значимое снижение SDNN (103 против 121 мс, $p = 0,036$) и SDANN (71 против 89 мс, $p = 0,004$).

Выводы. По данным анализа BPC 24-часовой записи ЭКГ, для больных с впервые выявленной первичной АГ характерно снижение вариабельности ритма сердца. Снижение BPC произошло вследствие угнетения низкочастотных (преимущественно симпатических) и низкочастотных (парасимпатических) вегетативных влияний. Выявленная автономная дисрегуляция сердечного ритма отражает в сущности вегетативную недостаточность. Значение её (адаптационное изменение нейрогуморальной регуляции или отражение стойких патологических нарушений гомеостаза и морфологии), а также «первичность» вегетативных сдвигов — предмет будущих дискуссий.

0960 РАСТИТЕЛЬНЫЕ СТЕРИНЫ В НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ

Хучиева М.А., Перова Н.В.

ФГУ «ГНИЦ ПМ», Москва, Россия

Цель: выяснить, как влияют «функциональные» пищевые продукты, содержащие растительные стерины на показатели холестерина — транспортной системы крови, влияющие на развитие атеросклероза.

Методы: в исследовании приняли участие 44 больных ИБС с признаками избыточной массы тела, разделенные на 2 группы: основную группу, потребляющих активный продукт-йогурт с эфирами стерина (потребление фитостерина в день $1,6$ г) — 20 человек и контрольную группу, потребляющих аналогичный продукт, но не содержащий эфиры стерина (плацебо) — 24 человека. Прием продуктов осуществлялся на фоне диетических рекомендаций.

Критерии включения в исследование: мужчины и женщины в возрасте от 40 до 70 лет, страдающие ИБС и ожирением I-III степени обменно-алиментарной этиологии; пациенты, с ХС ЛНП в сыворотке крови натошак $3,4-5$ ммоль/л. Критерии не включения в исследование: ССЗ или другие серьезные заболевания в стадии обострения; прием лекарств, направленных на снижение уровня ХС; лечение лекарственными препаратами, способными исказить уровни липидов.

Исследование длилось 3 недели (21-23 дня), количество посещений исследующего центра составило 3 раза: 0-отборочный; 1-через неделю включение и рандомизация; 2 визит через 3 недели — финальный. На визитах 1 и 2 у всех участников забирали образцы венозной крови для биохимического исследования. Определяли

содержание общего ХС и ТГ, уровень ХС ЛВП и ХС ЛНП, количественное содержание апо AI и апо B, уровень фибриногена, активность печеночных ферментов АСТ и АЛТ; а также проводилось антропометрическое исследование (рост, вес, ИМТ).

Результаты: в результате проведенных исследований была оценена липидкорректирующая способность новых функциональных пищевых продуктов с эфирами фитостерина, и их переносимость: в группе активного продукта за 3 недели уровень ХС ЛНП достоверно снизился на $11,17\%$, тогда, как в группе плацебо небольшое снижение на $4,11\%$ оказалось недостоверным. Уровень общего ХС в группе активного продукта также снизился достоверно на $10,03\%$, но и в группе плацебо выявилось достоверное снижение общего ХС хотя и в два раза меньше. Кроме того, в группе активного продукта достоверно более чем на 17% снизились уровни ТГ и ХС ЛОНП. В группе плацебо уровни ТГ и ХС ЛОНП достоверно не изменились. ХС ЛВП в обеих группах оставался неизменным. Относительный показатель атерогенности липопротеидов (ХС ЛНП/ХС ЛВП) достоверно снизился на $11,8\%$ только в группе активного продукта. Достоверно снизился на $12,5\%$ в группе активного продукта суммарный показатель атерогенного, так называемого не-ЛВП ХС. Уровень апо AI в обеих группах не изменился, апо B достоверно снизился на $11,84\%$ в группе активного продукта. В группе активного продукта снизился уровень фибриногена. Активность в сыворотке печеночных ферментов не изменялась.

Выводы: растительные стерины могут рассматриваться как эффективные и безопасные ингредиенты, обогащение которыми пищевых продуктов приводит к снижению уровня в крови ХС и других показателей атерогенных гиперлипидемий.

0961 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Цвингер С.М., Алексенко Е.Ю.

ГОУ ВПО Читинская Государственная медицинская академия, Чита, Россия

В последние годы большое количество исследований посвящено изменениям функционального состояния эндотелия при ревматических заболеваниях. Дисфункции эндотелия отводятся ведущая роль в развитии и прогрессировании атеросклероза. Факторами риска, играющими роль в развитии эндотелиоза при остеоартрозе (ОА), могут являться хроническое воспаление, изменение цитокинового статуса, высокая экскреция металлопротеиназ, вынужденная гиподинамия, длительный прием НПВС.

Целью нашего исследования явился анализ состояния нитроксидапродуцирующей функции эндотелия и количества десквамированных эндотелиоцитов у больных ОА.

Материалы и методы. Нами обследовано 32 пациента с ОА коленных суставов, из них женщин было 26 (82%), мужчин — 6 (18%). Средний возраст группы составил $38,4 \pm 7,8$ лет. Диагноз выставлялся в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации ревматологов России, с учетом классификационных критериев Альтмана. Средняя продолжительность заболевания составила $5,3 \pm 2,1$ года. Из исследования исключались пациенты с сопутствующими хроническими заболеваниями, в том числе с артериальной гипертензией, ИБС, ожирением, сахарным диабетом. Группа контроля состояла из 12 практически здоровых лиц, сопоставимых по полу и возрасту с пациентами, страдающими ОА. Количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ) подсчитывалось по методу Hladovcs, уровень стабильных метаболитов оксида азота в плазме крови определялся по методике П.П. Голикова. Полученные данные обработаны методом вариационной статистики с помощью пакета программ «Statistica 6». Распределение показателей в исследуемых группах подчинялось критериям нормальности. Для оценки достоверности различий между группами использовался t-критерий Стьюдента. С целью определения связи между признаками использовался коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждение. При анализе показателей эндотелиальной функции у пациентов с ОА выявлено, что количество ДЭЦ ($3,77 \pm 0,3 \cdot 10^4$ /л) было повышенным по сравнению со здоровыми лицами ($1,75 \pm 0,41 \cdot 10^4$ /л), ($p < 0,05$). Концентрация активных метаболитов оксида азота была достоверно меньше ($p < 0,0001$) в группе ОА, разница в процентном соотношении составила NO_2 -23%, NO_3 -43%, NO -28%. При определении корреляционных взаимоотношений между числом ДЭЦ и уровнем оксида азота в крови больных с ОА установлена обратная связь средней силы ($r = -0,41$; $p < 0,05$). Одним из объективных признаков дисфункции эндотелия служит увеличение содержания ДЭЦ, что, возможно, связано с экспрессией металлопротеиназ и изменением цитокинового статуса. Уменьшение концентрации активных метаболитов оксида азота, вероятно, связано со снижением активности NO-синтазы на фоне нарушения функции эндотелия.

Выводы: У больных с ОА выявлено наличие признаков эндотелиальной дисфункции: увеличение содержания ДЭЦ, снижение концентрации активных метаболитов оксида азота. Обнаруженные показатели эндотелиоза могут являться независимыми факторами риска прогрессирования атеросклероза при остеоартрозе.

0962 РОЛЬ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Цепелев В.Ю., Покровский М.В., Покровская Т.Г., Корокин М.В.
ГОУ ВПО Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

В настоящее время эндотелиальная дисфункция рассматривается как предиктор таких распространенных заболеваний, как атеросклероз, легочная гипертензия, сердечная недостаточность, дилатационная кардиомиопатия, гипергомоцистеинемия. В связи с чем, одним из важных направлений современной медицины является целенаправленное фармакологическое воздействие на клетки эндотелия.

Цель исследования: оценка эндотелиопротективных свойств ацетилсалициловой кислоты при L-NAME индуцированной эндотелиальной дисфункции.

Методы исследования: серия экспериментов была проведена на белых крысах самцах линии Wistar массой 250–300 г. Были выделены 3 группы животных: интактные, животные, получавшие блокатор NO-синтазы N-нитро-L-аргинин метиловый эфир (L-NAME), который вводился внутривенно в дозе 25 мг/кг/сут 7 дней. Третья группа животных получала L-NAME внутривенно в дозе 25 мг/кг/сут 7 дней, а также ацетилсалициловую кислоту в дозе 8,6 мг/кг ежедневно, внутривенно. На 7 день от начала эксперимента под наркозом (этинал-натрия 50 мг/кг) вводился катетер в левую сонную артерию для регистрации показателей артериального давления (АД), болюсное введение фармакологических агентов осуществлялось в правую бедренную вену. Показатели гемодинамики: систолическое артериальное давление (САД), диастолическое артериальное давление (ДАД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) измеряли непрерывно, посредством датчика и аппаратно – программного комплекса «Віорас». Функциональные пробы: эндотелий зависимая вазодилатация (ЭЗВ) – внутривенное введение ацетилхолина (АХ) в дозе 40 мкг/кг, эндотелий независимая вазодилатация (ЭНЗВ) – внутривенное введение нитропруссид натрия (НП) в дозе 30 мкг/кг. Для оценки степени коррекции эндотелиальной дисфункции был введен коэффициент эндотелиальной дисфункции (КЭД), рассчитанный путем отношения площади треугольника над кривой восстановления АД при введении нитропруссид к площади треугольника над кривой восстановления АД при введении ацетилхолина.

Полученные результаты: болюсное внутривенное введение АХ в течение 3–5 сек. приводило к резкому падению АД у интактных животных. ЭНЗВ также характеризовалась снижением АД. Блокада NO-синтазы с помощью введения L-NAME вызвала артериальную гипертензию и приводила к меньшему снижению показателей АД после введения АХ и НП по сравнению с интактными животными. Одновременное введение L-NAME и ацетилсалициловой кислоты не приводило к снижению показателей исходных значений АД. КЭД у интактных животных составил 1,1, у животных, получавших L-NAME – 5,4, у животных, получавших L – NAME и ацетилсалициловую кислоту – 2,1.

Выводы: ацетилсалициловая кислота в дозе 8,6 мг/кг, обладает выраженным эндотелиопротективным действием, выражающимся в снижении показателя коэффициента эндотелиальной дисфункции и приближении его к группе интактных животных.

0963 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Цуркану В.И., Давид Л.А., Гросу А.А.
Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель. Оценить прогностическую точность определения краткосрочного и долгосрочного риска по шкале GRACE у больных (б-ных) острым коронарным синдромом без подъема ST (ОКСБСТ) и сахарным диабетом (СД).

Материал и методы. В исследование включили 140 б-ных с диагнозом ОКСБСТ, 70 из них страдали СД. Средний возраст б-ных составил $61,2 \pm 0,75$ лет, лица с СД были старше (63 ± 1 vs $59,6 \pm 1$ лет, $p < 0,05$), среди них было больше женщин (40% vs 23%, $p < 0,05$). Б-ные с СД имели чаще в анамнезе стенокардию (80% vs 52,86%, $p < 0,05$), инфаркт миокарда (42,85% vs 28,57%, $p < 0,05$), инсульт (20% vs 0, $p < 0,01$), а также гипертоническую болезнь (95,7% vs 71,43%, $p < 0,001$).

Для каждого б-ного определяли степень внутрибольничного и долгосрочного риска (высокий – в.р., промежуточный – п.р. и низкий – н.р.) по шкале GRACE. Длительность наблюдения б-ных составила 1,5 года. Конечной точкой исследования была смерть б-ного в больнице или после выписки. Конечные точки сравнивали с риском б-ного определенным по шкале GRACE.

Результаты. За время наблюдения летальность среди б-ных с ОКСБСТ и СД была в два раза выше (22,8% vs 10% $p < 0,01$). Больничная смертность у лиц с СД превысила тот же показатель у б-ных без диабета (8,6% vs 5,7%), а летальность после выписки из больницы была достоверно значительно выше у диабетиков (14,3% vs 4,3%, $p < 0,01$). Определение риска больничной смертности по шкале GRACE у пациентов с ОКСБСТ выявило следующее распределение по классам: у б-ных СД- н.р.- 14,3%, п.р.-54,3%, в.р.-31,4% и у лиц без диабета- н.р.-41,4%, п.р.-50%, в.р.-8,6%. Ретроспективно констатировали что большинство умерших в больнице пациентов ОКСБСТ с СД и без СД относились к промежуточному и высокому классу шкалы риска GRACE (н.р.-0% vs 0%, п.р.-5,26% vs 4%, в.р.-18,2% vs 7,4%).

Определение долгосрочного риска (1,5 года) по шкале GRACE распределило большую часть больных СД в классы промежуточного и высокого риска (н.р.-22,9%, п.р.-42,8%, в.р.-34,3%). У б-ных без СД преобладало число лиц в низком и промежуточном классах риска (н.р.-48,6%, п.р.-45,7%, в.р.-5,7%). Ретроспективное сравнение показало что больные с СД и без диабета, умершие после выписки из больницы находились в основном в классах промежуточного и высокого риска: н.р.-6,25% vs 2,9%, п.р.-25,2% vs 14,7%, в.р.-30,7% vs 25%.

Выводы. Сравнение летальных исходов в больнице и на протяжении 1,5 лет наблюдения с риском б-ного рассчитанным по шкале GRACE у пациентов с ОКСБСТ с СД и без СД подтвердило хорошую прогностическую точность этого метода. Шкала GRACE стратификации риска имеет большое клиническое значение и может быть полезной в выборе стратегии лечения, включительно у б-ных с СД.

0964 ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОГО КЛАСТЕРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Цыганкова О.В., Федорова Е.Л., Бондарева З.Г., Руяткина Л.А.
ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», Новосибирск, Россия

Цель. Поиск и анализ особенностей взаимосвязей базальной инсулинемии (БИ) с составляющими метаболического синдрома (МС) в зависимости от пола.

Методы исследования. Обследованы 143 мужчины 83 женщины (средний возраст $48,3 \pm 0,7$ года) с МС. В контрольные группы вошли нормотензивные мужчины и женщины без ожирения и дислипидемии. Уровни базального инсулина (БИ) определяли иммуноферментным методом (наборы Enzyman-Test Insulin), триглицеридов (ТГ), общего и α -холестерина (ОХС и α -ХС) с помощью наборов реактивов фирмы Boehringer Mannheim. Уровни гликемии исследовались в плазме венозной крови глюкозооксидазным методом.

Полученные результаты. Группы мужчин и женщин были сопоставимы по ряду метаболических параметров (индекс массы тела, гликемия, гиперхолестеринемия), однако отличались по степени абдоминального ожирения (окружность талии соответственно $99,86 \pm 1,28$ и $88,96 \pm 2,07$ см; $p < 0,001$), уровням триглицеридов ($2,21 \pm 0,17$ и $1,56 \pm 0,10$ ммоль/л; $p < 0,001$) и α -холестерина ($1,29 \pm 0,04$ и $1,54 \pm 0,08$ ммоль/л; $p = 0,022$).

Выявлено значимое различие уровней БИ в зависимости от пола. Так, у мужчин с МС, ее уровни ($16,02 \pm 1,05$ мкЕд/мл) превышали контрольные показатели ($9,88 \pm 0,34$; $p = 0,026$) более, чем на 3σ ($\sigma = 1,7$), отражая гиперинсулинемию. При сравнении БИ у женщин с МС и в контрольной группе ($9,62 \pm 1,90$ и $6,20 \pm 0,87$; $p > 0,05$), отмечается лишь тенденция к гиперинсулинемии.

Зарегистрированы корреляционные взаимосвязи БИ с метаболическими параметрами, по которым различались группы мужчин и женщин: окружность талии, уровни триглицеридов и α -холестерина. Характер выявленных корреляционных отношений также зависел от пола. У мужчин БИ достоверно коррелировала с индексом массы тела ($r = 0,34$; $p = 0,047$), с окружностью талии ($r = 0,66$; $p = 0,004$), с триглицеридами ($r = 0,29$; $p = 0,046$). БИ у женщин с МС коррелировала только с окружностью талии: $r = 0,40$ ($p = 0,02$).

Выводы. Выявленные различия в уровнях и корреляционных связях БИ с антропометрическими и липидными параметрами отражают разную роль инсулина в становлении МС у мужчин и женщин, и определяют различные подходы к диагностике гиперинсулинемии/инсулинорезистентности в зависимости от пола. Если у мужчин сурrogатным, но допустимым маркером этого состояния представляется БИ, то у женщин, вероятно, необходима оценка инсулинемии в условиях нагрузочных проб либо с помощью математических моделей или клэмп-теста. В то же время универсальность корреляций БИ с ОТ обосновывает значение этого простого измерения в диагностике МС.

0965 ПРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Чарикова Е.И.

Санаторий «ИТИЛЬ», Ульяновск, Россия

Понижение уровня андрогенов, в том числе и надпочечникового происхождения, ассоциировано с развитием и прогрессированием атеросклероза. Прерывистая нормобарическая гипокситерапия (ПНГ) оказывает антиатерогенный эффект. Между тем в клинике этот вопрос изучен недостаточно.

Целью исследования явилось изучение влияния ПНГ на уровень липидного спектра и надпочечникового андрогена ДЭА-С в сыворотке крови больных, перенесших инфаркт миокарда.

Материал и методы. Обследовано 102 мужчины (средний возраст — $48,3 \pm 4,94$ года), проходивших реабилитацию в санатории через $15,5 \pm 2,5$ дней после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). Всем больным проводили исследование липидного спектра, включавшего: общий холестерин (ОХ), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ), липопротеиды очень низкой плотности (ЛПОНП). Содержание ДЭА-С в сыворотке крови исследовали иммуноферментным методом. Курс санаторного лечения составил 24 дня. Все больные получали медикаментозную терапию (антиагреганты, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статин (Аторис в дозе 20-40 мг в сутки), при необходимости пролонгированные нитраты, а также ЛФК, физио- и бальнеопроцедуры. Больные были разделены на две группы: первая, состоящая из 54 пациентов, получала медикаментозный и санаторно-курортный стандарт, вторая группа из 48 больных к основному лечению дополнительно

получала ПНГ. Для ПНГ использовали двухместную мембранную газоразделительную установку волоконного типа фирмы «БИО-НОВА-204». Метод ПНГ осуществлялся в циклично-фракционном режиме: дыхание газовой смесью с концентрацией кислорода в первые два сеанса 12%, а в последующие 10%, продолжительность сеанса 60 минут, курс лечения ПНГ 16-18 сеансов.

Результаты. Индекс массы тела до и после лечения составлял $30,1 \pm 4,2$ и $28,7 \pm 3,9$ кг/м² (роста), соответственно, ($p < 0,05$), окружность талии составила $100,6 \pm 9,2$ и $96,9 \pm 8,4$ см, соотв. ($p < 0,05$). Содержание ДЭА-С после лечения увеличилось и составило: в первой группе $1,56 \pm 0,43$ мкг/мл и $2,84 \pm 0,38$ мкг/мл, соотв. ($p < 0,01$), во второй группе $1,59 \pm 0,49$ мкг/мл и $2,50 \pm 0,42$ мкг/мл, соотв. ($p < 0,01$). После лечения улучшились показатели липидного спектра: в первой группе снижение ОХ (с $6,69 \pm 1,2$ ммоль/л до $4,12 \pm 0,9$ ммоль/л, $p < 0,001$), ЛПНП (с $4,53 \pm 1,4$ ммоль/л до $2,07 \pm 0,6$ ммоль/л, $p < 0,001$), ЛПВП (с $1,18 \pm 0,2$ ммоль/л до $1,46 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,01$), ТГ (с $3,41 \pm 0,3$ ммоль/л до $1,93 \pm 0,1$ ммоль/л, $p < 0,01$); во второй группе снижение ОХ (с $6,63 \pm 1,3$ ммоль/л до $4,21 \pm 1,1$ ммоль/л, $p < 0,001$), ЛПНП (с $4,48 \pm 1,2$ ммоль/л до $2,17 \pm 0,7$ ммоль/л, $p < 0,001$), ЛПВП (с $1,20 \pm 0,2$ ммоль/л до $1,35 \pm 0,2$ ммоль/л, $p < 0,01$), ТГ ($3,43 \pm 0,4$ ммоль/л до $1,98 \pm 0,3$ ммоль/л, $p < 0,01$).

Выводы. У больных, перенесших инфаркт миокарда, имеется обратная связь между содержанием общего холестерина, холестерина в липопротеидах низкой плотности и уровнем ДЭА-С. Курс ПНГ в сочетании со стандартной терапией с использованием статинов приводит к снижению атерогенности дислипидемии, что ассоциировано с повышением уровня ДЭА-С в сыворотке крови.

0966 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г.ЕКАТЕРИНБУРГА РЕВМАТИЗМОМ (АНАЛИЗ ЗА 45 ЛЕТ)

Чекмарёва М.О., Попова Т.А.*

ГУЗ «СОКБ №1», Екатеринбург, Россия; * МУ «ГКБ №40», Екатеринбург, Россия

Цель. Проанализировать данные отчётов городского ревматологического центра г. Екатеринбурга с 1963 по 2007 гг. Выявить сложившиеся тенденции уровня заболеваемости ревматизмом за анализируемый период.

Материал и методы. Изучены и проанализированы данные отчётов городского ревматологического центра г. Екатеринбурга за 45 лет. Анализ показателей в группе подростков проведён за 16 лет, начиная с 1992 года, когда эта группа стала выделяться в отчётных формах.

Результаты. За последние 45 лет среди взрослого населения отмечено уменьшение величины общей заболеваемости ревматизмом на 80% (с 9,3‰ в 1963 г до 1,9‰ в 2007 г), в группе подростков за 16 лет рассматриваемый показатель снизился на 80% (с 0,95‰ в 1992 г до 0,19‰ в 2007 г). На фоне постоянного уменьшения числа впервые заболевших острой ревматической лихорадкой (ОРЛ) (0,24‰ в начале регистрации и 0,0009‰ — в последнем году) выявлен заметный рост числа больных ОРЛ в 1971 и 1993 гг (с 0,11‰ в 1970 г до 0,15‰ в 1971 г, с 0,023‰ в 1992 г до 0,05‰ в 1993 г), в группе подростков данный показатель увеличился в 1994 и 2002 гг (до 0,03‰ и 0,02‰ соответственно против нулевых показателей в предыдущие годы). За анализируемый период отмечено уменьшение величины первичной заболеваемости (выявляемости) ревматических пороков сердца (РПС) среди взрослого населения на 96,7% (с 0,61‰ в 1963 г до 0,02‰ в 2007 г). Отметим, что в последние 10 лет (с 1997 по 2007 гг), первичная заболеваемость РПС среди взрослого населения остаётся на постоянном уровне — в пределах 0,01-0,05‰, несмотря на снижающиеся показатели первичной заболеваемости ОРЛ — с 0,05‰ до 0,0009‰. В группе подростков с 1992 по 2007 гг рассматриваемый показатель колебался от 0 до 0,06‰ (2001 г) без отчётливой тенденции к снижению или росту.

Выводы. За 45 лет отмечено уменьшение общей заболеваемости ревматизмом среди взрослого населения на 80%, за 16 лет в группе подростков данный показатель также снизился на 80%. Первичная заболеваемость ОРЛ среди взрослого населения сни-

зилась на 99,625%, в группе подростков с 1992 по 2007гг соответствовала нулевым показателям (за исключением 1994, 2002 и 2003гг). С 1963 по 2007гг среди взрослого населения отмечено уменьшение первичной заболеваемости ревматическими пороками сердца на 96,7%, в группе подростков с 1992 по 2007гг рассматриваемый показатель колебался от 0 до 0,06‰ без отчётливой тенденции к снижению или росту. В течение последних 10 лет первичная заболеваемость РПС среди взрослого населения остаётся на постоянном уровне — в пределах 0,01-0,05‰, несмотря на снижающиеся показатели первичной заболеваемости ОРЛ — с 0,05‰ до 0,0009‰.

0967 ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Ченойда П.

Республиканская Клиническая Больница, Центр Диализа и Трансплантации почки, Кишинёв, Молдова

Цель: Характеристика изменений гемодинамики у пациентов с хроническим пиелонефритом (ХП) осложнённым хронической болезнью почек (ХБП) I-V стадии.

Методы исследования: В рамках проведенного исследования были изучены изменения гемодинамики у 108 больных с I-V стадиями ХБП, вызванной ХП. Все 5 групп были гомогенны по индексу массы тела, АД, половозрастным характеристикам, концентрации холестерина и триглицеридов крови. Контрольный лот включал 20 здоровых лиц. Пациенты также были обследованы с помощью ЭхоКГ+доплер, УЗИ почек, ЭКГ, были определены гормоны системы ренин-ангиотензин-альдостерон (РАА) и системы фосфорно-кальциевого обмена. Параметры гемодинамики были рассчитаны согласно известным формулам.

Результаты: Анализ в зависимости от стадии ХБП: отношение реальный минутный сердечный выброс / расчётный ОЦК (т.н. индекс ОЦК): контроль (К) ($1,092 \pm 0,095 \text{ мин}^{-1}$) ($M \pm DS$) vs ст. I ($1,25 \pm 0,30 \text{ мин}^{-1}$) vs ст. II ($1,32 \pm 0,31 \text{ мин}^{-1}$) vs ст. III ($1,38 \pm 0,34 \text{ мин}^{-1}$) vs ст. IV ($1,44 \pm 0,50 \text{ мин}^{-1}$) vs ст. V ($1,46 \pm 0,43 \text{ мин}^{-1}$) ($p < 0,05$); работа сердца: К ($0,891 \pm 0,141 \text{ Дж}$) vs ст. I ($1,125 \pm 0,396 \text{ Дж}$) vs ст. II ($1,229 \pm 0,0331 \text{ Дж}$) vs ст. III ($1,228 \pm 0,421 \text{ Дж}$) vs ст. IV ($1,216 \pm 0,294 \text{ Дж}$) vs ст. V ($1,527 \pm 0,368 \text{ Дж}$) ($p < 0,05$); мощность сердечных сокращений: К ($1,032 \pm 0,125 \text{ мВт}$) vs ст. I ($1373,7 \pm 592,68 \text{ мВт}$) vs ст. II ($1474,8 \pm 449,9 \text{ мВт}$) vs ст. III ($1422,4 \pm 452,9 \text{ мВт}$) vs ст. IV ($1402,3 \pm 412,6 \text{ мВт}$) vs ст. V ($1734,0 \pm 507,3 \text{ мВт}$) ($p < 0,05$); общее периферическое сопротивление: изменения статистически недостоверны; относительное периферическое сопротивление: К ($4,19 \pm 0,55 \text{ Ед}$) vs ст. I ($7,09 \pm 1,65 \text{ Ед}$) vs ст. II ($7,16 \pm 1,88 \text{ Ед}$) vs ст. III ($7,14 \pm 2,24 \text{ Ед}$) vs ст. IV ($6,52 \pm 1,89 \text{ Ед}$) vs ст. V ($7,65 \pm 2,91 \text{ Ед}$) ($p < 0,05$), КПД работы сердца: К ($76,43 \pm 1,54\%$) vs ст. I ($75,23 \pm 1,95\%$) vs ст. II ($75,40 \pm 2,59\%$) vs ст. III ($74,08 \pm 3,16\%$) vs ст. IV ($74,71 \pm 2,26\%$) vs ст. V ($72,38 \pm 3,02\%$) ($p < 0,05$); потенциал адаптации сердечно сосудистой системы: К ($1,88 \pm 0,30 \text{ Ед}$) vs ст. I ($2,27 \pm 0,67 \text{ Ед}$) vs ст. II ($2,45 \pm 0,54 \text{ Ед}$) vs ст. III ($2,47 \pm 0,72 \text{ Ед}$) vs ст. IV ($2,43 \pm 0,40 \text{ Ед}$) vs ст. V ($2,86 \pm 0,60 \text{ Ед}$) ($p < 0,01$). Большинство изменений центральной гемодинамики коррелировали с эхокардиографическими симптомами гипертрофии левого желудочка, расширением полостей сердца, развитием клапанного фиброза и недостаточности, диастолической дисфункцией ЛЖ, а также с изменениями на уровне микроциркуляции (венозный застой, сужение артерий, симптом Салюса-Ганна, развитие сосудистых и периваскулярных осложнений) и кровотока почек и нижних конечностей (повышение резистивного и пульсового индексов, сопротивления сосудов почек); а индекс ОЦК, работа и мощность сокращений сердца — и с активацией системы РАА и нарушениями фосфорно-кальциевого метаболизма.

Выводы: Основные изменения гемодинамики в зависимости от стадии ХБП заключались в последовательном нарастании работы сердца и мощности сердечных сокращений, увеличении периферического сопротивления и увеличении ОЦК, что приводит к снижению эффективности деятельности сердца. Эти изменения коррелируют с поражением различных отделов сердечно-сосудистой системы (микроциркуляции, региональной перфузии, сердца).

0968 НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПРИМЕРЕ РЕТИНОПАТИИ

Ченойда П., Чебан К.

Республиканская Клиническая Больница, Центр Диализа и Трансплантации почки, Кишинёв, Молдова

Цель: Определение факторов, коррелирующих с развитием патологических изменений на глазном дне у пациентов с хроническим пиелонефритом.

Методы исследования: Было обследовано 51 пациент с хроническим пиелонефритом, 36 (70,6%) женщин и 15 (29,4%) мужчин, разделённые на 4 группы в зависимости от присутствия/отсутствия хронической почечной недостаточности (ХПН, определялась согласно рекомендациям KDOQI (2002) как снижение клубочковой фильтрации $< 60 \text{ мл/мин}$) и/или артериальной гипертензии (АГ, определялась согласно рекомендациям JNC-7 и ESH-ESC (2003) при АД $> 140/90 \text{ мм рт.ст.}$). Для объективизации выявленных изменений была использована собственная схема оценки в баллах (0 — 3 балла) 12 офтальмоскопических симптомов (зарегистрированное изобретение пат. а2007 0234). Параллельно пациенты были подвергнуты комплексному исследованию периферической и центральной гемодинамики, оценке поражения сердечнососудистой системы, определению параметров системы ренин-ангиотензин-альдостерон и фосфорно-кальциевого обмена.

Результаты: Суммарный балл в исследованных группах, гомогенных по возрасту, полу и индексу массы тела: контроль — $0,5 \pm 0,25$ ($M \pm SD$); без ХПН и АГ — $2,5 \pm 1,81$; с ХПН — $7,1 \pm 2,14$; с АГ — $11,71 \pm 1,81$; с ХПН и АГ — $13,62 \pm 1,88$. Исследование показало, что ХПН и АГ независимо друг от друга, а также от возраста и индекса массы тела коррелируют со всеми изученными офтальмоскопическими симптомами: венодилатацией (АД сред. $r=0,534$, креатинин крови (КК) $r=0,497$), артериоконстрикцией (АД сред. $r=0,605$, КК $r=0,500$), артериовенозным соотношением (АД сред. $r=0,566$, КК $r=0,634$), извитостью хода вен (АД сред. $r=0,504$, КК $r=0,340$) и артерий (АД сред. $r=0,386$, КК $r=0,425$), усилением артериального рефлекса (АД сред. $r=0,564$, КК $r=0,622$), симптомом Салюса-Ганна (АД сред. $r=0,622$, КК $r=0,478$), изменениями цвета и выраженностью отёка зрительного диска (АД сред. $r=0,449$, КК $r=0,372$), сосудистыми (АД сред. $r=0,257$, КК $r=0,360$) и периваскулярными осложнениями (АД сред. $r=0,347$, КК $r=0,642$). В результате исследования были определены корреляции между выраженностью патологических изменений на глазном дне и повышением АД, гипертрофией левого желудочка, снижением клубочковой фильтрации, уменьшением кровотока по почечным и большеберцовым артериям, нарушениями центральной гемодинамики (повышением объёма циркулирующей крови, периферического сопротивления, работы сердца). У пациентов с отёком зрительного диска, сосудистыми и периваскулярными осложнениями наблюдалось статистически достоверные нарушения в системах ренин-ангиотензин-альдостерон и фосфорно-кальциевого обмена (паратгормон).

Выводы: ХБП независимо от АГ вызывает офтальмоскопические изменения, характерные для гипертензивной ретинопатии. Эти изменения коррелируют с органическими и функциональными изменениями в других отделах сосудистой системы.

0969 НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ПРЕДИАЛИЗНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

Ченойда П.

Республиканская Клиническая Больница, Центр Диализа и Трансплантации почки, Кишинёв, Молдова

Цель: Выявление связи между функциональными нарушениями, а также органическим поражением сердечнососудистой системы и некоторыми факторами сердечнососудистого риска (ССР) у пациентов с хроническим пиелонефритом (ХП), осложнённым различными стадиями хронической болезни почек (ХБП).

Методы исследования: Комплексному исследованию периферической и центральной гемодинамики, а также сердечно-сосудистой системы было подвергнуто 108 пациентов (26 (24,1%) мужчин) и 82 (75,9% женщин) с ХП, госпитализированных в отделение нефрологии Республиканской Клинической Больницы в 2005-2006 годах. При распределении согласно стадии ХБП группы пациентов были гомогенны по возрасту, полу, массе тела, артериальному давлению (АД), уровню общего холестерина и триглицеридов. Были изучены следующие факторы сердечно-сосудистого риска: протеинурия, анемия, индекс массы тела (ИМТ). С помощью программы Statistica 6 были определены простые и независимые корреляции.

Результаты: Макропротеинурия ($>0,3$ г/сутки) была обнаружена у 19 (17,6%) пациентов, а микропротеинурия (0,03-0,3 г/сутки) — у 42 (38,9%) больных. Простое корреляционное исследование (метод Spearman) обнаружил корреляцию с уровнем сист. и диаст. АД ($p<0,05$), эхокардиографическими симптомами гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) (увеличение индекса массы ЛЖ, относительной толщины стенок ЛЖ) ($p<0,00001$), расширением полостей сердца ($p<0,01$), нарастанием систолического давления в правом желудочке (СДПЖ) ($p<0,0001$) и фиброзом и недостаточностью на уровне всех клапанов, кроме клапана легочной артерии ($p<0,05$), изменениями глазного дна, индексом сопротивления и эластичности реовазографии, концентрацией паратгормона и альдостерона ($p<0,05$). Анемия I степени была определена у 35 (32,7%) пациентов, II степени — у 9 (8,4%), III степени — у 5 (4,8%) больных. Уровень гемоглобина коррелировал с изменениями на глазном дне, эхокардиографическими симптомами ГЛЖ, СДПЖ, фракцией выброса, клапанной недостаточностью ($p<0,05$), резистивным и пульсовым индексом почечных артерий, временем ускорения доплерографической волны ($p<0,05$). ИМТ коррелировал с величинами АД, эхокардиографическими симптомами ГЛЖ и его диастолической дисфункцией, активацией системы ренин-ангиотензин-альдостерон, параметрами реовазографии сосудов конечности (амплитуда артериальной и венозной волны, резистивный индекс). Суточная протеинурия, а особенно ИМТ и уровень гемоглобина коррелировали с такими гемодинамическими показателями как сила и мощности сердечных сокращений, КПД деятельности сердца, объемной скоростью выброса крови из левого желудочка.

Выводы: Исследованные факторы ССР коррелируют с основными показателями периферической и центральной гемодинамики, а также с органическим поражением различных отделов сердечно-сосудистой системы, что позволяет предположить их вклад в увеличение сердечно-сосудистого риска больных с ХБП.

0970 РОЛЬ ГЕНА АЛЬФА2Р-АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО РЕЦЕПТОРА В ГЕНЕЗЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Чернова А.А.

ГОУ ВПО КрасГМУ, Красноярск, Россия; ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: выявить частоты генотипов и аллелей по полиморфизму гена альфа2р-адренорецепторов у больных синдромом слабости синусового узла, их родственников I, II, III степени родства и лиц контрольной группы.

Материал и методы. Из базы данных кафедры терапии №1 КрасГМУ были отобраны 29 семей с наследственным синдромом слабости синусового узла. Среди пробандов было 20 женщин и 9 мужчин, средний возраст составил $58 \pm 0,15$ лет. Среди родственников I, II и III степени родства было 65 мужчин и 68 женщин, средний возраст $39 \pm 0,13$ лет.

Всем был проведен клинический осмотр, электрокардиография, велоэргометрия, холтеровское мониторирование ЭКГ, атропиновая проба, чреспищеводная стимуляция левого предсердия, эхокардиоскопия, кардиоритмография. Молекулярно-генетическое исследование проводилось в лаборатории медицинской генетики ГУ НИИ терапии СО РАМН Новосибирска. Были взяты образцы крови 294 человек, из которых 75 — больные с диагнозом СССУ, подтвержденным с помощью чреспищеводной стимуляции левого предсердия (ЧПСЛП), 49 их здоровых родственников I, II, III степени родства и 89 человек контрольной группы.

Экстракция ДНК из крови осуществлялась методом фенол-хлороформной экстракции. Статистическую обработку данных проводили на персональном компьютере типа "IBM PC" с использованием пакета программ "Statistica 7.0". Первым этапом определяли частоты аллелей и генотипов изучаемых генов-кандидатов.

Соответствие распределения аллелей и генотипов равновесию Харди-Вайнберга, сравнительный анализ частот генотипов вышеперечисленных генов с контрольной группой выполнялось с использованием критерия χ^2 , двустороннего критерия Фишера.

Результаты и обсуждение. По полиморфизму I/D гена альфа2В-адренорецептора нами прогенотипировано 75 больных с СССУ, 49 — их здоровых родственников I, II и III степени родства и 89 — лиц контрольной группы.

По результатам аллель-специфической полимеразной цепной реакции выявлены 3 вида генотипов альфа2В — адренорецептора у больных СССУ, их здоровых родственников и лиц контрольной группы: II — гомозиготный дикий, ID — гетерозиготный, DD — гомозиготный мутантный.

Установлено достоверное преобладание гомозиготного генотипа по более редкому аллелю DD у больных СССУ (28%) по сравнению с лицами контрольной группы (8,99%).

Таким образом, изученные генетические маркеры могут быть использованы для выявления предрасположенности к наследственному синдрому слабости синусового узла.

0971 СИСТЕМНЫЙ АМИЛОИДОЗ: ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Чеснокова Е.В., Волошинова Е.В., Новикова Л.С., Александрова Н.Л.
ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Выявить особенности поражения миокарда при системном амилоидозе.

Методы исследования. В отделении нефрологии Областной клинической больницы г. Саратова в период с 1999 по 2008г. находились 34 пациента, которым был верифицирован системный амилоидоз, из них 21 — с диагнозом AA-амилоидоз (9 женщин и 12 мужчин) и 13 — с диагнозом AL-амилоидоз (4 женщины и 9 мужчин). Средний возраст больных на момент первичной госпитализации составил 54,1 года при AL-амилоидозе, 57,2 лет — при AA-амилоидозе. Всем пациентам выполнялись ЭКГ, Эхо-КГ. Поражение сердца отмечалось у 29 больных (78,4%): при AL-амилоидозе — в 11 случаях из 13 (85%); при AA-амилоидозе — в 15 случаях из 21 (71%).

Полученные результаты. По данным ЭКГ при AL-амилоидозе наблюдалась гипертрофия миокарда левого (81,8%) и правого (27,2%) желудочков. Поражение проводящей системы выявлялось в 54,5% случаев (в 67% — неполная, в 33% — полная блокада правой ножки пучка Гиса). Нарушение ритма наблюдалось в 18,2% случаев, было представлено в 100% предсердной экстрасистолью. При AA-амилоидозе наблюдалась гипертрофия миокарда левого (94,1%) и правого (5,9%) желудочков. Поражение проводящей системы регистрировалось в 41,2% случаев (14,3% — неполная, в 14,3% — полная блокада правой ножки пучка Гиса, 12,6% — атриовентрикулярная блокада I-II ст). Нарушение ритма выявлено в 23,5% случаев, было представлено в 45% предсердной, в 55% желудочковой экстрасистолью. По данным Эхо-КГ при AL-амилоидозе отмечалась гипертрофия миокарда левого (81,8%) и правого (27,2%) желудочков с нарушением функции диастолического расслабления (100%), что сопровождалось развитием относительной недостаточности ав-клапанов I-II ст. в 47%. Артериальная гипертензия (АГ) в анамнезе отмечалась у 50%, что могло явиться причиной гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у этих больных, фракция изгнания (ФИ) при этом — 60%. У 50% больных без АГ в анамнезе ФИ составила 40%. Поражение перикарда наблюдалось в 17,6% случаев (уплотнение, адгезия листков, незначительное количество жидкости). В случае AA-амилоидоза наблюдалась ГЛЖ (86,6%) с нарушением функции диастолического расслабления (100%), что сопровождалось

ждалось развитием относительной недостаточности ав-клапанов I–II ст в 54,5%. АГ в анамнезе отмечалась у 12 больных из 15, что могло явиться причиной ГЛЖ, фракция изгнания (ФИ) при этом – 52%. У 3-х больных без АГ в анамнезе ФИ составила 40%, у этих же больных отмечалась гипертрофия правого желудочка. Поражение перикарда выявлено в 36,4% случаев (уплотнение, адгезия листков, незначительное количество жидкости).

Выводы: Поражение миокарда значительно чаще отмечалось у больных с АЛ-амилоидозом. По данным ЭКГ – различные варианты нарушения проводимости и сердечного ритма, которые не определяли тяжести состояния пациентов с амилоидозом. У больных с ГЛЖ без АГ в анамнезе увеличение массы миокарда связано с отложением амилоида, что приводит к быстрому снижению сократительной способности миокарда и определяет неблагоприятный прогноз в плане прогрессирования тяжелой, резистентной к терапии хронической сердечной недостаточности.

0972 ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ДИНАМИКУ СУТОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Чеснокова И.В.

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

Популяционные исследования показывают, что величина суточной вариабельности артериального давления (АД) является независимым негативным прогностическим фактором, ассоциированным с повышенным риском развития сердечно-сосудистых осложнений. В тоже время показатель частоты сердечных сокращений (ЧСС) и другие, связанные с ним параметры, могут являться индикаторами преобладающей активности симпатической нервной системы (СНС).

Цель данного исследования: изучить параметры вегетативного статуса (ВС) пациентов с АГ и сопоставить их с результатами суточного мониторирования АД (СМАД).

Обследовано 112 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет, имеющих I–III степень АГ. Верификация диагноза осуществлялась в соответствии с рекомендациями экспертов ВНОК (2008). Наряду с традиционными методами обследования (клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ или ЭхоКГ, УЗИ почек, почечных артерий и других периферических сосудов) пациентам проводилось СМАД и оценка состояния СНС. Последняя осуществлялась по разработанной нами (в соавторстве с Черновым Ю.Н.) комплексной системе оценки вегетативного статуса, включающей унифицированный тест-опросник пациента и объективные расчетные показатели: вегетативный показатель ритма пульса, вегетативный индекс (ВИ) и разницу между ЧСС и расчетной величиной истинного ритма синусового узла. По результатам однократного СМАД была проведена оценка вариабельности систолического, диастолического, пульсового АД и ЧСС, определены суточный индекс (СИ) и типы суточных кривых.

Получены следующие результаты. Повышенный тонус СНС выявлен у 62 человек (58 % обследованных), причем среди пациентов с I степенью АГ (37 чел.) гиперсимпатикотония отмечалась у 82% обследованных. По типам суточных кривых в обследуемом контингенте преобладали нон-дипперы (49 чел.) и дипперы (52 чел.). Овер-дипперами являлись 7 пациентов, при этом все они были симпатотониками. Найт-пикеры присутствовали в количестве 4 чел., трое из которых имели преобладающий симпатический тонус. При сопоставлении типов суточных кривых и преобладающего тонуса СНС установлено, что в процентном соотношении среди пациентов с повышенным симпатическим тонусом преобладали нон-дипперы (42%). При этом группа пациентов-симпатотоников являлась не однородной по показателям вариабельности ЧСС и АД. Динамика указанных параметров была различной в зависимости от времени суток и выраженности степени симпатикотонии. Прослеживаются корреляционные взаимоотношения между величиной ВИ и ЧСС с одной стороны и величиной СИ с другой стороны ($r = 0,37; 0,42$).

Проведенные исследования позволяют отметить тенденцию к большому разбросу показателей СИ у гипертоников, имеющих повышенный тонус СНС по сравнению с основной популяцией пациентов-гипертоников. Преобладание «патологических» типов суточной кривой АД (61,4%) у пациентов-симпатотоников увеличивает риск сердечно-сосудистых осложнений в ночные и ранние утренние часы.

Таким образом, повышенный тонус СНС является дополнительным фактором риска в популяции гипертензивных пациентов.

0973 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ И ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Чижикова О.А., Багмет А.Д., Тютютина Т.В., Зайцева Н.С., Мищенко И.Д.

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения и социального развития России», Ростов-на-Дону, Россия

Цель: изучить влияние сочетанного применения статинов и ингибиторов АПФ на биохимические показатели крови, морфофункциональные показатели сердца у молодых пациентов с АГ и метаболическим синдромом.

Методы: обследовано 156 пациентов в возрасте $42,27 \pm 2,33$ года, мужчины с артериальной гипертензией 1-2 степени, которые были разделены на 3 группы. 1-я – 53 пациента с АГ и ожирением (принимали ингибиторы АПФ), 2-я – 51 пациент с АГ, ассоциированной с метаболическим синдромом (принимали ингибиторы АПФ и статины), 3-я группа – мужчины с нормальной массой тела и артериальной гипертензией 1-2 степени (принимали ингибиторы АПФ). Наряду с общеклиническими анализами крови и мочи, ЭКГ, всем пациентам была выполнена эхокардиография.

Результаты: на фоне лечения в группах больных с АГ и нормальной массой тела, АГ и ожирением содержание натрия, калия, общего белка, глюкозы, билирубина, трансаминаз, фибриногена, протромбинового индекса практически не изменилось. В группе пациентов с АГ и нормальной массой тела содержание общего холестерина возросло на 20,2%, липопротеидов низкой плотности в 2 раза ($p < 0,05$), альфа-холестерина снизилось на 5,3%, коэффициент атерогенности возрос на 23,9%. Динамика показателей липидного профиля в группе пациентов с АГ и ожирением имела сходную тенденцию, но не была статистически достоверной. На фоне сочетанного применения ингибиторов АПФ и статинов в группе пациентов с АГ и метаболическим синдромом достоверно снизилось содержание натрия сыворотки крови на 2,3%. Содержание общего холестерина снизилось на 40% ($p < 0,05$), липопротеинов низкой плотности на 50,5% ($p < 0,05$), триглицеридов на 3,8%, содержание липопротеинов высокой плотности увеличилось на 15,2% ($p < 0,05$), индекс атерогенности снизился на 40,8% ($p < 0,05$). Во всех трех группах больных наблюдалась тенденция к уменьшению толщины ЗСЛЖ, МЖП, а также ММЛЖ, ИММЛЖ. В группе пациентов с АГ и метаболическим синдромом эта динамика была более выраженной и статистически достоверной и составила -10,4 % для толщины ЗСЛЖ, -11,6% для толщины МЖП, -19,5% для ММЛЖ, -21,8% для ИММЛЖ. При исследовании диастолической функции левого желудочка, существенной динамики ни в одной из исследуемых групп выявлено не было. У больных с АГ и метаболическим синдромом, выявлено увеличение фракции выброса на 15% ($p < 0,05$), при этом изменения данного показателя в группе больных с АГ и нормальной массой тела, а также у пациентов с АГ и ожирением выявлено не было.

Выводы: результаты проведенного исследования показывают, что сочетанное применение ингибиторов АПФ и статинов оказывает более выраженный положительный эффект на липидный профиль, морфофункциональные показатели сердца, сократительную способность миокарда, являясь при этом метаболически нейтральной комбинацией.

0974 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АД В ДИАПАЗОНАХ СКОРОСТИ Na^+/Li^+ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА

Чугунова Д.Н.

КГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Казань, Россия

Цель: Изучить особенности вариабельности сердечного ритма в покое у больных ГБ с различными типами суточного профиля АД в диапазонах скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита.

Материал и методы: Обследовано 95 больных ГБ I-II стадии в возрасте от 18 до 55 лет и 22 здоровых добровольца, которым проводилось определение скорости Na^+/Li^+ -противотранспорта в мембране эритроцита по М.Санесса (1980), СМАД до начала гипотензивной терапии, определение вариабельности сердечного ритма (ВРС) при помощи аппарата для холтеровского мониторирования ЭКГ.

Результаты: 1. В соответствии со скоростью Na^+/Li^+ -противотранспорта все обследуемые были отнесены к четырем квартилям:

- I квартиль (скорость НЛП до 203 мкмоль Li^+ /л. кл. в час) – 17 больных
- II квартиль (скорость НЛП 204–271 мкмоль Li^+ /л. кл. в час) – 26 больных
- III квартиль (скорость НЛП 272–345 мкмоль Li^+ /л. кл. в час) – 21 больных
- IV квартиль (скорость НЛП более 346 мкмоль Li^+ /л. кл. в час) – 31 больных.

2. При анализе показателей ВРС во II квартиле у больных ГБ с суточным профилем АД типа dipper выявлена достоверно большая мощность низкочастотного компонента спектра, чем у больных ГБ с суточным профилем АД типа non-dipper (362 и 122 мс² соответственно, $p=0,026$).

3. В IV квартиле у больных с суточным профилем АД типа dipper мощность низкочастотной составляющей спектра оказалась достоверно ниже, чем у здоровых (175 и 596 мс² соответственно, $p=0,027$). У больных с суточным профилем АД типа non-dipper и здоровых достоверных различий мощности LF не наблюдалось.

4. Мощность высокочастотной составляющей спектра ВРС у больных ГБ с суточным профилем АД типа non-dipper демонстрирует наименьшие значения в сравнении с больными ГБ с суточным профилем АД типа dipper и здоровыми. Таким образом, мы можем предположить, что недостаточная степень ночного снижения АД у больных ГБ с суточным профилем АД типа non-dipper обусловлена не столько высоким тонусом симпатического отдела вегетативной нервной системы, сколько низким уровнем тонуса парасимпатической системы.

Выводы:

1. Выявлено достоверное снижение уровня тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы в IV квартиле у больных ГБ с суточным профилем АД типа dipper в сравнении со здоровыми.

2. Во II квартиле выявлены достоверные различия у больных ГБ с суточным профилем АД типа dipper и non-dipper относительно уровня тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

3. Недостаточное ночное снижение АД у больных ГБ возможно обусловлено исходно низким уровнем тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы.

0975 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АД

Чугунова Д.Н.

КГМУ, кафедра пропедевтики внутренних болезней, Казань, Россия

Цель: Изучение ассоциации между полиморфизмом генов-кандидатов и особенностями вегетативной реактивности у боль-

ных гипертонической болезнью с различными типами суточного профиля АД.

Материал и методы: В исследование включено 88 больных гипертонической болезнью I-II стадии в возрасте от 18 до 55 лет (52 из них женщины, 36-мужчины).

Всем больным проводилось:

- Идентификация аллелей полиморфных маркеров методом ПЦР, расщепления фрагментов ДНК рестриктазами и электрофоретического разделения фрагментов ДНК
- Суточное мониторирование АД до начала гипотензивной терапии
- Определение вариабельности сердечного ритма (ВРС) по данным холтеровского мониторирования ЭКГ во время которого проводилась ортостатическая проба с регистрацией показателей ВРС в покое, на первой минуте ортостаза.

Результаты: 1. При анализе распределения частот аллелей и генотипов гена ангиотензин-превращающего фермента (АСЕ) в зависимости от типа суточного профиля АД, была выявлена достоверно большая частота встречаемости генотипа DD гена АСЕ у больных гипертонической болезнью с суточным профилем АД типа dipper ($p<0,05$). А также, достоверно большая встречаемость генотипа II гена АСЕ у больных с суточным профилем АД типа Non-dipper ($p<0,05$).

2. При анализе ВРС у больных с суточным профилем АД типа dipper, носителей генотипов ID и II гена АСЕ, была выявлена асимпатикотоническая реактивность, заключающаяся в одновременном снижении абсолютных значений мощности низкочастотной и высокочастотной составляющих спектра.

3. При анализе ВРС у больных с суточным профилем АД типа non-dipper, носителей генотипов ID и II гена АСЕ, реакция на ортопробу была различная. Наблюдалось снижение мощности низкочастотной и высокочастотной составляющих спектра у носителей генотипа ID гена АСЕ (в среднем на 45 и 14 мс² соответственно) и увеличение мощности низкочастотной и высокочастотной составляющих спектра (в среднем на 220 и 36 мс² соответственно) у носителей генотипа II гена.

Выводы:

1. Генотип DD гена АСЕ у больных ГБ татарской национальности ассоциируется с суточным профилем АД типа dipper.

2. Выявлена ассоциация генотипа II гена АСЕ у больных ГБ с суточным профилем АД типа non-dipper.

3. Носительство аллеля I гена АСЕ у больных ГБ с суточным профилем типа dipper ведет к дезадаптивной реактивности ВНС при ортопробе.

4. Наличие у больного ГБ с суточным профилем типа non-dipper генотипа II гена АПФ сочетается с нормальной вегетативной реактивностью.

0976 РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СОТРУДНИКОВ МОСКОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ КОНСЕРВАТОРИИ ИМЕНИ П.И. ЧАЙКОВСКОГО

Чукаева И.И., Шургая М.А., Москаленко И.Т., Орлова Н.В., Литвинова С.Н., Ахматова Ф.Д.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», Москва, Россия

Снижение показателей заболеваемости, инвалидности и смертности в России может быть достигнуто за счёт профилактики наиболее распространенных заболеваний. Профилактическая работа состоит, прежде всего, в широком применении метода — диспансеризации. Термин диспансеризация (от французского «избавлять», «освободить») не новый, предложен в начале 19 века для обозначения метода учета и наблюдения за состоянием здоровья людей. Сегодня смысл диспансеризации расширился. Это активное выявление факторов риска и заболеваний на ранних стадиях с целью оздоровления населения. Однако, у значительной части населения отсутствует понимание необходимости профилактических осмотров по собственному желанию. Нередки и случаи низкого уровня организации диспансеризации, вследствие чего много времени затрачивается на ожидание у кабинетов, что негативно влияет на обращаемость пациентов в лечебно-профилактические учреждения.

Цель: Обследование сотрудников Московской Государственной Консерватории им. П.И. Чайковского на предмет раннего выявления факторов риска и соматических заболеваний на начальных стадиях развития.

Материалы и методы: Диспансеризация проводилась 3 декабря 2008 года в рамках приоритетного направления практического здравоохранения «Доступность качественной медицинской помощи». Обследованы бесплатно 87 человек (средний возраст — 56 лет) на месте их работы в специально выделенном административном помещении. Инициатор диспансеризации — Центр профессиональной поддержки врачей первичного звена. В диспансеризации принимали участие сотрудники кафедры поликлинической терапии Московского факультета Российского государственного медицинского университета (РГМУ), молодые врачи городской клинической больницы №13 ЮВАО — выпускники Московского факультета РГМУ, а также медицинские сестры кабинета доврачебного контроля ГП №68 ЦАО и поликлиники ГКБ № 13. Проводились: опрос с использованием разработанных анкет для обследуемых; экспресс — анализы крови для определения уровня глюкозы и холестерина; измерение артериального давления, определение ЧСС, ЭКГ покоя, индекса массы тела (ИМТ), окружности талии и бедер, выявление признаков остеопороза и хронической венозной недостаточности (ХВН), заключительная беседа с терапевтом для получения информации о существующей проблеме здоровья и рекомендаций.

Результаты: среди людей, считающих себя здоровыми, выявлены «бессимптомные» пациенты с факторами риска: артериальная гипертензия у 22 из 87 (25%), гиперхолестеринемия у 21 из 63 (33%), гипергликемия у 18 из 63 (28,6%), повышении (ИМТ) у 38 из 64 (59,3%), признаки остеопороза у 15 из 74 (20,2%), а признаки ХВН — у 39 из 74 обследованных (52,7%).

Выводы: 1. Проблема ранней выявляемости социально значимых заболеваний стоит очень остро; 2. Диспансеризация по месту работы — наиболее естественное решение вопроса **доступности качественной медицинской помощи**, поскольку использует каждый шанс для профилактических вмешательств, даже у людей, которые при других условиях не пришли бы к врачу.

0977 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРАЙКОРА-145 НА УРОВНИ ЛИПОПРОТЕИДОВ (АПО А1, АПО В) И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ

Чукаева И.И., Клепикова М.В., Орлова Н.В., Денисова Н.Н., Чура О.В.
РГМУ, Москва, Россия

Цель: Определить влияние трайкора-145 на показатели липидного обмена и воспаления у больных артериальной гипертензией и ожирением.

Материалы и методы: было обследовано 34 пациента с артериальной гипертензией 1-2 степени, 35-60 лет, женского пола. Для изучения влияния трайкора на изучаемые биохимические и воспалительные показатели мы использовали биохимический анализатор-автомат Hitachi 912. Определение АПО А1, АПОВ, СРБ проводилось методом иммунологической турбидиметрии (реактивы фирмы «Rosh»).

Результаты: Нами были выявлены нарушения липидного обмена, представленные гипертриглицеридемией (44%), снижением ХС ЛПВП (5,5%), повышением общего холестерина (90%), повышением ХС ЛПНП (55,5%), повышением ЛПОНП (33%), снижением АПО А1 (5,5%), повышением АПО В (50%). Все пациенты были разделены на 2 группы. В первую группу были включены женщины с диагностированными нарушениями липидного обмена в виде смешанной дислипидемии, им проводилась терапия трайкором-145 по схеме в течение 3 месяцев. Во вторую группу вошли пациенты с изолированной гиперхолестеринемией. Пациенты обеих групп не имели достоверных различий по весу, объему талии, возрасту. В 1 группе были достоверно выше АПО В (АПОВ опыт = $1,2 \pm 0,24$, АПОВ контроль = $0,94 \pm 0,16$, $p=0,001$) и СРБ (СРБ опыт = $5 \pm 2,47$, СРБ контроль = $2,3 \pm 1,53$, $p=0,008$), что может быть расценено как активация воспаления в 1 группе. При анализе влияния 3 месячной терапии трайкором-

145 в 1 группе по схеме: 1 таблетка трайкора 145 мг 1 раз в день, на уровне АПО А1 выявлено достоверное повышение уровня АПО А1 (АПО А1 до лечения = $1,36 \pm 0,22$, АПО А1 после = $1,49 \pm 0,23$, $p=0,0097$), АПО В — на фоне лечения снижался (до лечения АПО В = $1,2 \pm 0,24$, после = $1,01 \pm 0,18$, $p=0,0009$), СРБ снижался (до лечения СРБ = $5 \pm 2,47$, после = $3,9 \pm 1,87$, $p=0,0036$), что свидетельствует о снижении явлений воспаления на фоне терапии трайкором.

Выводы: Сложные нарушения липидного обмена более выражено влияют на активность воспаления, чем изолированная гиперхолестеринемия. Применение препарата трайкор-145 у пациентов с артериальной гипертензией и ожирением в течение 3 месяцев лечения приводит к снижению выраженности дислипидемии и воспаления.

0978 МЕСТО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ

Чумакова Г.А., Зыкова Ю.В., Бобровская Л.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) объявлена приоритетным направлением развития здравоохранения страны. При этом профилактическое консультирование как врачебная специальность не существует, а обучение студентов медицинских ВУЗов методологии профилактического консультирования, техникам эффективного обучения пациентов в различных образовательных «Школах» не проводится.

Целью нашего исследования стало изучение анонимного мнения врачей о месте профилактической медицины в обучении студентов-медиков и о потенциальной возможности реализации профилактического направления в реальной клинической практике.

Была проанкетирована случайная выборка врачей из числа участников различных конференций, проводящихся в городе и крае. В анкетировании участвовали 230 врачей, 79% женщины, возраст от 23 до 62 лет. 35,6% работают в сельской местности, 65% в различных стационарах и поликлиниках городов края.

По результатам анкетирования 95,6% врачей считают, что знаний о месте врача в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в различных медицинских ВУЗах дается крайне мало и они имеют отрывочный, не системный характер. Абсолютно нет обучения «практическим навыкам» профилактического консультирования. Те же претензии врачи высказывают и к последипломному образованию, считая, что в любой обучающей программе должны быть предусмотрены темы и освоение навыков профилактического консультирования больных. 43,5% врачей считают, что врачебный прием по специальностям профилактическое консультирование, диетолог необходим. 20,9% врачей на вопрос о желании работать в области профилактического консультирования ответили «да» при условии высокой заработной платы. 75,2% врачей согласны с тем, что профилактические мероприятия могут снизить заболеваемость и смертность от ССЗ в нашей стране. Но 24,8% в это не верят, так как считают, что в нашей стране это останется лишь декларативным направлением.

При этом достаточно много врачей, имеющих факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, не борются с ними, считают, что курить или нет — это личное дело врача. Большинство врачей не считают, что они должны быть образцом здорового образа жизни для пациентов. До 40% врачей, имеющих артериальную гипертензию, не достигают целевого артериального давления.

Таким образом, несмотря на чрезвычайную важность, вопросы профилактической кардиологии не находят должного места в обучении студентов и врачей. Приоритетность данного направления в медицине не формируется в сознании будущего врача, практические навыки, технологии профилактического консультирования и обучения больных не изучаются вообще. В настоящее время отсутствуют подготовленные кадры для профессиональной качественной реализации профилактического, в том числе популяционного направления в медицине, не отработана система мотиваций врачей для работы в этом направлении.

0979 «СКРЫТАЯ» АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ*Чумакова Г.А., Киселева Е.В.*

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул, Россия

Известно, что у ряда пациентов уже при первом обращении к врачу выявляются электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка, но не выявляются симптомы артериальной гипертонии по офисному давлению или другие сердечно-сосудистых заболеваний. При этом при суточном мониторинговании артериального давления (СМАД) у таких больных можно выявить повышение как систолического, так и диастолического давления в течение нескольких часов, обычно соответствующих рабочему времени. Это, так называемая, «скрытая» артериальная гипертония (АГ).

Целью нашего исследования стало выявление больных со «скрытой» АГ и изучения у них риска поражения органов-мишеней.

Было обследовано 38 больных, все мужчины, возраст от 24 до 45 лет, без гипертонического анамнеза, у которых было офисное АД было в зоне высокого нормального, но при проведении велоэргометрии у них было зарегистрирована гипертоническая реакция на нагрузку с повышением АД на субмаксимальной частоте сердечных сокращений (ЧСС) более 190/100 мм рт.ст. У всех больных были жалобы на редкие головные боли, обычно во время тяжелого рабочего

Всем больным проводились СМАД, эхокардиография для оценки степени гипертрофии миокарда и доплеровское исследование сосудов с измерением толщины слоя интима-медиа сонных артерий (ТИМ), оценка микроальбуминурии. Все исследования проводились в начале исследования и через год наблюдения.

Было выявлено, что у 26 больных при СМАД выявлялось повышение систолического и/или диастолического АД до 155 ± 23 мм рт.ст. в дневное время в течение $6,2 \pm 1,5$ часов. При этом у 22 из этих же больных не имели достаточного снижения АД ночью (тип «non dipper»). У 18 больных была выявлена микроальбуминурия до 115 ± 21 мг/сутки. У 21 больного были выявлены признаки начальной гипертрофии миокарда левого желудочка с индексом массы миокарда $156,7 \pm 21,3$ г/м². У 9 пациентов было выявлено Увеличение ТИМ сонных артерий до $1,2 \pm 0,1$ мм. У последних пациентов возраст был от 32 до 45 лет.

Всем больным были даны рекомендации по коррекции образа жизни и режима труда. Через год больным проведено повторное обследование. Было выявлено, что только треть больных, выполняя наши рекомендации, успешно корригировали свой образ жизни и факторы риска, например, бросили курить, снизили вес, соблюдая диету, скорректировали признаки дислипидемии. В этой группе (14 больных), только у 2 больных появились новые субклинические признаки поражения органов-мишеней. Среди остальных больных (24 пациента) дополнительно у 5 была выявлена микроальбуминурия, дополнительно у 3 больных выявлено увеличение индекса массы миокарда левого желудочка более 125 г/м². Дополнительно у 2 пациентов появилось увеличение ТИМ сонных артерий более 0,9 мм.

Таким образом, выявление «скрытой» артериальной гипертонии является актуальной клинической задачей, так как позволяет своевременно начать профилактические мероприятия и предупредить прогрессирование заболевания.

0980 ИММУНОМОДУЛЯТОРНЫЕ СВОЙСТВА СТАТИНОВ (ИЗУЧЕНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ И МАКРОФАГОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ У БОЛЬНЫХ ИБС)*Чумаченко П.В., Жданов В.С., Белокоп Е.В., Шлычкова Т.П., Акчури Р.С.*

ФГУ РКНПК, Москва, Россия

Статины помимо липидопонижающими свойствами обладают иммуномодуляторным действием. Отмечено индуцированное статинами уменьшение уровня сывороточных интерлейкинов,

С реактивного белка, экспрессии молекул адгезии на эндотелии. Исследования, выполненные на животных, подтверждают гипотезу о том, что статины уменьшают количество Т-лимфоцитов и макрофагов в атеросклеротических бляшках, в то же время данные, полученные у людей малочисленны и противоречивы.

Цель. Провести сравнительное исследование содержания Т-лимфоцитов и макрофагов в атеросклеротических бляшках у больных, получавших и не получавших терапии статинами.

Материалы и методы. Нами изучены атеросклеротические бляшки коронарных артерий, взятые у 44 больных с ИБС. Мужчин и женщин среди больных было одинаковое количество. Половина больных принимала статины, а другая половина их не принимала и вошла в контрольную группу. Полученные во время операции эндартерэктомии атеросклеротические бляшки исследовали иммуноморфологически с помощью моноклональных антител к Т-лимфоцитам (СД-4; СД-5; СД-8) и антител к макрофагам (СД-11; СД-68).

Результаты. Ранее мы отмечали, что больных с Т-лимфоцитами и макрофагами в атеросклеротических бляшках больше среди пациентов, не принимавших статины, однако при подсчете воспалительных клеток выяснилось, что разница в их количестве между принимавшими статины и больными контрольной группы статистически не достоверна. Так, при «общем» подсчете всех Т-лимфоцитов в атеросклеротических бляшках у больных, принимавших статины, их было $6,15 \pm 0,86$ в 1 мм², а в контрольной группе количество этих клеток было равно $5,07 \pm 1,26$. Количество макрофагов в 1 мм² атеросклеротических бляшек у принимавших статины было $17,84 \pm 3,54$, а у больных контрольной группы $23,96 \pm 9,34$.

Поскольку статины блокируют молекулы адгезии (LFA-1 и т.д.), то во второй части исследования мы проводили подсчет только воспалительных клеток, которые адгезированы на поверхности эндотелия или находились субэндотелиально. Такой подсчет выявил почти пятикратное увеличение Т-лимфоцитов в контрольной группе ($5,15 \pm 0,96$) по сравнению с группой больных, принимавших статины ($1,2 \pm 0,25$), [$p < 0,05$]. У больных, не принимавших статины более чем в 4 раза было больше адгезированных моноцитов и находящихся субэндотелиально макрофагов ($10,41 \pm 4,06$) (по сравнению с группой больных, принимавших статины — $2,3 \pm 0,76$), [$p < 0,05$].

Выводы. Лечение статинами приводит к уменьшению числа Т-лимфоцитов и макрофагов, адгезированных на эндотелии и, как следствие этого, уменьшает количество воспалительных клеток, внедрившихся в покрывку бляшки, способствуя тем самым переводу нестабильных бляшек в стабильные.

0981 ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.*Шайбакова Л.Р., Яковлева Л.В., Карамова И.М., Ваганова А.Г., Фаткуллина З.С.*

ГУЗ «Республиканский кардиологический диспансер», Уфа, Башкортостан

Актуальность проблемы артериальной гипертонии (АГ) связана с её широкой распространённостью, определяющей ролью в структуре сердечно-сосудистой и общей летальности, тенденцией к старению населения. В настоящее время существует обоснованное представление о том, что у значительной части больных АГ заболевание сформировалось в детском возрасте.

Цель: Изучить особенности ремоделирования левого желудочка у детей подросткового возраста при артериальной гипертонии.

Методы и методы исследования: в настоящей работе представлены результаты исследования 78 детей с артериальной гипертонией в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст $15,9 \pm 1,2$ л). По степени АГ и клинической картины заболевания подростки были разделены на 2 группы: I группа — подростки с лабильной артериальной формой гипертонией (41 подросток); II группа — больные со стабильной формой артериальной гипертонией (37 подростков). Длительность заболевания в среднем в первой группе составила $1,7 \pm 0,14$ лет, во второй группе —

2,4±0,2 л. Эхокардиографическое исследование проводилось на аппарате HDI 5000 фирмы Philips. Варианты типов геометрии левого желудочка (ЛЖ) определялись в соответствии с рекомендациями P. Verdecchia и соавт. (1994), A. Ganaou и соавт. (1987), D. Sovage и соавт. (1987) и данными, приведенными Шляхто Е.В. и соавт. (1999) с выделением 7 типов ремоделирования: нормальная геометрия (I тип), концентрическое ремоделирование (II тип), изолированная гипертрофия межжелудочковой перегородки (III тип), изолированная гипертрофия задней стенки ЛЖ (IV тип), концентрический тип ГЛЖ (V тип), эксцентрический тип ГЛЖ с дилатацией ЛЖ (VI тип) и подгруппа лиц без дилатации (VII тип). Диагноз АГ верифицирован в соответствии с рекомендациями по диагностике, лечению и профилактике артериальной гипертензии у детей подросткового возраста (Москва, 2003).

Результаты исследования: Для обеспечения достаточной величины сердечного выброса при повышении АД происходят определенные перенапряжения в системе гемодинамики, которые приводят к изменению геометрии левого желудочка. При анализе типов ремоделирования с учетом структурно-морфологических показателей преобладали лица с нормальной величиной индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ): I тип в первой группе встречался у 95,2% и у 75,6% во второй группе; II тип (концентрическое ремоделирование) только у подростков второй группы – 2,7%; IV тип (изолированная гипертрофия задней стенки ЛЖ) в первой группе у 4,8% и 13,5% во второй группе. С признаками гипертрофии миокарда ЛЖ во второй группе подростков с АГ в 2 случаях (5,4%) отмечался V тип – концентрический тип гипертрофии ЛЖ, что является неблагоприятным прогностическим значением. VII тип – эксцентрический тип без дилатации у одного подростка (2,7%).

Выводы: таким образом, структурные изменения миокарда при артериальной гипертензии предполагают не только развитие гипертрофии миокарда ЛЖ, но изменение его геометрии. Раннее выявление процессов ремоделирования в подростковом возрасте представляется важным для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний во взрослом возрасте.

0982 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, НО НЕ УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ОТРАЖАЕТ НАРУШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Шайдуллина А.И., Миннетдинов Р.Ш., Абдулхаев Ф.А., Саттарова Л.И., Галавич А.С.

Казанский государственный медицинский университет, Межрегиональный клиничко-диагностический центр, Казань, Россия

Цель: определение динамики биохимических и эхокардиографических показателей у больных после инфаркта миокарда.

Методы. В исследование было включено 90 мужчин среднего возраста 54 года с инфарктом миокарда с зубцом. Все больные были разделены на 3 группы по 30 человек: 1 группа – проводилось чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), 2 группа – проводился тромболизис, 3 группа – проводилось консервативное лечение из-за противопоказаний к ЧКВ и тромболизису. Определялись уровни мозгового натрийуретического пептида (МНУП), фракция выброса (ФВ) по ЭхоКГ до лечения и через 180 дней после инфаркта миокарда. После выписки из больницы всем больным проводилось стандартное лечение (бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины, аспирин).

Результаты. В группе ЧКВ ФВ через 6 месяцев сохранилась на прежнем уровне – 51,1%–52,3%. Уровень МНУП снизился достоверно в 3,4 раза – с 1155,6 до 339,1 фмоль/мл. В группе тромболизиса ФВ сохранилась также на прежнем уровне – 49,6%–49,9%. Уровень МНУП в этой группе снизился также достоверно в 3,2 раза – с 1206,7 до 377,3 фмоль/мл. В группе консервативного лечения ФВ снизилась достоверно с 52,5% до 30,8% ($p=0,0001$). Уровень МНУП снизился достоверно в 3,7 раза.

Выводы. При одинаковом снижении МНУП только измерение ФВ позволяет выявить снижение систолической функции сердца.

0983 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МАКСИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шальнев В.И., Мазуров В.И.

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

В некоторых международных многоцентровых исследованиях (MIRACL, PROVE IT) использовались максимально разрешенные дозы аторвастатина (80 мг в сутки) в лечении больных острым коронарным синдромом. В нашей стране опыт применения подобных доз при ОКС весьма ограничен. Мы в течение ряда лет изучали эффективность раннего применения средних доз статинов (симвастатин 40 мг в сутки) у больных этой категории.

Целью данной работы была оценка эффективности и безопасности агрессивного режима терапии статинами по сравнению с применявшимися ранее схемами.

Материал и методы: Обследовано 76 больных с острым коронарным синдромом. У 42 больных выявлен ОКСнСТ, у 34 ОКС бпСТ. Все включенные в исследование больные в первые 48 часов были рандомизированы в две группы – получавших соответственно аторвастатин в дозе 80 мг или симвастатин в дозе 40 мг один раз в сутки в дополнение к стандартной терапии ОКС. Оценивались в динамике клиническое течение, липиды крови, С-реактивный белок (количественный высокоточный метод), тропонин I, трансаминазы (АСТ, АЛТ), щелочная фосфатаза, ГГТ, общая КФК и ее МВ фракция, билирубин, креатинин, уровень глюкозы крови. Показатели оценивались до начала терапии статинами, на 14 суток и затем ежемесячно до 6 месяца наблюдения.

Результаты. Отмечено более выраженное снижение общего холестерина (с $5,6\pm 1,2$ до $3,7\pm 0,86$, $P=0,02$) и ХС ЛПНП (с $3,2\pm 0,66$ до $1,8\pm 0,43$, $P=0,025$) к 14 суткам от начала терапии у больных, получавших 80 мг аторвастатина по сравнению с больными, получавшими 40 мг симвастатина (в этой группе отмечено снижение ОХ с $5,5\pm 0,86$ до $4,5\pm 0,77$, $P=0,04$ и ХС ЛПНП с $3,4\pm 0,79$ до $2,5\pm 0,52$, $P=0,01$). Уровень С-реактивного белка снизился к 14 суткам на 48% в группе больных, получавших симвастатин и на 64% в группе аторвастатина. Однако к 6 месяцу различие в уровне С-РБ между группами не было достоверным. Не отмечено достоверных различий в уровнях ферментов и других биохимических показателей между группами. Не выявлено случаев значительного повышения (более 3 раз от исходного уровня) содержания АЛТ, ГГТ, щелочной фосфатазы и КФК у больных, получавших статины в указанных дозах. Статистически достоверных различий в клиническом течении ОКС между группами не выявлено.

Выводы: 1) Терапия ОКС аторвастатином в дозе 80 мг в сутки приводит к более значительному снижению уровней общего холестерина, ЛПНП, С-реактивного белка к 14 суткам от развития ОКС по сравнению с лечением симвастатином в дозе 40 мг в сутки. 2) Терапия аторвастатином в максимально разрешенной к применению дозе у больных с различными формами острого коронарного синдрома хорошо переносится больными и не вызывает серьезных побочных эффектов.

0984 БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Шамес А.Б., Терехин С.А.

ФГУ «3 ЦВКГ им. А.А.Вишневого МО РФ», Красногорск, Россия

Цель: изучить эффективность хирургического лечения больных с сочетанным поражением коронарных (КА) и брахиоцефальных (БЦА) артерий.

Методы: в 2007–2008гг проведено хирургическое лечение 35 пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) и атеросклеротическим поражением БЦА. Средний возраст больных – $63,3\pm 1,5$ лет;

мужчин — 33, женщин — 2. ИБС протекала в форме нестабильной стенокардии у 1 пациента, инфаркта без подъема сегмента ST — у 1, стабильной стенокардии напряжения II функционального класса (ФК) — у 11, III ФК — у 22. У всех пациентов поражение БЦА сопровождалось дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭП) I ст. и 3 ст. — по 3 больных, 2 ст. — у 29. По результатам обследования одно-, двух-, многососудистое поражения выявлены соответственно в КА в 8,6%–28,6%–62,8%; в БЦА в 31,4%–54,3%–14,3% случаев. У 17 пациентов выполнены только эндоваскулярные вмешательства, у 18 — комбинированные (традиционные хирургические + эндоваскулярные). Все операции проведены в 2 этапа, средний срок между этапами составил $7,5 \pm 1,1$ недель. У 8-и пациентов этапные операции осуществлены в одну госпитализацию, средний срок между операциями составил $8,4 \pm 0,9$ дня. Всего 35-и больным выполнено 69 операций, из них эндоваскулярных — 51, традиционных хирургических — 18. Виды выполненных операций: коронарная ангиопластика со стентированием — 19, каротидная ангиопластика со стентированием и церебральной протекцией — 22, стентирование позвоночных артерий — 7, подключичных артерий — 3; коронарное шунтирование — 8, каротидная эндартерэктомия — 9, эндартерэктомия из позвоночной артерии — 1. При стабильном течении ИБС первым этапом проводили реконструкцию в бассейне БЦА, вторым этапом — в бассейне КА. При остром коронарном синдроме в первую очередь проводили равааскуляризацию миокарда. Во всех случаях проводили двухкомпонентную антитромбоцитарную терапию (аспирин 100мг+ клопидогрель 75мг) за исключением операций аорто-коронарного шунтирования. В послеоперационном периоде рекомендовали прием клопидогреля 75мг/сутки и аспирина 100мг/сутки до 1 года.

Результаты: летальных исходов не было. У всех пациентов отмечена положительная динамика. Тяжелые осложнения имели место только в 1 случае — интраоперационный инфаркт миокарда во время коронарной ангиопластики. Неврологических осложнений нет.

Выводы: этапное хирургическое лечение сочетанного поражения КА и БЦА эффективно и безопасно. Использование антитромбоцитарных препаратов при выполнении эндоваскулярных вмешательств (аспирин, клопидогрель) не является препятствием для проведения традиционных реконструктивных операций (коронарное шунтирование, каротидная эндартерэктомия).

0984 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЧИСЛОМ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Шамкина А.Р., Садыкова А.Р.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

В последних работах показано, что лица с числом сердечных сокращений (ЧСС) более 80 ударов в 1 мин имели достоверно более высокий риск как общей, так и сердечно-сосудистой смертности.

Цель. Изучить электрокардиографические признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у женщин репродуктивного возраста в зависимости от ЧСС.

Материал и методы. Обследовано 99 женщин в возрасте 27–46 лет; из них 15 человек с нормальным артериальным давлением (НАД), 27 пациенток с высоким нормальным АД (ВНАД) и 57 пациенток с артериальной гипертензией (АГ) по классификации ВНОК (2008), с длительностью АГ 0,5–28 лет. Возраст пациенток с АГ — $40,6 \pm 4,9$ лет. Из исследования исключались пациентки с симптоматическими гипертензиями. Обследуемым определялось ЧСС в 1 мин, проводилась электрокардиография. ГЛЖ определялась по электрокардиографическим признакам (признаку Соколова-Лайона, Корнелескому, Губнера-Унгерлейдера, амплитуде R_{avL} , $R_{V5,6}$). Обследуемые были распределены на 3 группы в зависимости от ЧСС [1 — ЧСС менее 60 ударов в 1 мин (1 человек), 2 — ЧСС в пределах 60–80 ударов в 1 мин (66 человек), 3 — ЧСС более 80 ударов в

1 мин (32 человека)]. Для оценки значимости различий средних значений использовался критерий t Стьюдента.

Результаты. В общей когорте женщин репродуктивного возраста в группе лиц, имеющих ЧСС более 80 ударов в 1 мин, по сравнению с группой лиц, имеющих ЧСС 60–80 ударов в 1 мин, отмечаются значимо ($p < 0,05$) по критерию t Стьюдента большие средние значения показателей, используемых для оценки ГЛЖ: $S_{VI} + R_{V5,6}$ ($29,0 \pm 8,5$ мм vs $24,0 \pm 6,8$ мм; $p < 0,01$), $R_{avL} + S_{V3}$ ($15,3 \pm 8,6$ мм vs $12,3 \pm 5,4$ мм; $p < 0,05$), $R_{V5,6}$ ($16,4 \pm 5,2$ мм vs $13,8 \pm 4,6$ мм; $p < 0,02$).

Вывод. В общей когорте женщин репродуктивного возраста в группе лиц, имеющих ЧСС более 80 ударов в 1 мин, средние значения некоторых количественных электрокардиографических показателей, используемых для оценки ГЛЖ, значимо выше таковых, по сравнению с группой лиц, имеющих ЧСС в пределах 60–80 ударов в 1 мин.

0986 АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Шангина А.М., Говорин А.В., Кушнаренко Н.Н., Солпов А.В.
ЧГМА, Чита, Россия

Цель: оценить агрегационную способность тромбоцитов у больных подагрой и у пациентов с метаболическим синдромом без гиперурикемии в сравнении с таковой группы контроля.

Материалы и методы: обследовано 38 мужчин с подагрой, средний возраст которых составил $41 \pm 8,8$ лет. Длительность подагры колебалась от 1,5 до 10 лет. Данная группа была разделена на подгруппы: 1-я — включила в себя 20 пациентов с острым подагрическим артритом I–II степени активности (52,6%), 2-я — 18 больных с подагрой в стадии ремиссии (47,4%). Диагноз удовлетворял Римским критериям. Вторую группу составили 30 пациентов с метаболическим синдромом (МС) без гиперурикемии, средний возраст — $33 \pm 5,9$ лет. Диагноз удовлетворял критериям ВОЗ (1998г.). В группу контроля вошли 12 относительно здоровых мужчин, средний возраст — $33 \pm 5,9$ лет. Спонтанную и АДФ- индуцированную агрегацию тромбоцитов исследовали с помощью стандартного турбидометрического метода с использованием двухканального лазерного анализатора агрегации тромбоцитов «Биола» (модель LA230, Россия).

Результаты: установлено, что по данным кривой светопропускания в группе пациентов с МС наблюдалось увеличение спонтанной агрегации (степень $0,4 \pm 0,4$ отн.ед.; скорость $1,4 \pm 0,5\%$; $p < 0,001$), которая отсутствовала в контрольной группе. В группе пациентов с подагрой степень агрегации была увеличена в сравнении с МС ($2,13 \pm 1,8$ отн.ед. и $0,4 \pm 0,4$ отн.ед.; $p < 0,001$), причем в стадию ремиссии эти изменения были более выражены, чем при обострении ($2,37 \pm 1,9$ отн.ед. и $1,89 \pm 1,7$ отн.ед.). При использовании в качестве индуктора агрегации АДФ в большой концентрации (10 мкг/мл) показатели степени агрегации у пациентов в группе МС увеличивались в сравнении с контролем ($76,6 \pm 18,8$ отн.ед. и $51,44 \pm 15,7$ отн.ед. соответственно; $p < 0,01$). Разницы в значениях этого показателя между группой пациентов с подагрой и МС выявлено не было ($87,33 \pm 21,98$ отн.ед. и $76,6 \pm 18,8$ отн.ед. соответственно). Однако, в стадию ремиссии подагры агрегация была значительно выше, чем при обострении и при МС ($102,57 \pm 14,4$ отн.ед. и $72,18 \pm 17,2$ отн.ед. соответственно; $p < 0,001$). При изучении скорости АДФ- индуцированной агрегации отмечалось ее увеличение у пациентов с МС в сравнении с контролем ($105,12 \pm 38,2\%$ и $81,82 \pm 13,2\%$ соответственно; $p < 0,05$). Увеличение скорости агрегации у пациентов с подагрой было более выражено чем при МС ($133,17 \pm 34,02\%$ и $105,12 \pm 38,2\%$ соответственно; $p < 0,01$). Максимально высокие значения скорости агрегации наблюдались в стадию обострения ($148,56 \pm 37,4\%$; $p < 0,01$).

Выводы: у пациентов с подагрой и МС обнаружено увеличение спонтанной агрегации кровяных пластинок. Степень и скорость спонтанной и АДФ- индуцированной агрегации у больных подагрой были выше, чем у пациентов с МС. Выявлено значительное ускорение агрегации у больных подагрой при обострении, а также в стадию ремиссии.

0987 ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА (к 100-летию описания В.П. Образцовым и Н.Д. Стражеско клиники инфаркта миокарда)

Шапошник И.И.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель работы — выделение основных этапов изучения инфаркта миокарда (ИМ)

Методы исследования: анализ исторических данных о диагностике и эффективности лечения ИМ.

Полученные результаты. Выделено 5 этапов диагностики и лечения ИМ.

1 этап. Во второй половине 19 века А.Хаммер, Э.Лейден, В. Керниг, Р.Мари описали патоморфологию тромбоза венечных артерий и некоторые его признаки.

2 этап. В.П.Образцов и Н.Д.Стражеско в 1909г впервые выделили ведущие клинические синдромы ИМ: ангинозный, астматический и гастралгический; указали опорные критерии дифференциальной диагностики ИМ и грудной жабы. Впервые ими высказана мысль о том, что основой тромбоза коронарных артерий является атеросклероз. В 1911г Д.Херрик (США) повторил полученные данные.

3 этап. В 20-х — 50-х годах 20 века в СССР Д.Д.Плетнёв, В.Ф.Зеленин, Л.И.Фогельсон и др. описали различные клинико-инструментальные признаки ИМ. В 1938г П.Е.Лукомский впервые применил грудные отведения ЭКГ для диагностики ИМ. Летальность в 40-50-х годах составляла 40%.

4 этап. Охватывает 60-80-е годы 20 века и связан с результатами исследований клинических школ, руководимых П.Е.Лукомским (описание продромальных симптомов ИМ, изучение патогенеза и клиники кардиогенного шока, нарушений ритма, введение в клинику биохимических маркёров, применение при предынфарктном состоянии антитромботической терапии), Е.И.Чазовым (создание догоспитальной кардиологической бригады, ранняя госпитализация в специализированные центры, применение впервые в мире внутрикоронарного тромболитика в 1974г, выработка принципов борьбы с болью, предупреждения и лечения кардиогенного шока, жизнеугрожающих нарушений ритма сердца, создание этапной системы лечения и реабилитации ИМ), Б.П.Кушелевским (создание в 1962г в Свердловске первой в стране кардиологической службы скорой помощи, применение антикоагулянтов при ИМ). В 70-е годы академиком Е.И.Чазовым сформулирована основная концепция лечения ИМ — восстановление коронарного кровотока путём разрушения тромба и введения тромболитиков на догоспитальном этапе. Перечисленные организационные и лечебно-диагностические мероприятия позволили снизить летальность во второй половине 20 века до 15-20%.

5 (современный) этап. Охватывает период с 90-х годов прошлого века до настоящего времени. Происходит развитие принципов раннего восстановления перфузии миокарда путём чрескожных инвазивных вмешательств и фармакологического воздействия. Показана целесообразность применения при ИМ нитратов, ингибиторов АПФ, бета-блокаторов, статинов. С 2005г сочетание двух антиагрегантных препаратов (аспирин и клопидогреля) стало обязательным элементом лечения инфаркта миокарда. Для диагностики широко применяется исследование тропонинов. Внедрение новых принципов ведения больных ИМ позволило снизить летальность до 7-10%.

0988 КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Шапошникова А.И.

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

Цель исследования: изучение активности некоторых показателей воспаления у больных с ИБС, а также оценка их прогностической значимости для пациентов с ФП.

Материалы и методы: обследовано 77 пациентов с ИБС, в том числе 44 мужчины. Средний возраст больных составил 52,5±0,63 года. Диагноз ИБС верифицирован на основании данных анамнеза и велоэргометрии (ВЭМ). Наличие ФП было подтверждено электрокардиографически, и с помощью длительного мониторинга 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±0,71 года, а длительность заболевания—53,2±4,57 месяца. Вторая группа представлена 26 больными, средний возраст 51,15±1,22 года, со стенокардией напряжения, у которых отсутствовали какие-либо зарегистрированные нарушения ритма сердца, из них 15 (57,69%)—мужчин. Длительность заболевания—65,08±3,27 месяца. Группа сравнения, сопоставимая по возрасту и полу, состояла из 21 практически здорового человека. В качестве показателей, характеризующих активацию воспалительной реакции, определяли уровень С-реактивного белка и ФНО-α в сыворотке крови с использованием соответствующих тест-систем (ЗАО «Вектор-Бест», Россия, г. Новосибирск).

Результаты: при попарном сравнении трех групп с помощью критерия Mann-Whitney выявлено значимое отличие первой группы от второй и третьей по уровню С-РП ($p_{1-2}=0,04$, $p_{1-3}=0,0003$), 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 ($p=0,006$). Анализ прогностической значимости уровня С-РП для развития пароксизма ФП позволил установить, что до уровня 3,9 наблюдается плавное и равномерное возрастание апостериорных шансов, а с уровня 4,2 происходит резкое (более, чем в 3 раза) их увеличение. Что касается концентрации ФНО-α в сыворотке крови, значительный рост апостериорных шансов для развития пароксизма аритмии, начинается с уровня 3,1.

Выводы: таким образом, выявленные в ходе исследования закономерности подтверждают, что активация каскада воспалительных реакций в сосудистой стенке и кардиомиоцитах не только является одним из значимых факторов риска коронарного атеросклероза, но и повышает аритмогенную готовность миокарда.

0989 ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОЛНОЙ БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

Шарапов С.В.

ГОУ ВПО ОрГМА Росздрава, Россия, Оренбург

Целью нашего исследования было выявить особенности течения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных с полной блокадой левой ножки пучка Гиса, влияющие на качество их жизни, исход и прогрессирование ХСН.

Нами были обследованы 82 пациента, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Средний возраст больных составил 52,7 года. У всех больных сердечная недостаточность развивалась на фоне ишемической болезни сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией. Были проведены исследования: электрокардиография в 12 стандартных отведениях для выявления нарушений возбудимости и проводимости, электрокардиография высокого разрешения для выявления наличия поздних потенциалов желудочков. Больные были разделены на две группы: I группа больных состояла из 62 человек с различными стадиями хронической сердечной недостаточности и с полной блокадой левой ножки пучка Гиса и 2 группа (контрольная группа) состояла из 20 больных с ХСН без нарушений проводимости. У больных с полной блокадой левой ножки пучка Гиса, как правило, в анамнезе был перенесенный инфаркт миокарда. Сопутствующих нарушений ритма на момент проведения исследования не у одного больного не было. В анамнезе у 29 больных первой группы были преходящие нарушения ритма в виде частой желудочковой экстрасистолы высоких градаций. По данным анамнеза у больных с полной блокадой левой ножки пучка Гиса

хроническая сердечная недостаточность развивалась намного раньше (в среднем на 3,5 года), чем у больных без нарушений проводимости сердца. Также по сравнению с контрольной группой больные с полной блокадой левой ножки пучка Гиса чаще госпитализировались в стационар. При изучении качества жизни с использованием Миннесотского опросника, в первой группе отмечаются более худшие показатели качества жизни по сравнению с группой контроля.

Состояние левых отделов сердца оценивалось с помощью эхокардиографии. Были определены следующие показатели: 1 группа – ЛП 47,3±1,3 мм, МЖП 13,3±0,23 мм, ЗС 13,1±0,51 мм, КСО 86±5,5 мл, КДО 163±10,1 мл; 2 группа – ЛП 41,9±1,1 мм, МЖП 11,3±0,19 мм, ЗС 11±0,34 мм, КСО 78±7,1 мл, КДО 151±9,9 мл.

Ухудшилась систолическая функция левого желудочка. Уменьшилась фракция выброса левого желудочка в среднем с 67,4% до 41,5%.

Положительные поздние потенциалы левого желудочка (ППЖ) выявлены у 67% больных первой группы и у 13% больных контрольной группы. Также, во всех группах было отмечено, что частота выявляемости положительных поздних потенциалов увеличивается с нарастанием тяжести ХСН. У больных первой группы частота выявления ППЖ при наличии I стадий ХСН составила 38%, у больных со II стадий ХСН – 62%. Во обеих группах был проведен анализ частоты встречаемости ППЖ в зависимости от функционального класса (ФК) ХСН. Следует отметить, что ППЖ были нами выявлены у больных с различными функциональными классами ХСН примерно с одинаковой частотой: при I ФК – в 55,9% случаев, при II ФК – в 56,3% случаев, при III ФК – в 56,8% случаев.

Было выявлено, что, с ухудшением систолической функции учащается выявляемость ППЖ. Так у больных с положительными ППЖ в среднем фракция выброса левого желудочка составила 54,2%, а у пациентов с отрицательными ППЖ – фракция выброса в среднем составила 61,1%. С увеличением выраженности гипертрофии левого желудочка чаще выявлялись положительные ППЖ.

Выводы: Наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса у обследованных больных, позволяет судить об более раннем развитии симптомов ХСН. Ухудшается течение хронической сердечной недостаточности. Такие больные чаще госпитализируются в связи с частыми декомпенсациями состояния. Ухудшается систолическая функция сердца и состояние миокарда левых отделов сердца. У таких больных, исходя из данных электрокардиографии высокого разрешения, следует чаще ожидать появления потенциально опасных и угрожающих жизни аритмий. Также отмечается ухудшение качества жизни этих пациентов. Выявление положительных ППЖ учащается с утяжелением стадии ХСН, но практически не зависит от функционального класса сердечной недостаточности. Что позволяет судить о том, что на появление данного маркера электрической нестабильности влияют функциональные и морфологические изменения в миокарде, а не степень скомпенсированности заболевания. Также, на появление положительных ППЖ влияет гипертрофия миокарда левого желудочка. С увеличением степени выраженности гипертрофии, учащается выявление положительных ППЖ. Таким образом, наличие у больного гипертрофии левого желудочка и положительных ППЖ требует особого внимания со стороны лечащего врача, таким больным должен проводиться более частый контроль электрофизиологических параметров работы сердца.

0990 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

Шатунова И.М., Лазарев И.А., Козиолова Н.А.

Поликлиника ОАО «ГАЗПРОМ», Москва, Россия; ГОУ ВПО «ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: определить факторы риска развития гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у больных гипертонической болезнью

(ГБ) при длительном наблюдении и высокой приверженности к лечению.

Методы: обследовано 428 пациентов (208 мужчин и 220 женщин), средний возраст 53,5±8,3 лет. Критериями включения явились наличие ГБ, отсутствие признаков поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний; критериями исключения: вторичный генез АГ, наличие сопутствующих заболеваний сердца, сосудов, почек и эндокринных органов. Средний уровень систолического АД исходно составил 151,2±5,6, диастолического АД (ДАД) – 96,1±2,8 мм рт.ст. Период наблюдения составил 8,8±2,6 лет. Всем больным исходно и на протяжении периода наблюдения проводили ЭКГ (12,2±2,1 исследования на каждого пациента), доплерэхокардиоскопию (4,9±0,3 исследования на каждого пациента), оценивали уровень приверженности к лечению по достижению офисного целевого уровня АД и при самоконтроле, заполнению индивидуальных дневников приема препаратов, среднему баллу по вопроснику Мориски-Грина.

Результаты: за период наблюдения 85,5% больных ГБ достигли целевого уровня АД (84,6% мужчин и 86,4% женщин), средний балл по вопроснику Мориски-Грина составил 3,94±0,25. Постоянно антигипертензивные препараты принимали 91,2% больных. Монотерапия проводилась у 49,5% больных, два препарата принимали 36,2% больных, три – 7,6% пациентов. Диуретики принимали 30,4%, бета-адреноблокаторы – 37,1%, антагонисты кальция – 6,7%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 39,0%, антагонисты рецепторов ангиотензина II – 24,7%, статины – 17,1% больных. При оценке ЭКГ покоя признаки ГЛЖ по критерию Соколова-Лайона выявлены 15 (3,5%) больных. Увеличение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) по данным доплерэхокардиоскопии отмечено у 158 (36,9%) больных. Концентрическая ГЛЖ выявлена у 32 (7,5%) больных, эксцентрическая ГЛЖ – у 58 (13,6%) пациентов, признаки концентрического ремоделирования ЛЖ выявлены у 68 (15,9%) обследованных ($p_{1-2}=0,013$; $p_{1-3}<0,001$; $p_{2-3}=0,462$). ГЛЖ встречалась достоверно чаще у больных ГБ более старшего возраста ($p<0,001$), большим стажем ГБ ($p=0,006$), более высоким уровнем глюкозы и креатинина в диапазоне нормальных значений ($p=0,009$), повышенным уровнем триглицеридов ($p<0,001$) и более высоким уровнем ДАД в исходе ($p<0,001$). Отмечена тенденция более частого развития ГЛЖ у больных ГБ при более высоком индексе массы тела ($p=0,057$), при наличии сахарного диабета 2 типа ($p=0,078$), при более высоких показателях холестерина липопротеидов низкой плотности ($p=0,069$).

Выводы: при длительном наблюдении (8,8±2,6 лет) и высоком уровне приверженности к эффективному антигипертензивному лечению у 36,9% больных развивается ГЛЖ по данным ИММЛЖ. Факторами риска ее развития явились возраст, длительность ГБ, высокий уровень исходного ДАД, триглицеридов, глюкозы и креатинина в диапазоне нормальных значений.

0991 ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ

Шатунова И.М., Козиолова Н.А.

Поликлиника ОАО «ГАЗПРОМ», Москва, Россия; ГОУ ВПО «ПГМА им. академика Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель: определить предикторы развития поражения сонных артерий у больных гипертонической болезнью (ГБ) при длительном наблюдении и высокой приверженности к лечению.

Методы: обследовано 428 пациентов (208 мужчин и 220 женщин), средний возраст 53,5±8,3 лет. Критериями включения явились наличие ГБ, отсутствие признаков поражения органов-мишеней и ассоциированных клинических состояний; критериями исключения: вторичный генез АГ, наличие сопутствующих заболеваний сердца, сосудов, почек и эндокринных органов. Средний уровень систолического АД исходно составил 151,2±5,6, диастолического АД (ДАД) – 96,1±2,8 мм рт.ст. Период наблюдения составил 8,8±2,6 лет. Всем больным исходно и на протяжении периода наблюдения прово-

дили ультразвуковое доплерографическое исследование сонных артерий, ($3,8 \pm 1,4$ исследований на каждого пациента). В конце периода наблюдения определяли скорость пульсовой волны (СПВ) в каротидно-феморальном сегменте. Уровень приверженности к лечению оценивали по достижению офисного целевого уровня АД и при самоконтроле, заполнению индивидуальных дневников приема препаратов, среднему баллу по вопроснику Мориски-Грина.

Результаты: за период наблюдения 85,5% больных ГБ достигли целевого уровня АД, средний балл по вопроснику Мориски-Грина составил $3,94 \pm 0,25$. Постоянно антигипертензивные препараты принимали 91,2% больных. Монотерапия проводилась у 49,5% больных, два препарата принимали 36,2% больных, три — 7,6% пациентов. Диуретики принимали 30,4%, бета-адреноблокаторы — 37,1%, антагонисты кальция — 6,7%, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента — 39,0%, антагонисты рецепторов ангиотензина II — 24,7%, статины — 17,1% больных. Увеличение толщины интимы медиа (ТИМ) сонных артерий более 0,9 мм выявлено у 168 (39,3%) больных. Атеросклеротические бляшки в сонных артериях выявлены у 83 (19,4%) пациентов. ТИМ у больных с поражением сонных артерий составила в среднем $1,14 \pm 0,22$ мм. Увеличение СПВ в каротидно-феморальном сегменте зарегистрировано у 217 (50,7%) больных. Утолщение ТИМ сонных артерий более 0,9 мм и наличие атеросклеротических бляшек выявлялось достоверно реже, чем увеличение СПВ ($p=0,044$; $p<0,001$). Поражение сонных артерий встречалось достоверно чаще у больных ГБ более старшего возраста ($p<0,001$), большим стажем ГБ ($p=0,005$), более высоким уровнем САД и ДАД в исходе ($p<0,001$), при развитии концентрической гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) ($p=0,011$), при развитии сахарного диабета 2 типа ($p=0,043$) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) ($p=0,039$).

Выводы: при длительном наблюдении ($8,8 \pm 2,6$ лет) и высоком уровне приверженности к эффективному антигипертензивному у лечению у 39,6% больных по показателю ТИМ сонных артерий и у 50,7% пациентов по показателю СПВ развивается поражение артерий. Предикторами риска развития поражения артерий явились возраст, длительность ГБ, высокий уровень исходного САД и ДАД, развитие концентрической ГЛЖ, сахарного диабета 2 типа и ХСН.

0992 ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ EUROSCORE

Шафранская К.С., Барбараш О.Л., Брюзгина Н.В., Кашталан В.В., Барбараш Л.С.

Учреждение РАМН Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Кемерово, Россия

Особенностью атеросклероза, как системного заболевания, считается мультифокальность окклюзионно-стенотического повреждения. Особенно значимой проблема мультифокального атеросклероза является при планировании операций прямой реваскуляризации миокарда у больных с сопутствующим поражением экстракраниальных артерий и артерий нижних конечностей. Не разработаны подходы вторичной профилактики обострений мультифокального атеросклероза у этой тяжелой группы больных.

Целью настоящего исследования явилась оценка распространенности, клинической и прогностической значимости мультифокального атеросклеротического поражения у пациентов с ИБС, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда и возможность использования у данной категории пациентов интегральной шкалы EuroScore.

Материалы и методы: проанализированы истории болезни 168 пациентов, которым выполнялось плановое коронарное шунтирование в Кузбасском кардиологическом центре в 2006г. Пациенты были разделены на две группы в зависимости от наличия признаков мультифокального поражения (стенозы в бассейнах экстракраниальных

артерий более 30% и артерий нижних конечностей более 50%). Для оценки риска госпитальной летальности использовалась интегральная шкала EuroScore. Наблюдение осуществлялось в течение года после коронарного шунтирования. Оценивалось наличие у пациентов традиционных «жестких конечных точек».

Результаты: выявлено, что риск госпитального неблагоприятного исхода коронарного шунтирования, обусловленный летальным исходом для всей группы пациентов составил 2,3%. При разделении пациентов в зависимости от наличия МФА, выявлено, что 75 (44,6%) пациентов характеризовались наличием экстракоронарного атеросклеротического поражения, а у 93 (55,4%) больных выявлялся изолированный коронарный атеросклероз. Основным бассейном поражения, помимо коронарного, оказался экстракраниальный. Оценивая риск раннего летального исхода по шкале EuroScore, выявлено, в группе больных с мультифокальным атеросклерозом средний балл EuroScore составил $3,3 \pm 1,6$, что значительно отличалось от среднего балла пациентов с изолированным коронарным атеросклерозом — $2,4 \pm 1,4$ ($p=0,0001$). Меньшее количество пациентов с наличием мультифокального атеросклероза характеризовались низким риском неблагоприятного исхода коронарного вмешательства.

Выводы: выявлена высокая (более 40%) распространенность МФА среди пациентов с ИБС, подвергшимся плановому коронарному шунтированию. Определена высокая клиническая и прогностическая значимость интегральной шкалы EuroScore у пациентов с ИБС и мультифокальным атеросклеротическим поражением при модификации шкалы путем дополнения рубрики «периферический атеросклероз» за счет выявления стенозов экстракраниальных артерий более 30%.

0993 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШЕ 75 ЛЕТ

Шахворостова С.А., Павлова Н.П., Кривова И.В., Табальцева Т.В.
Санаторий «Озеро Белое» ГУП г. Москвы, «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы», Москва, Россия

Цель исследования: Изучить влияние комбинированной медикаментозной и немедикаментозной терапии на диастолическую дисфункцию (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с артериальной гипертонией старше 75 лет.

Дизайн и методы: Реабилитация в санатории «Озеро Белое» 113 пациентов пожилых пациентов с артериальной гипертонией и сердечной недостаточностью II ФК (NYHA) с нарушением релаксации левого желудочка по данным Допплер-эхокардиографии. Все пациенты были с нормальной систолической функцией ЛЖ (фракция выброса более 50%), не имели инфаркта миокарда и получали Эналаприл+Индапамид в течение 12 недель до реабилитации. Во время реабилитации дозы не изменялись. Реабилитация основной группы (ОГ) средний возраст $78,9 \pm 1,6$ г 55 чел (28 м/27 ж), включала дозированную ходьбу, массаж и электрофорез на правую подключичную область природной минеральной воды западной Сибири, содержащей натрий, кальций, калий, магний, хлор, бром, йод. Реабилитация пациентов контрольной группы (КГ) 58 чел (32 м/26 ж), средний возраст $79,6 \pm 1,5$ включала дозированную ходьбу и массаж. Оценка релаксации левого желудочка проводилась по данным эхокардиографии: индексу E/A и времени изоволюмического расслабления.

Результаты: В основной группе E/A возрос с $0,64 \pm 0,04$ до лечения до $0,78 \pm 0,05$ после лечения ($P=0,0133$). Время изоволюмического расслабления сократилось с $99,7 \pm 2,4$ мсек до лечения до $90,2 \pm 2,8$ мсек после лечения ($p=0,009$). Фракция выброса увеличилась с $62,6 \pm 1,1\%$ до лечения до $65,2 \pm 0,8\%$ после лечения ($P=0,0419$). В контрольной группе E/A до лечения $0,67 \pm 0,05$, после лечения $0,65 \pm 0,05$ ($p=0,3864$), время изоволюмического расслабления $100,3 \pm 2,8$ мсек до лечения, $98,8 \pm 2,9$ мсек после лечения ($P=0,3505$). Фракция выброса изменилась незначительно ($60,6 \pm 1,1\%$ до лечения против $61,3 \pm 1,6\%$ после лечения ($P=0,3563$)).

Выводы: Наряду с адекватной антигипертензивной терапией полиминеральный состав природной минеральной воды может способствовать улучшению систолической и диастолической функции у престарелых пациентов с артериальной гипертонией, уменьшая степень нарушения релаксации и время изоволюмического расслабления левого желудочка. Малое число наблюдений требует продолжения исследований.

0994 ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ 6-МИНУТНЫЙ ТЕСТ ШАГОВОЙ ХОДЬБЫ ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ СТЕПЕНИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОЧЕНЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ?

Шахворостова С.А., Павлова Н.П., Молчанова Г.Г.

Санаторий «Озеро Белое» ГУП г. Москвы «Медицинский центр Управления делами Мэра и Правительства Москвы», Москва, Россия

Цель исследования: изучить толерантность к физической нагрузке по 6-минутному тесту шаговой ходьбы (ТШХ) у очень пожилых пациентов с артериальной гипертонией и хронической сердечной недостаточностью ФК II (NYHA), имеющих диастолическую дисфункцию по данным эхокардиографии.

Дизайн и методы: трехнедельный курс реабилитации в санатории «Озеро Белое» 113 пациентов артериальной гипертонией без ожирения, с сохраненной систолической функцией и диастолической дисфункцией левого желудочка с замедлением релаксации. Хронические заболевания легких, болезни суставов, синдром перемежающейся хромоты не отмечались. Исследовались общепринятые эхокардиографические параметры диастолической дисфункции левого желудочка: отношение пиковой скорости раннего диастолического наполнения к пиковой скорости позднего диастолического наполнения (Е/А), время изоволюмического расслабления (IVRT). Постоянная медикаментозная терапия (Enalapril+Indapamide) у всех пациентов не изменялась во время курса реабилитации. Для анализа сформированы основная группа (ОГ) с достоверным после реабилитации приростом индекса Е/А и уменьшением IVRT 55 чел (28 м/27 ж), средний возраст 78,9±1,6 г. и контрольная группа (КГ) без улучшения параметров диастолической дисфункции 58 чел (32 м/26 ж), средний возраст 79,6±1,5 г.

Результаты: Артериальное давление достоверно снизилось у всех пациентов до целевых значений. В ОГ Е/А вырос с 0,64±0,04 до 0,78±0,05 (p<0,05), IVRT уменьшилось на 9,4±2,1% и составило 90,2±2,9 ms (p<0,01). Недостоверно (НД) изменились 6-мин ТШХ с 334,2±26,5 м до 387,5±25,2 м (p>0,05) и ФК ХСН с 1,8±0,1 до 1,6±0,1 (p=0,2). В КГ после лечения Е/А изменился с 0,67±0,05 до 0,65±0,05 (НД), IVRT уменьшилось с 100,3±2,8 ms до 98,8±2,9 ms (НД), 6-мин ТШХ вырос с 327,5±22,9 м до 346,7±25,2 м (p>0,05). ФК ХСН не изменился 1,8±0,2 против 1,8±0,1 (p>0,05).

Выводы: Данное исследование требует продолжения. Полученные данные не позволяют расценивать 6-мин ТШХ в качестве достоверного критерия степени диастолической сердечной недостаточности с замедлением релаксации у очень пожилых пациентов с артериальной гипертонией.

0995 ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ

Шахматова К.И., Осипова И.В., Антропова О.Н., Лобанова Н.А.*
НУЗ ОКБ на станции Барнаул ОАО «РЖД», ГОУ ВПО АГМУ, Барнаул Россия; Алтайский государственный медицинский университет*, Барнаул, Россия

Цель: изучение влияния стресса на развитие электрической нестабильности сердца (ЭНС) у мужчин с артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы: обследованы 114 мужчин с АГ, которые по наличию профессионального стрессового фактора были разделены на две группы. В 1-ю группу вошли 57 машинистов, относящихся ко II группе стрессовых профессий по модели R. Karasek, средний возраст 44,9±6,7 лет. Вторую группу составили 57 железнодорожников, профессия которых связана с низким уровнем стресса (48,0±7,0 лет). Оценивали показатели электрокардиографии высокого разрешения (ЭКГВР): поздние потенциалы желудочков (ППЖ), поздние потенциалы предсердий (ППП) и дисперсионное картирование ЭКГ сигнала: интегральный индекс миокарда (ИИМ), интегральный индекс ритма (ИИР). ЭКГ ВР регистрировали при помощи системы KARDI-2 (Россия) по стандартной методике M. Simson. Анализировали показатели: FIP (длительность фильтрованного зубца Р), Under 5uV (длительность терминальной части фильтрованного зубца Р с амплитудой меньше 5 микровольт), Last 20uV (среднеквадратичная амплитуда последних 20 миллисекунд зубца Р), Total QRS (амплитуда фильтрованного комплекса QRS), Last 40uV (среднеквадратичная амплитуда последних 40 миллисекунд QRS комплекса), Under 40uV (длительность конечного интервала фильтрованного QRS комплекса с амплитудой менее 40 мкВ). Результаты считались достоверными при уровне шума < 1,0 мкВ. Использовали три категории заключений: 1) выявлены ППП и ППЖ; 2) возможно их наличие; 3) отсутствие. Дисперсионное картирование ЭКГ проводили на аппарате «КардиоВизор-06 с» фирмы «Биос» (Россия). Анализовались ИИМ и ИИР – суммарная оценка дисперсионных отклонений от нормы по шкале от 0 до 100% (норма 0-14%). Статистическая обработка материала проводилась при помощи программы Microsoft Office Excel 2003.

Результаты исследования: у пациентов в 1-ой группе чаще выявлялось «возможное наличие» ППП (98%) и ППЖ (66%) по сравнению со 2-ой группой, где ППП и ППЖ выявлялись в 3 раза реже. Причем, «возможное наличие» ППП (60%) и ППЖ (85%) чаще регистрировалось в 1-ой группе с АГ I стадии, по сравнению с ППЖ (50%) и ППП (79) в 1-ой группе с АГ II стадии (p<0,02). Терминальные и повышенные значения ИИР чаще регистрировались в 1-ой группе (81%), по сравнению со 2-ой группой – 60% (p<0,001). Повышенные значения ИИМ в 1-ой группе выявлялись у 47%, во 2-ой – у 38% человек (p<0,05).

Таким образом, хронический профессиональный стресс оказывает влияние на развитие ЭНС. У пациентов стрессовых профессий в 2,5 раза чаще регистрировались «возможное наличие» ППП, в 3 раза чаще – ППЖ, по сравнению с мужчинами низкострессовых профессий, причем, чаще эти показатели регистрировались уже на I стадии АГ. Повышенные значения ИИР и ИИМ – в 1,4 и 1,3 чаще (соответственно) регистрировались у мужчин с повышенным профессиональным стрессом не зависимо от стадии АГ.

0996 ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ОБЪЕМА

Шахова М.Г., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Семухин М.В., Доний Е.А.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель. Оценить изменение функционального состояния левого желудочка (ЛЖ) по данным эхокардиографии у пациентов с ИБС в раннем периоде после коронарного стентирования (КС) в зависимости от его объема.

Методы. Было обследовано 152 пациента (140 мужчин и 12 женщин, средний возраст 52,1±0,8 года) со стенозирующим поражением коронарных артерий до и на 2-е сутки после проведения КС. Используя модифицированный алгоритм Simpson, рассчитывали фракцию выброса ЛЖ (ФВ). С помощью импульсно-волновой доплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ) оценивали показатели трансмитрального кровотока: скорость раннего диастолического наполнения ЛЖ (Е), скорость наполнения ЛЖ в систолу

левого предсердия (А) и соотношение Е/А. Кроме того, для оценки глобальной систолической и диастолической функции ЛЖ проводили импульсно-волновую тканевую ДЭхоКГ (ТДЭхоКГ) на уровне митрального кольца и оценивали пиковую систолическую скорость (Sm), раннюю (Em) и позднюю (Am) диастолические скорости, а также показатель Em/Am. Все пациенты были разделены на две группы в зависимости от объема КС: с прямым КС (74 пациента) и с КС с предилатацией (78 пациентов).

Результаты. На 2-е сутки после КС в обеих группах наблюдалось увеличение ФВ — с $59,6 \pm 0,8$ до $65,4 \pm 0,7\%$ ($p < 0,001$) в группе прямого КС и с $57,2 \pm 0,9$ до $62,3 \pm 0,8\%$ ($p < 0,001$) в группе КС с предилатацией. По данным ДЭхоКГ было отмечено снижение показателя Е в обеих группах (с $0,76 \pm 0,13$ до $0,64 \pm 0,02$ м/с и с $0,61 \pm 0,02$ до $0,54 \pm 0,02$ м/с, $p = 0,005$ и $p < 0,001$ соответственно), увеличение показателя А (с $0,66 \pm 0,02$ до $0,72 \pm 0,02$ м/с и с $0,63 \pm 0,02$ до $0,68 \pm 0,02$ м/с, $p = 0,005$ и $p < 0,005$ соответственно) и уменьшение Е/А (с $1,19 \pm 0,19$ до $0,92 \pm 0,04$ и с $0,99 \pm 0,04$ до $0,83 \pm 0,05$, $p < 0,001$ для обеих групп). До проведения КС группы достоверно различались только по показателю Е — он был выше в группе прямого КС ($p = 0,005$), но после реваскуляризации и Е и Е/А были выше также в группе прямого КС ($p < 0,001$ и $p < 0,005$ соответственно). По данным ТДЭхоКГ на 2-е сутки после КС наблюдалось увеличение Sm в обеих группах, но более значимо в группе прямого КС (с $9,2 \pm 0,3$ до $10,5 \pm 0,3$ см/с и с $8,6 \pm 0,3$ до $9,5 \pm 0,3$ см/с, $p < 0,001$ и $p < 0,01$ соответственно), а также Am (с $9,3 \pm 0,3$ до $10,1 \pm 0,3$ см/с и с $9,1 \pm 0,3$ до $9,8 \pm 0,3$ см/с; $p < 0,05$ для обеих групп). Показатели Em и Em/Am в раннем периоде после КС достоверно не менялись в обеих группах, хотя наблюдалась тенденция к их снижению в группе КС с предилатацией.

Выводы. Таким образом, по данным эхокардиографии и в группе прямого КС и в группе КС с предилатацией уже на 2-е сутки после реваскуляризации наблюдалось улучшение показателей, отражающих глобальную систолическую функцию ЛЖ. Изменения показателей глобальной диастолической функции наводят на мысль о ее ухудшении в раннем периоде после стентирования, причем несколько менее значимо в группе прямого КС.

0997 I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНСУЛЬТОМ

Шацкая Е.Г., Карпенко М.А., Солнцев В.Н., Ларионова В.И.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Цель нашего исследования — изучение I/D полиморфизма гена ангиотензинпревращающего фермента (АСЕ) у больных с артериальной гипертензией (АГ), осложненной инсультом, и его соотношение с параметрами гемодинамики и метаболического статуса.

Методы исследования. Проведено комплексное кардиологическое обследование, включающее генотипирование (ПЦР), 88 больным АГ I-III степени, 41 из которых впервые перенесли ОНМК, а 47 больных не имели ОНМК в анамнезе. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, длительности АГ. Сравнительный анализ характера распределения генотипов и аллелей I/D полиморфизма гена АСЕ проводился методом χ^2 ("хи-квадрат") с последующим сопоставлением анализируемых частот с помощью критерия сравнения долей. Для выявления ассоциации между изучаемым полиморфизмом и параметрами ($n = 77$), характеризующими гемодинамику и метаболический статус у больных с АГ, осложненной ОНМК, использован метод группового дисперсионного (кластерного) анализа, основанный на выявлении групп показателей, схожих между собой по динамике их средних значений для различных генотипов.

Результаты. Генотипирование больных АГ с ОНМК и без ОНМК в анамнезе на I/D полиморфизм гена АСЕ не выявило отличий ($p = 0,24$) в распределении генотипов и аллелей полиморфных маркеров между этими двумя группами пациентов.

При изучении кластерной структуры параметров гемодинамики и метаболического статуса у больных с осложненной АГ в зависимости от I/D полиморфизма значимые различия между генотипами выявлены во всех кластерах (всего их сформировано — 4). Так для 1-го кластера показателей: носители II-генотипа от носителей ID- и DD-генотипов — $p = 0,005$, при этом различие между гетерозиготным и гомозиготным по D-аллели генотипам незначимо. Здесь же обращает внимание, что у носителей D-аллели АГ приобретает черты стойкой в значительно более раннем возрасте. Во 2-м кластере различия между генотипами — $p = 0,005$, в 3-м — $p = 0,008$. Самыми значимыми статистическими и клиническими различиями между генотипами выделен 4-й кластер ($p < 0,001$), в который с наибольшими средними значениями для носителей D-аллели вошли параметры СПАД, характеризующие вариабельность АД (ВУП и САД и ДАД), ремоделирования сердечно-сосудистой системы (УО, КДР, КДО, МАУ — маркер генерализованных ангиопатий), показатели метаболического статуса, характеризующие липидный обмен (общий холестерин, триглицериды, ЛПНП, КА), протромбиновый индекс — один из интегральных параметров системы гемостаза, характеризующий тромбообразование. Большинство вышеперечисленных показателей, сформировавших структуру 4-го кластера, определяют степень риска сердечно-сосудистых катастроф у больных АГ (ВНОК, 2004).

0998 ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ДУГИ АОРТЫ С КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО И МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНОВ У ЛИЦ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Цель работы — сопоставить частоту выявления сложных атеросклеротических бляшек (АСБ) дуги аорты в зависимости от наличия нестенозирующего кальциноза аортального клапана и кальциноза фиброзного кольца митрального клапана у больных с фибрилляцией предсердий пожилого и старческого возраста.

Методы исследования. Обследовано 512 пациентов (312 мужчин и 200 женщин) с неревматической фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет. Чреспищеводная эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Acuson 128XP/10 («Siemens», Германия) с помощью бипланового датчика частотой 5 МГц по традиционной методике. Для местной анестезии глотки использовался аэрозоль лидокаина 10%. Датчик вводился на глубину около 30 см от резцов при исследовании дуги аорты и на глубину около 35 см — при исследовании её восходящего отдела. Аорту условно разделяли на несколько зон: проксимальную и дистальную части восходящего отдела, проксимальный и дистальный отделы её дуги. Особое внимание уделяли той части аорты, которая расположена проксимальнее уровня отхождения левой подключичной артерии, так как АСБ этой локализации могут быть вероятным источником артерио-артериальной эмболии в сосуды головного мозга. При изучении стенки аорты определяли толщину наиболее крупных бляшек, их экзоструктуру, контуры, наличие или отсутствие изъязвлений и кровоизлияний, подвижность под влиянием тока крови. Простыми считали АСБ толщиной менее 4 мм, с однородной экзоструктурой и преимущественно ровным контуром; сложными — толщиной 4 мм и более, чаще гетерогенные с неровным фестончатым контуром, значительно выступающие в просвет сосуда, имеющие в своей структуре подвижные компоненты или признаки изъязвлений.

Результаты. Сложные АСБ в дуге аорты и её восходящем отделе выявлялись в 83% случаев у пациентов, имеющих склеродегенеративные изменения аортального клапана, и в 28% случаев — без признаков кальциноза клапана аорты. Кальциноз фиброз-

ного кольца митрального клапана в 75% случаев сочетался со сложными атероматами в дуге аорты и в 24% случаев был выявлен у пациентов, не имеющих ультразвуковых признаков сложных бляшек в восходящем отделе аорты. Определялась взаимосвязь между выраженностью кальциноза митрального и аортального клапанов и толщиной АСБ дуги аорты.

Заключение. Кальциноз аортального клапана и фиброзного кольца митрального клапана может являться ультразвуковым маркером сложных нестабильных АСБ в дуге аорты и её восходящем отделе, являющихся одной из вероятных причин тромбоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий пожилого и старческого возраста.

0999 ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЧРЕСПИЩЕВОДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДУГИ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Цель работы — изучить взаимосвязь между атеросклеротическими изменениями дуги аорты и сонных артерий в их экстракраниальной и интракраниальной частях, используя ультразвуковые методики чреспищеводной эхокардиографии и транскраниальной доплерографии сосудов головного мозга.

Методы исследования. Обследовано 512 пациентов (312 мужчин и 200 женщин) с неревматической ФП в возрасте от 65 до 80 лет. Чреспищеводная эхокардиография, дуплексное исследование сонных артерий и транскраниальная доплерография сосудов головного мозга проводились на ультразвуковом сканере Acuson 128XP/10 («Siemens», Германия) с помощью бипланового датчика частотой 5 МГц, линейного и векторного датчиков частотой 7 и 1 МГц по традиционной методике. Для уменьшения рвотного рефлекса производили поверхностную анестезию глотки аэрозолем лидокаина 10%. Перед интубацией пищевода во избежание повреждения эндоскопа зубами на него надевали загубник. Во время проведения исследований, продолжительность которых не превышала 15-20 минут, не наблюдалось каких-либо серьёзных осложнений. Датчик вводился на глубину около 30 см от резцов при исследовании дуги аорты и на глубину около 35 см — при исследовании её восходящего отдела. Особое внимание уделяли той части аорты, которая расположена проксимальнее уровня отхождения левой подключичной артерии, так как АСБ этой локализации могут быть вероятным источником артерио-артериальной эмболии в сосуды головного мозга. При изучении стенки аорты простыми считали АСБ толщиной менее 4 мм, с однородной экоструктурой и преимущественно ровным контуром; сложными — толщиной 4 мм и более, чаще гетерогенные с неровным фестончатым контуром, значительно выступающие в просвет сосуда, имеющие в своей структуре подвижные компоненты или признаки изъязвлений. При проведении транскраниальной доплерографии оценивали состояние средней мозговой артерии в участке М₂, расположенном на глубине около 50 мм и имеющим кровоток, направленный к датчику. Стенозирующее поражение диагностировали в случае локального усиления скорости кровотока с признаками турбулентности.

Результаты. Среди 512 пациентов бляшки в дуге аорты определялись у 62% больных и отмечалась их тесная взаимосвязь с атеросклеротическим поражением сонных артерий в их экстра- и интракраниальном отделе, выявлявшимся в 55% случаев. Простые атеромы дуги аорты достоверно чаще встречались у пациентов, имеющих признаки интракраниального стеноза средних мозговых артерий ($p < 0,05$).

Заключение. Наличие простых АСБ в дуге и восходящем отделе аорты, выявляемых с помощью чреспищеводной эхокардиографии, может являться маркером сочетанного стенозирующего атеросклероза церебральных артерий, являющегося одним из факторов риска ишемического инсульта.

1000 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЕГО УШКА У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Цель работы — определить ультразвуковые факторы риска кардиоэмболических осложнений у больных с фибрилляцией предсердий пожилого возраста с помощью методики чреспищеводной эхокардиографии.

Методы исследования. Обследовано 512 пациентов (312 мужчин и 200 женщин) с неревматической фибрилляцией предсердий в возрасте от 65 до 80 лет. Чреспищеводная эхокардиография проводилась на ультразвуковом сканере Acuson 128XP/10 («Siemens», Германия) с помощью бипланового датчика частотой 5 МГц по традиционной методике. Для местной анестезии глотки использовался аэрозоль лидокаина 10%. При исследовании левого предсердия и его ушка определяли наличие или отсутствие тромбов в их полостях, эффекта спонтанного контрастирования, регистрировали максимальную линейную скорость кровотока в ушке левого предсердия, измерявшуюся с помощью импульсно-волновой доплерографии в течение интервала R-R ЭКГ как минимум в шести сердечных циклах с последующим усреднением результата. Спонтанное контрастирование оценивалось по 4 степеням: 1 — минимальное движение эхогенных частиц в ушке левого предсердия при максимальном усилении уровня чувствительности ультразвукового сигнала, но без фоновых помех; 2 — незначительное движение частиц, различимое без усиления, и более выраженный эхогенный рисунок; 3 — эхогенный рисунок в виде водоворота в течение всего сердечного цикла; 4 — очень медленный поток в виде водоворота в ушке левого предсердия и, как правило, в самой полости левого предсердия.

Результаты. Спонтанное контрастирование в левом предсердии определялось у 307 (60%) больных. В 41% случаев оно сочеталось со снижением максимальной линейной скорости кровотока в его ушке до 20 см/с и менее. Более, чем у половины таких пациентов визуализировались внутипредсердные тромбы. Частота развившихся инсультов или транзиторных ишемических атак в этой группе больных была больше, чем у пациентов без эффекта спонтанного контрастирования: в 12,5% случаев против 3,9% ($p < 0,05$).

Заключение. Спонтанное контрастирование в полости левого предсердия в сочетании со снижением максимальной линейной скорости кровотока в его ушке менее 20 см/с ассоциируются с повышенным риском тромбоэмболических осложнений у геронтологических больных с неклапанной фибрилляцией предсердий и могут достоверно определяться при проведении чреспищеводной эхокардиографии.

1001 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ И АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шевелёв В.И., Канорский С.Г., Поморцев А.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия; Городская клиническая больница № 2 «КМЛДО», Краснодар, Россия

Цель работы — изучить ультразвуковые факторы риска тромбоэмболических осложнений у геронтологических больных с фибрилляцией предсердий в зависимости от возраста исследуемого контингента.

Методы исследования. Обследовано 512 пациентов (312 мужчин и 200 женщин) с неревматической ФП. Всех больных, в зависимости от возраста, разделили на две группы: до 75 лет и 75 лет и старше. Чреспищеводная эхокардиография проводилась на

ультразвуковым сканере Acuson 128XP/10 («Siemens», Германия) с помощью бипланового датчика частотой 5 МГц по традиционной методике. При исследовании левого предсердия и его ушка определяли наличие или отсутствие тромбов в их полостях, эффекта спонтанного контрастирования, регистрировали максимальную линейную скорость кровотока в ушке левого предсердия. Спонтанное контрастирование оценивалось по 4 степеням и имело разную степень выраженности от минимального движения эхогенных частиц до четкого контрастирования тромбов. При изучении атеросклеротических изменений дуги и восходящей части аорты простыми считали бляшки толщиной менее 4 мм, сложными — 4 мм и более.

Результаты. У пациентов «младшей» группы, имеющих тромбозомболические осложнения в анамнезе частота выявления эффекта спонтанного контрастирования любой степени выраженности, также как и низкой скорости потока изгнания из ушка левого предсердия оказалась существенно выше, чем у больных без тромбозомболий ($p<0,05$). В «старшей» группе эти показатели значимо не отличались у больных, перенесших ишемический инсульт, и не переносивших нарушения мозгового кровообращения. Однако при изучении атеросклеротических изменений дуги аорты сложные атеросклеротические бляшки чаще встречались у пациентов старше 75 лет с тромбозомболиями в анамнезе по сравнению с больными этой же группы без цереброваскулярных осложнений ($p<0,05$).

Заключение. К ультразвуковым маркерам риска тромбозомболий у пожилых больных в возрасте до 75 лет с неклапанной фибрилляцией предсердий следует относить спонтанное контрастирование и снижение кровотока в левом предсердии и его ушке, в то время как в старческом возрасте (75 лет и старше) преобладающим фактором риска, очевидно, является выраженный атеросклероз грудного отдела аорты и её ветвей.

1002 ВЛИЯНИЕ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА НА ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ СТАТИНЫ

Шек А.Б., Мавлянова М.Б., Бекметова Ф.М.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Обследовано 111 больных с нестабильной (прогрессирующей) стенокардией напряжения IIА-IIВ класс (Е. Braunwald et al., 1989), с гиперхолестеринемией (ХС ЛПНП >100 мг/дл), в течение года получавших агрессивную (ХС ЛПНП ≤ 70 мг/дл, $n=45$) и «обычную» неконтролируемую гиполипидемическую терапию статинами ($n=45$) в сравнении с контрольной группой ($n=21$), составленную из лиц, по различным причинам прекративших приём статинов после выписки из стационара. Конечными точками были: повторная дестабилизация, хирургическая реваскуляризация, инфаркт миокарда, смерть. Исследование показателей липидного обмена, уровня С-реактивного белка, фибриногена, аполипопротеинов AI и B, липопротеина-α и других параметров проводили на автоанализаторе «Daytona» («RANDOX», Ирландия). С целью оценки вклада изучаемых показателей в риск неблагоприятного исхода использовали регрессионную модель пропорциональных рисков Кокса.

Показано, что наряду с традиционными факторами, определяющими риск неблагоприятного исхода заболевания: возраст, ST-депрессия, сахарный диабет, на прогноз жизни больных отрицательно влияли: исходная величина С-реактивного белка в 4 квартиле распределения (> 8 мг/л), отсутствие достижения целевого уровня ХС ЛПНП (<70 мг/дл), исходное соотношение АпоВ/АпоА ($\geq 1,1$), исходный уровень липопротеина-α в 4 квартиле ($>29,3$ мг/дл), а также исходно высокие уровни фибриногена ($>4,2$ мкмоль/л), лейкоцитов ($>7,8$ г10/мкл) и СОЭ (>10 мм/ч). В группе больных, достигших целевого уровня ХС ЛПНП (≤ 70 мг/дл), остаточный (резидуальный) риск наиболее тесно коррелировал с исходным высоким уровнем липопротеина-α (4 квартиль распределения $>33,4$ мг/дл, $P<0,005$), и, в меньшей степени, с отсутствием нарастания Апо-АI (1 квартиль < 97 мг/дл, $P<0,05$) и исходным низким ХС ЛПВП (1 квартиль <33 мг/дл, $P<0,05$) в течение года.

1003 ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СЕРТРАЛИНА

Шилина Н.Н., Стаценко М.Е.

ГОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет», Волгоград, Россия

Цель: изучить влияние комбинированной терапии с включением сертралина на выраженность аффективных расстройств, течение постинфарктного периода и качество жизни больных сахарным диабетом 2 типа.

Методы: В исследование включено 60 больных сахарным диабетом (СД) 2 типа и признаками тревоги (Т) и депрессии (Д) на 3-4 неделе после перенесенного инфаркта миокарда (ИМ). У всех пациентов ранний постинфарктный период осложнился наличием хронической сердечной недостаточности (ХСН) II-III функционального класса (ФК). Пациенты были разделены на две группы (по 30 человек). Основная (I) группа (гр) больных в дополнение к базисным препаратам (аспирин, бисопролол, эналаприл, симvastатин, при необходимости нитраты и мочегонные, гликлазид ± метформин) получала сертралин 50 мг/сутки в течение 3 месяцев, контрольная (2-ая) группа — только базисную терапию. С пациентами обеих групп проводились психотерапевтические беседы. Средний возраст больных в I гр составил $66,13 \pm 2,98$ лет, во 2 гр — $65,33 \pm 3,02$ лет. Наличие Т и Д оценивали по данным госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS. ФК сердечной недостаточности определяли при помощи теста шестиминутной ходьбы (ТШХ). Качество жизни (КЖ) определяли по результатам Сметтского опросника (СО) КЖ у больных со стенокардией и Миннесотского опросника (МО) КЖ у больных ХСН. Наблюдение проводилось в течение 3-х месяцев.

Результаты: на фоне проводимой терапии сертралином у больных I гр отмечается редукция аффективной симптоматики: достоверное снижение выраженности Т с $10,78 \pm 0,53$ до $6,21 \pm 0,82$ баллов, Д с $10,13 \pm 0,81$ до $5,04 \pm 0,73$ баллов. Во 2 гр пациентов уменьшения выраженности Т и Д до нормальных значений не произошло: Т снизилась с $10,72 \pm 0,45$ до $8,73 \pm 2,9$ баллов, Д с $10,63 \pm 0,96$ до $8,09 \pm 1,45$ баллов (субклинически выраженная Т и Д). По данным СО у пациентов I гр в конце исследования КЖ улучшилось на 8,28% (средний балл увеличился с $66,03 \pm 3,38$ до $71,5 \pm 3,24$), тогда как во 2 гр КЖ достоверно ухудшилось на 3,9% (средний балл уменьшился с $67,34 \pm 4,51$ до $64,72 \pm 5,67$). Также в I гр отмечено уменьшение количества приступов стенокардии в неделю с $4,7 \pm 0,96$ до $3,3 \pm 0,84$, в отличие от 2 гр, где наблюдалось увеличение количества приступов стенокардии с $4,9 \pm 0,59$ до $5,7 \pm 0,94$. По результатам МО в I гр в конце наблюдения отмечено более выраженное улучшение КЖ (на 20%) по сравнению со 2 гр (на 10%): с $54,2 \pm 3,01$ до $42,27 \pm 3,67$ баллов ($p<0,05$) vs $55 \pm 3,24$ и $49,8 \pm 3,17$ баллов ($p>0,05$). По данным ТШХ повысилась толерантность к физическим нагрузкам, более значимо в I гр с $246 \pm 14,09$ м до $337 \pm 14,3$ м ($p<0,05$), во 2 гр с $254 \pm 12,45$ м до $304 \pm 11,8$ м ($p<0,05$).

Выводы: Комбинированная терапия с включением сертралина позволяет оптимизировать реабилитацию постинфарктных больных СД 2 типа и сопутствующими аффективными расстройствами, так как назначение сертралина у данной категории больных купирует Т и Д, что сопровождается уменьшением частоты приступов стенокардии, увеличением толерантности к физическим нагрузкам, улучшением КЖ.

1004 ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ) В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шимохина Н.Ю., Петрова М.М., Савченко А.А., Смертина Е.Г.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России», Красноярск, Россия

Исследование системы гемостаза у больных гипертонической болезнью (ГБ), ишемической болезнью сердца (ИБС), а также с осложнениями этих заболеваний, в частности, развитие

ишемического инсульта (ИИ), является актуальным направлением современной медицины, позволяющим осуществлять эффективную профилактику сосудистых катастроф. Целью исследования явилось изучение особенностей динамики показателей системы гемостаза при осложненном течении ГБ (ИИ) в сочетании с ИБС.

Обследовано 77 пациентов с осложненным течением ГБ (ИИ) в сочетании с ИБС (45 мужчин и 32 женщины) в возрасте $57,8 \pm 6,86$ лет. Диагноз ИИ, а также сердечно-сосудистой патологии устанавливался при помощи стандартного общеклинического обследования, подтвержден проведением компьютерной томографии головного мозга, холтеровским мониторингом, трансторакальной эхокардиографией. Из обследования исключались пациенты с грубыми неврологическими и соматическими нарушениями, сопутствующим сахарным диабетом, новообразованиями. Исследование системы гемостаза проводилось в три этапа: 1) в первые 24 часа после возникновения ИИ до начала терапии дезагрегантами, стационарно; 2) через 14 дней в стационаре; 3) амбулаторно, через 3 месяца. Исследовали показатели гемостаза: 1) агрегация тромбоцитов, спонтанная и индуцированная на агрегометре «LA230-2 БИОЛА»; 2) уровень фактора Виллебранда (фВ); 3) содержание фибриногена, Д-димера, антитромбина III, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК). В качестве контроля обследован 31 здоровый человек (13 мужчин и 18 женщин) $53,7 \pm 5,17$ лет.

На всех трех этапах обследования обнаружено, что уровни фибриногена, РФМК, Д-димера, фВ, показатели спонтанной агрегации тромбоцитов (САТ) оставались повышенными в сравнении с контролем. В 1-е сутки ИИ в сравнении с контролем отмечается снижение уровня антитромбина III и нормализация его показателей на 14-е сутки и через 3 месяца. Агрегация тромбоцитов, стимулированная аденозиндифосфатом (АДФ) в дозе 5 мкМ была снижена в 1-е сутки ИИ в сравнении с контролем и оставалась пониженной на остальных этапах исследования на фоне терапии дезагрегантами, на 14-е сутки ИИ происходило снижение агрегации тромбоцитов, стимулированной адреналином в дозе 10 мкг/мл и оставалось пониженным через 3 месяца. Уровни остальных показателей гемостаза не отличались от контрольных значений и достоверно не изменялись.

Таким образом, на всех этапах обследования в крови больных наблюдается повышенный уровень внутрисосудистого свертывания с последующим фибринолизом, наличие эндотелиального повреждения сосудистой стенки и остается повышенной САТ на фоне проводимой терапии. Полученные данные позволяют сделать вывод о глобальной активации системы гемостаза у больных с осложненным течением ГБ в сочетании с ИБС в остром и раннем восстановительном периодах ИИ, несмотря на терапию дезагрегантами.

1005 ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Шимохина Н.Ю.

ГОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России», Красноярск, Россия

Целью исследования явилось изучение особенностей системы гемостаза и состояния функции эндотелия у больных с осложненным течением гипертонической болезни (ГБ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) в различные периоды ишемического инсульта (ИИ).

Обследовано 77 пациентов с осложненным течением ГБ (ИИ) в сочетании с ИБС (45 мужчин и 32 женщины) в возрасте $57,8 \pm 6,86$ лет. Исследование системы гемостаза проводилось в три этапа: 1) в остром периоде ИИ (первые 24 часа после ИИ) до начала терапии дезагрегантами; 2) в остром периоде ИИ (через 14 дней); 3) в раннем восстановительном периоде ИИ

(через 3 месяца). Исследовали показатели гемостаза: 1) агрегация тромбоцитов (АТ), спонтанная (САТ) и индуцированная на агрегометре «LA230-2 БИОЛА»; 2) содержание фибриногена, Д-димера, антитромбина III, растворимые фибрин-мономерные комплексы (РФМК); 3) уровень фактора Виллебранда (фВ) в плазме крови определялся до и после проведения веноокклюзионной манжеточной пробы (МП). В качестве контроля обследован 31 здоровый человек (13 мужчин и 18 женщин) в возрасте $53,7 \pm 5,17$ лет.

Уровни фибриногена, РФМК, Д-димера были повышены в сравнении с контролем на всех этапах гемостазиологического обследования. Уровень антитромбина III у пациентов в остром периоде ИИ был ниже контроля, но повышался в остром периоде. В различные периоды ИИ АТ, индуцированная АДФ 5 мМ, была достоверно ниже значений контроля. В остром периоде ИИ, на фоне дезагрегантной терапии, происходило снижение данного показателя, однако в раннем восстановительном периоде его значения вновь возрастали. АТ, стимулированная АДФ 0,1 мМ, не отличалась от контрольных значений на всех этапах обследования. АТ, индуцированная адреналином 10 мкг/мл, у пациентов в остром периоде ИИ была ниже показателей контроля, аналогичная тенденция наблюдалась и через 3 месяца после ИИ. В различные периоды ИИ, несмотря на проводимое лечение, показатели САТ были достоверно выше значений контроля. Уровень фВ на всех этапах исследования значительно превышал значения контроля, прирост фВ в ответ на МП в остром и раннем восстановительном периодах ИИ был значительно снижен в сравнении с контролем.

Таким образом, у больных с осложненным течением ГБ в сочетании с ИБС в различные периоды ИИ наблюдается гиперфибриногенемия, активация внутрисосудистого свертывания с последующим фибринолизом. В различные периоды ИИ обнаружено значительное повышение уровня фВ — маркера эндотелиального повреждения. В остром и раннем восстановительном периодах ИИ на фоне проводимой терапии отмечается сохранение протромботического состояния и выраженное снижение реактивности эндотелия, что свидетельствует о прогрессирующем повреждении сосудистой стенки.

1006 ГИСТОМОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК СОННЫХ АРТЕРИЙ ЧЕЛОВЕКА

Шишкина В.С.¹, Каширина С.В.¹, Сироткин В.Н.¹, Ахметов В.В.², Михайлов И.П.², Андреева Е.Р.¹, Ильинская О.П.¹, Тарарак Э.М.¹

¹ФГУ РКНПК Росмедтехнологий, Москва, Россия; ²НИИ СП им. Склифосовского, Москва, Россия

Сердечно-сосудистые заболевания стоят на первом месте среди причин смертности населения развитых стран. В связи с этим актуальной задачей является определение механизмов структурно-функциональной перестройки артерий в процессе атерогенеза а так же определение мишеней потенциального терапевтического воздействия. Цель данного этапа исследования — гистоморфометрическая характеристика атеросклеротических поражений сонных артерий человека и определение «коэффициента жесткости» последних в рамках комплексного исследования по сопоставлению клинических и морфологических параметров атеросклеротического процесса в сонных артериях человека.

В работе использована 13 биопсий, полученных у пациентов с острыми клиническими проявлениями каротидной недостаточности в результате каротидной эндартерэктомии. Срезы окрашивали гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону, орсеином, альциановым синим. Результаты окрасок оценивали полуколичественно, морфометрические измерения проводили на видеоизображениях препаратов в программе ImageJ.

Путем определения соотношения объемов «мягкой» (атеросклеротические ядра и области скопления сосудов) и «жесткой» ткани (наружная покрывка, соединительная ткань бляшки) был выведен индекс «жесткости», который для исследованного материала составил от 0,27 до 2,9. Все проанализированные бляшки были разделены на две группы: «мягкие» — с индексом жесткости до 0,75 и «твердые» — с индексом жесткости больше, чем 0,76.

Гистоморфометрические параметры, характеризующие состояние бляшек в целом и их отдельных участков в частности, были усреднены и статистически обработаны.

Индекс «жесткости» для «мягких» бляшек составил в среднем $0,55 \pm 0,04$, а для «твердых» — $1,51 \pm 0,19$ ($p < 0,001$). «Твердые» бляшки достоверно отличались от «мягких» по количеству атеронекротических ядер. Только в «мягких» бляшках в наружной покрышке были обнаружены разрывы и внешние тромбы. В плечах только «мягких» бляшек были обнаружены геморагии. «Мягкие» бляшки содержали больше микрососудов в мышечно-эластическом слое интимы и в меди. В «твердых» бляшках содержание эластина в плечах, а ГАГ в — в ядрах бляшек, было значимо больше ($p < 0,05$), чем в «мягких» бляшках. В других случаях имела место выраженная тенденция по преобладанию компонентов матрикса в «твердых» бляшках.

Таким образом, морфологические структуры, которые определяют «нестабильность» бляшки: атеронекротические ядра, скопления микрососудов, новые и «организованные» тромбы, геморагии, свежие и старые разрывы покрышки бляшки являются характеристическими признаками «мягких» бляшек.

Индекс жесткости, предложенный в настоящем исследовании, может быть использован в качестве интегрального морфогистохимического показателя для дальнейшего сопоставления клинических и морфологических данных в рамках проводимого комплексного исследования.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ-ОФИЦ №08-04-13753.

1007 ПРОСПЕКТИВНОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПРЕДРЕЙСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Шкодина Н.В., Бедин А.М., Смирнова Ю.Ю., Лапина Е.А., Балеевских Л.А., Жердакова Т.А., Дзизинский А.А.*, Куклин С.Г.*
ГОУ ДПО Иркутский институт усовершенствования врачей*, Иркутск, Россия; НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Иркутск-пассажирский ВСЖД ОАО «РЖД», Иркутск, Россия

Актуальной является оценка вероятности экстремальных повышений АД и динамики временной нетрудоспособности у членов локомотивных бригад для проведения своевременных профилактических мероприятий и обеспечения безопасности движения.

Цель. Оценить в проспективном сравнительном исследовании динамику предрейсового АД и временной нетрудоспособности за 3 года у работников локомотивных бригад (РЛБ) в условиях активных лечебно-профилактических мероприятий.

Методы. Проведено проспективное когортное сравнительное трехлетнее исследование. Наблюдали 3 группы (всего 247 чел.): 1-ая группа (106 человек) — РЛБ АГ 1-2 стадий, имевшие 1 и более отстранений от рейса из-за колебаний АД в течение 3 лет (АГО); 2-ая группа (75 человек) — РЛБ с АГ 1-2 стадий без отстранений за те же 3 года (АГБО); 3-я группа (66 человек) — РЛБ без АГ и без отстранений от рейсов за 3 года (К). Использовалась база данных автоматизированной системы предрейсового осмотра (АСПО) — аппаратно-программный комплекс КАПД-01-СТ «Системные технологии», Санкт-Петербург и карты амбулаторного наблюдения. Всем РЛБ определяли за каждый год исследования среднее арифметические значения: ЧСС, систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), а также индекс напряжения (ИН). При наличии АГ проводилось лечение в соответствии с рекомендациями, принятыми в железнодорожной медицине.

Результаты. Уровень среднего за год САД является основным параметром, связанным с числом дней нетрудоспособности и количеством отстранений от рейса из-за повышения АД. Наличие отстранений от рейсов из-за повышенного АД выявляет работников локомотивных бригад с АГ, имеющих самые высокие показатели временной нетрудоспособности. В группах с диагностированной АГ основная доля дней нетрудоспособности (61–66%) связана с плановыми и экстренными лечебно-диагностическими мероприятиями из-за повышения АД. На фоне активных лечебно-профилактических меропри-

ятий через 3 года в группе АГБО трудовые потери из-за экстремальных колебаний АД прекратились, а в группе АГО — снизились на 30%. В этот же период на Восточно-Сибирской железной дороге в целом, число отстранений от рейсов из-за повышенного АД практически не изменилось. Наилучшее соотношение рейсовая нагрузка/нетрудоспособность выявлена у членов локомотивных бригад без отстранений от рейсов, не страдающих артериальной гипертензией, со среднегодовыми значениями АД в рамках оптимального диапазона (менее 120/80 мм рт.ст.).

1008 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шлык С.В., Сафонов Д.В., Бекетов П.А., Кодзоева З.Б.
ГОУ ВПО Рост ГМУ Росздрава, ГУЗ «РОКБ», Ростов-на-Дону, Россия

Цель работы: комплексная оценка отдаленных результатов различных методов восстановления коронарного кровотока (стентирование, МКШ, АКШ) у больных ИБС.

Материал и методы: проанализированы результаты лечения 150 больных ангиографически верифицированной ИБС, перенесших в РОКБ различные способы реваскуляризации миокарда в 2006–2007 гг. Большую часть пациентов составили мужчины (141), средний возраст наблюдаемых $58,4 \pm 7,2$ лет, исходно в большинстве своем перенесшие инфаркт миокарда (127 человек) без выраженной сопутствующей патологии. Изучены группы пациентов после АКШ (48 человек — I группа) МКШ (41 человек — II группа), рентгенэндоваскулярной реваскуляризации (34 человека — III группа), а также группа сравнения (27 пациентов по различным причинам не получивших хирургического лечения — IV группа). Помимо оценки результатов общеклинических, биохимических, инструментальных и лабораторных исследований, изучено методом самооценки качество жизни пациентов.

Полученные результаты: в результате анализа полученных данных выявлено, наряду с положительной динамикой клинических симптомов, более выраженной во II и III группах больных, улучшение количественных показателей толерантности к физической нагрузке (по ВЭМ выполненная работа выросла в I группе с $283,6 \pm 67,7$ кВт до $693,2 \pm 107,4$ кВт, II группа — с $311,46 \pm 52,7$ кВт до $712,2 \pm 94,5$ кВт, III группа — с $432,6 \pm 209,3$ кВт до $1007,1 \pm 151,3$ кВт, IV группа — с $392,2 \pm 43,9$ кВт до $511,3 \pm 62,9$ кВт) и показателей насосной функции миокарда левого желудочка (ФВ ЛЖ выросла в I группе с $43,7 \pm 7,3$ % до $53,2 \pm 6,9$ %, II группа — с $43,9 \pm 5,9$ % до $52,13 \pm 8,5$ %, III группа — с $49,1 \pm 9,1$ % до $57,3 \pm 54,3$ %, IV группа — с $39,0 \pm 8,9$ % до $44,3 \pm 4,4$ %). Отмечается положительная динамика по анкете качества жизни больных с сердечной недостаточностью (бальная оценка выросла в I группе с $34,1 \pm 11,9$ до $47,9 \pm 12,1$, II группа — с $33,2 \pm 15,0$ до $45,3 \pm 18,2$ %, III группа — с $34,9 \pm 16,3$ до $69,1 \pm 24,2$, IV группа — с $31,2 \pm 19,3$ до $44,0 \pm 24,4$; min — 0 баллов, max — 105 баллов).

Выводы: При анализе эффективности методов восстановления коронарного кровотока в интервале 2–3 года после реваскуляризации в сравнении с группой консервативного ведения выявляются преимущества рентгенэндоваскулярных методов внутри хирургической группы и группы реваскуляризации миокарда при сравнении с медикаментозной терапией.

1009 ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА, АТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шлык С.В., Хоролец Е.В., Хаишева Л.А.

ГОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет МЗ и СР, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования. Изучить изменения показателей пуринового обмена и антиоксидантной защиты у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) осложненным сердечной недостаточностью (СН).

Материалы. В исследование вошли 71 человек, из них 39 мужчин и 32 женщины с диагнозом ОИМ с зубцом Q. Контрольную группу составили здоровые добровольцы. Все больные были разделены на группы, учитывая пол и степень тяжести СН по Killip: мужчины I, II, III и женщины I, II, III группы. Средний возраст в изучаемых группах: мужчин $59,51 \pm 1,49$ лет, женщин $62,94 \pm 1,91$ лет достоверно не отличался. В первые 24 часа пациентам проводилась оценка активности ферментов пуринового обмена (ксантиноксидазы, аденозиндезаминазы), уровня мочевой кислоты (МК), супер-анион радикала (САР), а также активность супероксиддисмутазы (СОД), каталазы. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием методов дисперсионного анализа, критерия Крускала-Уоллиса, коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Полученные результаты. При изучении данных отмечено достоверное увеличение активности аденозиндезаминазы, ксантиноксидазы, каталазы, уровня МК, САР и снижение активности СОД в изучаемых группах мужчин и женщин, по сравнению с контролем. При прогрессировании СН Killip I – III степени тяжести среди групп мужчин и женщин получено достоверное увеличение активности ксантиноксидазы ($p < 0,05$, соответственно), уровня САР, снижение ($p < 0,05$) активности СОД. А также увеличение уровня МК в группе женщин с отеком легких ($p < 0,05$), по сравнению с мужчинами. Анализируя активность аденозиндезаминазы в изучаемых группах, достоверных различий не отмечено. Выявлены гендерные особенности активности аденозиндезаминазы в группах мужчин Killip I–III ($p < 0,05$) достоверно выше, по сравнению с женщинами. При анализе корреляционной зависимости получено, что активность ксантиноксидазы ($r = 0,419$, $p < 0,05$) имеет прямую корреляцию с каталазой; а активность СОД имеет обратную корреляцию с уровнем МК ($r = 0,382$, $p < 0,05$).

Выводы. У больных ОИМ на фоне прогрессирования СН отмечается избыточное образование высокоактивных свободнорадикальных форм кислорода, что активирует свободнорадикальный механизм ксантиноксидазы. Увеличение активности ксантиноксидазы ведет к увеличению уровня МК, т.к. принимает непосредственное участие в ее образовании из гипоксантина. Одновременно ксантиноксидаза участвует в процессах эндотелиального повреждения приводя к эндотелиальной дисфункции и процессов сосудистых нарушений, усугубляя степень тяжести СН.

1010 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ – ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

Шоенов А.Г., Эльгаров А.А.

МСЧ МВД по КБР, Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: изучить частоту артериальной гипертонии у мужчин-сотрудников органов внутренних болезней (ОВД) с учетом их профессиональной деятельности.

Материал и методы: выполнены эпидемиологические (ВОЗ, ГНИЦ ПМ Росмедтехнологий) исследования 1213 (отклик 79,5%) сотрудников различных подразделений ОВД. В зависимости от характера работы сформированы 2 группы: 1- выполнение различных специфических и особых видов деятельности (служебно-оперативные и боевые задания), сопряженное с риском для жизни и значительным психоэмоциональным стрессом, 2- осуществление обычной напряженной работы. Из указанных групп определены выборки: а) 78 лиц особо напряженной деятельности (РУБОП, ОМОН), б) 84 лиц обычной деятельности (ГИБДД, ППС) для оценки состояния кардиогемодинамики и профиля артериального давления суточным мониторированием ЭКГ (СМ ЭКГ) и АД (СМАД).

Результаты: частота артериальной гипертонии достигала 56,0% среди сотрудников 1-й и 27,6%–2 группы, которая нарастала с возрастом (в 20–39 лет – 30,6% и в 40–59 – 60,8%). Информированность о гипертонии (около 60,0%), охват регулярным лечением (10,0%) и с терапевтическим эффектом (12,0%) оказались явно недостаточными в обеих группах. В структуре артериальной гипертонии явно преобладали начальные формы – I (57,0%) и II (39,6%) ст. В 1-й группе как

артериальная гипертонии (47,6–59,8%), так и употребление алкоголя, избыточная масса тела, гипертрофия левого желудочка и низкая физическая активность наблюдались чаще ($p < 0,05$), при сравнении с аналогичными параметрами мужчин 2-й группы. Приведенные сведения указывают на напряженную эпидемиологическую ситуацию среди сотрудников ОВД в отношении основных сердечно-сосудистых заболеваний, степень которой зависит от специфики профессиональной деятельности. По данным СМ ЭКГ, в подгруппе «а» обнаружены эпизоды транзиторной ишемии миокарда (60,3%) и аритмии сердца (32,5%), частота которых в 1,5–2 раза была выше аналогичных изменений у лиц выборки «б». Вместе с тем, при оценке результатов СМАД, в 56,9% случаев отмечены выраженные отклонения показателей суточного профиля АД у сотрудников «а» и лишь в 16,7%–«б» ($p < 0,01$). При этом, совокупный сердечно-сосудистый риск оказался высоким в обеих группах сотрудников ОВД, но наиболее значительным он был у лиц опасных профессий (РУБОП и ОМОН).

Заключение: полученные данные свидетельствуют о значительной частоте артериальной гипертонии среди сотрудников различных подразделений ОВД, которая обусловлена спецификой и характером выполняемой работы. Поэтому артериальную гипертонию у них следует считать производственно обусловленным заболеванием, что необходимо учитывать при организации медико-психологического мониторинга лиц опасных профессий.

1011 ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Шорохова И.В., Шалаев С.В., Корней С.М.

ГОУ ВПО Тюм ГМА Росздрава, Тюмень, Россия; ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница», Тюмень, Россия

Цель: анализ предикторов развития фибрилляции предсердий в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования.

Методы: Проведено клиническое обследование, наблюдение и анализ историй болезни 150 пациентов, перенесших операцию хирургической реваскуляризации миокарда. Все пациенты проходили стандартный объем обследования перед операцией. В послеоперационном периоде частота развития мерцательной аритмии (МА) составила 18,67%, пик развития пришелся на вторые-третьи сутки, длительность пароксизма составила от 1 часа до 10-ти суток (на фоне проводимой терапии кордароном в дозе 600–1200 мг/сут). В послеоперационном периоде пациенты были разделены на 2 группы: в гр. I ($n = 122$) вошли пациенты без послеоперационной мерцательной аритмии, II группу ($n = 28$) составили пациенты с фибрилляцией предсердий в раннем послеоперационном периоде. Статистическая обработка материала проводилась в программе «Statistica 6.0». Корреляция переменных оценивалась по Спирмену. Результаты рассматривали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты: При анализе данных была выявлена достоверная разница в возрасте пациентов I и II групп ($54,7 \pm 6,82$ лет и $61,3 \pm 6,83$ лет соответственно, $p < 0,05$). Пароксизмы МА в анамнезе были документированы у пациентов I группы в 6,6% случаев, а во II группе – в 25% ($p < 0,05$). Левый тип коронарного кровотока у пациентов без развития МА встречался у 3,3%, а с послеоперационной МА – у 10,7% ($p < 0,05$). Предоперационный риск, измеряемый в баллах по шкале AFA, в первой группе составил $3,0 \pm 1,63$ балла по сравнению с $3,8 \pm 1,73$ баллами в другой группе ($p < 0,03$). Также подтвердилась необходимость профилактической терапии бета-блокаторами (БАБ) (в группе I терапия БАБ перед операцией проводилась у 59,2%, в группе II – у 81,8% пациентов). Из интраоперационных предикторов развития МА можно выделить время ИК (в первой группе $79,8 \pm 21,87$ мин, во второй группе $94,5 \pm 31,24$ мин, $p < 0,03$) и время ОА ($45,9 \pm 12,83$ мин и $51,6 \pm 16,01$ мин соответственно, $p < 0,04$). При исследовании таких факторов риска развития послеоперационной МА, как дисфункция левого желудочка (КДР левого желудочка в группе II – $5,5 \pm 0,79$ см, в группе I $5,5 \pm 0,75$ см, $p = 0,73$; КСР в группе II $3,9 \pm 0,87$ см, в группе I $3,8 \pm 0,75$ см, $p = 0,27$; ФВ ЛЖ в группе II $53,4 \pm 10,38$, в группе I $55,8 \pm 8,89$, $p = 0,26$), дилатация левого предсердия (в группе II размеры левого предсердия составили $4,2 \pm 0,5$ см, в группе I $4,1 \pm 0,48$ см, $p = 0,78$), достоверных различий выявлено не было.

Выводы: Таким образом, нами выявлены следующие факторы развития МА: пожилой возраст, пароксизмы МА в анамнезе, левый тип коронарного кровотока, время ИК, время ОА, а также подтвердилась необходимость профилактического приема БАБ в предоперационном периоде.

1012 СЕРДЦЕ И ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ – КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MMP-3

Шостак Н.А., Правдюк Н.Г., Магомедова Д.Н., Захарова Е.Ю.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова, Москва, Россия; Медико-генетический научный центр РАМН (лаборатория наследственных болезней обмена веществ), Москва, Россия

Цель: Изучить состояние клапанного аппарата сердца у пациентов с гипермобильным синдромом с учетом полиморфизма гена MMP-3.

Материалы и методы: Обследовано 28 пациентов с гипермобильным синдромом (ГС), (мужчин – 9, женщин – 19, ср. возраст $24,5 \pm 1,7$). ГС диагностировался на основании критериев Брайтона (1998г), гипермобильность суставов (ГМС) оценивалась с помощью шкалы Бейтона (1973г). Всем пациентам проводилась 2ДЭхо-КГ с оценкой состояния клапанного аппарата сердца (степень пролабирования створок клапанов, степень миксоматозной дегенерации (МД), степень регургитации). Генетическое исследование проведено 16 больным с ГС и включало изучение полиморфизма (5A/6A -1612) в регионе промотора гена MMP3.

Результаты: Средний балл ГМС по шкале Бейтона составил $5,5 \pm 0,6$. Проплапс митрального клапана (ПМК) диагностирован у 22 (78%) пациентов с ГС, пролабирование передней створки митрального клапана (МК) – у 20 (91%), задней – у 1 (4,5%), обеих створок – у 1 (4,5%) пациента. МР 1 степени выявлено у 15 (68%) обследованных, МД 1 степени – у 5 (22%) больных. Проплапс трикуспидального клапана диагностирован у 14 (50%) пациентов, у всех пациентов отмечена 1 степень пролабирования септальной створки. Сочетание пролапсов митрального и трикуспидального клапанов отмечено у 13 (46%) пациентов с ГС. Генетическое исследование выявило полиморфизм гена MMP-3 – гетерозиготный генотип (5A/6A) у 8 (50%) пациентов с ГС, что требует дальнейшего накопления фактов.

Выводы: Выявлена высокая частота ассоциации пролапса митрального и трикуспидального клапанов, а также генетической детерминанты соединительнотканной дисплазии – полиморфизма гена MMP-3 (5A/6A) у пациентов с гипермобильным синдромом.

1013 ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ПРИ ДИФFUЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ

Штайн К.С., Смирнова Е.Н., Садыкова Д.К., Тарбеева Н.С.

Пермская государственная медицинская академия, Пермь, Россия

Цель исследования: изучить особенности поражения сердечно-сосудистой системы при диффузном токсическом зобе (ДТЗ) у пациентов пожилого возраста.

Материалы и методы: обследовано 20 женщин с ДТЗ в возрасте 61-76 лет. Длительность тиреотоксикоза составила от 4 месяцев до 6 лет. Верификация диагноза проводилась на основании клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Обследование включало также ЭКГ мониторинг по Холтеру (ХМ ЭКГ), суточное мониторирование АД (СМАД) и определение маркера сердечной недостаточности про- BNP. Все пациенты получали терапию тиамазолом 20 мг и бета-блокаторами (конкор, анаприлин).

Результаты: клиническая картина ДТЗ у пожилых отмечалась малосимптомностью и преобладанием кардиальной патологии (синусовая тахикардия, мерцательная аритмия, сердечная недостаточность). Показатели тиреоидного статуса свидетельствовали за явный тиреотоксикоз у всех пациентов: ТТГ был $< 0,005$ мМЕ/л, св.Т4

$4,15 \pm 2,02$ нг/дл, св. Т3 $17,57 \pm 10,57$ пмоль/л, АТ-ТПО $285,53 \pm 212,82$ МЕ/л. При анализе ХМ ЭКГ у 12 пациенток выявлена фибрилляция предсердий (ФП), причем у 7 женщин постоянная форма, в одном случае отмечена ФП с депрессией сегмента ST по типу систолической перегрузки; наджелудочковая и желудочковая экстрасистолы зафиксированы у всех пациенток. Кроме того, у одной выявлен эпизод АВ-блокады I степени. При проведении СМАД получены следующие данные: среднее САД днем составило $132,25 \pm 17,62$ мм рт.ст., среднее ДАД днем $-78,12 \pm 8,59$ мм рт.ст., САД ночью $131,25 \pm 17,87$ мм рт.ст., среднее ДАД ночью $74,25 \pm 11,17$ мм рт.ст., СИ САД 0,5% (нон-дипперы), СИ ДАД 3,37% (нон-дипперы), ИВ САД днем 28,25% (возможно повышенное), ИВ САД ночью 53,25% (повышенное), ИВ ДАД ночью 42,5% (повышенное). У 15 пациентов (75% больных) выявлен высокий уровень про- BNP $763,28 \pm 293,34$ пг/мл.

Выводы: у пожилых пациентов выявлены следующие особенности течения ДТЗ: преимущественное повышение св. Т3, повышение уровня про- BNP, частые наджелудочковые и желудочковые экстрасистолы, низкий СИ АД (93% пациенты – нондипперы) и повышение АД в ночные часы. Таким образом, у пожилых пациентов ведущими клиническими симптомами тиреотоксикоза являются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, поэтому у всех пациентов старшей возрастной группы с нарушениями ритма сердца, прежде всего с ФП и резистентностью к антиаритмическим препаратам, необходимо исключить тиреотоксикоз.

1014 ПРОБЛЕМА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА СИБИРИ

Штегман О.А., Поликарпов Л.С., Черных П.В., Ляшенко А.А., Штегман А.Г., Битюкова Л.Г.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Красноярск, Россия

Цель. Изучить частоту и причины гипердиагностики сердечной недостаточности среди амбулаторных больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями в крупном промышленном городе Сибири.

Методы исследования. Обследовано 243 больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), диагностированной врачами амбулаторного звена. Все больные подверглись полному клиническому осмотру кардиолога высшей категории, эхокардиографии на ультразвуковом аппарате Vivid 7 Pro с применением тканевой доплерометрии. Тревожные расстройства диагностировались с применением опросника ситуативной и личностной тревожности Спилбергера – Ханнина. Депрессивные состояния выявляли с применением опросника депрессивных расстройств (CES-D). При эхокардиографии оценивались размеры полостей сердца, скорости раннего и позднего трансмитрального потоков и скорости раннего и позднего диастолического смещения кольца митрального клапана. Диагноз ХСН исключался при выявлении фракции выброса более 50%, отсутствии увеличения камер сердца (конечный диастолический размер левого желудочка 55 мм и менее, конечный систолический размер левого желудочка 45 мм и менее, размер левого предсердия 40 мм и менее), выявлении скорости раннего диастолического смещения кольца митрального клапана (Em) > 8 см/сек, соотношения скорости раннего трансмитрального диастолического потока (E) и скорости раннего диастолического смещения кольца митрального клапана (E/Em) < 8 , а также наличия причин, объясняющих симптомы сходные с проявлениями ХСН.

Полученные результаты. У 110 больных из 243 (45%) диагноз ХСН был исключен. Среди состояний, имитирующих ХСН, детенированность выявлялась в 27% случаев, тревожно-депрессивные расстройства – в 24% случаев, бронхообструктивные заболевания – у 16% больных, ожирение – у 12% больных, анемия – в 3% случаев. Различные сочетания данных состояний выявлялись у 18% больных.

Выводы. Гипердиагностика хронической сердечной недостаточности среди амбулаторных больных с сердечно-сосудистой патологией наблюдается в 45% случаев. Наиболее частыми состояниями, имитирующими симптомы сердечной недостаточ-

ности являются детренированность, тревожно-депрессивные расстройства и бронхообструктивные заболевания.

1015 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СТАНДАРТНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Шувалов С.С.¹, Ушаков В.Ю.², Скворцов К.Ю.²

¹ГУЗ «Областной госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, Саратов, Россия; ²кафедра терапии ФПК ППС ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Исследование про- и антикоагулянтного эффектов комбинированной стандартной интенсивной терапии с перфтораном у больных с острым Q-инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОQ-ИМСПсСТ).

Материалы и методы. Обследовано 160 больных с ОQ-ИМСПсСТ. Больные были рандомизированы для проведения стандартной интенсивной терапии (включая тромболитический стрептокиназой, 1,5 млн. Ед/час) в комбинации с внутривенным введением 400 мл перфторана в течение 10-12 часов (группа I, 80 человек, 60 мужчин, средний возраст 58,1±5,23 лет) или только лишь стандартной интенсивной терапии (группа II, 80 человек, 60 мужчин, средний возраст 58,3±4,98 лет). Оценивали про- и антикоагулянтные эффекты указанных режимов терапии с использованием рутинных клинических тестов гемокоагуляции.

Результаты. На 7, 14 и 21 день исследования протромбиновое время у больных группы I было короче аналогичного показателя группы II (20,4±0,2 с vs 21,9±0,2 с; 19,2±0,2 с vs 21,4±0,3 с; 18,1±0,1 с vs 20,3±0,2 с, соответственно, p<0,001). В течение стационарного периода лечения у пациентов I группы не отмечалось существенных изменений уровня фибриногена, тогда как у пациентов II группы регистрировалась гиперфибриногенемия, начиная с 3-го дня пребывания в стационаре (д3 — 4,8±0,1 г/л, д7 — 5,2±0,1 г/л, д14 — 4,9±0,3 г/л, д21 — 4,4±0,1 г/л). Начиная с 3-го дня пребывания в стационаре, мы регистрировали удлинение тромбинового времени. У больных I группы этот показатель составил 15,9±0,4 с по сравнению с 14,2±0,2 с у больных группы II (p<0,05), на д7 — 17,3±0,4 с vs 15,1±0,2 с, д14 — 17,1±0,3 с vs 15,2±0,2 с, д21 — 17,3±0,4 с vs 16,0±0,3 с, соответственно (p<0,05).

Начиная с д7 мы отметили достоверное повышение уровня эндогенного гепарина у больных группы I по сравнению с аналогичным показателем группы II (д7 — 6,4±0,2 Ед/мл vs 4,1±0,3 Ед/мл, соответственно; p<0,001; д14 — 5,9±0,1 Ед/мл vs 4,0±0,2 Ед/мл, p<0,05; д21 — 11,9±0,2 Ед/мл vs 11,1±0,1 Ед/мл, p<0,05). Кроме того, у всех пациентов группы I отмечалось повышение уровня антитромбина III в течение всего времени пребывания в стационаре.

Выводы. Комбинированная стандартная интенсивная терапия с перфтораном положительно влияет на показатели рутинных тестов системы гемостаза у больных с ОQ-ИМСПсСТ в течение всего периода лечения в стационаре.

1016 О ВЛИЯНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шувалов С.С., Ушаков В.Ю., Скворцов К.Ю.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Оценка влияния комбинированной интенсивной терапии с перфтораном на некоторые показатели внутрисердечной гемодинамики у больных с острым Q-инфарктом миокарда с

подъемом сегмента ST (ОQ-ИМСПсСТ) на стационарном этапе лечения.

Материалы и методы. В исследование включено 160 больных с ОQ-ИМСПсСТ. Пациенты рандомизировались для проведения интенсивной терапии (1,5 млн. Ед/час стрептокиназы) в комбинации с в/в введением 400 мл перфторана в течение 10-12 часов (группа I, 80 человек, 60 мужчин, возраст 58,1±5,23 года) или только для интенсивной терапии (группа II, 80 человек, 60 мужчин, возраст 58,3±4,98 лет). Методом ДопЭхоКГ на 1, 3, 7, 14 и 21 сутки заболевания оценивали динамику показателей КДО и КСО ЛЖ, ФВ ЛЖ, значения отношения V_E/V_A .

Результаты. В 1-е сутки различий в указанных показателях между группами больных выявлено не было. К концу 3-х суток в I группе отмечалось достоверное уменьшение КДО и КСО ЛЖ, увеличение ФВ ЛЖ по сравнению с показателями II группы (144±6,7 мл vs 163±8,6 мл; 49,1±3,8 мл vs 62,1±4,1 мл; 53,0±1,3% vs 44,3±1,0%, соответственно, p<0,05). К 7-м суткам болезни отмечалась еще большая динамика изучаемых параметров у пациентов I группы. Уменьшались КДО и КСО ЛЖ (134±6,4 мл и 46,0±2,1 мл, соответственно) при сохраняющейся на прежнем уровне ФВ ЛЖ (51,6±0,8%). В то же время в группе II КДО и КСО ЛЖ не изменялись (162±8,6 мл и 63,2±3,7 мл, соответственно), но отмечалась тенденция к большему снижению ФВ ЛЖ (42,9±0,7%). Различия достоверны (p<0,05). Значимые различия в показателях V_E/V_A впервые появляются на 7-е сутки болезни (1,2±0,05-группа I и 0,83±0,05- группа II, p<0,05). На 14-сутки КДО и КСО ЛЖ группы I были меньше, чем в группе II (132±6,3 мл vs 163±8,9 мл, p<0,01; 47,3±2,5 мл vs 65,1±3,2 мл, p<0,05, соответственно), ФВ ЛЖ в группе I составила 52,3±0,5%, во II группе — 43,5±0,6% (p<0,01). Значения V_E/V_A в группе I составило 1,3±0,06, в группе II — 0,82±0,05 (p<0,05). На 21-е сутки между группами сохранялись достоверные отличия. КДО ЛЖ группы I составил 143,0±7,1 мл и 168,0±9,2 мл в группе II (p<0,05), КСО ЛЖ — 50,4±2,8 мл и 64,7±2,8 мл, соответственно (p<0,05), ФВ ЛЖ — 54,2±1,3% и 44,9±0,3%, соответственно (p<0,01). Достоверно различались и показатели V_E/V_A (1,2±0,06 vs 0,85±0,04, соответственно, p<0,05).

Выводы. Включение перфторана в стандартную интенсивную терапию у больных с ОQ-ИМСПсСТ приводит к достоверному улучшению систолической и диастолической функции левого желудочка на этапе стационарного лечения.

1017 О ВЛИЯНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шувалов С.С., Ушаков В.Ю., Скворцов К.Ю.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Оценка влияния комбинированной интенсивной терапии с перфтораном на показатели велоэргометрической пробы у больных с острым Q-инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОQ-ИМСПсСТ) на этапе стационарного лечения.

Материалы и методы. В исследование включено 160 больных с ОQ-ИМСПсСТ. Больные рандомизировались для проведения интенсивной терапии (включая в/в капельное введение 1,5 млн. Ед стрептокиназы) в комбинации с в/в введением 400 мл перфторана в течение 10-12 часов (группа I, 80 человек, 60 мужчин, возраст 58,1±5,23 г) либо только для стандартной интенсивной терапии (группа II, 80 человек, 60 мужчин, возраст 58,3±4,98 г). Пробу с ДФН на велоэргометре с непрерывно возрастающей нагрузкой (25-50-75 Вт) проводили на 20-е сутки болезни с длительностью каждой ступени 3 минуты. Регистрировали ЭКГ по Небу на 1-й и 3-й минутах каждой ступени и на 1, 3, 5, 7 и 10 минутах отдыха до полного исчезновения вызванных изменений. Использовали общепринятые критерии прекращения и оценки пробы. Пробу считали положительной при возникновении горизонтальной или косонисходящей депрессии сегмента ST≥1 мм и/или приступа стенокардии. Оценивались показатели: достигнутая пороговая мощность нагрузки (ДПМН, Вт), «двойное произ-

ведение» (ДП, у.е.), объем выполненной работы (ОВР, кГм), индекс экономичности (ИЭ, %). Результаты обрабатывались методами параметрического статистики с использованием критерия достоверности $p < 0,05$.

Результаты. Причиной прекращения пробы явились: приступ стенокардии у 5% больных группы I и у 6,25% больных группы II, депрессия сегмента ST ≥ 1 мм у 3,75% больных группы I и 5% больных группы II, элевация сегмента ST у 2,5% больных группы I и 1,25% больных группы II. Нарушения ритма сердца стали причиной прекращения пробы у 2,5% больных каждой группы. Различия в причинах прекращения пробы между группами недостоверны.

ПМН в 75 Вт достигли 44,3% больных группы I и 26,9% больных группы II ($p < 0,05$). Однако, средняя величина ПМН в группе I составила $67,4 \pm 3,5$ Вт, в группе II — $48,2 \pm 5,7$ Вт ($p > 0,05$). ДП в ответ на субмаксимальную нагрузку в группе I составило $182,2 \pm 5,9$ у.е. vs $143,1 \pm 5,2$ у.е. группы II ($p < 0,05$). ОВР в группе I составил $2278,4 \pm 198,1$ кГм, в группе II — $1498,8 \pm 257,3$ ($p < 0,05$). ИЭ в указанных группах составил $4,1 \pm 0,3\%$ и $3,8 \pm 0,3\%$, соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. Включение перфторана в схему интенсивной терапии достоверно повышает работоспособность и толерантность к физической нагрузке у больных ОQ-ИМСПсСТ на 20-е сутки заболевания. Положительные изменения физической работоспособности сопровождались недостоверно меньшим индексом экономичности, что свидетельствует о меньших энергетических затратах на выполнение работы больными, в комплексе интенсивной терапии которых использовали перфторан.

1018 ОБ ОТДАЛЕННОМ ВЛИЯНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Шувалов С.С., Ушаков В.Ю., Скворцов К.Ю.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Оценка отдаленного влияния комбинированной интенсивной терапии с перфтораном на показатели велоэргометрической пробы у больных с острым Q-инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОQ-ИМСПсСТ) на 60-е сутки от момента развития заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 160 больных с ОQ-ИМСПсСТ. Рандомизация больных на 2 группы проводилась по ранее описанному нами протоколу. На 60-е сутки от момента развития заболевания у всех больных проведена велоэргометрическая проба с оценкой достигнутой пороговой мощности нагрузки (ДПМН, Вт), «двойного произведения» (ДП, у.е.), объема выполненной работы (ОВР, кГм), индекса экономичности (ИЭ, %). Протокол проведения исследования, критерии прекращения и положительной оценки пробы описаны ранее. Результаты обрабатывались методами параметрического статистики с использованием критерия достоверности $p < 0,05$.

Результаты. На 60-е сутки от момента развития заболевания причинами прекращения пробы явились: приступ стенокардии — у 3,75% больных группы I и у 8,75% больных группы II ($p < 0,05$), депрессия сегмента ST ≥ 1 мм — у 3,75% больных группы I и у 2,5% больных группы II ($p > 0,05$), элевация сегмента ST — у 1,25% пациентов I группы и 2,5% группы II ($p \approx 0,05$), нарушения ритма сердца у 1,25% больных I группы и 3,75% больных группы II ($p < 0,05$).

Пороговой мощности нагрузки во время проведения пробы достигли 52,3% пациентов группы I vs 35,9% пациентов группы II ($p < 0,05$). Средняя величина достигнутой пороговой нагрузки у пациентов группы I составила $78,2 \pm 3,7$ Вт, тогда как у пациентов группы II аналогичный показатель составил $47,3 \pm 5,1$ Вт ($p < 0,05$). Показатель ДП в ответ на субмаксимальную нагрузку в группе I составил $209,3 \pm 6,1$ у.е. vs $150,3 \pm 6,8$ у.е. группы II ($p < 0,05$), ОВР в указанных группах пациентов составил $3102,1 \pm 201,3$ кГм и $1179,2 \pm 159,8$ кГм, соответственно ($p < 0,005$), ИЭ $3,7 \pm 0,4\%$ и $6,1 \pm 0,4\%$, соответственно ($p < 0,05$).

Выводы. У пациентов с ОQ-ИМСПсСТ, в схеме интенсивной терапии которых использовалось введение перфторана, на 60-е сутки от момента развития заболевания отмечается повышение работоспособности и толерантности к физической нагрузке по сравнению с больными, получавшими стандартную интенсивную терапию. Положительные изменения физической работоспособности сопровождались достоверно меньшим индексом экономичности, что свидетельствует о меньших энергетических затратах на выполнение работы больными, в комплексе интенсивной терапии которых использовали перфторан. Результаты исследования, полученные в отдаленные сроки наблюдения, позволяют констатировать факт пролонгированного действия предлагаемого метода лечения.

1019 ОЦЕНКА ОТДАЛЕННОГО ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СТАНДАРТНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Шувалов С.С., Ушаков В.Ю., Скворцов К.Ю.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Исследование отдаленного про- и антикоагулянтного влияния комбинированной стандартной интенсивной терапии с перфтораном у больных с острым Q-инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ОQ-ИМСПсСТ).

Материалы и методы. Обследовано 160 больных с ОQ-ИМСПсСТ. Больные были рандомизированы для проведения стандартной интенсивной терапии (включая тромболитический стрептокиназой, 1,5 млн. Ед/час) в комбинации с внутривенным введением 400 мл перфторана в течение 10-12 часов (группа I, 80 человек, 60 мужчин, средний возраст $58,1 \pm 5,23$ лет) или только лишь стандартной интенсивной терапии (группа II, 80 человек, 60 мужчин, средний возраст $58,3 \pm 4,98$ лет). У всех пациентов отдаленные про- и антикоагулянтные эффекты указанных режимов терапии с использованием рутинных клинических тестов гемокоагуляции оценивались через 1,3 и 6 месяцев после выписки из стационара.

Результаты. Через 1 месяц после выписки из стационара протромбиновое время у больных группы I было короче аналогичного показателя группы II ($17,9 \pm 0,2$ с vs $19,2 \pm 0,5$ с, $p < 0,05$), уровни фибриногена крови достоверно не различались ($3,2 \pm 0,1$ г/л vs $3,5 \pm 0,2$ г/л). Показатели тромбинового времени, содержания эндогенных гепариноидов и антитромбина III в группе I было достоверно больше, чем у пациентов группы II ($19,3 \pm 0,2$ vs $18,2 \pm 0,5$ с, $6,5 \pm 0,4$ Ед/мл vs $4,3 \pm 0,3$ Ед/мл, $13,4 \pm 0,2$ с vs $11,9 \pm 0,2$ с, соответственно, $p < 0,05$).

Через 3 месяца после выписки стационара различия между группами больных в значениях протромбинового времени были недостоверны ($18,3 \pm 0,2$ с vs $18,9 \pm 0,1$ с, соответственно, $p > 0,05$), тогда как различия в значениях фибриногена крови, тромбинового времени, содержания эндогенных гепариноидов и антитромбина III оставалась существенной ($2,7 \pm 0,1$ г/л vs $3,4 \pm 0,2$ г/л; $19,2 \pm 0,3$ с vs $17,4 \pm 0,5$ с; $6,7 \pm 0,4$ Ед/мл vs $5,1 \pm 0,4$ Ед/мл; $13,7 \pm 0,2$ с vs $12,1 \pm 0,4$ с, соответственно, $p < 0,05$).

Через полгода после выписки из стационара различия в изучаемых показателях гемокоагуляции между пациентами I и II групп утративали статистическую достоверность. Через 6 месяцев после выписки из стационара у пациентов I группы значение протромбинового времени составило $19,3 \pm 0,1$ с, фибриногена крови $3,1 \pm 0,2$ г/л, тромбинового времени $19,1 \pm 0,4$ с, эндогенного гепарина $6,4 \pm 0,2$ Ед/мл, антитромбина III $13,1 \pm 0,4$ с, тогда как у больных II группы аналогичные показатели составили $19,5 \pm 0,2$ с, $3,2 \pm 0,1$ г/л, $18,9 \pm 0,3$ с, $5,9 \pm 0,4$ Ед/мл, $12,7 \pm 0,3$ с, соответственно ($p > 0,05$).

Выводы. В течение 3-х месяцев от момента развития ОQ-ИМСПсСТ у пациентов, получавших перфторан, сохраняется сниженная прокоагулянтная и повышенная антикоагулянтная активность крови. Выявленное благоприятное влияние перфторана на систему гемостаза у данной категории больных, по-видимому, является фактором, потенциально способным улучшить клиниче-

ское течение заболевания и периода реабилитации, поскольку эффект от введения препарата сохраняется в течение 3 месяцев.

1020 ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Шувалов С.С.¹, Малинова Л.И.², Денисова Т.П.¹

¹ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия; ²ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий, Саратов, Россия

Клинические проявления инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста теряют типичные диагностические ориентиры, однако нередко инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте протекает без болевых ощущений и имеет высокую летальность. Многолетний анализ неоднократных расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов в клиниках г.Саратова и данные литературы свидетельствуют о сложности распознавания инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста, что обусловило цель настоящего исследования: выявить клинические особенности инфаркта миокарда у пациентов старческого возраста.

Методы исследования. Проведен анализ 100 историй болезни пациентов старческого возраста, находящихся на лечении в кардиологических отделениях ЛПУ г. Саратова по поводу инфаркта миокарда.

Полученные результаты. В 88% случаев клиническим проявлением инфаркта миокарда был болевой синдром. У половины из числа лиц с болевым синдромом боль имела постоянный характер, у остальных — приступообразный, при этом загрудинная боль продолжалась от нескольких дней до 2-х недель. Эти данные противостоят литературным данным и позволяют считать ангинозный вариант течения инфаркта миокарда у старых лиц наиболее распространенным.

Одним из наиболее постоянных симптомов была выраженная слабость, которую больные нередко называли основной жалобой. Ощущение нехватки воздуха беспокоило 20% больных, у 42% диагностирована одышка различного типа, ни у одного из них она не достигала степени удушья, в тоже время обращала на себя внимание высокая частота различных нарушений сердечного ритма.

Частым коморбидным состоянием анамнестически отмечалась патология органов дыхания, а при обследовании была выявлена патология желудочно-кишечного тракта. Важной физиологической особенностью было обнаружение нормальных размеров сердца независимо от возраста. Диагностический процесс осложнялся гипoferментемией, ни в одном случае уровень исследованных ферментов не достигал аналогичного показателя зрелых и молодых пациентов.

Летальность в обследованной группе больных на протяжении первого месяца с момента возникновения инфаркта миокарда оказалась составила 13% и на протяжении 1 года еще 13%.

Выводы. Сопоставление частоты документированного перенесенного долгожителем инфаркта миокарда и распространенности признаков рубцового поражения миокарда по данным ЭКГ и ЭхоКГ выявило превышение частоты выявления рубцов инструментальными методами. Выявлено достоверное повышение частоты нарушений сердечного ритма, среди которых на первое место выходят наджелудочковые и желудочковые эктопии, что подтверждает возраст-зависимое нарастание степени морфологической и электрофизиологической гетерогенности миокарда.

1021 КРИТЕРИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шугушев Х.Х.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Внезапная смерть, причиной которой являются фатальные нарушения ритма, продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной кардиологии.

Целью настоящего исследования явилось определение критериев, связанных с высоким риском развития фатальных желу-

дочковых аритмий у больных, имеющих увеличение массы миокарда левого желудочка.

Материал и методы: Обследовано 165 больных с АГ, клапанными пороками сердца. Помимо общеклинического исследования всем больным проводилось: ЭхоКГ, ЭКГ высокого разрешения, анализ вариабельности ритма сердца и дисперсии реполяризации желудочков.

Результаты исследования: Обнаружено, что при увеличении массы миокарда ЛЖ происходят достоверные изменения показателей ЭКГ высокого разрешения, проявляющиеся увеличением QRSf и LAS40, снижением RMS40. Выявлена достоверная обратная зависимость ($r=-0,81$) между массой миокарда левого желудочка и стандартным отклонением RR. Показано, что увеличение массы левого желудочка сопровождается также изменениями процессов реполяризации желудочков, выражающимися в достоверном увеличении ее основных показателей: длительности интервалов QT и JT, а также их дисперсии.

Заключение: Увеличение длительности фильтрованного комплекса QRS и низкоамплитудных сигналов (LAS40), уменьшение среднеквадратичной амплитуды последних 40 мс (RMS40) при ЭКГ высокого разрешения; удлинение основных показателей реполяризации миокарда у больных с увеличенным индексом массы миокарда левого желудочка тесно коррелирует с наличием желудочковых аритмий высоких градаций, что позволяет использовать их в качестве надежных критериев электрической нестабильности сердца.

1022 БЛИЖАЙШИЙ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С Q – ВОЛНОВЫМ И НЕ Q – ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Шульман В.А., Головенкин С.Е., Симулин В.Н., Матюшин Г.В., Радионов В.В.

Красноярский государственный медицинский университет, Красноярск, Россия; Красноярская городская клиническая больница № 20, Красноярск, Россия

Подразделение больных инфарктом миокарда (ИМ) на 2 группы в зависимости от наличия или отсутствия патологического зубца Q на ЭКГ применяется уже на протяжении последних 25 лет. Практическая значимость подобного подразделения обосновывалась тем, что ИМ с зубцом Q (Q-ИМ) протекают более тяжело и прогноз при них более тяжелый, чем при ИМ без зубца Q (не-Q-ИМ). Однако в последние годы появились работы, в которых утверждается, что наличие или отсутствие зубца Q на ЭКГ не оказывает никакого влияния на прогноз и течение ИМ. Разноречивые результаты, полученные различными авторами, возможно объясняются методическими ошибками, в частности тем, что группы больных с Q-ИМ и не-Q-ИМ не были идентичны по возрасту, соотношению первичных и повторных ИМ в группах, времени возникновения зубца Q на ЭКГ.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ ближайшего и отдаленного (2 года) прогноза больных с первичным Q-ИМ и не-Q-ИМ с учетом возраста и времени возникновения зубца Q.

Материал и методы. В исследование было включено 616 больных первичным ИМ с подъемом сегмента ST. Больных с Q-ИМ было 431, с не-Q-ИМ—185. Средний возраст больных с Q-ИМ был $62,2 \pm 12,2$, с не-Q-ИМ — $61,8 \pm 11,2$. Анализ исходов заболевания проводился в госпитальный период, через 24 месяца после возникновения ИМ.

Полученные результаты. По полученным нами данным госпитальная летальность больных Q-ИМ оказалась достоверно большей по сравнению с больными с не-Q-ИМ, соответственно 12,1% и 2,2% ($P<0,001$). За 2-летний период после ИМ различия в летальности в обеих группах больных сохранялись. За этот период умерло 108 больных с Q-ИМ (25,1%) и 20 больных с не-Q-ИМ—10,8% ($P<0,001$). Эти результаты противостоят мнению ряда авторов, которые утверждают, что при не-Q-ИМ течение заболевания более нестабильное по сравнению с Q-ИМ. Большой интерес представляет изучение связи между временем возникновения зубца Q у больных ИМ и прогнозом. По полученным нами данным прогноз больных ИМ, у которых зубец Q возник в пределах 6–24 часов от начала ангинозного приступа существенно не отличался от прогноза больных с не-Q-ИМ. Соответственно, госпитальная летальность больных с не-Q-ИМ составила 2,2%, с поздним возникновением зубца Q — 4,2%, $P>0,5$. Летальность в течение 24

месяцев наблюдения в этих 2 подгруппах также достоверно не отличалась, соответственно 10,8% в подгруппе с не-Q-ИМ и 15,8% в подгруппе с поздним возникновением зубца Q, $P>0,2$.

Выводы. Таким образом, ближайший и отдаленный прогноз больных ИМ с ранним возникновением зубца Q, достоверно хуже прогноза больных с не-Q-ИМ и поздним (в пределах 6–24 часов от начала ангинозного приступа) возникновением зубца Q.

1023 О КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ 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-не манифестированных 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 клинко-инструментальное и лабораторное обследование.

Результаты исследования: по нашим данным в отличие от субъективно манифестированной формы субъективно неманифестированная форма ГБ характеризуется нетипичной субъективной и физикальной 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 увеличением 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.

1024 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СУБЪЕКТИВНО НЕМАНИФЕСТИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Шункевич Т.Н.

Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский факультет, Кафедра госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучение показателей суточного профиля артериального давления у больных субъективно неманифестированных форм гипертонической болезни.

Материалы и методы. Обследованы 128 пациентов в возрасте 29–64 лет (средний возраст $43,8 \pm 1,7$) с ГБ I и II стадии (ВОЗ, 1999). 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 у 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. Кроме общеклинического обследования всем пациентам проводилось суточное мониторирование артериального давления.

Результаты. При проведении СМАД у пациентов с бессимптомным течением ГБ I стадии выявили достоверно более низкие уровни ночного САД и ночного СДАД, а также большие уровни суточного, дневного ЧСС и процента ночного снижения систолического и диастолического АД по сравнению с пациентами клинически манифестной формы ГБ I стадии. В группе пациентов со смешанным клиническим течением ГБ II стадии отмечен лишь достоверно более низкий уровень дневной ЧСС по сравнению с пациентами клинически манифестной формы ГБ II стадии. Остальные показатели достоверно в указанных сравнимых группах не отличались. При оценке показателей суточного АД мониторирования в группе с бессимптомным течением ГБ II стадии выявили достоверно более высокие уровни всех показателей АД, за исключением уровня ночного ДАД по сравнению с пациентами, у которых ГБ II стадии протекала в клинически манифестной и даже смешанной клинической форме. В то же время величина дневной ЧСС, а также степень снижения САД и ДАД в ночное время и ОПСС были достоверно выше в группе с бессимптомным течением ГБ II стадии по сравнению с группой пациентов, у которых ГБ II стадии протекала по смешанному клиническому варианту. Одновременно с этим также было отмечено, что если в группе с клинически манифестным течением ГБ с нарастанием стадии заболевания наблюдалась тенденция к компенсаторному увеличению степени ночного снижения САД и ДАД на фоне возрастающего уровня артериальной гипертензии, то в группах со смешанным и бессимптомным течением ГБ, у которых изначально наблюдали высокие показатели ночного снижения САД и ДАД выявлена тенденция к снижению данных показателей с нарастанием стадии ГБ.

Таким образом, оценка результатов суточного профиля АД у пациентов исследуемых групп позволяет заключить, что в группе с бессимптомным течением ГБ выявлены достоверно более высокие уровни подавляющего большинства показателей АД по сравнению с пациентами, у которых ГБ протекала в клинически манифестной и смешанной клинической форме, что подтверждает гипотезу о неблагоприятном прогнозе ГБ у пациентов с бессимптомным ее течением.

1025 ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХРОНОТИПА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ

Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С., Тапон Л.И.

Филиал НИИ кардиологии СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия; МСЧ ООО «ГАЗПРОМ ДОБЫЧА ЯМБУРГ», пос. Ямбург, Россия

Цель: изучить изменения основных гемодинамических и структурных параметров ЛЖ в зависимости от хронотипа артериальной гипертензии у больных с АГ 2 стадии в условиях заполярной вахты

Методы исследования. Обследовано 110 лиц мужского пола в возрасте 20–59 лет, работников заполярной вахты. Из них здоровых лиц – 15 чел. Группа наблюдения – лица с АГ 2 стадии (95 чел.). Группы статистически не различались по возрасту ($45,3 \pm 6,8$ лет), стажу работы вахтовым методом ($11,0 \pm 5,1$ лет.) Всем обследованным проведено СМАД и ЭХОКГ на фоне отмены гипотензивной терапии в течение 3 дней. По данным СМАД всем обследованным

был проведен косинор-анализ суточных кривых АД с целью определения хронотипа АД. По значениям МЕЗОРа (Midline Estimating Statistic of Rhythm — статистическая срединная ритма), положения акрофазы и амплитуды выделялись 4 типа суточного ритма АД: нормальный тип суточной кривой, тип МЕЗОР-АГ, фазовый тип АГ (увеличение МЕЗОРа, сдвиг акрофазы) и амплитудный тип АГ (МЕЗОР — норма, увеличение амплитуды ритма). Хронобиологические формы получены при сопоставлении с хронобиологическим нормативным коридором (хронодезом). По результатам ЭхоКГ определялись гемодинамические и структурные показатели ЛЖ: УО, МО, СИ, ФВ, ММЛЖ, ИММЛЖ. На основании значений ИММЛЖ и относительной толщины стенок ЛЖ (ОТС) определялся тип геометрии ЛЖ. По данным трансмитрального кровотока определено состояние диастолической функции ЛЖ (ДФЛЖ).

Результаты. Максимальные значения ММЛЖ ($264,4 \pm 11,1$; $253,3 \pm 11,8$ г) и ИММЛЖ ($128,7 \pm 4,3$ г/см²; $124,3 \pm 3,9$ г/см²) были выявлены у лиц с типом МЕЗОР АГ (32 чел.) и фазовой АГ (33 чел.), ($P=0,0469$). По данным гемодинамических показателей значимых различий не выявлено, хотя на уровне тенденций максимально большие значения УО и СИ были получены у лиц с амплитудным типом АГ (30 чел.). Концентрическая ГЛЖ — чаще определялась у лиц с типом МЕЗОР-АГ (67,9%) и фазовой АГ (44,8%), нормальный тип геометрии ЛЖ — у лиц с нормальным типом суточной кривой и у лиц с амплитудной АГ (30% и 25%, соответственно). Среди лиц с фазовой АГ нормальная геометрия ЛЖ выявлялась только у 6,9%. Нарушение диастолической функции ЛЖ чаще наблюдалось у лиц с типом МЕЗОР-АГ (57,1%) и у лиц с фазовой АГ (41,4%), нормальная ДФЛЖ — в группе контроля (60,1%) и у лиц с амплитудным типом АГ (50,3%). Минимальное число лиц с нормальной ДФЛЖ было зарегистрировано среди лиц с типом МЕЗОР-АГ (17,9%).

Выводы. Наиболее неблагоприятными хронобиологическими типами АГ для структурно-функционального состояния сердца являются МЕЗОР и фазовый типы АГ. Амплитудный тип АГ в большей степени обусловлен стресс — индуцированным повышением АД, часто определяемым у пациентов в условиях Севера и менее гемодинамически значимым для структурных изменений сердца.

1026 ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Шутов А.М., Серов В.А., Курзина Е.В., Гердт А.М., Шевченко С.В., Трошенкина О.В.

Медицинский факультет Ульяновского государственного университета, Ульяновск, Россия

Цель. Хроническая болезнь почек (ХБП) ухудшает прогноз больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН). При этом механизмы, за счет которых это происходит, недостаточно ясны. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей ремоделирования сердца и клинического течения у больных ХСН, имеющих хроническую болезнь почек.

Материал и методы. Обследовано 368 больных с ХСН II-IV функционального класса. Мужчин было 187, женщин — 181, средний возраст больных составлял 60 ± 10 лет. Причинами ХСН были: у 71 (19%) — артериальная гипертензия, у 50 (14%) — ишемическая болезнь сердца, у 247 (67%) — сочетание ИБС и артериальной гипертензии. Инфаркт миокарда в анамнезе имели 196 (53%) больных. Второй ФК ХСН имели 195 (53%), III ФК — 132 (36%), IV ФК — 41 (11%) больных. Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формуле Modification of Diet in Renal Disease (MDRD). Хроническую болезнь почек диагностировали и оценивали согласно Рекомендациям национального почечного фонда США (NKF K/DOQI, Guidelines, 2002).

Результаты. 247 (67%) больных имели ХСН с сохранной фракцией выброса (ФВ > 50%). 136 (37%) больных имели ХБП (СКФ < 60 мл/мин/1,73 м²). Митральная регургитация была обнаружена у 236 (64%) пациентов. Больные с митральной регургитацией были старше по возрасту ($p=0,004$), имели более низкую ФВ ($p<0,001$) и ниже уровень клубочковой фильтрации ($p<0,001$),

у них чаще в анамнезе наблюдался инфаркт миокарда ($0=0,003$). Диаметр левого предсердия был больше у больных с СКФ < 60 мл/мин/1,73 м², чем у больных с СКФ ≥ 60 мл/мин/1,73 м² ($45,5 \pm 6,4$ мм и $43,4 \pm 5,7$ мм, соответственно, $p=0,003$). Фибрилляция предсердий наблюдалась у 76 (21%) больных. 39 пациентов имели пароксизмальную/персистирующую фибрилляцию предсердий и 37 — постоянную ФП. СКФ была ниже у больных с ФП, чем у больных без ФП ($60,6 \pm 15,4$ и $67,2 \pm 17,6$ мл/мин/1,73 м², соотв., $p=0,004$). Многофакторный логистический регрессионный анализ показал, что ХБП (Относительный риск 2,4; ДИ: 95%; 1,1–4,5) и тяжесть ХСН (III–IV ФК ХСН) (ОР: 1,9; ДИ: 95%; 1,0–3,2) были независимо ассоциированы с наличием у больного с симптоматической ХСН фибрилляции предсердий.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют, что наличие митральной регургитации и фибрилляции предсердий у больных с хронической сердечной недостаточностью ассоциировано с хронической болезнью почек. Таким образом, неблагоприятное влияние ХБП на течение хронической сердечной недостаточности реализуется, по крайней мере частично, за счет более частого развития митральной регургитации и фибрилляции предсердий.

1027 СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ

¹Шербакова А.В., ¹Дульский В.А., ²Федорова Е.А., ²Сараева Н.О.

¹Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия; ²ГУЗ Иркутская орден «Знак Почёта» ОКБ, Иркутск, Россия

Множественная миелома (ММ) — лимфопролиферативное заболевание, морфологическим субстратом которого являются плазматические клетки, продуцирующие моноклональный иммуноглобулин. Данная патология является самой частой опухолью из группы секретирующих гемобластозов. Она составляет 10 — 15% гематологических опухолей человека. Заболеваемость множественной миеломой неуклонно увеличивается во всем мире. Пик заболеваемости приходится на 60–64 года. Именно в этом возрасте, по данным некоторых исследований, уровень контролируемой гипертензии составляет всего 7%, а смертность от сердечно-сосудистых заболеваний (инсультов, инфарктов) — наибольшая.

В связи с этим, целью работы явилось изучение распространенности артериальной гипертензии (АГ) у больных ММ и выявление возможных связей между АГ и скоростью клубочковой фильтрации (СКФ).

Материалы и методы. На базе гематологического отделения ГУЗ Иркутская орден «Знак Почёта» областная клиническая больница проведено обследование 97 (40 мужчин и 57 женщин) больного ММ. Диагноз ММ был установлен согласно стандартным критериям: уровень плазматических клеток в костном мозге более 10% и наличие парапротеина в сыворотке крови и/или моче. Средний возраст больных составил 60,4 (от 43 до 82) лет. Расчёт СКФ проводили по уровню креатинина крови по формуле MDRD. Артериальная гипертензия выявлялась путем ежедневного измерения артериального давления.

Статистическая обработка проведена с помощью STATISTICA (StatSoft, USA).

Полученные результаты. Артериальная гипертензия регистрировалась у 37 (38%) больных. Среди мужчин артериальная гипертензия выявлена у 11 (30%) больных, среди женщин — у 26 (70%). I степень АГ отмечалась у 2 из 97 больных, II степень — у 21 (56,8%), III — у 14 (37,8%). При этом в группе мужчин АГ II степени выявлена у 7 из 11 больных, III степени — у 4 (из 11). В группе женщин I степень АГ была у 2 из 26 больных, II степени — у 14 (54%) и III степени — у 10 (38%). В обеих группах (с АГ и без АГ) определена СКФ. В первой группе СКФ составила $86,1$ мл/мин/1,73 м² $\pm 32,2$, ($m=4,9$), во второй — $106,1 \pm 26,7$ ($m=4,3$) мл/мин/1,73 м². Сравнительный анализ СКФ у больных имеющих АГ и без неё показал, что обе группы имеют достоверные различия по уровню СКФ ($p=0,003$).

Выводы.

1. Более чем у трети больных множественной миеломой диагностируется синдром АГ.
2. У женщин АГ встречается в 2 раза чаще по сравнению с мужчинами.
3. У больных множественной миеломой преобладает II степень АГ.
4. В группах больных множественной миеломой с АГ и без синдрома АГ имеются достоверные различия в уровне СКФ.
5. При наличии синдрома АГ у больных множественной миеломой СКФ достоверно ниже, чем у больных не имеющих АГ.

1028 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Щербакова Т.Г., Стаценко М.Е.
ВолГМУ, Волгоград, Россия

Цель: изучить влияние 24-недельной терапии индапамидом на функцию почек больных с артериальной гипертензией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы: в исследование было включено 40 больных в возрасте от 60 до 85 лет (средний возраст $74,9 \pm 0,9$ лет) с АГ I-II степени. Давность АГ составила в среднем $17,5 \pm 1,7$ лет. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование артериального давления (СМАД), определение креатинина сыворотки крови, уровня микроальбуминурии, расчет скорости клубочковой фильтрации (СКФ) исходно и через 24 недели терапии индапамидом (препарат Индап, производитель — фирма «ПРО.МЕД.ЦС Прага», Чехия) в суточной дозе 2,5 мг (1 капсула), 1 раз в сутки (утром).

Результаты: целевой уровень офисного АД достигнут через 24 недели терапии у 70% больных. По результатам СМАД выявлено достоверное снижение систолического (САД), диастолического (ДАД) и пульсового артериального давления (ПАД за сутки, день и ночь на 13,4%, 14,7% и 11% соответственно; $p < 0,05$), тенденция к нормализации суточного профиля АД (прирост нормального суточного индекса САД на 9,4%, ДАД на 12,6%). После 24 недель лечения установлено достоверное снижение уровня креатинина крови на 11,3% ($p < 0,05$). СКФ исходно составила $62,1 \pm 3,4$ мл/мин., после терапии $71,2 \pm 3,9$ мл/мин. На фоне лечения на 17% сократилось количество пациентов с клинически значимым снижением СКФ < 60 мл/мин. (различия на уровне тенденции). Отмечено достоверное уменьшение уровня суточной микроальбуминурии ($215,5 \pm 19,7$ мг/сут. исходно и $162,5 \pm 16,6$ мг/сут. после лечения; $p < 0,05$).

Выводы: 24-недельная терапия индапамидом оказывает положительное влияние на функциональное состояние почек у больных с АГ пожилого и старческого возраста.

1029 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Щетинкина И.Н., Фурман Н.В., Довгалецкий Я.П., Пучиньян Н.Ф.
ФГУ «Саратовский НИИ кардиологии Росмедтехнологий», Саратов, Россия

Лейкоцитоз и повышение уровня глюкозы крови могут быть предикторами неблагоприятного исхода у больных инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпСТ).

Цель исследования — оценить частоту встречаемости лейкоцитоза и его прогностическое значение для течения и исхода заболевания ИМпСТ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 288 больных ИМпСТ, средний возраст 54,9 лет, из них 227 мужчин и 62 женщины, переживших первые сутки ИМ. Всем пациентам был проведена тромболитическая терапия (ТЛТ). ИМ подтверждался характерной клинической картиной, изменениями ЭКГ и уровнем маркеров некроза миокарда (МВ фракция

КФК). ИБС в анамнезе (ИМ, стенокардия), была у 35,9%, сахарный диабет в анамнезе у 11,7% пациентов. Локализация ИМ в передней стенке у 52,4%, задней стенки у 47,6% пациентов. Гепарин в виде в/в инфузии применялся у 28,3% пациентов, фондапаринукс у 71,73% пациентов, аспирин получали 96,6% пациентов, у 65,5% был добавлен клопидогрель. Бета-блокаторы в/в при поступлении получили 19,3% больных, внутрь в период госпитализации 91,7%.

Результаты. Лейкоцитоз (уровень лейкоцитов крови более $10 \cdot 10^9$ /л) наблюдался у 36,5% пациентов. Пациенты с лейкоцитозом получали терапию, сопоставимую с пациентами с нормальным уровнем лейкоцитов. Наличие лейкоцитоза ассоциировалось с повышением частоты случаев острой сердечной недостаточности II-IV класса по Killip (12,5% процентов при нормальном уровне лейкоцитов по сравнению с 18,8%), устойчивой симптоматической желудочковой тахикардией (1,79 и 6,25% соответственно) и фибрилляции желудочков (0,89 и 5,65%). Частота встречаемости клинических проявлений ХСН в день выписки была в два раза выше у больных с лейкоцитозом — 17,86%, по сравнению с 9,82% у больных с нормальным уровнем лейкоцитов. Рецидивы инфаркта миокарда наблюдались только в группе больных с лейкоцитозом. Основным фактором, способствовавшим снижению вероятности повышения уровня лейкоцитов у больных ИМпСТ, оказалось максимально раннее проведение ТЛТ.

Заключение. Лейкоцитоз, выявляемый в первые сутки ИМпСТ ассоциируется с более тяжелым течением заболевания и поздним проведением реперфузии.

1030 ВОЗМОЖНОСТИ РОЗУВАСТАТИНА В КОРРЕКЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНО-НИТРОЗИНОВОГО СТРЕССА, ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА МАРКЕРЫ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

Щукин Ю.В., Дьячков В.А., Селезнев Е.И., Медведева Е.А., Васильева И.Ф.
ГОУ ВПО СамГМУ Росздрава, Самара, Россия

Цель работы: Изучить особенности влияния розувастатина на состояние окислительно-нитрозинового стресса, процессы эндогенного воспаления и неангиогенеза у больных распространенным атеросклерозом (РА).

Материалы и методы. В исследование включено 46 больных РА (средний возраст $56,2 \pm 2,2$ года), диагноз которого верифицировался ультразвуковыми методами и коронароангиографией. Все больные в прошлом перенесли инфаркт миокарда. У 30 пациентов (65%) отмечены стенозы артерий брахиоцефального русла, у 26 больных (56%) — стенозы артерий нижних конечностей. Все пациенты были распределены на 2 равнозначные группы. Больным 1-й группы (24 человека) назначалась стандартная терапия (антиагреганты, ингибиторы АПФ, нитраты), пациенты 2-й группы (22 человека) дополнительно принимали розувастатин в дозе 10 мг/сутки. Период наблюдения составил 12 недель. Исследовались показатели липидного профиля, окисляемости *in vitro* ионами меди цельной сыворотки крови (СК) и липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), концентрацию 3-нитротирозина (3-НТ), высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6), активность секреторной фосфолипазы A_2 тип IIA (сек ФЛА₂-PIA), уровень факторов ангиогенеза VEGF и PlGF.

Полученные результаты: Терапия розувастатином привела к достоверному снижению исходно повышенной окисляемости СК и ЛПВП соответственно на 34% ($p < 0,01$) и 37% ($p < 0,05$), а также уровня клеточного маркера нитрозинового стресса 3-НТ на 26% ($p < 0,05$). Состояние эндогенного воспаления в обеих группах исходно характеризовалось достоверным повышением маркеров СРБ и ИЛ-6. Применение розувастатина сопровождалось уменьшением содержания СРБ на 35% ($p < 0,05$) и ИЛ-6 на 26% ($p < 0,05$). Степень активации сек ФЛА₂-PIA у больных РА положительно коррелировала с концентрацией СРБ ($r_1 = 0,46$, $p = 0,31$; $r_2 = 0,48$, $p = 0,028$ соответственно 1-й и 2-й группам). После лечения розувастатином активность данного фермента понизилась на 27% ($p < 0,05$). У пациентов 1-й группы достоверных изменений вышеуказанных показателей не наблюда-

лось. В обеих группа больных РА было выявлено умеренное, но достоверное повышение базального содержания факторов неангиогенеза. После лечения розувастатином концентрация VEGF достоверно уменьшилась на 28% ($p<0,05$), а PIGF — на 43,5% ($p<0,05$), причем данные изменения достоверно коррелировали с активностью сек ФЛА₂-ПА, содержанием 3-НТ и окисляемостью СК.

Выводы: У больных РА розувастатин оказывает достоверное влияние на процессы эндогенного воспаления, окислительно-нитрозинового стресса и факторы неангиогенеза. Механизмы антиоксидантного эффекта розувастатина связаны с подавлением прооксидантного действия сек ФЛА₂-ПА, а также с уменьшением образования в клетках (кардиомиоцитах) нитратных оксидантов. Процессы патогенного неангиогенеза (включая атеросклеротические бляшки) снижаются розувастатином путем падения экспрессии факторов роста VEGF и PIGF. Реализация противовоспалительного действия препарата сопряжена с уменьшением выработки ИЛ-6 и с ингибированием провоспалительного эффекта сек ФЛА₂-ПА.

1031 КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ

Эльгаров А.А., Калмыкова М.А., Эльгаров М.А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Безопасность дорожного движения (БДД) в значительной степени определяется психосоматическим состоянием водителей автотранспорта (ВА). Наличие различных болезней и, в первую очередь, основных сердечно-сосудистых заболеваний (ОССЗ) у ВА, лечение последних может оказывать влияние на систему оперативного реагирования индивида, т.е. на качество управления транспортом.

С целью выявления ОССЗ среди ВА, разработки безопасной фармакотерапии последних и формирования программы медикопсихологического сопровождения для предупреждения дорожно-транспортных происшествий (ДТП) выполнены эпидемиологические, клинко-инструментальные, психофизиологические и статистические исследования 7,5 тыс. ВА 20-59 лет.

Результаты: сравнительными эпидемиологическими исследованиями установлены распространенность артериальной гипертензии (АГ, 40,1%), ишемической болезни сердца (ИБС, 19,8%), инфаркта миокарда (ИМ, 2,7%), нарушений ритма сердца и проводимости (НРСИП, 16,8%), транзиторных ишемических атак (ТИА, 12,7%), сахарного диабета 2 типа (СД, 10,4%) у ВА достоверно чаще ($p<0,05$) при сравнении с лицами неводительских профессий. При этом, факторы риска (ФР) ОССЗ — курение (79,7%), избыточная масса тела (67,4%), частое употребление алкоголя (84,3%), гипертрофия левого желудочка (48,1%), нарушения липидного обмена (39,9%) также регистрировались в 1,5 раза чаще среди шоферов-профессионалов, чем в контрольной группе. Суточным мониторингом артериального давления и ЭКГ обнаружены среди случайной выборки ВА симптомы коронарной недостаточности (38,5%) и НРСИП (35,3%), которые в половине случаев клинически не проявлялись. Это означает влияние производственных факторов на состояние здоровья ВА, определяет частоту ОССЗ у последних.

Специальное психофизиологическое тестирование шоферов с АГ, ИБС, ИМ, НРСИП, ТИА и СД 2 типа выявлено достоверное снижение ($p<0,05-0,01$) профессионально значимых функций и качеств (ПЗФИК), указывающее на повышение риска возникновения ДТП.

Клиническая апробация ряда лекарственных средств у ВА с ОССЗ обнаружила при относительно сопоставимом эффекте разнонаправленное влияние на индивидуальные ПЗФИК, что следует учитывать при решении вопросов пригодности к управлению транспортными средствами.

Заключение: ОССЗ среди ВА в большинстве случаев могут считаться как производственно обусловленные, ухудшающие систему оперативного реагирования, следовательно, БДД. Выбор фармакотерапии должен предусматривать возможность негативного влияния отдельных видов лечения на ПЗФИК. Эти данные подтверждают необходимость адекватного медико-психологического сопровождения лиц операторских профессий для профилактики ОССЗ и сохранения профессионального долголетия.

1032 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Эльгарова Л.В., Кардангушева А.М., Чочаева М.Ж., Эльгаров А.А.

Кабардино-Балкарский госуниверситет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: оценить уровни артериального давления (АД) школьников с учетом пола, возраста, национальности и места жительства.

Материал и методы: выполнены эпидемиологические исследования 6555 городских (3807) и сельских (2748) школьников 7-17 лет (мальчиков 47,1%, девочек 52,9%), проживающих в трех регионах (горном, предгорном и равнинном).

Результаты: уровни систолического (САД) и диастолического АД (ДАД) нарастают с возрастом, достигая максимума у 17-летних мальчиков ($117,4\pm 0,8$ и $72,4\pm 0,6$ мм рт.ст. соответственно). За школьный период прирост САД составил в среднем 2,3 мм рт.ст. в год, в большей степени у мальчиков (2,8 мм рт.ст.), чем у девочек (1,9 мм рт.ст.). При этом ДАД увеличивалось в среднем на 1,4 мм рт.ст. В 7 лет средний уровень САД у девочек был выше, чем у мальчиков ($p<0,05$); у 8-летних школьников параметры САД были близки, а среди детей 9-10 лет уровни САД оказались более высокими у мальчиков ($p<0,05$). У 11-летних уровней САД опять выравниваются, что обусловлено резким подъемом САД у девочек (на 4,8 мм рт.ст.), в то время как у мальчиков прибавка САД составила всего 2,1 мм рт.ст. Выраженное изменение САД у девочек связано пубертатным скачком роста (8,2 см). В 12-13 лет зафиксирован ещё один подъем САД (4,3 мм рт.ст.). Таким образом, с 10 до 13 лет уровень САД у школьниц повысился на 12,9 мм рт.ст., что привело к более высоким цифрам САД у 13-летних девочек при сравнении с мальчиками (107,1 и 103,6 мм рт.ст. соответственно, $p<0,001$). У мальчиков же наибольший прирост половых признаков пришелся на возраст 14-16 лет и наиболее выраженные подъемы САД зафиксированы в возрасте 13-14 лет (4,1 мм рт.ст.) и 14-15 лет (5,9 мм рт.ст.). В итоге, среди мальчиков 14 лет уровни САД вновь выравниваются, а с 15 лет и в последующие годы показатели САД становятся значительно выше у мальчиков ($p<0,001$). Анализ величин ДАД выявил различия только в группе 17-летних школьников: у мальчиков выше по сравнению с девочками ($p<0,001$), в остальных группах уровни ДАД были близки между собой. Резкие подъемы ДАД наблюдались в том же возрасте, в каком зафиксированы скачки САД: у мальчиков — в 13-14 лет (3,2 мм рт.ст.), у девочек — в 12-13 лет (2,0 мм рт.ст.). Установлена зависимость уровней АД от места жительства. Достоверные различия выявлены в младшей (7-9 лет) и средней (10-14 лет) возрастных группах: показатели САД у городских учащихся (независимо от пола) оказались выше, чем у сельских. В старшей группе (15-17 лет) уровни САД были сопоставимы. Значимых различий в уровнях ДАД не установлено. Показана также связь уровней АД от национальности школьников. Самые высокие параметры АД оказались среди русских школьников, а у кабардинцев и балкарцев средние параметры САД практически не различались. Кроме этого, в 5 из 6 половозрастных групп показатели АД были достоверно выше у детей, живущих на равнине.

Заключение. Таким образом, в результате эпидемиологических исследований детского населения республики определены половозрастные, национальные и климатогеографические особенности в уровнях АД школьников, установлены региональные границы нормальных показателей САД и ДАД.

1033 НЕДОСТАТОЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СВЯЗАНО С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА "РЕКОРД")

Эрлих А.Д. от имени участников регистра "РЕКОРД"

Лаборатория клинической кардиологии ФГУ "НИИ Физико-химической медицины Росздрава", Москва, Россия

Предпосылки. Известно, что прогноз у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST (ОКС П ST) во многом зависит от возраста. До конца остаётся не ясным, насколько существующие лечебные воздействия могут улучшить риск неблагоприятных событий у пожилых больных.

Материал и методы. Группа больных, включенных в российский регистр ОКС «РЕКОРД» (n=796). Участники: 21 стационар 18 городов с 11.2007 по 02.1008.

Результаты. Среди включенных больных было 246 с ОКС П ST (30,1%). Группа «пожилых» больных (>=75 лет) включала в себя 56 человек (22,8%). Сравнение анамнестических данных показало, что «пожилые» больные до развития ОКС достоверно чаще имели стенокардию (67,9% против 47,4%; $p=0,01$), ХСН (30,4% против 17,4%; $p=0,03$), ХПН (8,9% против 1,1%; $p=0,008$), сахарный диабет (33,9% против 22,6%; $p=0,04$). По другим важным анамнестическим показателям группы «пожилых» и «молодых» больных не отличались. Среди «пожилых» было больше больных с классом Killip при поступлении II и больше (46,4% против 23,7%; $p=0,001$). Достоверных различий по частоте назначения аспирина между группами «пожилых» и «молодых» больных не было (94,7% против 91,1%; $p=0,5$). Пожилым больным достоверно реже назначался клопидогрель (14,3% против 53,7%; $p<0,0001$), им реже проводилась первичная реперфузионная терапия (ПРТ) (37,5% против 55,8%; $p=0,02$), причём в основном за счёт меньшей частоты выполнения первичного чрескожного коронарного вмешательства (первЧКВ) (5,4% против 24,2%; $p=0,001$). По частоте проведения ТЛТ группы не различались. Не было также различий по частоте применения гепаринов, однако «пожилые больные» реже получали низкомолекулярные гепарины (НМГ) (5,5% против 16,8%; $p=0,03$).

Частота смертельного исхода за время госпитализации у «пожилых» больных была 30,4%, что было достоверно меньше, чем у «молодых» — 12,6% ($p=0,003$).

Была выявлена зависимость от получения или неполучения того или иного вида лечения у «пожилых» больных. Так было отмечено двукратное, хотя и статистически недостоверное различие по летальности среди больных, получивших и не получивших ПРТ (17,0% против 37,1%). За время госпитализации не умер ни один больной среди «пожилых», получивших первЧКВ (n=3), тогда как летальность среди не получивших первЧКВ в этой группе больных составила 32,1%. Среди 5 «пожилых» больных, не получивших за время госпитализации аспирина, умерло 4 (80,0%), а летальность среди тех «пожилых», кому аспирин назначали, была достоверно меньше (25,5%; $p=-,025$).

Выводы. 1) В реальной клинической практике лечения ОКС П ST в российских стационарах, участниках регистра «РЕКОРД», больные 75 лет и старше получают менее интенсивное лечение, чем больные моложе 75 лет, им реже назначают клопидогрель, НМГ, реже проводится ПРТ, в основном за счёт первЧКВ. 2) Смертельный исход за время госпитализации у больных ОКС П ST 75 лет и старше зависит от степени активности лечения. Реже умирают те «пожилые» больные, которые получают аспирин, клопидогрель, НМГ, первЧКВ, чем те, кому это лечение не проводится.

1034 СОСТОЯНИЕ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юбичкая Н.С., Ходосова К.К.

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

Цель — изучить изменения показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных с метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. В исследовании участвовали 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). Обследование включало анкетирование, оценку данных субъективного и объективного статуса. В сыворотке крови определяли содержание триглицеридов, холестерина

липопротеидов высокой плотности, общего холестерина, мочевой кислоты, глюкозы и инсулина натощак. Рассчитывали показатели холестерина липопротеидов низкой и очень низкой плотности. Уровень липопероксидации оценивали по величине конечного продукта перекисного окисления липидов (ПОЛ) — малонового диальдегида (МДА) в эритроцитах крови. Для характеристики системы антиоксидантной защиты (АОЗ) измеряли содержание восстановленного глутатиона в цельной гепаринизированной крови, активность глутатионпероксидазы и глутатионредуктазы, определяли интегральный показатель антиоксидантной активности (АОА) в плазме крови. Для установления различия показателей в группах использовали критерий Стьюдента.

Результаты. Сформированы 4 группы с учетом количества компонентов МС: 1-ую (контрольную) составили 24 человека, не имеющих компонентов МС, во 2-ую группу наблюдения включены 14 пациентов, имеющих 1-2 компонента МС, в 3-ю вошли 24 человека с тремя и более компонентами МС, 4-ую составили 25 больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом. Для пациентов 2-ой группы с 1-2 компонентами МС наиболее характерными явились увеличение индекса массы тела, изолированные или сочетанные дислипидемии у большинства пациентов. Прогрессирование МС (увеличение числа компонентов МС) сопровождается изменениями липидного, углеводного обменов. В 3-ей и 4-ой группах более высоким был уровень артериального давления, у большинства пациентов выявлена высокая гликемия натощак, гиперинсулинемия, инсулинорезистентность. Дислипидемия установлена в 83,3% случаев в 3-ей группе и в 68,0% — в 4-ой группе. Изменения липидного, углеводного обмена сопровождались изменениями системы липопероксидации. У пациентов 2-ой группы изменения носили компенсаторный характер, выражавшийся в интенсификации процессов ПОЛ в крови. У пациентов 3-ей группы на фоне усиления процессов ПОЛ (увеличение уровня МДА на 45%) отмечался дисбаланс ферментов АОЗ, что свидетельствует о формировании окислительного стресса в организме. В 4-ой группе выявлено снижение уровня МДА и АОА при угнетении ферментативного звена, что говорит об истощении резервов АОЗ.

Выводы. Проведенное исследование показало, что изменения в системе ПОЛ-АОЗ нарастают при прогрессировании МС: у пациентов с 1-2 компонентами МС изменения носят компенсаторный характер, при наличии трех и более — формируется окислительный стресс, при ишемической болезни сердца и сахарном диабете 2 типа происходит срыв антиоксидантной защиты организма.

1035 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОТЕРАПИИ И АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

Юсупходжаев Р.В., Сидорова Т.И., Зиновьева Н.П.
Санаторий «Барнаульский», Барнаул, Россия

Цель работы — изучить влияние гипнотерапии, аудиовизуальной стимуляции (АВС) на аппарате «Вояджер XL» и метода Электросонотерапии (ЭСТ) с помощью аппарата «Адаптон-Слип» на больных инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от функционального класса (ФК) хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материал и методы. Обследовано 146 больных ИМ. Диагностика проводилась с помощью опросника «Тип отношения к болезни». 40 пациентов посещали гипнотерапию, 29 — проходили ЭСТ, 28 — получали АВС, 49 — контрольная группа.

Результаты. При поступлении в санаторий у больных ИМ с I ФК ХСН ведущим типом отношения к болезни (ТОБ) был эргопатический 36,8%, у пациентов со II ФК ХСН — гармоничный 30,6%. В конце лечения в контрольной группе у пациентов с I ФК ХСН ведущим остался эргопатический тип, перестал встречаться гармоничный ($p<0,01$) за счёт увеличения анозогнозического, у больных со II ФК ХСН уменьшилось использование гармоничного типа ($p<0,05$) за счёт нарастания эргопатического. После гипнотерапии у больных ИМ с I ФК ХСН ведущим остался эргопатиче-

ский, произошло недостоверное нарастание гармоничного типа, и перестал встречаться сенситивный ($p < 0,01$). У пациентов со II ФК ХСН увеличилось использование диффузного ($p < 0,05$) типа за счёт снижения эргопатического. После ЭСТ у больных ИМ с I ФК ХСН появился смешанный тип ($p < 0,001$) за счёт снижения гармоничного ($p < 0,05$), анозонозического ($p < 0,05$). У больных со II ФК ХСН увеличилось использование сенситивного типа ($p < 0,05$), появился диффузный ($p < 0,05$). После курса АВС у пациентов с I ФК ХСН увеличилось использование эргопатического типа ($p < 0,01$), снизилось применение смешанного ($p < 0,01$), перестал встречаться сенситивный ($p < 0,001$). У пациентов со II ФК ХСН произошло нарастание смешанного типа ($p < 0,05$) за счёт снижения гармоничного ($p < 0,05$).

Выводы. Гипнотерапия и АВС оказывают наиболее позитивное влияние на ТОБ у больных ИМ с I ФК ХСН.

1036 ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЕ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Ющенко М.В.¹, Новик Г.А.¹, Шляхто Е.В.², Козленок А.В.³, Нифонтов С.Е.³, Костарева А.А.², Гудкова А.Я.²

Санкт-Петербургская Государственная Педиатрическая Медицинская Академия¹, Санкт-Петербург, Россия; Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии имени академика В.А. Алмазова², Санкт-Петербург, Россия; Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова³, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) — генетически обусловленное заболевание, семейная форма которого составляет более половины всех случаев. В настоящее время описаны следующие разновидности ГКМП: миофиламентная, метаболическая, ГКМП Z-дисков. Важными факторами, определяющими течение, прогноз и тактику лечения ГКМП, являются особенности ремоделирования миокарда и морфология межжелудочковой перегородки (МЖП).

Цель работы. Изучить особенности ремоделирования миокарда и морфологии межжелудочковой перегородки у детей и взрослых с семейной формой обструктивной гипертрофической кардиомиопатии (ОГКМП).

Материалы и методы. Обследовано 20 семей с ОГКМП в 3-х поколениях (всего 69 человек, из них 28 детей и 41 взрослый). Все пробанды характеризовались симптомным течением болезни. Все пациенты прошли обследование, включающее анамнез болезни, семейный анамнез с построением родословной, физикальное обследование, электрокардиографию, эхокардиографию.

Результаты. В 16 из 20 обследованных семей наиболее тяжелое течение болезни наблюдалось в детском возрасте. В оставшихся 4 семьях наиболее пораженными были члены семьи среднего возраста (от 37 до 50 лет). В 19 семьях имел место единый тип ремоделирования миокарда по гипертрофическому типу. В одной семье наблюдалось сочетание гипертрофического и рестриктивного фенотипов. В 15 семьях выявлена среднежелудочковая (reverse septal curvature) морфология МЖП у всех пораженных членов семьи, в 2-х семьях — сигмовидная (sigmoidal septal curvature). В 3-х семьях заболевание характеризовалось наличием различной морфологии МЖП среди членов семьи (reverse curve у детей и sigmoidal curve у взрослых в двух поколениях).

Выводы. Известно, что при семейной форме ГКМП все члены семьи несут одну и ту же мутацию. Причем установлено, что межжелудочковая перегородка типа reverse septal curvature является единственным независимым прогностическим фактором миофиламентной ГКМП для пациента любого возраста, в то время как форма МЖП типа sigmoidal septal curvature наиболее распространена среди пожилых пациентов и встречается при метаболической форме ГКМП и ГКМП Z-дисков. Полученные результаты позволяют сделать предположение о том, что тяжелое течение ГКМП у детей с морфологией межжелудочковой перегородки типа reverse septal curvature в сочетании с сигмовидной МЖП у взрослых членов семьи ассоциировано с мутациями более чем в одном гене.

1037 ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Яковлев В.В.

Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова, кафедра госпитальной терапии, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить значимость основных факторов риска и их сочетаний у мужчин с повторным инфарктом миокарда старше 60 лет.

Материалы и методы: обследовано 443 больных с повторным (331 больной) и первичным (контрольная группа) инфарктом миокарда (ИМ) в первые 24-48 часов от начала заболевания. У 313 из них был осложненный инфаркт миокарда, а у 131 — неосложненный, у 247 больных — Q-ИМ, а у 196 — без зубца Q, у 266 больных — передний ИМ, а у 131 — задний. У 179 больных возраст превышал 75 лет. Материалы подвергнуты статистической обработке с использованием методов вариационной статистики.

Результаты: у больных с первичным и повторным ИМ пожилого и старческого возраста наблюдались различной степени нарушения липидно-холестеринового обмена. ХС ЛПНП был повышен у 89,9% больных с первичным ИМ и у 95% больных с повторным ИМ. При этом ХС ЛПВП был снижен в одинаковой степени (у 83,5% больных). В обеих группах больных, особенно при повторном ИМ, отмечалась выраженная дислипотеинемия: коэффициент атерогенности при первичном ИМ составил $4,78 \pm 0,18$, а при повторном — $5,56 \pm 0,18$ ($p < 0,01$). Гипертоническая болезнь (ГБ) с одинаковой частотой встречалась как при первичном, так и при повторном ИМ (у 88%). При этом у больных с осложненным течением повторного ИМ с продолжительностью сопутствующей ГБ 20 и более лет, по сравнению с первичным ИМ, она встречалась значительно чаще (соответственно у 42% и 26%) и чаще сопровождалась гипертоническими кризами (соответственно у 36% и 17%). У $31 \pm 2,48$ % больных с повторным ИМ и у $34 \pm 4,5$ % больных с первичным ИМ один из родителей болел ГБ ($p > 0,05$). Обращает на себя внимание тот факт, что 45% больных с повторным ИМ продолжают курить при этом длительность курения составляет 21-40 и более лет. Избыточная масса тела и ожирение обнаруживались у 24% больных с повторным ИМ и у 29% — с первичным ИМ. Сахарный диабет и метаболический синдром встречались у 31% больных с повторным ИМ и у 20% больных пожилого и старческого возраста с первичным ИМ ($p > 0,05$).

Довольно часто обнаруживались хронические очаги инфекции (при повторном ИМ — у 43%, при первичном ИМ — у 55%) и сопутствующая патология с инфекционно-воспалительным компонентом: желчекаменная и мочекаменная болезнь (в обеих группах у 34%), хронический обструктивный бронхит (у 26-22%), язвенная болезнь у 14-13%, острые респираторные заболевания (в обеих группах у 90 % больных). Следует отметить, что 46% больных с повторным ИМ и 43% — с первичным указывали на связь обострения ИБС с ОРЗ, а почти все больные (96-94%) — на связь с сезоном года.

У значительной части больных пожилого и старческого возраста как с повторным, так и с первичным ИМ в анамнезе отмечались признаки сердечной недостаточности (у 97-92%), экстрасистолия (у 47-37%), пароксизм мерцательной аритмии (у 39-38%), частые простудные заболевания (у 25-30%). Большинство больных лечатся регулярно амбулаторно или стационарно. Однако $13 \pm 1,83$ % больных с повторным ИМ и $23 \pm 4,02$ % — с первичным лечились эпизодически. Перенесенный первый ИМ у $68 \pm 2,54$ % имел неосложненное течение, и только у 32% — осложненное (отек легких — 9%, аневризма — 8 %, нарушения ритма — 7%, кардиогенный шок — 4%). У больных с повторным ИМ достоверно чаще были предынфарктные состояния, чем у больных с первичным ИМ (у 94% и 26%).

У больных пожилого и старческого возраста с осложненным повторным ИМ вышеперечисленные факторы риска и анамnestические данные были, как правило, более значимы, чем у больных с неосложненным повторным и первичным ИМ.

Таким образом, борьба с факторами риска, регулярное своевременное лечение ИБС с использованием современных достижений медицины является крайне необходимым для предотвращения развития повторного ИМ.

1038 ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ

Яковлева А.С.

ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития, Архангельск, Россия

Цель исследования: выявить клинико-диагностические особенности острого инфаркта миокарда (ОИМ) у больных молодого возраста и оценить ближайшие исходы.

Материалы и методы. Объектом исследования являлась группа пациентов в возрасте моложе 45 лет ($n=46$) с ОИМ. Учитывались классические факторы риска развития ишемической болезни сердца (ИБС), тяжесть поражения коронарного русла по данным ангиографии (значимый стеноз — более 70%), исходы в период госпитализации по результатам клинического и эхокардиоскопического исследований. Обработка полученных данных проводилась с использованием пакета статистических программ SPSS 17.0 for Windows.

Результаты исследования. В поле зрения оказались 41 мужчина (89,1% больных) и 5 женщин (10,9%) в возрасте от 27 до 45 лет (средний возраст $40,2 \pm 4,2$ года). Среди классических факторов риска развития ИБС значимыми были артериальная гипертензия (у 60,7% пациентов), дислипидемия (52,2%) и курение сигарет (50,0%). 50,0% обследованных больных имели 3 и более модифицируемых факторов риска. Настоящий ОИМ оказался повторным в 3 случаях. По данным электрокардиографического исследования преобладал Q-ОИМ, развивающийся в 1,8 раза чаще у курящих ($p=0,017$). III и IV классы тяжести по Killip наблюдались у 39,2% пациентов. При коронарной ангиографии в 19,6% случаев было выявлено двухсосудистое поражение, в 10,9% — трехсосудистое поражение. Установлен достоверно более высокий риск развития окклюзии инфаркт-зависимых артерий у молодых пациентов с повторным ОИМ ($\text{score}=6,9$, $p=0,009$) и в случае гиперхолестеринемии ($\text{score}=4,7$, $p=0,029$). Средняя концентрация общего холестерина в крови у больных с окклюзией сосудов составила $6,34 \pm 1,45$ против $5,43 \pm 1,01$ ммоль/л у пациентов без окклюзии. По результатам эхокардиоскопического исследования перед выпиской из клиники систолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) определялась у 34,8% больных. Конечнo-диастолический размер ЛЖ (КДРЛЖ) превышал 5,5 см в 41,3% случаев. Среднее значение КДРЛЖ было достоверно больше у молодых больных без артериальной гипертензии ($5,78 \pm 0,37$ в сравнении с $5,29 \pm 0,62$ см, $p=0,014$). Зоны гипокинезии миокарда в покое были обнаружены у 56,5% обследованных пациентов. Ре-инфаркт в госпитальный период развился в 6,5% случаев, ранняя постинфарктная стенокардия — в 21,7%. 28,3% больных имели признаки 2 стадии хронической сердечной недостаточности (ХСН) при выписке. Наличие зон гипокинезии повышало риск развития застойной ХСН в 5,3 раза ($p=0,021$).

Выводы. Профиль риска половины пациентов включал в себя сочетание 3 и более модифицируемых факторов. Несмотря на молодой возраст 30,5% больных имели многососудистую коронарную болезнь. Признаки ремоделирования миокарда ЛЖ со снижением фракции изгнания определялись в 34,8% случаев. У каждого пятого молодого больного (21,7%) возникла ранняя постинфарктная стенокардия. 28,3% пациентов выписывались с явлениями застойной ХСН, достоверным предиктором появления которой оказалось наличие зон нарушения локальной сократимости миокарда в покое.

1039 АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ АУТОПСИИ В СЛУЧАЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ

Якушин С.С., Бойцов С.А., Никулина Н.Н., Фурменко Г.И., Акиннина С.А., Агальцова Н.П.

Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Рязань, Россия; Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава, Москва, Россия; Воронежская государственная медицинская академия, Воронеж, Россия; Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия; Рязанский областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Материал и методы. Анализ проведен в рамках Российского многоцентрового исследования РЕЗОНАНС. Среди популяции населения численностью 285 736 человек (76,4% взрослого населения) зарегистрировано 1 972 последовательных случая смерти.

Средний возраст на момент смерти составил $67,52 \pm 10,81$ года у мужчин и $79,24 \pm 9,74$ года у женщин.

Результаты: 88,1% сердечно-сосудистой смертности (ССС) зарегистрировано вне стационаров: дома, в транспорте, на работе, в местах отдыха, только в 28,3% от всех случаев СССР — по результатам аутопсии.

В случаях, когда аутопсия не выполнялась, 10,9% смертей было зарегистрировано в стационаре, в остальных 89,1% причина смерти была установлена участковым врачом на основании доступной ему информации. Частота направления на аутопсию в случае подозрения на смерть от ССЗ у мужчин в 2,9 раза выше, чем у женщин (39,0% и 13,6% соответственно, $p<0,001$). В случае смерти до 59 лет частота направления на вскрытие превышает 75% у мужчин и 50% у женщин. В более старших возрастных группах частота регистрации ССЗ в качестве причины смерти увеличивается, достигая максимума к 70-79 годам у мужчин и 80-89 годам у женщин, а частота аутопсий падает — до нуля среди умерших 90 лет и старше.

В структуре СССР доля хронической ИБС составила 53,1% среди мужчин и 53,5% среди женщин. В этой группе частота направления на аутопсию у мужчин — 28,7%, у женщин — 12,2% ($p<0,01$). Острые формы ИБС в качестве причины регистрируются значительно реже по сравнению с хронической ИБС: в 2,6 раза у мужчин ($p<0,01$) и в 5,2 раза у женщин ($p<0,001$) при достаточно высокой частоте аутопсий: 84,6% у мужчин ($p<0,05$) и 62,7% у женщин.

Заключение: Практически 90% случаев смерти, в которых в качестве причины смерти было указано ССЗ, были зарегистрированы без присутствия медицинского сотрудника, при этом частота направления на аутопсию составила только 39,0% и 13,6% у женщин. Еще более низкие показатели частоты вскрытий в случаях смерти от хронических форм ИБС, составляющих более половины случаев СССР.

1040 АНАЛИЗ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО СЕМИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Якушин С.С., Филиппов Е.В.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, РОККД, Рязань, Россия

Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) изучается уже 50 лет, однако, смертность от этой патологии до сих пор остается высокой (до 7% в год в специализированных центрах).

Цель исследования: проанализировать неблагоприятные исходы у пациентов с ГКМП для выявления основных факторов риска при длительном наблюдении.

Материал и методы: в исследование было включено 114 человек с ГКМП (67 мужчин и 47 женщин). Средний возраст пациентов составил $45,2 \pm 2,5$ года (от 17 до 68 лет). Среди всех пациентов обструктивная ГКМП встречалась в 12,1%, необструктивная в 67,9%, латентная в 20,0% случаев.

Результаты: За время наблюдения у 16 пациентов (14,0%) был зарегистрирован летальный исход. Структура летальных исходов была следующей: ХСН — 9 человек; ВСС — 4 человека; инфекционный эндокардит — 1 человек; ТЭЛА — 2 человека.

Анализ летальных исходов показал, что все пациенты с необструктивной ГКМП умерли от ХСН, а 50% с обструктивной формой заболевания — от ВСС.

После изучения данных умерших пациентов и пациентов, завершивших исследование, были выявлены факторы риска неблагоприятного прогноза. Ими являлись: 1. пациенты, имеющие отягощенный наследственный анамнез: ВСС среди родственников ($OR=5,86$); ГКМП среди родственников ($OR=8,88$); наличие синкопальных состояний у родственников ($OR=1,47$); 2. желудочковая тахикардия ($OR>100$); 3. остановка сердца или фибрилляция желудочков в анамнезе ($OR>100$); 4. дилатация ЛП $>4,5$ см.

Пациенты с данными факторами риска имеют высокую вероятность смерти в ближайшие 3 года.

В тоже самое время были выявлены факторы благоприятного прогноза (низкая вероятность смерти в предстоящие 3 года): 1. наличие у пациентов жалоб на сердцебиения ($OR=1,39$); 2. наличие у пациента при аускультации шума митральной регургитации ($OR=2,63$); 3. отсутствие желудочковой тахикардии, а также остановки сердца и/или фибрилляции желудочков в анамнезе; 4. размер ЛП $<4,2$ см.

Те пациенты, которые не попадают в ту или иную группу риска имеют промежуточный риск.

Выводы: 1. Как показало исследование, пациенты имеют разный риск смерти, и чем выше риск, тем более активная тактика ведения должна использоваться. 2. Больные с обструкцией ВОЛЖ имеют более стабильную клиническую картину и в 50% случаев причину летальных исходов — ВСС.

1041 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Якушин С.С.¹, Филиппов Е.В.¹, Зайцева Н.В.², Иванова Г.О.², Токарева Л.Г.²

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава¹, Рязань, Россия; РОККД², Рязань, Россия

Нарушения ритма сердца являются одной из основных причин смертности пациентов с гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Цель исследования: проанализировать нарушения ритма сердца у пациентов с ГКМП при длительном наблюдении.

Материал и методы: в исследование было включено 114 человек с ГКМП (67 мужчин и 47 женщина). Средний возраст пациентов составил 45,2±2,5 года (от 17 до 68 лет). Среди всех пациентов обструктивная ГКМП встречалась в 12,1%, необструктивная в 67,9%, латентная в 20,0% случаев.

Результаты: За время наблюдения у 16 пациентов (14,0%) был зарегистрирован летальный исход.

При включении в исследование у 64,9% пациентов (74 человека) обнаруживались различные нарушения ритма. У всех этих пациентов регистрировалась экстрасистолия. При разделении на обструктивные и необструктивные формы у пациентов с обструкцией ВОЛЖ чаще фиксировались жизнеугрожающие нарушения ритма сердца.

Частота встречаемости ФП при включении в исследование составила 17,6% в общей группе и 14,3% в группе пациентов с обструкцией. У пациентов без обструкции ФП регистрировалась в 17,8% случаев. На протяжении всего исследования частота ФП увеличивалась в обеих группах и по его окончании составила 36,1% у всех пациентов с ГКМП. В группе обструктивной ГКМП на 3 году встречаемость ФП выросла до 38,7%, у пациентов с необструктивной формой — до 34,8%. На протяжении 3 лет частота встречаемости ФП в обеих группах значимо не различалась. Развитие ФП коррелировало с развитием систолической ХСН.

Желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) при включении в исследование встречалась реже (14,3% случаев). Однако на последнем визите отмечается резкое увеличение встречаемости этого нарушения ритма. Средний ежегодный прирост составил 11,1%. В данное исследование включена только ЖЭС высоких градаций по Лауну, поэтому можно утверждать, что количество жизнеугрожающих нарушений ритма к 3 году значительно возрастает (до 48,4%), что требует дополнительной оценки рисков профиля таких пациентов с возможным началом агрессивной терапии.

Наиболее опасная для жизни желудочковая тахикардия (ЖТ) встречалась редко (2,86% пациентов при включении в исследование).

Выводы: 1. За время наблюдения количество желудочковых нарушений ритма возрастает, что требует использования более активной тактики ведения пациентов. 2. Увеличение фибрилляции предсердий в популяции пациентов с ГКМП ассоциируется с прогрессированием ХСН.

1042 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Якушин С.С., Петров В.С., Данилова А.С., Савкина Н.П., Мадорский А.Ф., Петров С.А., Луканцова О.Б.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, ГУЗ РОККД, Рязань, Россия

Цель нашей работы явилась оценка распространенности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди пациентов с ревматоидным артритом (РА)

Нами обследовано 202 пациента, страдающих РА. Средний возраст больных составил 55,5±0,8 года, преимущественно женщины—83,2%. Длительность заболевания в среднем была 11,3 года, активность по DAS28 4,37±0,09. Частота назначения метотрексата составила 55,4% в дозе 8,27мг, плаквинила 13,9%, сульфасалазина 4,9%, др.базисные препараты 2,95%; глюкокортикостероиды получали 59,9% больных в дозе 8,05мг.

Далее пациенты были разбиты на две группы: 106 человек с РА с ССЗ, средний возраст 59,8±1,0 года, мужчины 18,8% и 96 больных РА без установленного диагноза ССЗ, средний возраст 50,1±1,2 года, мужчины 15,1%. Средние дозы метотрексата (8,25±0,1мг и 8,3±0,7мг) и глюкокортикостероидов (8,2±0,53мг и 7,9±0,53мг) в группах не отличались.

Продолжительность заболевания РА в группе с ССЗ была 12,6±1,3 года, активность заболевания по DAS28-4,51±0,13 (p<0,05); в группе без ССЗ 10,1±1,16 года, DAS28-4,09±0,13.

Частота ССЗ составляла: артериальная гипертензия (АГ) — 51,5%, время начала заболевания 51,1 года; ИБС: стенокардия напряжения (СН) 16,0%, первые симптомы стенокардии появились в возрасте 56,2 лет. Хроническая сердечная недостаточность имела место у 26% пациентов, инфаркт миокарда у 2,5%, острое нарушение мозгового кровообращения у 1,5%.

При сравнении факторов риска у больных с РА и ССЗ и без ССЗотягощенная наследственность по ССЗ выявлена у 19,6±4,2% с ССЗ (у 7,0±3,9% без ССЗ); курение у 11,0±2,9% (4,0±0,2%), гиподинамия у 37,0±4,6% (14,0±3,6%), стрессы отметили 38±4,6% (25,0±4,5%).

У пациентов с РА без ССЗ отмечались жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы: боли за грудиной у 7,2%, боли в сердце у 17,5%, головные боли у 13,4%, одышка у 19,6%, перебои в работе сердца у 6,2%, сердцебиение у 18,6%, головокружение 11,3% пациентов.

Систолическое АД составило: 134,02±1,5 (РА без ССЗ) и 148,3±2,22ммHg (РА с ССЗ), диастолическое АД 84,02±0,98 (РА без ССЗ) и 89,01±1,2ммHg (РА с ССЗ); окружность талии 90,1±1,4 и 93,9±1,2см (РА с ССЗ), ИМТ составил 28,2 кг/м² (избыточная масса тела) в группе РА с ССЗ и 26,7 кг/м² в группе РА без ССЗ.

При оценке лабораторных показателей установлено, что уровень глюкозы крови составил 4,65±0,06мм/л, фибриноген 4,8±0,12, об.холестерина 5,0±0,98мм/л, триглицериды 1,4±0,06мм/л, ЛПВП 1,32±0,03мм/л, ЛПНП 3,74±0,08мм/л.

Таким образом, можно отметить, что у пациентов с РА имеет место раннее развитие АГ и ИБС, характерные для гипертензии средние цифры САД и ДАД, увеличенная окружность талии, избыточная масса тела и повышенный уровень ЛПНП.

1043 ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН II-III ФК (ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ «СЕРЕНАДА»)

Якушин С.С., Борисова М.В., Евсина О.В.

ГОУ ВПО РязГМУ Росздрава, Рязань, Россия

Цель: Изучить распространенность и выраженность депрессивных расстройств (ДР) у больных с ХСН легкой и умеренной выраженности; оценить эффективность и безопасность лечения больных с депрессивными расстройствами препаратом циталопрам (опра) дополнительно к стандартной терапии; наблюдение пациентов в рамках обучающей программы «Школа ХСН».

Материалы и методы: общеклиническое обследование, ЭхоКГ, тест 6-минутной ходьбы (ТШХ), шкала оценки клинического состояния (ШОКС) по В.Ю.Марееву, оценка ТДР с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), оценка качества жизни (КЖ) с помощью Миннесотского опросника (MLHFQ).

Под нашим наблюдением находилось 54 пациента (средний возраст — 58,15±8,24 года; 77,7% мужчины), с ХСН II-III ФК по НУНА, обусловленной ИБС, артериальной гипертензией (АГ), дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Результаты и их обсуждение: было выявлено, что у 66,7% больных этиологией ХСН является ИБС, у 27,7% — ИБС и АГ (в т.ч. ПИКС-55,5%), у 5,6% — ДКМП. Количество больных с III ФК ХСН составило 61,1%.

При скрининге у 37% пациентов выявлено ДР, в т.ч. у 15% больных выявлена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов по HADS (D)), у 85%—субклинически выраженная депрессия (8–10 баллов по HADS (D)); у 40% больных депрессия сочеталась с субклинически выраженной тревогой (8–10 баллов по HADS (A)) и у 10% больных с клинически выраженной тревогой (11 и более баллов по HADS (A)). Средний балл у больных с ДР составил: по шкале депрессия — $10,05 \pm 2,58$; по шкале тревога — $7,65 \pm 3,07$; в группе без ДР соответственно $2,91 \pm 1,40$ и $2,34 \pm 1,16$. ($p < 0,01$)

Наиболее часто ДР встречались у больных с III ФК (70% больных). Длительность ХСН в группе с ДР составляла $82,0 \pm 51,66$ месяцев, в группе без ДР $88,59 \pm 56,90$ месяцев.

Группы больных с ДР и без статистически не различались по тяжести ХСН: количество баллов по ШОКС у больных с ДР $5,95 \pm 2,16$; у больных без ДР — $6,79 \pm 2,5$, ($p > 0,05$); ТШХ соответственно $308,90 \pm 62,30$ и $312,53 \pm 71,51$ м ($p > 0,05$).

Все больные с ДР, соответствующие критериям включения и не имеющие критериев исключения, рандомизированы на 2 группы: 1 группа (контрольная)—8 человек и 2 группа (основная) — 10 человек. 1 группа пациентов получает оптимальную терапию ХСН, включающую ингибитор АПФ — фозиноприл (фозикард), БАБ, диуретики, антагонисты альдостерона, дигоксин (при необходимости). 2 группа дополнительно получает антидепрессант циталапрам (опра).

Выводы: изучение изменений психоэмоционального статуса показывает наличие ДР у 37% пациентов с ХСН, в т.ч. клинически выраженных у 15% больных. Наиболее часто ДР встречаются у пациентов с III ФК ХСН.

1044 КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ДРУГИМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Яхонтов Д.А., Бухтис Н.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

С целью оценки влияния абдоминального ожирения и других метаболических факторов на течение ИБС обследовано 123 мужчины со стабильной стенокардией напряжения II–III ФК в возрасте 38–74 (средний возраст $55,5 \pm 1,0$) лет и наличием компонентов метаболического синдрома (МС). В исследование не включались больные с постинфарктной аневризмой, с постоянной формой фибрилляции предсердий, ХСН > II ФК, сахарным диабетом и другими значимыми сопутствующими заболеваниями. Обследованные были разделены на 2 группы: 1-ю составили 64 пациента с наличием ожирения ($ИМТ > 30,0$; в среднем $-33,2 \pm 0,4$); 2-ю — 58 пациентов с нормальной массой тела ($ИМТ = 20,0-24,9$; в среднем $-23,0 \pm 0,2$). У всех пациентов обеих групп имелись другие компоненты МС: дислипидемия, АГ; у 56 больных 1-й группы и у 52 больных 2-й группы была тощаковая гликемия $> 6,1$ ммоль/л, либо постпрандиальная гипергликемия, соответствующая НТГ; у 54 и 49 больных соответственно — уровень СРБ, превышавший 3 мг/л. Подтверждением наличия метаболического синдрома в обеих группах пациентов служили повышенные цифры индекса НОМА, отражающие инсулинорезистентность: $3,8 \pm 0,2$ в группе больных с ожирением и $3,3 \pm 0,1$ в группе лиц с нормальным ИМТ (при нормальных значениях в пределах 2,6). Абсолютные значения метаболических показателей различались по группам мало, можно отметить лишь достоверно более высокие значения у лиц с ожирением мочевого кислоты, тощаковой гликемии и более низкие показатели ХС ЛПВП.

Клинические проявления ИБС были сходными у больных обеих групп, также как не различались гемодинамические и морфометрические показатели миокарда, за исключением достоверно более высоких значений индекса ММЛЖ у больных 2-й группы ($160,9 \pm 5,1$ против $143,9 \pm 3,8$ г/м²; $p < 0,05$), очевидно, за счет меньшей площади поверхности тела. Положительная нагрузочная проба имела место у 24 больных в 1-й группе и у 20 в 2-й. По данным коронарографии лишь у 1 пациента 2-й группы не было обнаружено изменений коронарного русла. В остальном

больные обеих групп оказались сопоставимы по количеству пораженных сосудов, их анатомии и среднему уровню стенозирования. Так, многососудистое поражение имело место у 53,8% больных с ожирением и 60,4% больных с нормальным ИМТ; с несколько большей частотой во 2-й группе поражаются магистральные артерии — правая коронарная и передняя нисходящая, а средний уровень стенозов в них, соответствовавший 70–80%, был одинаковым в обеих группах.

Приведенные данные позволяют сделать заключение о весомом вкладе не только абдоминального ожирения, но и других компонентов метаболического синдрома в клиническое течение ИБС, гемодинамическую картину, а также характер и степень поражения коронарных сосудов. Подтверждает сказанное, обнаруженное в обеих группах пациентов повышение индекса НОМА, отражающее наличие инсулинорезистентности как патогенетической основы метаболического синдрома.

1045 ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Яхонтов Д.А., Шевченко Е.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

С целью изучения распространенности и выраженности факторов риска и оценки клинико-гемодинамических параметров различных вариантов течения стабильной стенокардии II–III ФК было обследовано 48 мужчин в возрасте 37–74 года (средний возраст $56,9 \pm 1,3$ лет), распределенных на три группы, идентично дизайну исследования ACTION: 1-ю составили 19 пациентов с неосложненным течением стенокардии; 2-ю — 10 больных, перенесших ЧТКА на протяжении 2 лет; 3-ю — пациенты с наличием сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, ОНМК) также давностью до 2 лет. Критериями исключения были нестабильная стенокардия, постинфарктная аневризма, постоянная форма фибрилляции предсердий, ХСН > II ФК, сахарный диабет и другие значимые сопутствующие заболевания. Давность ишемического анамнеза составила $3,8 \pm 0,7$ лет в 1-й группе; $3,4 \pm 1,4$ года — во 2-й; $3,1 \pm 0,6$ лет в 3-й. Распространенность и выраженность кардиоваскулярных факторов риска у больных всех трех групп оказалась сопоставимой. Среднее количество компонентов метаболического синдрома, имевшегося у 60–90% пациентов, составило $4,4 \pm 0,3$ в 1-й группе; $3,9 \pm 0,5$ во 2-й и $3,7 \pm 0,3$ в 3-й. Артериальная гипертензия имела у 15 больных 1-й группы (78,9%); 9 (90%)—2-й и 18 человек (94,7%)—3-й. Клинические проявления ИБС были сходными во всех группах, также как не различались гемодинамические показатели (АД, ЧСС, ФВ). Во всех группах выявлено многососудистое поражение коронарного русла с наибольшим числом пораженных сосудов в 3-й группе. Среднее число пораженных сосудов составило $2,9 \pm 0,3$; $2,2 \pm 0,4$ и $3,3 \pm 0,2$ соответственно. Достоверно более высоким в 3-й группе оказался и индекс массы миокарда левого желудочка ($231,0 \pm 19,2$ при $131,4 \pm 7,8$ в 1-й группе и $125,5 \pm 7,2$ во 2-й; $p < 0,05$). Сократительная способность миокарда у лиц, перенесших сердечно-сосудистые события (ФВ— $57,7 \pm 2,5\%$) оказалась достоверно ниже ($p < 0,05$) в сравнении с пациентами с неосложненным течением стенокардии (ФВ— $65,1 \pm 1,4\%$) и больными, перенесшими ангиопластику (ФВ— $64,2 \pm 1,5\%$). Дистанция теста 6-минутной ходьбы оказалась наиболее низкой у пациентов 3-й группы ($375,3 \pm 17,1$ м) в сравнении с $430,0 \pm 18,8$ м во 2-й группе ($p < 0,05$) и $408,4 \pm 15,6$ м в 1-й группе.

Таким образом, у пациентов с различными вариантами течения стенокардии не было обнаружено достоверных различий в отношении основных кардиоваскулярных факторов риска, что диктует необходимость их коррекции как при неосложненном, так и при осложненном течении стенокардии, а также после перенесенной реваскуляризации миокарда. Гемодинамические и функциональные показатели миокарда в большей степени скомпрометированы у больных стабильной стенокардией, осложненной наличием кардиоваскулярных событий.

1046 ПРИМЕНЕНИЕ КАРВИДИЛА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ*Хамидов Н.Х., Амиджанова С.С., Хурсанов Н.М., Умаров А.А., Хамдамова М.Б.*

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить влияние карведилола (карведилол) на уровень липидов крови у больных изолированной систолической артериальной гипертонией старших возрастов.

Материал и методы исследования: обследованы 19 больных изолированной систолической артериальной гипертонией в возрасте от 65 до 73 лет, средний возраст $66,9 \pm 1,5$ лет. Длительность заболевания $8,13 \pm 1,3$ года. Среди них женщин — 10, мужчин — 9. 11 больных имели I тип, 8 — II тип изолированной систолической артериальной гипертонии. По клиническому течению у 13 пациентов наблюдалась лабильная и у 6 — стабильная форма (классификация А.З. Цфасман и др.). Карведил назначался в начальной дозе 6,25 мг, для достижения целевых цифр артериального давления некоторым больным доза увеличивалась до 12,5 мг.

До начала и после 8 недельного курса лечения больным проводились общеклинические и биохимические обследования. Критерием исключения являлись инфаркт миокарда, инсульт, почечная недостаточность, сахарный диабет, тяжелые формы стенокардии и сердечной недостаточности. Состояние уровня липидов крови изучалось биохимическим анализатором Cardio Chek производства компании Polymer Technology System (США). Определяли следующие показатели: общий холестерин, холестерин липопротеидов высокой и холестерин липопротеидов низкой плотности, триглицериды.

Результаты: к началу второй недели лечения отмечалось отчетливое улучшение субъективного состояния больных, которое сопровождалось достоверным понижением систолического артериального давления в среднем на 18%. К концу курса лечения у больных, получавших карведил (от 6,25 до 9,37 мг/сут.), результаты исследования показали отсутствие изменений уровня общего холестерина, холестерина липопротеидов высокой и холестерина липопротеидов низкой плотности. При использовании карведила в дозе 12,5 мг отмечено тенденция к снижению триглицеридов, общего холестерина, липопротеидов низкой плотности и увеличению холестерина липопротеидов высокой плотности. Нейтральное влияние карведила на уровень липидов крови у данной категории больных, вероятно, связано с тем, что, наряду с блокадой β_1 — адренорецепторов, препарат оказывает α_1 — адреноблокирующий эффект. Данное обстоятельство имеет большое практическое значение особенно у лиц старших возрастов, учитывая исходно атерогенную направленность липидов крови у этих лиц.

Вывод: применение карведила у больных изолированной систолической артериальной гипертонией у лиц старших возрастов в оптимальных дозах не ухудшает показатели липидов крови.

1047 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ*Хамидов Н.Х., Собирова Т.П., Умаров А.А., Хурсанов Н.М., Тоиров Х.К.*

Таджикский госмедуниверситет, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценка психологического статуса больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого и старческого возраста.

Материал и методы: работа проводилась на базе кардиологического отделения городского медицинского центра г.Душанбе. В исследование были включены 72 больных АГ в возрасте от 65 до 76 лет (в среднем $68 \pm 2,7$ года). Среди обследованных были 42 женщины и 30 мужчин. У 18 пациентов имело место АГ I-й степени, у 40 — II и у 14 больных III степень тяжести в соответствии с классификацией ВОЗ/МОАГ 1999г по уровню артериального давления (АД) и рекомендации ЕОК/ЕОАГ 2007г. Средняя давность АГ составила $13,8 \pm 1,6$ года. Всем больным кроме общеклинического обследования проводились дополнительные методы исследования с целью исключения симптоматических форм АГ.

Психологический статус изучали с помощью анкетного тестирования. Для выявления и оценки аффективных нарушений использовали клиническую шкалу депрессии Hamilton (HDRS). При интерпретации результатов учитывали суммарный показатель: от 0 до 7 — отсутствие депрессии, 7–16 баллов — малая депрессия и ниже значение для большого депрессивного эпизода более 16 баллов.

Сопутствующая тревожная симптоматика определялась по госпитальной шкале тревоги и депрессии разработанной А.С. Ligmound, Snaith адаптированная М.Ю. Дробизевым (2000). Учитывали суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяли 3 области значений: 0–7 — «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии); 8–10 балла — «субклинически выраженная тревога/депрессия»; 11 и выше — «клинически выраженная тревога/депрессия».

Полученные результаты: при исследовании пациентов наряду с типичными жалобами для больных АГ, у большинства имело место аффективные расстройства. Исходно суммарный балл по шкале HDRS в среднем составил $25,2 \pm 1,4$. При этом отмечалась прямая зависимость между степенью повышения АД и выраженностью депрессивных расстройств. «Малая депрессия» наблюдалась у 15% больных с умеренной (II степень), и у 21% больных с тяжелой (III степень) гипертонией. «Большой депрессивный» эпизод выявлен у 14% и 19% соответственно. Сопутствующая тревожная симптоматика отмечалась у 65% обследованных больных. Симптомы психоэмоционального расстройства многие пациенты считали естественным следствием соматического заболевания и поэтому в большинстве случаев даже не говорили врачу об имеющихся жалобах. Депрессивные расстройства были выявлены благодаря скринингу с помощью шкал депрессии и тревоги.

Вывод: данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что артериальная гипертония у лиц старших возрастов часто сочетается с тревожно-депрессивными расстройствами, что необходимо учитывать при назначении терапии данной категории больных.

0001	BALNEOTHERAPY AS AN ADJUNCTIVE TREATMENT IN LOWER BACK PAIN	9
0002	CARDIO-QUEST IN THE TREATMENT OF CARDIAC INSUFFICIENCY	9
0003	HYPERT-QUEST IN THE TREATMENT OF HYPERTENSION	9
0004	WONDER LAKE MINERAL WATER IN THE TREATMENT OF CARDIOVASCULAR CONDITIONS	9
0005	NATURE-GUARD IN THE TREATMENT OF DIABETIC ULCERS	10
0006	PERCUTANEOUS AORTIC VALVE REPLACEMENT FOR SYMPTOMATIC SEVERE AORTIC STENOSIS: AN EMERGING NEW TREATMENT OPTION FOR HIGH-RISK PATIENTS	10
0007	FROM FEASIBILITY TO DURABILITY: 30-DAY AND ONE-YEAR OUTCOMES AFTER PERCUTANEOUS AORTIC VALVE REPLACEMENT	10
0008	TACHY-QUEST IN THE TREATMENT OF TACHYCARDIA	11
0009	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА В УСТРАНЕНИИ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	11
0010	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ОМАКОР У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА	11
0011	ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И АМИОДАРОНА НА ПРОВОДИМОСТЬ И ПРОЦЕССЫ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИЕЙ	11
0012	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПЕРВОГО ИНГИБИТОРА I _f -КАНАЛОВ ИВАБРАДИНА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	12
0013	СЕРДЕЧНАЯ КАХЕКСИЯ, И ЕЁ ВЗАИМОСВЯЗЬ С КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ПРАМЕТАМИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	12
0014	ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	13
0015	ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА БАРОРЕФЛЕКТОРНУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	13
0016	ВЛИЯНИЕ ЧАСТОТЫ ПАРОКСИЗМОВ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПО ДАННЫМ 48-ЧАСОВОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ПО ХОЛТЕРУ	14
0017	ОЦЕНКА СВЯЗИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С АКТИВАЦИЕЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ	14
0018	ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ С РАЗНЫМИ ЗНАЧЕНИЯМИ ВЯЗКОСТИ ЦЕЛЬНОЙ КРОВИ	14
0019	ВЛИЯНИЕ ДИБИКОРА НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	15
0020	СОСТОЯНИЕ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ПЕРЕФЕРИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ СИСТЕМЫ СЕРДЦА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	15
0021	КУРЕНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК – ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ	16
0022	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОТИВОСТРЕПТОКОККОВОГО ИММУНИТЕТА И НОСИТЕЛЬСТВА ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКОГО МАРКЕРА D 8/17 ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА	16
0023	СТЕПЕНЬ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ И ТИПЫ КУРИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	16
0024	НЕОБХОДИМОСТЬ И ВОЗМОЖНОСТЬ РАННЕЙ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	17
0025	К ВОПРОСУ О ФАКТОРАХ РИСКА ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В МОРДОВИИ	17
0026	РЕГИОНАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ	18
0027	ОТДАЛЕННЫЕ ИСХОДЫ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ – РЕЗУЛЬТАТЫ ПОЛУГОДОВОГО И ГОДОВОГО НАБЛЮДЕНИЯ	18
0028	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	18
0029	ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ПРОГОРМОНА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА И ПАРАМЕТРЫ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	19
0030	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	19
0031	ИЗМЕНЕНИЕ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ И ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕРЕНЕСШИХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА НА ЭТАПАХ РЕАБИЛИТАЦИИ	20
0032	ВЛИЯНИЕ КВАРЦЕТИНА НА ГЛОБАЛЬНУЮ СОКРАТИМОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	20
0033	АНАЛИЗ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОНЕЧНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	20
0034	ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, МОЛЕКУЛ АДГЕЗИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	21
0035	ФИЗИЧЕСКИЕ ТРЕНИРОВКИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ С УЧЕТОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА	21
0036	ЗАВИСИМОСТЬ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ОТ ЛИЧНОСТНЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	22
0037	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ВОЗМОЖНО, ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗНЫХ ИСХОДОВ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН	22
0038	РОССИЙСКАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА «ВАЛЕНТА», ДОСТОИНСТВА И ЗАМЕЧЕННЫЕ НЕДОСТАТКИ	22
0039	ОПЫТ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ВРАЧЕЙ КАРДИОЛОГОВ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	23
0040	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	23
0041	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЗОФЕНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ	24
0042	ИЗМЕНЕНИЯ ЛИЧНОСТНОГО СТАТУСА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН	24

0043	ИССЛЕДОВАНИЕ АДРЕНОРЕАКТИВНОСТИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИОН-ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ КЛЕТЧНЫХ МЕМБРАН У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	25
0044	ПОКАЗАТЕЛИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 3 СТЕПЕНИ (ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	25
0045	СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	25
0046	ОСОБЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИЦ С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СТРЕССОМ	26
0047	ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ СТРЕССОВУЮ ПРОФЕССИЮ	26
0048	ПОДБОР ДОЗЫ ВАРФАРИНА БОЛЬНЫМ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ	27
0049	ВЛИЯНИЕ «АПФ С РАЗЛИЧНОЙ АФИННОСТЬЮ К ТКАНЯМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ, ИЗМЕРЕННОЙ НЕИНВАЗИВНЫМ ПУТЕМ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	27
0050	ПОЧЕЧНЫЙ КРОВОТОК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	27
0051	ПРИМЕНЕНИЕ АНТАГОНИСТА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II ЛОЗАПА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОСЛОЖНИВШЕЙ ПОСТИНФАРКТНЫЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ	28
0052	ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЛОЗАП-ПЛУС В АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	28
0053	СТИМУЛИРОВАННЫЙ ТЕСТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ НИТРОСИНЕГО ТЕТРАЗОЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	28
0054	ВАРИАбельНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, СВЯЗЬ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ	29
0055	КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С БЕССИМПТОМНЫМИ ЦЕРЕБРОИШЕМИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ	29
0056	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ ПО КОНТРАКТУ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА: СОСТОЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАМЯТИ И ВНИМАНИЯ	30
0057	ОЦЕНКА РОЛИ АУТОИММУННОГО ВОСПАЛЕНИЯ В ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ПРИ КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	30
0058	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МОДИФИЦИРОВАННОЙ И СТАНДАРТНОЙ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ У БОЛЬНЫХ С МИОКАРДИАЛЬНЫМИ МОСТИКАМИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	30
0059	ВАРИАбельНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И РИТМА СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	31
0060	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕНТА “PROMUS” ПРИ ЛЕЧЕНИИ КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА (наблюдение в течение года)	31
0061	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С УЧЕТОМ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ	32
0062	АНТИТЕЛА К MYCOPLASMA PNEUMONIAE В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	32
0063	АТЕРОСКЛЕРОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ПОТОКЗАВИСИМАЯ ДИЛАТАЦИЯ ПЛЕЧЕВОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	32
0064	ПИЩЕВЫЕ ПРИВЫЧКИ НАСЕЛЕНИЯ г.ЯКУТСКА	33
0065	ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	33
0066	ХАРАКТЕР СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА	34
0067	ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК НА ПРОАРИТМИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА	34
0068	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ	34
0069	ЭФФЕКТИВНОСТЬ АТОРВАСТАТИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА С УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ IIБ ТИПА	35
0070	ВАРИАбельНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	35
0071	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АТИПИЧНЫХ ФОРМ ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ РАБОТЫ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	36
0072	ВАЗОРЕГУЛИРУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	36
0073	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	36
0074	МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ И ВЛИЯНИЕ НА НЕЕ НЕКОТОРЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	37
0075	ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	37
0076	НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У ЖЕНЩИН СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ВАЗОСПАСТИТЕЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	37
0077	ИЗУЧЕНИЕ БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ АТОРВАСТАТИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	38
0078	НОВЫЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ САХАРОСНИЖАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ: ИЗУЧЕНИЕ БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	38
0079	КОМПЛЕКСНОЕ ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ И ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	38
0080	ОЦЕНКА РОЛИ ОБУЧЕНИЯ И САМОКОНТРОЛЯ ГЛИКЕМИИ В УЛУЧШЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАбельНОСТИ ГЛИКЕМИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	39
0081	ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОССИИ (ПИФАГОР III)	39
0082	ВОЗРАСТНЫЕ И ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РАЗВИТИИ ГИПЕРТОНИИ И СОДЕРЖАНИИ ОКСИДА АЗОТА В КРОВИ У КРЫС	40

0083	АССОЦИАЦИЯ ГЕННЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ENOS И INOS С РАЗВИТИЕМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	40
0084	ОЦЕНКА ИНТЕГРАЛЬНОГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 35-55 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ)	40
0085	ЧАСТОТА И ОСВЕДОМЛЕННОСТЬ ОБ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 35-55 ЛЕТ (ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ)	41
0086	ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	41
0087	КРИТЕРИИ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	42
0088	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СНИЖЕНИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ	42
0089	ФАКТОРЫ РИСКА РАННЕГО РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	42
0090	К ВОПРОСУ О МЕХАНИЗМАХ ФОРМИРОВАНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДАХ	43
0091	ПРИМЕНЕНИЕ РЕОГРАФИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВЫХ ВОЛН ПРИ СКРИНИНГ-ИЗМЕРЕНИЯХ	43
0092	ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА РЕОГРАФИЧЕСКИХ СИГНАЛОВ ДЛЯ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА	44
0093	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА ПАЦИЕНТА	44
0094	НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И MORFOFУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С НИЗКОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТЬЮ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	44
0095	КУРЕНИЕ СРЕДИ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	45
0096	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ОРГАНИЗОВАННЫХ ПОПУЛЯЦИЯХ г.БАКУ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УМСТВЕННОГО И ФИЗИЧЕСКОГО ТРУДА	45
0097	ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ ПРИ ПОСТОЯННОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	46
0098	ГЕНЫ-КАНДИДАТЫ, ПРОДУКТЫ КОТОРЫХ РЕГУЛИРУЮТ ТРАНСПОРТ ХОЛЕСТЕРИНА, И ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	46
0099	ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	46
0100	УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННЫМ РАННЕЙ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	47
0101	СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИЙ ЭЛАСТИЧЕСКОГО ТИПА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СОЛЬРЕАКТИВНЫХ ФОРМАХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	47
0102	ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ НЕОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	47
0103	ДИНАМИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ МИОКАРДА	48
0104	ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ У СПОРТСМЕНОВ С ПОВЫШЕННЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	48
0105	СТЕПЕНЬ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ И СОСТОЯНИЕ КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	49
0106	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН И ДИНАМИКА НАРУШЕНИЙ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	49
0107	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ СЕРДЦА ИШЕМИЧЕСКОГО И ТОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА	49
0108	ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	50
0109	СПЕКТРАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОСТИНФАРКТНОМ РЕМОДЕЛИРОВАНИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	50
0110	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	51
0111	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ И ВЫБОР ТАКТИКИ	51
0112	РЕНИН И АЛЬДОСТЕРОН ПЛАЗМЫ КРОВИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ С СОХРАННОЙ ФУНКЦИЕЙ ПОЧЕК	51
0113	ВЗГЛЯД НА СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ РЕНОПАРЕНХИМАТОЗНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	52
0114	КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ (ХОБЛ) У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	52
0115	НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ НЕПРОЛОНГИРОВАННЫХ АНТИАНГИНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ	52
0116	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ РАМИПРИЛА И АМЛОДИПИНА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	53
0117	КОРОНАРНЫЙ КРОВОТОК У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ: ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	53
0118	ВЛИЯНИЕ ВЕРАПАМИЛА НА ТЕЧЕНИЕ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КАРДИОПАТИЕЙ	54
0119	КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ СВИНЦОВОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	54

0120	НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	54
0121	ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА: АССОЦИАЦИЯ ГЕНОВ, ПРОДУКТЫ КОТОРЫХ РЕГУЛИРУЮТ СИНТЕЗ ХОЛЕСТЕРИНА И ЕГО МЕТАБОЛИЗМ	55
0122	ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН В ВОЗРАСТЕ 18-30 ЛЕТ	55
0123	ОЦЕНКА ОРГАНОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ КОРДАФЛЕКСА РД У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ И ИЗОЛИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	55
0124	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПО ДАННЫМ АМБУЛАТОРНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ И ОФИСНОГО ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	56
0125	ОПРЕДЕЛЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	56
0126	ИССЛЕДОВАНИЕ РЕАКТИВНОСТИ МОЗГОВЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	56
0127	МАЛЫЕ АНОМАЛИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКИМ СЕПТИЧЕСКИМ ЭНДОКАРДИТОМ	57
0128	О ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОКАРДИТА И ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ.	57
0129	БАРТОНЕЛЛЁЗ В КАРДИОЛОГИИ КАК НОВАЯ ТРЕВОЖНАЯ ПРОБЛЕМА	58
0130	ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	58
0131	АНТИАТЕРОГЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО СОЕДИНЕНИЯ СИМВАГЛИЗИН ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ	58
0132	НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	59
0133	ИССЛЕДОВАНИЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЭФФЕКТОВ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ЧЕТВЕРТИЧНЫМИ ПРОИЗВОДНЫМИ НОВОКАИНА И НОВОКАИНАМИДА	59
0134	СЕГМЕНТАРНЫЙ АНАЛИЗ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ)	60
0135	СЕГМЕНТАРНЫЙ АНАЛИЗ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА ПО ДАННЫМ РАВНОВЕСНОЙ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ (РРВГ)	60
0136	ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НА ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН	60
0137	ОЦЕНКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ ЕГО СРЕДНЕГО ВНУТРИПРЕДСЕРДНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	61
0138	ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ И ТКАНЕВУЮ ГЕМОПЕРФУЗИЮ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	61
0139	РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ПРОВЕДЕНИЯ МАРКЕТИНГОВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ДЛЯ РАЦИОНАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ СЛУЖБ	62
0140	ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ г.ДУШАНБЕ	62
0141	ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	62
0142	СКОРОСТЬ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ КАК МАРКЕР КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА, РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	63
0143	ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПОД ВЛИЯНИЕМ ПРОЗЕРИНА	63
0144	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ	63
0145	ПРИМЕНЕНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	64
0146	ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПОЗДНИМИ ПОТЕНЦИАЛАМИ ЖЕЛУДОЧКОВ	64
0147	НЕФРОПРОТЕКТОРНЫЙ ЭФФЕКТ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	65
0148	ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПО ДАННЫМ РАДИОИЗОТОПНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	65
0149	ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ОКОЛОСУТОЧНЫХ РИТМОВ АД НА ХРОНОТЕРАПИИ ЛИЗИНОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ	65
0150	ФАКТОРЫ РИСКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ	66
0151	ВЕРОЯТНОСТЬ СПОНТАННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ.	66
0152	ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ	67
0153	СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ И МАКРОЭРГИЧЕСКИХ ФОСФАТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	67
0154	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИБС И ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ	67
0155	РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МЕТОДОМ НЕПРЯМОЙ КАЛОРИМЕТРИИ	68
0156	РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ МАММАРОКРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И СТЕНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ	68
0157	ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	69
0158	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРЕОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ВЫСОКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ДИССЕМИНИРОВАННЫМ ВНУТРИСОСУДИСТЫМ СВЕРТЫВАНИЕМ КРОВИ	69

0159	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ВЫСОКИХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ КЛАССОВ	69
0160	ЖИРНОКИСЛОТНЫЙ СОСТАВ ЛИПИДОВ КРОВИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ	70
0161	ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ПЛАЗМЕННОГО УРОВНЯ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА И РЯДА ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ (ИНТЕРЛЕЙКИНА – 6 И ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА) У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	70
0162	ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ МАНИФЕСТНЫМ И ОСЛОЖНЕННЫМ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ	70
0163	КАРДИО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	71
0164	РЕГУЛЯЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ПОТРЕБЛЯЮЩИХ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО ПОВАРЕННОЙ СОЛИ	71
0165	ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ПОДАГРЫ	72
0166	СКОРОСТЬ КРОВОТОКА В АРТЕРИОЛАХ У БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	72
0167	МИКРОПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	72
0168	НАСКОЛЬКО АДЕКВАТНА 6-МЕСЯЧНАЯ АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ ТЕРАПИЯ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН И ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ?	73
0169	ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ 6-МЕСЯЧНОЙ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ВЕНОЗНЫМИ ТРОМБОЭМБОЛИЯМИ	73
0170	НАРУШЕНИЯ УГЛЕВОДНОГО И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН ПРИ НОРМАЛЬНОЙ МАССЕ ТЕЛА	74
0171	УРОВЕНЬ ПЛАЗМЕННОГО ЭНДОТЕЛИНА-1 И ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМАЯ ВАЗОДИЛАТАЦИЯ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ	74
0172	СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	74
0173	ПРИМЕНЕНИЕ ФИКСИРОВАННЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	75
0174	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАВИКСА И ЗИЛТА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	75
0175	ЗНАЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК КАК ПРЕДИКТОРА ДОЛГОСРОЧНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST	76
0176	ПОРАЖЕНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	76
0177	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ЛИПИДНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИБС В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	76
0178	СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ЖЕНЩИН С ИБС В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТА НАСТУПЛЕНИЯ МЕНОПАУЗЫ	77
0179	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	77
0180	ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СИНДРОМА РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ У ПОДРОСТКОВ	77
0181	НЕКОТОРЫЕ ПРАДИКТОРЫ РЕСТЕНОЗА АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	78
0182	СПОСОБ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ	78
0183	ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	79
0184	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИАРИТМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КУПИРОВАНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	79
0185	ИСХОДНАЯ ОЦЕНКА РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ЧРЕСКОЖНЫМ КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПОСЛЕ УСПЕШНОГО ТРОМБОЛИЗИСА	79
0186	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНЫХ И ОТСРОЧЕННЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	80
0187	ВЛИЯНИЕ СТАТИНА-ГЕНЕРИКА НА ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАТУСА КУРЕНИЯ	80
0188	ЛАБОРАТОРНАЯ ОЦЕНКА АНТИАГРЕГАНТНОГО ДЕЙСТВИЯ ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	80
0189	АСИММЕТРИЧНЫЙ ДИМЕТИЛАРГИНИН – ФАКТОР РИСКА ПОВТОРНОГО ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА	81
0190	КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ КОНТИНУУМ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	81
0191	ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СНА, НЕКОТОРЫХ ДИСРЕГУЛЯТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ПОВЫШЕННОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ТЮМЕНИ	81
0192	НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ ОСЦИЛОМЕТРИЧЕСКИМ МЕТОДОМ	82
0193	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ К ГЛИКОПРОТЕИНУ 26/3a ПРИ КОРОНАРНОМ СТЕНТИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	82
0194	ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ И АЛКОГОЛЬ (ИССЛЕДОВАНИЕ POSTMORTEM)	82
0195	ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА	83
0196	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ИТОГИ МНОГОЛЕТНЕГО МОНИТОРИРОВАНИЯ	83
0197	НОВЫЕ ПОДХОДЫ В АМБУЛАТОРНОМ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	83
0198	ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ПОЗИЦИИ КАРДИОЛОГА И ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	84

0199	КРИТЕРИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СПОРТСМЕНОВ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СВОЙСТВЕННЫХ ТИПОВ ГЕМОДИНАМИКИ И ВИДА СПОРТА	84
0200	КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И РАССТРОЙСТВА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА В СТРУКТУРЕ АССОЦИИРОВАННОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ	85
0201	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	85
0202	ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, СМЕРТНОСТИ, ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МЕГАПОЛИСЕ ЗАПАДНОЙ СИБИРИ (г. НОВОСИБИРСК) В ТЕЧЕНИЕ ТРЕТИ ВЕКА (ПРОГРАММЫ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «МОНИКА»)	86
0203	ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ: РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ОСНОВЕ ПРОГРАММ ВОЗ «РЕГИСТР ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА», «МОНИКА»	86
0204	ДЕПРЕССИЯ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ТЕЧЕНИЕ 14 ЛЕТ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA")	86
0205	ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ	87
0206	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭКСТРАСИСТОЛИИ	87
0207	ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ И НЕПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ МОБИТЦ I	88
0208	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И СТЕНОЗ СОННЫХ АРТЕРИЙ	88
0209	ФУНКЦИЯ ЛЕГКИХ И СМЕРТНОСТЬ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ВЫЯВЛЕННОЙ ПРИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ. РЕЗУЛЬТАТЫ 25-ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	88
0210	ВЛИЯНИЕ ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТЫ НА СОСТОЯНИЕ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМЫ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ ИБС: ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	89
0211	ФАКТОРЫ РИСКА РАННИХ ПОВТОРНЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	89
0212	ВЛИЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ ST НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	90
0213	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КАРДИОРЕСПИРАТОНОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	90
0214	ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	90
0215	ПУТИ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕКОТОРЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	91
0216	ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ФОРМ А И В	91
0217	АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ	92
0218	СОСТОЯНИЕ АКТИВНОСТИ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	92
0219	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИЯХ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ ПО ДАННЫМ ОДНОКРАТНОЙ РЕГИСТРАЦИИ ЭКГ	92
0220	ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПЕРЕМЕЩЕНИЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ПЕРЕГОРОДОК СЕРДЦА В СИСТЕМНОМ КРОВООБРАЩЕНИИ	93
0221	ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ НА ПОКАЗАТЕЛИ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ	93
0222	ВЛИЯНИЕ ЛОЗАРТАНА И ТЕЛМИСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ СУТОК	93
0223	АНТИКОАГУЛЯНТНАЯ АКТИВНОСТЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	94
0224	РОЛЬ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	94
0225	ВЛИЯНИЕ КОРАКСАНА НА РЕОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	94
0226	ОЦЕНКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ	95
0227	АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА АТ2Р1 И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	95
0228	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКИХ ПРОФЕССИЙ	96
0229	БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СТРЕССА И ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНУЮ НАГРУЗКУ У ПАЦИЕНТОВ СО СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	96
0230	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА ЭСМОЛОЛА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА БЕЗ ПОДЪЕМА ST	96
0231	ВЛИЯНИЕ ЗОФЕНОПРИЛА И ПЕРИНДОПРИЛА НА КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ, ПОКАЗАТЕЛИ ОКИСДАТИВНОГО СТРЕССА И ГЛИКЕМИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ ПРИ ИХ РАННЕМ ПРИМЕНЕНИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ОСТРЫМ ПЕРЕДНИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	97
0232	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ WPW В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ	97
0233	ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И РАССТРОЙСТВА ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА	98
0234	АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА Trp64Arg ГЕНА ADRB3 С РАЗВИТИЕМ МА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	98

0235	ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ НА ФУНКЦИЮ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И КОМПЛЕКС ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ	98
0236	ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО ФАКТОРА ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ЖЕСТКОСТИ СТЕНКИ АРТЕРИИ У РОДСТВЕННИКОВ ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА С БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	99
0237	ИНДЕКС ВРЕМЕНИ СИСТОЛИЧЕСКОГО И ДИАСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I-II СТЕПЕНИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	99
0238	ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	100
0239	СРАВНЕНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	100
0240	ВЫБОР ОПТИМАЛЬНЫХ КОМБИНАЦИЙ ИНДАПАМИДА С АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	100
0241	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	101
0242	ЧАСТОТА ОБОСТРЕНИЙ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА СРАВНИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ И КЛОПИДОГРЕЛЕМ	101
0243	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ И МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	101
0244	СРАВНИТЕЛЬНАЯ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ВВЕДЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	102
0245	ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ МАТЕРИНСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ НА СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО	102
0246	ОЦЕНКА КОРОНАРНОГО РЕЗЕРВА МИОКАРДА С ПОМОЩЬЮ ПЕРФУЗИОННОЙ ОДНОФОТОННОЙ ЭМИССИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	103
0247	РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ	103
0248	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЛИЯНИЯ НЕБИВОЛОЛА И БЕТАКСОЛОЛА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	104
0249	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ БЕТАКСОЛОЛОМ И НЕБИВОЛОЛОМ НА МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	104
0250	ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕГУЛЯТОРНО-АДАПТИВНЫХ СИСТЕМ ОРГАНИЗМА БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ	104
0251	ВЗАИМОСВЯЗЬ ВЯЗКОУПРУГИХ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ И СОСТАВА ИХ МЕМБРАН У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	105
0252	ЛИЧНОСТНАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ТЕЧЕНИЕ 24 ЛЕТ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НА ОСНОВЕ ПРОГРАММЫ ВОЗ "MONICA")	105
0253	МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД В ОЦЕНКЕ СТРУКТУРНО- ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА И БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО СТВОЛА ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	105
0254	ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ВНЕКЛЕТОЧНОГО МАТРИКСА МИОКАРДА ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ КРЫС ЛИНИИ ВИСТАР ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ИЗБЫТОЧНЫХ ХОЛИНЭРГИЧЕСКИХ ВЛИЯНИЙ	106
0255	ЗНАЧЕНИЕ ЦИСТАТИНА С ДЛЯ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	106
0256	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ СРЕДНЕГО РИСКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ Д-ДИМЕРА ПЛАЗМЫ КРОВИ	107
0257	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У ПОДРОСТКОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	107
0258	НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	107
0259	ИБС У ЖЕНЩИН: НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ	108
0260	ДИНАМИКА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭКГ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРЕТИДА	108
0261	ОПТИМАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА	108
0262	ОЦЕНКА СОСУДИСТОЙ ЖЁСТКОСТИ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ВРЕМЕНИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У ЛИЦ МОЛОЖЕ И СТАРШЕ 60 ЛЕТ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	109
0263	ВЛИЯНИЕ ПРЕДИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	109
0264	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ ПО КОНТРАКТУ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА: СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД И СОСТОЯНИЕ МЫШЛЕНИЯ	109
0265	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	110
0266	ЛЕЧЕНИЕ ФЛУОКСЕТИНОМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ.	110
0267	ЧТО ДАЮТ АКЦИИ ПО ИЗМЕРЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ КРОВИ? ОПЫТ ВИТЕБСКА	110
0268	НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ АОРТОАРТЕРИИТОМ С СИНДРОМОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	111
0269	ОБМОРОК (СИНКОПЕ): НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	111
0270	ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ СД 1 И 2 ТИПА	111

0271	ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ, ПОТОКА ТРИКУСПИДАЛЬНОЙ РЕГУРГАТАЦИИ И ПРОЦЕСС ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	112
0272	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИХ ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ	112
0273	ВЛИЯНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ЧАСТОТУ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ АНЕВРИЗМОЙ БРЮШНОЙ АОРТЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	113
0274	ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	113
0275	ПОЛ КАК ПРЕДИКТОР РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОСЛЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА	113
0276	ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТРАЦИКЛИНОВЫМИ АНТИБИОТИКАМИ	114
0277	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОНКОРА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	114
0278	СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СЕРДЦА	115
0279	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНАЦИИ МЕКСИКОРА И АЛЛАПИНИНА ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА СЕРДЦА	115
0280	МОЧЕВАЯ КИСЛОТА И НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	115
0281	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ЛИКОПИНА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА	116
0282	ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН ПРИ КАРДИАЛЬНОМ СИНДРОМЕ X	116
0283	АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ В УСЛОВИЯХ СОСУДИСТОГО СПАЗМА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ СОЛНЕЧНОЙ АКТИВНОСТИ	116
0284	ЛИПИДНЫЙ ПРОФИЛЬ И ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЫРАЖЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	117
0285	ИЗБЫТОЧНЫЙ ПРИРОСТ МАССЫ ТЕЛА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ – ФАКТОР РИСКА ОЖИРЕНИЯ И МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ	117
0286	РАМИПРИЛ В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА (РИМС)	118
0287	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	118
0288	ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ИНДЕКС НЕСТАБИЛЬНОСТИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ ИБС	118
0289	ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	119
0290	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ	119
0291	К ВОПРОСУ О СВЯЗИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QTc И ВОЗРАСТА СРЕДИ ЖЕНЩИН	120
0292	К ВОПРОСУ О ВЗАИМОСВЯЗИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИНТЕРВАЛА QTc С ВОЗРАСТОМ В ГРУППЕ ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН ВЫЖИВШИХ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ	120
0293	КОРРИГИРОВАННЫЙ ИНТЕРВАЛ QT У ЖЕНЩИН ВЫЖИВШИХ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ	120
0294	ВЫЖИВАЕМОСТЬ ЖЕНЩИН С РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ЗА 10 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ	121
0295	ОПТИМАЛЬНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У ЖЕНЩИН	121
0296	ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК ФАТАЛЬНОГО ИСХОДА СРЕДИ ЖЕНЩИН ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ	122
0297	АРИТМОГЕННАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	122
0298	СРАВНЕНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ХОДЕ ТИЛТ-ТЕСТА, ПРОВЕДЕННОГО ПО ВЕСТМИНТЕРСКОМУ И ИТАЛЬЯНСКОМУ ПРОТОКОЛАМ, У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОКАРДИОГЕННЫМИ ОБМОРОКАМИ И СМЕШАННЫМ ТИПОМ ОТВЕТА	122
0299	СРАВНЕНИЕ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА В ХОДЕ ТИЛТ-ТЕСТА, ПРОВЕДЕННОГО ПО ВЕСТМИНТЕРСКОМУ И ИТАЛЬЯНСКОМУ ПРОТОКОЛАМ, У ПАЦИЕНТОВ С НЕЙРОКАРДИОГЕННЫМИ ОБМОРОКАМИ И ВАЗОДЕПРЕССОРНЫМ ТИПОМ ОТВЕТА	123
0300	ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ГИПОТОНИЯ В ХОДЕ ТИЛТ-ТЕСТА У ПАЦИЕНТОВ С СИНКОПАМИ В АНАМНЕЗЕ И ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ	123
0301	ЛОДЫЖЕЧНО-ПЛЕЧЕВОЙ ИНДЕКС, ОПРЕДЕЛЕННЫЙ С ПОМОЩЬЮ РУЧНОГО ТОНОМЕТРА, КАК СКРИНИНГОВЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	124
0302	ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ КОРОНАРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	124
0303	МАРКЕРЫ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ У БОЛЬНЫХ С ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	124
0304	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ	125
0305	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: ЕСТЬ ЛИ РАЗЛИЧИЯ?	125
0306	ДИНАМИКА ЦИТОКИН- И ЭНДОТОКСИНЕМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	126
0307	СВЯЗЬ ПОВЫШЕННОГО УРОВНЯ ЛИПОПРОТЕИДА (а) С РЕСТЕНОЗОМ И ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	126
0308	КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОК САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ	126

0309	ДИНАМИКА МАРКЕРОВ ПОРАЖЕНИЯ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТРИКСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИВАБРАДИНОМ	127
0310	АНТИТЕЛА К CHLAMYDIA PNEUMONIAE В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА.	127
0311	ПОКАЗАТЕЛИ МЕТАБОЛИЗМА КАТЕХОЛАМИНОВ КАК ПРЕДИКТОР ОТВЕТА НА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ У БОЛЬНЫХ С НЕКОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	128
0312	ИНГИБИТОР АКТИВАТОРА ПЛАЗМИНОГЕНА У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	128
0313	ОЦЕНКА СВЯЗИ СТРУКТУРНО–ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МИОКАРДА С РАЗВИТИЕМ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	128
0314	ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАМИПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	129
0315	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И АССОЦИИРОВАННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН 19-64 ЛЕТ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ	129
0316	ЛЕЙКОЦИТАРНЫЙ ИНДЕКС ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА, НАХОДЯЩИХСЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	130
0317	ОЦЕНКА КОМПЛАЕНТНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И КОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	130
0318	ГЕМОДИНАМИКА В МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	130
0319	НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	131
0320	КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА, В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСЛОЖНИВШИМСЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	131
0321	МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТАЛАМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА	132
0322	РОЛЬ НЕКРОЗОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В РАЗВИТИИ ИХ КАЛЬЦИНОЗА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	132
0323	НЕКОТОРЫЕ АТЕРОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНЫХ АНЕМИЯХ	132
0324	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАНЯТИЙ СПОРТОМ	133
0325	ЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЯ Е/А ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН	133
0326	МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ	133
0327	ЦИФРОВАЯ ВИДЕОБИОМИКРОСКОПИЯ СОСУДОВ КОНЬЮНКТИВЫ КАК МЕТОД МОНИТОРИНГА ФАРМАКОТЕРАПИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	134
0328	НАРУШЕНИЕ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	134
0329	ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ ПРОГРАММНОЙ СИСТЕМЫ «РАСПОЗНАВАНИЕ»	135
0330	СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА.	135
0331	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ	136
0332	ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ	136
0333	ПРЯМЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ПРОВЕДЕНИЯ КАЛЬЦИЯ ЧЕРЕЗ КАНАЛ NCN/I	136
0334	АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ПРИ СРАВНИТЕЛЬНОМ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПЕТЛЕВЫХ ДИУРЕТИКОВ (ФУРОСЕМИД ПРОТИВ ТОРАСЕМИДА/ДИУВЕРА) У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	137
0335	РАЗРАБОТКА НОВОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ ВАЗОМОТОРНОЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕОВАЗОГРАФИИ	137
0336	ВАЗОМОТОРНАЯ ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ I СТЕПЕНИ МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА И ЕЁ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	138
0337	ВЛИЯНИЕ ТЕВЕТЕНА И ЭНАЛАПРИЛА НА АКТИВНОСТЬ NO-СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q	138
0338	ВЛИЯНИЕ ТЕВЕТЕНА И ЭНАЛАПРИЛА НА СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ ОКИСЛЕНИЯ И АКТИВНОСТЬ NO-СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q	138
0339	СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ	139
0340	ФАКТОР НЕКРОЗА ОПУХОЛИ-α И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	139
0341	ЭКСПРЕССИЯ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	140
0342	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ИВАБРАДИНА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ	140
0343	ПОВЫШЕНИЕ АДАПТАЦИИ К ФИЗИЧЕСКИМ НАГРУЗКАМ С ПОМОЩЬЮ ПРОИЗВОДНОГО БЕНЗИМИДАЗОЛА НА ФОНЕ КАТЕХОЛАМИНОВОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	141
0344	ОКИСЛЕННЫЕ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ БЕЛКИ В ГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ТИПА 2	141
0345	НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МОНОПРИЛА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	141
0346	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С РАЗВИТИЕМ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА	142
0347	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	142

0348	ЭНЗИМНЫЙ ПРОФИЛЬ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	143
0349	ОЦЕНКА РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МОЛОДЫХ	143
0350	НАРУЖНЫЕ РАЗРЫВЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	143
0351	ОСОБЕННОСТИ ГЕМОРЕОЛОГИИ И СИСТЕМЫ NO-ЭНДОТЕЛИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	144
0352	ТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНОГО ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	144
0353	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	144
0354	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	145
0355	АДАПТАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	145
0356	ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	145
0357	ПОКАЗАТЕЛИ УПРУГОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА $\beta 1$ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	146
0358	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	146
0359	ХОЛТЕРОВСКОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ И ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИМПЛАНТИРОВАННЫМИ КАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ	147
0360	ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИБС У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ИХ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	147
0361	ОСОБЕННОСТИ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ ПАЦИЕНТОВ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	147
0362	ЦЕННОСТНЫЕ ОРИЕНТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС И ИХ СВЯЗЬ С КЛИНИЧЕСКИМИ ОСОБЕННОСТЯМИ, ЕЕ ФАКТОРАМИ РИСКА, ТРИГГЕРНЫМИ ФАКТОРАМИ РАЗВИТИЯ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	148
0363	ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИБС, ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ, И ТРИГГЕРЫ РАЗВИТИЯ ПРИСТУПА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	148
0364	СИМВАСТАТИН И УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛИПИДЕМИИ И НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	149
0365	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА. ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ	149
0366	ПРЕССОРНЫЕ ФАКТОРЫ И СУТОЧНЫЕ ПРОФИЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	150
0367	ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ КАК ФАКТОР ПРОГРЕССИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	150
0368	МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ И АПОПТОЗ НЕЙТРОФИЛОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОСЛОЖНЕННЫМИ РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	150
0369	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕОБЛАДАНИЯ ТОНУСА ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ	151
0370	ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	151
0371	СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ УЛИЦ ПОЖИЛОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	152
0372	ВЫРАЖЕННОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТА АССОЦИИРУЕТСЯ С ОКИСЛИТЕЛЬНЫМ СТРЕССОМ, НАРУШЕНИЕМ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	152
0373	СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ	152
0374	ОЦЕНКА ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ АМПРИЛАН (РАМИПРИЛ) В ДОЗЕ 10 МГ/СУТ И ТЕНОКС (АМЛОДИПИН) В ДОЗЕ 5 МГ/СУТ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ	153
0375	МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ У ДЕТЕЙ (СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ)	153
0376	ПРОФИЛАКТИКА ПРОГРЕССИРОВАНИЯ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И ВАБРАДИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СИНУСОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА	153
0377	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ	154
0378	ПРЕДИКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	154
0379	МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ	155
0380	ПРОГНОЗ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	155
0381	КАРДИОРЕНАЛЬНОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	155
0382	ЗНАЧИМОСТЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПРОЦЕССЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	156
0383	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ И ГЕМОСТАЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКОЙ КАРДИО-ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	156
0384	КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЭНАЛАПРИЛА И ГИПОТИАЗИДА	156
0385	ОСОБЕННОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	157
0386	ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ В ХОДЕ ВЫПОЛНЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	157

0387	НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА, ОСЛОЖНИВШИЕ РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД У КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	158
0388	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТА МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	158
0389	ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ ИМИДАЗОЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	158
0390	ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ АНТИОКСИДАНТНЫХ ФЕРМЕНТОВ И РИСК РАЗВИТИЯ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГАЛОМЕТАЛЛИЧЕСКИХ СТЕНТОВ	159
0391	ХАРАКТЕР ВЗАИМОСВЯЗИ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	159
0392	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ВЫРАЖЕННОСТЬЮ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ И СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	159
0393	ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ ПРИ РАЗНЫХ ФОРМАХ ИШЕМИИ МИОКАРДА	160
0394	АНТИФОСФОЛИПИДНЫЙ СИНДРОМ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	160
0395	РОЛЬ ИММУННЫХ НАРУШЕНИЙ В ПАТОГЕНЕЗЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН	160
0396	УПРАВЛЕНИЕ АЛИМЕНТАРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА ССЗ В ОРГАНИЗОВАННОМ КОЛЛЕКТИВЕ	161
0397	ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	161
0398	ПРИМЕНЕНИЕ ИАПФ ЗОКАРДИСА В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	162
0399	ПРИМЕНЕНИЕ БЕТАКСОЛОЛА У ЖЕНЩИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	162
0400	ПРОЯВЛЕНИЕ СИНДРОМА ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА	163
0401	СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА В ВОЗРАСТЕ ДО 1 ГОДА	163
0402	ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ СТЕНОЗОМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ СОСУДОВ	163
0403	КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	164
0404	СИСТЕМНЫЙ ОБМЕН КАЛЬЦИЯ И ВНУТРИСЕРДЕЧНАЯ ГЕМОДИНАМИКА ПРИ КАЛЬЦИНИРОВАННОМ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ	164
0405	ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА И ГЕМОДИНАМИКА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У ЛИЦ С РАЗЛИЧНЫМИ УРОВНЯМИ НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	164
0406	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ МЕРОПРИЯТИЯМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ	165
0407	ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ ДОППЛЕРОВСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЗЕРВА КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОГО СТЕНОЗИРОВАНИЯ ПРАВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ	165
0408	ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ КРАЕВОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	166
0409	ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАЗВИТИЕ РАЗРЫВОВ СЕРДЦА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В КРАСНОЯРСКЕ	166
0410	ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА И ТРИМЕТАЗИДИНА НА ПРОТЕОМНЫЙ ПРОФИЛЬ ПЛАЗМЫ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ СТАНДАРТНОГО РЕЖИМА ТЕРАПИИ	166
0411	ПОЗДНИЕ СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА	167
0412	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЫСОКИМ РИСКОМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	167
0413	ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ХРОНОТРОПНОГО ОТВЕТА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	168
0414	ОСЛОЖНЕНИЯ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ИТОГАМ 20-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	168
0415	ВЛИЯНИЕ МЕТЕОФАКТОРОВ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	168
0416	ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЕЁ ФОРМ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩИХ В Г.СУМГАИТ	169
0417	ИЗМЕНЕНИЕ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ	169
0418	ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА У БОЛЬНЫХ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	169
0419	ОЦЕНКА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	170
0420	ДИНАМИКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ К ПРОВЕДЕНИЮ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ИЗМЕНЕНИЮ ОБРАЗА ЖИЗНИ	170
0421	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ГИПОТЕНЗИВНОГО ПРЕПАРАТА ЭКВАТОРА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	170
0422	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МУЛЬТИФОКАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	171
0423	РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН	171
0424	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	172
0425	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПО ДАННЫМ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	172
0426	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИАНГИНАЛЬНОЙ (МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ) ТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА	172

0427	ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 2 СТЕПЕНИ	173
0428	ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	173
0429	ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ	174
0430	КАРДИАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СОННЫХ АРТЕРИЙ	174
0431	АНАЛИЗ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ СУБКЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА И ДИСЛИПИДЕМИИ	174
0432	СУММАРНЫЙ РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА	175
0433	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	175
0434	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К НАЗНАЧЕНИЮ БЛОКАТОРОВ СА- КАНАЛОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	175
0435	ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПЛАНОВЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ У БОЛЬНЫХ С ИБС	176
0436	ФЕНОТИПЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН	176
0437	ХАРАКТЕРИСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С РАЗНЫМИ ФЕНОТИПАМИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	177
0438	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ	177
0439	ТРАНСФОРМАЦИЯ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ГИПЕРТОНИЮ: МОГУТ ЛИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА БЫТЬ ПРЕДИКТОРОМ?	177
0440	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	178
0441	ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ ЛИМИТИРОВАННОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА КАРДИОЛОГА НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ	178
0442	ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА	178
0443	СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КУПИРОВАНИЮ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ	179
0444	ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ, АКТИВАЦИЯ ЛЕЙКОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ: РОЛЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	179
0445	ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ДОСТИЖЕНИЕ ЦЕЛЕВОГО УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ЕДИНСТВЕННОЙ ЗАДАЧЕЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ?	180
0446	ВОЗМОЖНОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	180
0447	МНОГОКРАТНЫЙ КОНТРОЛЬ АГРЕГАЦИИ ЛЕЙКОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНОЙ СУСПЕНЗИИ ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	180
0448	У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ ПРИ РАЗВИТИИ ПНЕВМОНИИ НЕОБХОДИМА КОРРЕКЦИЯ АГРЕГАЦИИ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ КРОВИ	181
0449	СОСТОЯНИЕ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ И СИМПАТО-АДРЕНАЛОВОЙ СИСТЕМ У БОЛЬНЫХ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА	181
0450	ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕЛИЧИНЫ МАССЫ ТЕЛА	182
0451	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХАРАКТЕРИСТИК ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВАРИАНТОВ ДВУХФАЗНОГО РИТМА ПУЛЬСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	182
0452	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ У ВЕТЕРАНОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	182
0453	РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАТЕГИИ ВЫСОКОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ	183
0454	ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ЭПРОСАРТАНА ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	183
0455	ХАРАКТЕРИСТИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	184
0456	ТИПЫ ХОЛЕСТЕРИНОВЫХ ПРОФИЛЕЙ У ЗДОРОВЫХ И БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	184
0457	ФАКТОРЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ В УСЛОВИЯХ ТИПИЧНОГО СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ	184
0458	СПОНТАННЫЙ И ИНДУЦИРОВАННЫЙ АПОПТОЗ ЛИМФОЦИТОВ И ПРОТЕКТИВНАЯ РОЛЬ БЕЛКОВ ТЕПЛОВОГО ШОКА-70 ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	185
0459	ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИБС И ЕЕ СВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА У МУЖЧИН МОСКВЫ 33-64 ЛЕТ ЗА ПЕРИОД С 1975 ПО 2001гг	185
0460	СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОРГАНИЗОВАННЫЕ КОЛЛЕКТИВЫ	186
0461	ВЗАИМОСВЯЗЬ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛАСТИЧЕСКИХ СВОЙСТВ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	186
0462	РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКГ-ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЕРДЦА ВИРУСАМИ ГРИППА И КОКСАКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	187
0463	ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	187
0464	МОЖНО ЛИ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ПРЕДШЕСТВЕННИК МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА КАК КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРСА КИНЕЗИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И СОХРАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИЕЙ?	187
0465	АУТОРЕЗТКООБРАЗОВАНИЕ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ, СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	188

0466	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОЖЕ И СТАРШЕ 75 ЛЕТ	188
0467	ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	188
0468	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ К КРАТКОСРОЧНОЙ И ДЛИТЕЛЬНОЙ ДИЕТЕ: ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ	189
0469	ДЕФЕКТ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ КАК ПРИЧИНА ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)	189
0470	ИНФОРМАТИВНОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ОЦЕНКЕ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН.	190
0471	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН	190
0472	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	190
0473	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СОННЫХ АРТЕРИЙ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ	191
0474	ПРИЧИНЫ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	191
0475	ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ РАМИПРИЛА НА ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	191
0476	МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА	192
0477	ОСОБЕННОСТИ ЖЕСТКОСТИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА	192
0478	ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ПРИ СОЧЕТАНИИ ЭТИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	193
0479	ВЛИЯНИЕ ТЕСТОСТЕРОНА НА УРОВЕНЬ АД И МАССУ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У МУЖЧИН С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПРИОБРЕТЕННЫМ АНДОГЕНОДЕФИЦИТОМ	193
0480	САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 2 ТИПА И ЭЛАСТИЧНОСТЬ СТЕНКИ СОСУДОВ	193
0481	ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И НАРУШЕНИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА НЕЙТРОФИЛОВ У КУРЯЩИХ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ	194
0482	НАРУШЕНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ В ХОДЕ ПРОБЫ С ЖИРОВОЙ НАГРУЗКОЙ КАК ФАКТОР КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА	194
0483	ИНТЕГРАТИВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	195
0484	РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД	195
0485	ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНА И РЕЦЕПТОРОВ ПЕРВОГО ТИПА АНГИОТЕНЗИНА У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	195
0486	ОСОБЕННОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	196
0487	КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ВОЗМОЖНОСТИ ВЛИЯНИЯ НА ПРОГНОЗ	196
0488	ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ПРОГНОЗЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА С ПЕРВИЧНЫМ НЕОСЛОЖНЕННЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	197
0489	ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ АНГИОПЛАСТИКЕ И СТЕНТИРОВАНИЮ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	197
0490	ЭТНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ИНТРАКОРОНАРНОМ СТЕНТИРОВАНИИ	198
0491	СЕВЕРО-ЮЖНЫЙ ГРАДИЕНТ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ТЮМЕНСКОМ РЕГИОНЕ	198
0492	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ИМПЛАНТАЦИИ КАРДИОВЕРТЕРА-ДЕФИБРИЛЛЯТОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: ДАННЫЕ РЕГИСТРА RANORAMA В РОССИИ	198
0493	ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКАЯ АСИНХРОННОСТЬ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ	199
0494	СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И УРОВЕНЬ АМИНОТЕРМИНАЛЬНОГО МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПРОПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	199
0495	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РОЗУВАСТАТИНА В КОМБИНАЦИИ С ω 3-ПНЖК ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ	199
0496	ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ТАХИСИСТОЛИЙ – ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ САМОПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙСЯ АКТИВНОСТИ	200
0497	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС: ВОЗМОЖНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ.	200
0498	ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ СОСТОЯНИЯ- ВЗАИМОСВЯЗЬ У ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ РАДИАЦИОННОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ	201
0499	ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	201
0500	СИНДРОМНАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АВТОМАТИЗИРОВАННАЯ СИСТЕМА В УСЛОВИЯХ СКОРОЙ ПОМОЩИ	201
0501	ЛАТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ.	202
0502	НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ	202
0503	ЧАСТОТНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	202
0504	АТЕРОГЕННОСТЬ ПРИРОДНЫХ ДИКАРБОНИЛЬНЫХ СОЕДИНЕНИЙ	203
0505	ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	203
0506	ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИМПЛАНТАЦИИ КАВА-ФИЛЬТРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	204

0507	МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ	204
0508	НЕКОТОРЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ПРИЕМА ПРОПАФЕНОНА	204
0509	ВЛИЯНИЕ СОТАЛОЛА И АМИОДАРОНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И ЭНЕРГООБЕСПЕЧЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НЕРЕВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА	205
0510	НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БЕРЕМЕННЫХ И ПАТОЛОГИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	205
0511	ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ	206
0512	КАРДИОРЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЛЖ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	206
0513	О ПРОБЛЕМЕ НАДЕЖНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И РОЛИ МОНИТОРИНГА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПОЧЕК	206
0514	ПРОФИЛАКТИКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА: СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И РЕАЛЬНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА	207
0515	КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСТИНФАРКТНОГО ГЕНЕЗА В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ	207
0516	ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	207
0517	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВИТРУМ [®] КАРДИО ОМЕГА – 3 У БОЛЬНЫХ ИБС	208
0518	ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АПФ	208
0519	ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА И УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	209
0520	ПОКАЗАТЕЛИ ПОВЕРХНОСТНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	209
0521	ОЦЕНКА КАРДИОРЕНАЛЬНЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	209
0522	ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СЕРДЦА	210
0523	КАРДИОПРОТЕКТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭТОКСИДОЛА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ	210
0524	ПЕРСПЕКТИВЫ КОРРЕКЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА ДЛЯ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ	211
0525	ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОНОТЕРАПИИ У ЛИЦ С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	211
0526	ТЯЖЕЛАЯ РЕТИНОПАТИЯ – ОТЕК ДИСКА ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	211
0527	КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КРАЛОНИН В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	212
0528	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ОМЕГА-3 ПОЛИНЕНАСЫЩЕННЫХ ЖИРНЫХ КИСЛОТ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧКОВЫМИ АРИТМИЯМИ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	212
0529	ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА	212
0530	ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕССОРНЫХ ФАКТОРОВ И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	213
0531	ПОТРЕБЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ (ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)	213
0532	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ МАСКИРОВАННОЙ ГИПЕРТОНИИ	214
0533	ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	214
0534	ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ КРОВОТОК И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	214
0535	ДИНАМИКА ПРОФИЛЯ ЦИТОКИНОВ И УРОВНЯ СРБ У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ПРИЕМА РОЗУВАСТАТИНА	215
0536	ОПРЕДЕЛЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ	215
0537	ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК НА ЦЕНТРАЛЬНУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	216
0538	КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ, ПРОГНОЗ И СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ИБС У ЖЕНЩИН	216
0539	СРАВНИТЕЛЬНОЕ КОНТРОЛИРУЕМОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ ИЛИ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МНОГОЦЕНТРОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «АККОРД»)	216
0540	ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВЕННОГО СТРЕССА НА ФОРМИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЧАСТОТУ ВОЗНИКНОВЕНИЙ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У МАШИНИСТОВ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЛОКОМОТИВОВ	217
0541	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ВО ВРЕМЕННОЙ ОБЛАСТИ ЗА 24 ЧАСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	217
0542	ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА	218
0543	ЭНДОВАСКУЛЯРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ.	218
0544	НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ХОДЬБЫ В КАЧЕСТВЕ ТРЕНИРУЮЩЕГО ФАКТОРА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	218
0545	СПОСОБ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ	219
0546	АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ В СЕЛЬСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ СТАРШЕ 80 ЛЕТ. ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗА 36 ЛЕТ	219

0547	ТЕЛЕМЕТРИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС «UNET» – СОВРЕМЕННЫЙ ИНСТРУМЕНТ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	220
0548	РАСПРЕДЕЛЕНИЕ МУЖЧИН С РАЗЛИЧНЫМИ КАТЕГОРИЯМИ НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ ЗА КОГОРТОЙ	220
0549	ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОКС С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	220
0550	НАЛИЧИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК ПОВЫШАЕТ ПРЯМЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ЗАТРАТЫ НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	221
0551	ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ.	221
0552	ДЕЛИРИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ДРУГИХ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	222
0553	БЛОКАДЫ СЕРДЦА, ОСЛОЖНИВШИЕ ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНФАРКТА МИОКАРДА: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ И ОПТИМАЛЬНЫХ СРОКОВ ИМПЛАНТАЦИИ ИСКУССТВЕННОГО ВОДИТЕЛЯ РИТМА	222
0554	ТЕЧЕНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ИМПЛАНТИРУЕМЫМИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРАМИ И ОПТИМИЗАЦИЯ ИХ КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ	222
0555	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАМИПРИЛА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	223
0556	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ШКАЛ РИСКА СМЕРТНОСТИ ОТ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	223
0557	ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КЛАСТЕРИЗАЦИИ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	224
0558	ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД (Кировское отделение Горьковской железной дороги)	224
0559	АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗАТРАТ РАЗЛИЧНЫХ РЕЖИМОВ ДВУХКОМПОНЕНТНОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ	224
0560	АВТОНОМНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	225
0561	КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ЛЕВОТИРОКСИНА НАТРИЯ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	225
0562	АТЕРОСКЛЕРОЗ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МУЖЧИН	226
0563	ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ БЕТАГИСТИНА ДИГИДРОХЛОРИДА К ТЕРАПИИ ЭНАЛАПРИЛОМ ПРИ СИМПТОМАХ ГОЛОВОКРУЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ХСН II-III ФК (ПО КЛАССИФИКАЦИИ NYHA)	226
0564	ИССЛЕДОВАНИЕ КАМЕЛИЯ: СРАВНЕНИЕ ТЕРАПИИ, ОСНОВАННОЙ НА КАРВЕДИЛОЛЕ ИЛИ МЕТОПРОЛОЛЕ, У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА/ОЖИРЕНИЕМ	227
0565	НОВЫЙ АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	227
0566	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛЯ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ И ИХ КОМБИНАЦИИ С В-АДРЕНОБЛОКАТОРАМИ	227
0567	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	228
0568	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	228
0569	МНОГОФАКТОРНЫЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА И ФАКТОРОВ РИСКА (ГЕМОДИНАМИКИ И ОЖИРЕНИЯ) У МУЖЧИН ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	229
0570	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	229
0571	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АДАПТОЛА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	229
0572	ЖЕСТКОСТЬ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ДВУХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	230
0573	ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, УРОВЕНЬ ИНСУЛИНА И С-ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ 2 ТИПОМ САХАРНОГО ДИАБЕТА СТАРШЕ 40 ЛЕТ	230
0574	РАННИЕ МАРКЕРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ НАРУШЕНИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	230
0575	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦИРКАДНОГО ИНДЕКСА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	231
0576	ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ НЕЙТРАЛЬНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	231
0577	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТИРЕОЗОМ	232
0578	ВОЗМОЖНОСТИ ЛИЗИНОПРИЛА В КОРРЕКЦИИ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К ГЛЮКОЗЕ	232
0579	НОРМАЛИЗАЦИЯ АКТИВНОСТИ ПЛАЗМЕННОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ЛИЗИНОПРИЛА	232
0580	ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОД КОНТРОЛЕМ N-КОНЦЕВОГО ФРАГМЕНТ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА	233
0581	ИЗМЕНЕНИЯ РЕНАЛЬНОГО ПАРЕНХИМАТОЗНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОРТОСТАТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	233
0582	ОЦЕНКА НИТРОКСИДПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО КОНТИНУУМА	234
0583	РАННЕЕ ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	234

0584	ГОМОЦИСТЕИН И ПРОЦЕССЫ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	234
0585	АНАЛИЗ ТРУДОВОЙ АКТИВНОСТИ МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	235
0586	ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У МУЖЧИН	235
0587	ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА, УРОВЕНЬ СРБ И СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ	236
0588	КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	236
0589	КЛЕТОЧНО-ЦИТОКИНОВАЯ РЕАКЦИЯ АПОПТОЗА ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ	236
0590	АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА Gly389Arg ГЕНА ADRB1 С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	237
0591	ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ	237
0592	ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ, ГОРМОНАЛЬНЫЙ СТАТУС И СОДЕРЖАНИЕ СУБСТАНЦИИ P У ЖЕНЩИН С БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИЕЙ МИОКАРДА	237
0593	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА	238
0594	ПОТЕРЯ КАРДИОМИОЦИТОВ И РЕПАРАЦИЯ ДНК ПРИ КАРДИОМИОПАТИИ У МЫШЕЙ MDX	238
0595	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ИНВАЗИВНЫХ И НЕИНВАЗИВНЫХ СТАЦИОНАРАХ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ)	239
0596	ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	239
0597	ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВАРФАРИН	239
0598	ВЗАИМОСВЯЗЬ ИЗМЕНЕНИЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ С ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПО ДАННЫМ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	240
0599	МИКРОЦИРКУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЕЛОТРЕНИРОВОК	240
0600	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПОДХОДЫ К СНИЖЕНИЮ ВЕСА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ И ИЗБЫТОЧНЫМ ВЕСОМ ИЛИ ОЖИРЕНИЕМ.	241
0601	ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ САХАРОСНИЖАЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2	241
0602	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ	241
0603	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ И ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	242
0604	ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЗОФЕНОПРИЛА НА СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	242
0605	РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНЫХ ТАХИАРИТМИЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ	242
0606	ДИНАМИКА ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА И СРЕДНЕГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ЛИЦ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ	243
0607	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ЯМАЛА	243
0608	ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ	243
0609	СТАТИФИКАЦИЯ МАТЕРИНСКОГО РИСКА – ОСНОВА УСПЕШНОГО ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА	244
0610	АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ СОКРАЩЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	244
0611	ТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ГИПОТЕРИОЗА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ	245
0612	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ФОНЕ ГИПОТИРЕОЗА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ	245
0613	ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПАРАМЕТРОВ ЛИПИДНОГО, УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА ИММУННЫЙ СТАТУС У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	245
0614	ОЦЕНКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭКВИВАЛЕНТНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ: РОЛЬ САМОКОНТРОЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	246
0615	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛИЗИНОПРИЛА И ЕГО КОМБИНАЦИИ С БИСОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	246
0616	ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА У БОЛЬНЫХ НЕРВМАТИЧЕСКИМИ МИОКАРДИТАМИ	247
0617	ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ	247
0618	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ И ДИНАМИЧЕСКОМ НАБЛЮДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	247
0619	ФАКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ МАТЕРИНСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА	248
0620	НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	248
0621	ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	249
0622	РОЛЬ ЛИПИДМОДИФИЦИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ЭТОКСИДОЛОТЕРАПИИ В КОРРЕКЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ	249
0623	ПОСТОЯННАЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ИБС И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ: СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АД В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭКС	249
0624	ЭТНИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В ПРОЯВЛЕНИЯХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ СЛАВЯНСКОЙ И КОРЕЙСКОЙ ГРУПП	250

0625	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФОНДАПАРИНУКСА ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ	250
0626	ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	251
0627	КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДИКТОРОВ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА	251
0628	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	251
0629	ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРЛИДИДИЕМИИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	252
0630	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ ТРЕПЕТАНИЕМ ПРЕДСЕРДИЙ	252
0631	ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ТРИГЛИЦЕРИДОВ НА РЕАБИЛИТАЦИЮ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	252
0632	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОРАСЕМИДА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	253
0633	РЕГИСТРАЦИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРЫХ ФОРМ ИБС В РОССИИ: ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	253
0634	АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ОСТРЫХ ФОРМ ИБС В г.РЯЗАНИ	254
0635	НЕКОТОРЫЕ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА	254
0636	ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ СОСУДИСТО-МОЗГОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	254
0637	ФУНКЦИОНАЛЬНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ	255
0638	ОТДЕЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И НАРУШЕНИЙ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА В ПОПУЛЯЦИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ	255
0639	СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ДЕПРЕССИИ	256
0640	ВЗАИМОСВЯЗИ РЕГУЛЯЦИИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	256
0641	ВОЗРАСТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	256
0642	ВЛИЯНИЕ ФЕНОМЕНА «РАЗМИНКИ» НА КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СИГНАЛ-УСРЕДНЕННОЙ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	257
0643	СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	257
0644	РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ	258
0645	СОСТОЯНИЕ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	258
0646	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ВЕГЕТАТИВНЫЙ БАЛАНС У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА	258
0647	ЛИПИД ВЫСВОБОЖДАЮЩАЯ СПОСОБНОСТЬ ЛЕЙКОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	259
0648	ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА СТРУКТУРНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	259
0649	ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ	260
0650	КОРРЕКЦИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ НИФЕДИПИНОМ ПРОЛОНГИРОВАННОГО ДЕЙСТВИЯ У ЛИЦ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ	260
0651	ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ВЛИЯНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА КАРВЕДИЛОЛА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ 1–2 СТЕПЕНИ	260
0652	ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ЭКСТРАСИСТОЛИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST: ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ (КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	261
0653	ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	261
0654	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВОЗМОЖНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕВЫХ ЗНАЧЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	262
0655	КОРРЕКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	262
0656	СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ	263
0657	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ У КУРЯЩИХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	263
0658	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШКОЛ ЗДОРОВЬЯ В ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	263
0659	КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЕЗДНЫХ ДИСПЕТЧЕРОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА	264
0660	ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩИМИ НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА	264
0661	ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ЭКСПРЕСС МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ	265
0662	ДИНАМИКА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСТАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ ПРИ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА	265
0663	«ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ У МУЖЧИН СТРЕССОВЫХ ПРОФЕССИЙ	265

0664	ОСОБЕННОСТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СУММАРНОГО КОРОНАРНОГО РИСКА У ЛИЦ СТРЕССОВОЙ ПРОФЕССИИ	266
0665	МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПЕРЕНЕСЁННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	266
0666	РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ МИОКАРДА. РЕЗУЛЬТАТЫ СИНХРОНИЗИРОВАННОЙ С ЭКГ ПЕРФУЗИОННОЙ ТОМОСЦИНТИГРАФИИ	267
0667	МОЧЕВАЯ КИСЛОТА И РАННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	267
0668	ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АБДОМИНАЛЬНЫМ ТИПОМ ОЖИРЕНИЯ	267
0669	ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ Q-ИНФАРКТА МИОКАРДА	267
0670	ДИНАМИКА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ФОНЕ СИСТЕМНОГО ОСТЕОПОРОЗА	268
0671	ВЛИЯНИЕ ГЛИКЕМИИ ПРИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ	268
0672	СЕЗОННЫЕ БИОРИТМЫ АНТИКОАГУЛЯНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	269
0673	ПЕРВЫЙ ОПЫТ НЕИНВАЗИВНОЙ ОЦЕНКИ ВЯЗКОСТИ КРОВИ И ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ	269
0674	НЕОДНОРОДНОСТЬ МЕХАНИЗМОВ ТРОМБОГЕННЫХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ СТЕНОКАРДИИ В РАЗЛИЧНЫЕ СЕЗОННЫЕ ПЕРИОДЫ	270
0675	РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ	270
0676	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ	270
0677	ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА	271
0678	СПОНТАННАЯ АГРЕГАЦИЯ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА ПРИ КЕТОАЦИДОЗЕ	271
0679	КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ	271
0680	ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПРОДУКЦИЕЙ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА- $\beta 1$	272
0681	ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ	272
0682	ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	272
0683	КОМБИНАЦИЯ ЛИЗИНОПРИЛА И СИМВАСТАТИНА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ: ВЛИЯНИЕ НА ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АРТЕРИЙ И ПОКАЗАТЕЛИ ОКЦИДАТИВНОГО СТРЕССА. ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	273
0684	РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БЕССИМПТОМНОЙ ИБС ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	273
0685	ТЕРАПИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПРЕПАРАТОМ «ОПРА» У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА	274
0686	ОСОБЕННОСТИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ИСКУССТВЕННЫМ ВОДИТЕЛЕМ РИТМА СЕРДЦА	274
0687	ПАТОЛОГИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	275
0688	НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	275
0689	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО РИСКА У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ	275
0690	УРОВЕНЬ NT-pro-BNP У ЛИЦ С СОЧЕТАНИЕМ ФАКТОРОВ РИСКА ИБС И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА	276
0691	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИНДОПРИЛА У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ	276
0692	РИЛМЕНИДИН В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	276
0693	ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЙ ФАКТОР В ИНИЦИИРОВАНИИ СРЫВА РИТМА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	277
0694	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОГО ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА В ОЦЕНКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ	277
0695	ХАРАКТЕРИСТИКА КАРДИОРЕНАЛЬНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	278
0696	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ НОВЫХ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИНГИБИТОРОВ АПФ	278
0697	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТОВ НИФЕДИПИНА	279
0698	ПРИВЫЧКИ ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ВАЖНЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ	279
0699	ЗНАЧЕНИЯ ИНДЕКСА АУГМЕНТАЦИИ, СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ЦЕНТРАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	279
0700	ЭНТЕРОВИРУСЫ И ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ	280
0701	ОБМЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ	280
0702	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОКАЛОРИЙНОЙ ДИЕТЫ, ОБОГАЩЕННОЙ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМИ ВЕЩЕСТВАМИ С АНТИОКСИДАНТНЫМ ДЕЙСТВИЕМ, У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2	281

0703	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕГМЕНТАРНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС И БЕЗ ИБС ПРИ ДОБУТАМИНОВОЙ СТРЕСС – ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ	281
0704	ГЛЮКОЗОИНДУЦИРОВАННАЯ МОДИФИКАЦИЯ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА	281
0705	ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «КАРДОС» У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ	282
0706	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНОГО ИЗМЕРЕНИЯ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	282
0707	ЗАВИСИМОСТЬ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН ОТ СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	283
0708	ИНДЕКСЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА: ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ	283
0709	ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	283
0710	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	284
0711	ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА И АКТИВНОСТИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	284
0712	ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ	284
0713	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕЕ ФАКТОРОВ РИСКА В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ (по материалам одномоментного исследования)	285
0714	БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ: КЛЮЧЕВАЯ РОЛЬ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	285
0715	ОПРЕДЕЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОДИНАМИКИ, СВЯЗАННЫХ С НАЛИЧИЕМ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМОЙ ВАЗОДИЛАТАЦИИ	285
0716	АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИЛТИАЗЕМА В КОМБИНАЦИИ С НИТРАТАМИ РАЗЛИЧНОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ	286
0717	ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАТОРОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	286
0718	ПРИМЕНЕНИЕ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ ЭНДОТЕЛИОЗА И ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	287
0719	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ТЕРАПИИ	287
0720	МОЧЕВАЯ КИСЛОТА И ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ, ЕСТЬ ЛИ СВЯЗЬ?	287
0721	РОЛЬ САНАТОРНОГО ЭТАПА РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ В ПОСТСТАЦИОНАРНЫЙ ПЕРИОД	288
0722	ПОКАЗАТЕЛИ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИНОВОЙ СИСТЕМЫ НА ЭТАПЕ СТАНОВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	288
0723	ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОМОЩЬЮ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИНФРАКРАСНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМБИНАЦИИ С ТРАНСПЛАНТАЦИЕЙ АУТОЛОГИЧНЫХ КАРДИОМИОБЛАСТОВ	288
0724	ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ НАЗНАЧЕНИЕ АНТИТРОМБИНОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	289
0725	ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ДИНАМИКА 2002-2007	289
0726	ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ БОЛЬНЫМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА	290
0727	ОПЫТ РАЗРАБОТКИ РЕШЕНИЙ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКОГО АУДИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «РЕГИСТР АГ»	290
0728	УПРУГО-ЭЛАСТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОСУДИСТОГО РУСЛА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	290
0729	КЛИНИЧЕСКИЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСЛОЖНЕННОЙ ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	291
0730	ВЛИЯНИЕ ФУРОСЕМИДА НА КОНЦЕНТРАЦИЮ ГЕМОГЛОБИНА У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	291
0731	ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И МЕДИАТОРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОБАРОТЕРПИИ И АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	291
0732	СПОСОБ ПОСТРОЕНИЯ КРИВОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО ПРОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	292
0733	УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	292
0734	НЕЙРОВАСКУЛЯРНАЯ КОМПРЕССИЯ СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА У МОЛОДЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	293
0735	ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ И СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	293
0736	ЭКГ-ДИНАМИКА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА, РЕПЕРФУЗИИ МИОКАРДА И РАЗВИТИЯ ФЕНОМЕНА «NO-REFLOW» ВО ВРЕМЯ ЧТКА	293
0737	РИСК РАЗВИТИЯ ПОВТОРНЫХ ТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	294
0738	ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБМЕНА СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И РОСТОВЫХ НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	294
0739	ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ» НА ИЗМЕНЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, РАБОТАЮЩИХ НА КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ПРЕДПРИЯТИИ	295

0740	РИСК СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТИ И СОЦИАЛЬНЫЙ ГРАДИЕНТ В НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	295
0741	ВЛИЯНИЕ СТРЕССА НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ НА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ЛИЦ ОПЕРАТОРСКОЙ ПРОФЕССИИ	295
0742	РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	296
0743	СООТНОШЕНИЕ УРОВНЯ КАРОТИДНОГО КРОВОТОКА И ЦЕРЕБРАЛЬНО-КАРДИАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	296
0744	ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА ПРИ МАЛЫХ СЕРДЕЧНЫХ АНОМАЛИЯХ	297
0745	ФАКТОРЫ АКТИВАЦИИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКЕ	297
0746	КОМПЛЕКС ЛИПИДНЫХ И НЕЛИПИДНЫХ БИОМАРКЕРОВ, АССОЦИИРОВАННЫХ С ИБС, В МУЖСКОЙ СИБИРСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ	297
0747	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВОЙ СТАДИИ И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОБЫ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ	298
0748	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПЕРВОЙ СТАДИИ И НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ ПО ГИПЕРТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	298
0749	СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ ПРИ АОРТАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	298
0750	ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ СТАЦИОНАРНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	299
0751	АРИТМИИ У ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА	299
0752	КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОВОЙ АКТИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И КОРРЕКЦИЯ ВЫЯВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЙ СИМВАСТАТИНОМ	300
0753	ПЛЕЙОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ	300
0754	ЦИСТАТИН АССОЦИИРОВАННЫЙ С ТЯЖЕСТЬЮ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	300
0755	ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРА Виллебранда в оценке выраженности повреждения эндотелия у больных с артериальной гипертонией	301
0756	ДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИЯ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ	301
0757	СТРУКТУРА НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ ДО ПОСТУПЛЕНИЯ В СТАЦИОНАР	302
0758	ИЗУЧЕНИЕ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ДЕТЕРМИНАНТ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН	302
0759	МУНИЦИПАЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА НА ПРИМЕРЕ РАБОТЫ ПРОФИЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	302
0760	К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФАРКТОВ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	303
0761	НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УСТАНОВЛЕННОЙ ГРУППОЙ ИНВАЛИДНОСТИ	303
0762	УРОВНИ ЛЕПТИНА, АДИПОНЕКТИНА У МУЖЧИН БЕЗ ОЖИРЕНИЯ С ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ	304
0763	МЕДИЦИНСКАЯ АКТИВНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ОСНОВНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ г.ИВАНОВО	304
0764	ПОВЫШЕНИЕ ПОРОГА ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	304
0765	ПРИМЕНЕНИЕ ГИПОКСИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	305
0766	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	305
0767	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	305
0768	ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ СРЕДИ АБОРИГЕНОВ ЯМАЛА	306
0769	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ОЖИРЕНИЯ СРЕДИ БАНКОВСКИХ СЛУЖАЩИХ	306
0770	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ РИГИДНОСТИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	307
0771	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	307
0772	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ ПРИ ХОЛОДОВОМ СТРЕССЕ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН	307
0773	ИЗМЕНЕНИЕ ПОД ВЛИЯНИЕМ АМЛОДИПИНА ЗАВИСИМОСТИ ПОКАЗАТЕЛЯ Е/А ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ОТ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ВЕГЕТАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ЖЕНЩИН	308
0774	РАЗРЫВЫ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	308
0775	КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПРАВОСТОРОННЕЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ, ТЕЧЕНИЕ, ИСХОДЫ ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ	309
0776	СИНДРОМЫ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПАЗИИ КАК ВЕДУЩИЙ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ОСТРЫХ РАССЛОЕНИЙ И РАЗРЫВОВ ВОСХОДЯЩЕЙ АОРТЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ	309
0777	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО МЕТАБОЛИЗМА НЕЙТРОФИЛОВ У ЗДОРОВЫХ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ БЕЗ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	309
0778	ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕПЕРFUЗИОННОЙ ТЕРАПИИ В ГОРОДСКОМ ОКРУГЕ ТОЛЬЯТТИ	310
0779	МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ AL-АМИЛОИДОЗА С ПОРАЖЕНИЕМ СЕРДЦА	310
0780	КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ГИДРОПЕРИКАРДОМ	311
0781	ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИЕЙ	311

0782	ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ДИССИНХРОНИИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РАДИОНУКЛИДНОЙ ВЕНТРИКУЛОГРАФИИ И ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИЕЙ	312
0783	ВАРФАРИН В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА И СИСТЕМНЫХ ЭМБОЛИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ: АДЕКВАТНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	312
0784	ВЗАИМОСВЯЗИ НАРУШЕНИЙ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	312
0785	ПОКАЗАТЕЛИ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОСЕЩАЮЩИХ ШКОЛУ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА	313
0786	ДИНАМИКА ТЕСТА 6-МИНУТНОЙ ХОДЬБЫ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	313
0787	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ РАННЕЙ КОРОНАРНОЙ РЕПЕРFUЗИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТМ МИОКАРДА НА ПОКАЗАТЕЛИ ОТДЕЛЕНИЯ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИИ	313
0788	ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	314
0789	ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ЖИТЕЛЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	314
0790	ОЦЕНКА ВКЛАДА ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ	315
0791	КОРРЕЛЯЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ДАННЫМИ ДОППЛЕРОГРАФИИ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	315
0792	ПРИМЕНЕНИЕ НОВОЙ ТЕХНОЛОГИИ ФОТОТЕРАПИИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	315
0793	ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ В ТЕЧЕНИИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ?	316
0794	КАСКАДНАЯ ПЛАЗМОФИЛЬТРАЦИЯ В КОРЕКЦИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	316
0795	ВЛИЯНИЕ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СУБ КЛИНИЧЕСКОГО ГИПОТИРЕОЗА НА БИОХИМИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА	316
0796	ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЦА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ НАРУШЕННЫХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	317
0797	АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	317
0798	ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ И АЛЕКСИТИМИЯ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	317
0799	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА И ГИПЕРТЕНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	318
0800	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КАРДОСТЕН У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ	318
0801	ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ИБС: РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	319
0802	ИНФАРКТ МИОКАРДА СРЕДИ ЖЕНЩИН – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ЧАСТОТА, НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ	319
0803	ОПЫТ РАННЕГО НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА ST НА ЭКГ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛЕНЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ НА СТУМРОМ	319
0804	ХАРАКТЕР ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ И ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ	320
0805	КЛИНИКО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА И ВНЕЗАПНОЙ КОРОНАРНОЙ СМЕРТИ	320
0806	СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО МЕТАБОЛИЗМА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ ПРИ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	321
0807	СЕЛЕНОВЫЙ СТАТУС ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	321
0808	ПРЕДИКТОРЫ ОДНОЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	321
0809	КРАТКОСРОЧНЫЙ ПРОГНОЗ ВРАЧЕЙ СТАЦИОНАРА ДЛЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	322
0810	ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И РИСК РАЗВИТИЯ ЭМБОЛОГЕННЫХ ИНСУЛЬТОВ	322
0811	ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ ТРОМБОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ	322
0812	ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ ХРОНОИНФРАСТРУКТУРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	323
0813	МЕХАНИЗМЫ ВАСКУЛЯРНЫХ ВЛИЯНИЙ АНРОГЕНОВ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ И ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС	323
0814	ОЦЕНКА ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА И ГОРОДА	323
0815	ОПТИМИЗАЦИЯ КАДРОВОГО СОСТАВА КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ЭКСПЕРТНЫХ КОМИССИЙ	324
0816	ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ВСЛЕДСТВИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	324
0817	КОГНИТИВНЫЙ РИСК БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	325
0818	ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКО НОРМАЛЬНОГО УРОВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА ДЛЯ СЕРДЦА	325
0819	ЭВОЛЮЦИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЗА 20-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД	326
0820	ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ АДИПОНЕКТИНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	326
0821	ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	327

0822	РОЗУВАСТАТИН И ФЕНОФИБРАТ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ: ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И МАРКЁРОВ ВОСПАЛЕНИЯ	327
0823	СЕМИЛЕТНИЙ ОПЫТ РАБОТЫ «ЦЕНТРА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ДИСЛИПИДЕМИЙ»	327
0824	РОЛЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	328
0825	ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ДИСЛИПИДЕМИЯМИ	328
0826	ДЕТЕРМИНАНТЫ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	329
0827	НЕЗАВИСИМЫЕ ФАКТОРЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	329
0828	ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ	329
0829	НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ	330
0830	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ	330
0831	ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ АБДОМИНАЛЬНОГО ОЖИРЕНИЯ У ЖЕНЩИН В ХИРУРГИЧЕСКОМ КЛИМАКСЕ БЕЗ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	331
0832	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ ПРИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	331
0833	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ РАЗЛИЧНЫХ КОМБИНАЦИЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ТОЛЩИНУ КОМПЛЕКСА «ИНТИМА-МЕДИА» СОННОЙ АРТЕРИИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ГИПОТИРЕОЗЕ	331
0834	ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ РОЗУВАСТАТИНА	332
0835	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И КОСТНАЯ МАССА У ЖЕНЩИН В ПОСТММENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ: АССОЦИАЦИЯ С СОЦИАЛЬНЫМИ, ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИЕЙ	332
0836	ОБЩНОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА И ПРОГНОЗ ССЗ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, (ССЗ-АС) И ОСТЕОПОРОЗА У ЖЕНЩИН ПОСТМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА	333
0837	ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ С НАЛИЧИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	333
0838	ПРЯМОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТОВ НЕФРАКЦИОНИРОВАННОГО ГЕПАРИНА И ФОНДАПАРИНУКСА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ СТОЙКИХ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ: ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБИНА И ТРОМБИНЕМИИ В ПЕРИОД ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	333
0839	ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХСН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СКОРОСТЕЙ Na ⁺ /Li ⁺ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА	334
0840	ВЛИЯНИЕ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА КОРДАРОНА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ КАРДИОВЕРСИИ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМОМ ТРЕПЕТАНИЯ ПРЕДСЕРДИЙ	334
0841	ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ	335
0842	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ГИПЕРАДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ КАК ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ	335
0843	ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ: ПЯТИЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ФАКТОРОВ РИСКА, ЛЕЧЕНИЯ	335
0844	ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ЭХОПЛОТНОСТЬЮ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК И УРОВНЕМ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У ПАЦИЕНТОВ С КАРОТИДНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ СИМВАСТАТИНОМ И АТОРВАСТАТИНОМ В КОМБИНАЦИИ С КЛОПИДОГРЕЛЕМ	336
0845	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ И ПЕЛОИДОТЕРАПИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	336
0846	АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ СИПАП-ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ ВО СНЕ	337
0847	ИЗУЧЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ У КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ	337
0848	НАРУШЕНИЯ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ	338
0849	ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, РЕАКТИВНОСТЬ АРТЕРИАЛЬНОГО РУСЛА И ЕЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОД ВЛИЯНИЕМ ПЕРИНДОПРИЛА У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	338
0850	ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ МНОГОСОСУДОСТОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST	338
0851	ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С МНОГОСОСУДИСТЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ	339
0852	КОРРЕКЦИЯ АНЕМИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НА ДОДИАЛИЗНОЙ СТАДИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	339
0853	УРОВНИ NT-proBNP И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СМЕРТНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	339
0854	СОДЕРЖАНИЕ КОЛЛАГЕНА-I И КОЛЛАГЕНА-III В МИОКАРДЕ БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ (по данным аутопсий)	340
0855	СЕРДЕЧНАЯ И ВНЕСЕРДЕЧНАЯ КОМОРБИДНОСТЬ У БОЛЬНЫХ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ	340
0856	ОЦЕНКА БИОРАСПРЕДЕЛЕНИЯ НАНОЧАСТИЦ КРЕМНЕЗЕМА И ИХ ВЛИЯНИЯ НА ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ	341
0857	О ЗНАЧЕНИИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ДЛЯ БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА	341
0858	ВКЛАД НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ	341

0859	ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖИТЕЛЕЙ КРАЙНЕГО СЕВЕРА	342
0860	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ У МУЖЧИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ОФИЦЕРОВ ПО КОНТРАКТУ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ВОЕННОГО ОКРУГА: СОСТОЯНИЕ НЕЙРОДИНАМИКИ	342
0861	АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗАННОЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В СИСТЕМЕ ОМС	343
0862	АЛГОРИТМ ЭКСПЕРТИЗЫ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ В СИСТЕМЕ ОМС	343
0863	ВЗАИМОСВЯЗЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА- β 1 С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И УРОВНЕМ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНической БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	344
0864	ОСОБЕННОСТИ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ СЕРДЦА, ФУНКЦИИ ПОЧЕК И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	344
0865	СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ β -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	344
0866	ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПИПОФЕЗИНОМ	345
0867	ДИНАМИКА КОГНИТИВНО-МНЕСТИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ПРИ ИХ КОРРЕКЦИИ ПИПОФЕЗИНОМ	345
0868	ПАРАМЕТРЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ИСТИННОЙ ПОЛИЦИТЕМИЕЙ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ	346
0869	ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ АНТАГОНИСТОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.	346
0870	ГЕТЕРОХРОНИЯ РАННИХ ПОРАЖЕНИЙ ОСНОВНЫХ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	347
0871	АДРЕНОРЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА КАК ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ТЕЧЕНИЕ ГЕСТАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	347
0872	АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У СТАЦИОНАРНЫХ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА	347
0873	ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА ПОСРАВНЕНИЮ С БИСПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ДЕКОМПЕНСАЦИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	348
0874	ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И УРОВЕНЬ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У МУЖЧИН С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	348
0875	МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, МАРКЕРЫ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ХСН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	349
0876	ВЛИЯНИЕ ИВАБРАДИНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ	349
0877	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИКОРА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ	349
0878	ИЗМЕНЕНИЕ ПРОДУКЦИИ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА В ТРОМБОЦИТАХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ИНСУЛИНА IN VITRO У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	350
0879	ФАКТОРЫ ОПЕРАЦИОННОГО РИСКА EUROSCORE ПРИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА	350
0880	ПРЕДИКТОРЫ ПОВЫШЕННОЙ КРОВОТОЧИВОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	350
0881	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА	351
0882	ОЦЕНКА ТРОФОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	351
0883	ГИПЕРМОЩНОСТИЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ИБС ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	352
0884	ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ	352
0885	ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ: ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ	352
0886	ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ	353
0887	СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ	353
0888	ФЕРМЕНТЫ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТМ МИОКАРДА	354
0889	АТЕРОГЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ: РОЛЬ АДИПОКИНОВ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РАЗВИТИЯ	354
0890	АДИПОКИНЫ И ТРАДИЦИОННЫЕ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ У БОЛЬНЫХ ИБС: РОЛЬ В РЕМОДЕЛИРОВАНИИ И ГИПЕРТРОФИИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	354
0891	НОВЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СИНДРОМОВ	355
0892	ВЛИЯНИЕ ФНО- α НА ФОРМИРОВАНИЕ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ	355
0893	КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	356
0894	ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОГО АОРТАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИБС, СТЕНОЗИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И НАРУШЕНИЕМ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	356
0895	ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ВОДНОЙ КОМПОНЕНТЫ ВНУТРЕННЕЙ СРЕДЫ ОРГАНИЗМА ПРИ ОСТРЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫХ ПРОЦЕССАХ В ЛЕГКИХ	357
0896	ПОИСК ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ЛОКАЛИЗОВАННЫХ НА КОРОТКОМ ПЛЕЧЕ ХРОМОСОМЫ 1	357
0897	ФАКТОРЫ РИСКА И СУММАРНЫЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ 15-75 ЛЕТ	357
0898	АНАЛИЗ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ACE И AT2R1 У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ КОРЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОРДОВИЯ	358

0899	ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МОЧЕВОЙ КИСЛОТЫ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	358
0900	СОСТОЯНИЕ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА СОННЫХ АРТЕРИЙ, КАК ПРЕДИКТОР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	359
0901	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА	359
0902	БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА	359
0903	ЧАСТОТА ОТДЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА	360
0904	ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ДВУХФАЗНОГО РИТМА СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	360
0905	ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА	361
0906	ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ФОНЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ	361
0907	СУТОЧНЫЕ КОЛЕБАНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА	362
0908	ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ДОБУТАМИНОМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИБЕРНИРУЮЩЕГО МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	362
0909	ДИНАМИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПЕРЕНЕСШИХ ХИРУРГИЧЕСКУЮ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЮ МИОКАРДА	362
0910	ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АТОРВАСТАТИНА НА АКТИВНОСТЬ ФОСФОЛИПАЗЫ А2 В ЭРИТРОЦИТАХ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ	363
0911	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ ДВУСТВОРЧАТЫМ АОРТАЛЬНЫМ КЛАПАНОМ	363
0912	ПРОКАЛЬЦИТОНИНОВЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА	364
0913	СРАВНЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КЛЕТОК СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ К ФОТОДИНАМИЧЕСКОМУ ВОЗДЕЙСТВИЮ	364
0914	ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПИДЕМИЙ ПРЕПАРАТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО ТИПА ДЕЙСТВИЯ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	364
0915	ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЭТАПА ИННОВАЦИОННОГО ПРОЕКТА «ЮГРА-КОР»	365
0916	ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ХАНТЫ-МАНСКИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ-ЮГРЕ	365
0917	МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА	366
0918	АКТИВНОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ И ПУЧКОВОЙ ЗОНЫ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ	366
0919	ОПТИМИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИСЛОРОДА ОРГАНИЗМОМ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ	366
0920	ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ТЕМПЕРАМЕНТОМ И УРОВНЕМ ТРЕВОЖНОСТИ	367
0921	ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У ЮНОШЕЙ С ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ СТРОЕНИЯ СЕРДЦА	367
0922	СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	368
0923	ПОКАЗАТЕЛИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН	368
0924	ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ УЗБЕКИСТАНА	368
0925	СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ И ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	369
0926	ГИПОТЕНЗИВНЫЕ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ, СОСУДИСТЫЕ И ЦЕРЕБРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ВЕРАПАМИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	369
0927	НОВЫЕ ДАННЫЕ О ДИАСТОЛЕ СЕРДЦА	369
0928	БИОМЕХАНИКА СЕРДЦА И МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ХОБЛ II СТЕПЕНИ	370
0929	ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ОСТРОЙ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОБЕ И ПРИ КУРСОВОМ ЛЕЧЕНИИ	370
0930	УРОВЕНЬ ОБРАЗОВАНИЯ И РИСК СМЕРТНОСТИ СРЕДИ МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ г.ЯКУТСКА ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	370
0931	БОЛЕВОЙ СИНДРОМ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА СКОРОЙ ПОМОЩИ	371
0932	СЕРДЕЧНЫЕ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	371
0933	МЕНОПАУЗАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ И ИЗМЕНЕНИЯ ЭХОКАРДИОГРАММЫ ПРИ СУБКЛИНИЧЕСКОМ ГИПОТИРЕОЗЕ У ЖЕНЩИН В ПРЕМЕНОПАУЗЕ	372
0934	РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИЖИЗНЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ЛЕГОЧНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ПО ДАННЫМ АУТОПСИЙ	372
0935	КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	372
0936	СЕЛЕКТИВНЫЙ ТРОМБОЛИЗИС В ЛЕЧЕНИИ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ	373
0937	ПРИМЕНЕНИЕ ЭСКОРДИ КОРА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ С ОТЕКАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ДРУГИМИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ	373
0938	ХАРАКТЕРИСТИКИ ОТКРЫТОГО ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ У ПАЦИЕНТОВ С КРИПТОГЕННЫМ ИНСУЛЬТОМ	374

0939	ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА КОРАКСАН У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ	374
0940	ПРЕСТАРИУМ А: ОЦЕНКА АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	374
0941	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА КОРАКСАН У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ	375
0942	ГЕНДЕРНЫЕ И ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА И ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ	375
0943	ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	375
0944	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ И МЕТОПРОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА (ИССЛЕДОВАНИЕ КАМЕЛИЯ)	376
0945	АРТЕРИОГРАФИЯ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ СКРИНИНГ-ТЕСТА СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	376
0946	ЭЛЕКТРОМАГНИТНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ МИЛЛИМЕТРОВОГО ДИАПАЗОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	377
0947	ВОЗМОЖНОСТИ МОНОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ В КОРРЕКЦИИ ПРОЦЕССОВ СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	377
0948	ИЗУЧЕНИЕ АНТИАГРЕГАНТНЫХ СВОЙСТВ РАСТИТЕЛЬНОГО СБОРА «КАРДИОФИТ»	377
0949	ОСОБЕННОСТИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ И ПОЛИМОРФИЗМ НЕКОТОРЫХ ГЕНОВ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТИ ТРАНСМЕМБРАННОГО ИОТРАНСПОРТА	378
0950	ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ЖЕНЩИН С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОГО СТАЦИОНАРА	378
0951	ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИЛДРОНАТОМ И ЭНАЛАПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	378
0952	ИМЕЕТ ЛИ ВЛИЯНИЕ HELICOBACTER PYLORI – ИНФЕКЦИЯ НА СУБКЛИНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ?	379
0953	АНАЛИЗ ПРИЧИН СМЕРТИ ЖИТЕЛЕЙ ГОРОДА ШАХТЫ	379
0954	ЗНАЧЕНИЕ ИНДЕКСОВ РИСКА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПЕРИОПЕРАЦИОННЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ОНКОХИРУРГИИ	379
0955	ВЛИЯНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ И СИНУСОВОГО УЗЛА У ПАЦИЕНТОВ С ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ФОНЕ СКРЫТОГО WPW-СИНДРОМА	380
0956	ПУЛЬСОВОЕ ДАВЛЕНИЕ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЙ РИСК ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	380
0957	ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА КАК ФАКТОР ДЕБЮТА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	381
0958	НОРМАТИВНЫЕ ЗНАЧЕНИЯ СТРУКТУРНО-ГЕОМЕТРИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЗДОРОВОГО СЕРДЦА	381
0959	ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	381
0960	РАСТИТЕЛЬНЫЕ СТЕРИНЫ В НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ АТЕРОГЕННЫХ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ	382
0961	НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПРЕДИКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ	382
0962	РОЛЬ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ В КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ	383
0963	ОПРЕДЕЛЕНИЕ РИСКА ПО ШКАЛЕ GRACE У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	383
0964	ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОГО КЛАСТЕРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА	383
0965	ПРЕРЫВИСТАЯ НОРМОБАРИЧЕСКАЯ ГИПОКСИТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	384
0966	ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г.ЕКАТЕРИНБУРГА РЕВМАТИЗМОМ (АНАЛИЗ ЗА 45 ЛЕТ)	384
0967	ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У ПАЦИЕНТОВ В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	385
0968	НАРУШЕНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ПРИМЕРЕ РЕТИНОПАТИИ	385
0969	НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОГО РИСКА У ПАЦИЕНТОВ В РАЗЛИЧНЫХ СТАДИЯХ ПРЕДИАЛИЗНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	385
0970	РОЛЬ ГЕНА АЛЬФА2Р-АДРЕНЕРГИЧЕСКОГО РЕЦЕТОРА В ГЕНЕЗЕ НАСЛЕДСТВЕННОГО СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА	386
0971	СИСТЕМНЫЙ АМИЛОИДОЗ: ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	386
0972	ВЛИЯНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ДИНАМИКУ СУТОЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	387
0973	ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ СТАТИНОВ И ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	387
0974	ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АД В ДИАПАЗОНАХ СКОРОСТИ Na ⁺ /Li ⁺ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА	388
0975	ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С РАЗЛИЧНЫМИ СУТОЧНЫМИ ПРОФИЛЯМИ АД	388
0976	РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СОТРУДНИКОВ МОСКОВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ КОНСЕРВАТОРИИ ИМЕНИ П.И. ЧАЙКОВСКОГО	388
0977	ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТРАЙКОРА-145 НА УРОВНИ ЛИПОПРОТЕИДОВ (АПО А1, АПО В) И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ОЖИРЕНИЕМ	389

0978	МЕСТО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ КАРДИОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ И ВРАЧЕЙ	389
0979	«СКРЫТАЯ» АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНИЙ	390
0980	ИММУНОМОДУЛЯТОРНЫЕ СВОЙСТВА СТАТИНОВ (ИЗУЧЕНИЕ Т-ЛИМФОЦИТОВ И МАКРОФАГОВ В АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШКАХ У БОЛЬНЫХ ИБС)	390
0981	ТИПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.	390
0982	ОПРЕДЕЛЕНИЕ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, НО НЕ УРОВЕНЬ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА ОТРАЖАЕТ НАРУШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА	391
0983	ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ МАКСИМАЛЬНОЙ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ	391
0984	БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	391
0984	ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С ЧИСЛОМ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ	392
0986	АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПОДАГРОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	392
0987	ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА (к 100-летию описания В.П. Образцовым и Н.Д. Стражеско клиники инфаркта миокарда)	393
0988	КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ	393
0989	ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПОЛНОЙ БЛОКАДОЙ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА	393
0990	ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ	394
0991	ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОРАЖЕНИЯ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ВЫСОКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ	394
0992	ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С МУЛЬТИФОКАЛЬНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ, ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ С ПОМОЩЬЮ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ EUROSCORE	395
0993	ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ И НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ СТАРШЕ 75 ЛЕТ	395
0994	ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ 6-МИНУТНЫЙ ТЕСТ ШАГОВОЙ ХОДЬБЫ ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ СТЕПЕНИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ОЧЕНЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?	396
0995	ЭЛЕКТРИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ МИОКАРДА У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОМ	396
0996	ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЕГО ОБЪЕМА	396
0997	I/D ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И ПАРАМЕТРЫ ГЕМОДИНАМИКИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ИНСУЛЬТОМ	397
0998	ВЗАИМОСВЯЗЬ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК ДУГИ АОРТЫ С КАЛЬЦИНОЗОМ АОРТАЛЬНОГО И МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНОВ У ЛИЦ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	397
0999	ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ ДОППЛЕРОГРАФИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЧРЕСПИЩЕВОДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДУГИ АОРТЫ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	398
1000	УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ЕГО УШКА У ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С НЕКЛАПАННОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	398
1001	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ И АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	398
1002	ВЛИЯНИЕ БИОМАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ И ЛИПИДНОГО ОБМЕНА НА ПРОГНОЗ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАЮЩИХ СТАТИНЫ	399
1003	ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА И СОПУТСТВУЮЩИМИ АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ СЕРТРАЛИНА	399
1004	ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ (ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ) В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	399
1005	ОСОБЕННОСТИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА И СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА	400
1006	ГИСТОМОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ БЛЯШЕК СОННЫХ АРТЕРИЙ ЧЕЛОВЕКА	400
1007	ПРОСПЕКТИВНОЕ СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИКИ ПРЕДРЕЙСОВОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД	401
1008	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	401
1009	ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПУРИНОВОГО ОБМЕНА, АТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	401
1010	АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ – ПРОИЗВОДСТВЕННО ОБУСЛОВЛЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ	402

1011	ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДИКТОРОВ РАЗВИТИЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ	402
1012	СЕРДЦЕ И ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ – КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MMR-3	403
1013	ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ПРИ ДИФфуЗНОМ ТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ	403
1014	ПРОБЛЕМА ГИПЕРДИАГНОСТИКИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА СИБИРИ	403
1015	ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СТАНДАРТНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ	404
1016	О ВЛИЯНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ	404
1017	О ВЛИЯНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST НА ЭТАПЕ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ	404
1018	ОБ ОТДАЛЕННОМ ВЛИЯНИИ КОМБИНИРОВАННОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	405
1019	ОЦЕНКА ОТДАЛЕННОГО ВЛИЯНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ СТАНДАРТНОЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ С ПЕРФТОРАНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ Q-ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	405
1020	ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	406
1021	КРИТЕРИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	406
1022	БЛИЖАЙШИЙ И ОТДАЛЕННЫЙ ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С Q – ВОЛНОВЫМ И НЕ Q – ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	406
1023	О КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ДИАГНОСТИКИ СУБЪЕКТИВНО НЕМАНИФЕСТИРОВАННОЙ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	407
1024	ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СУБЪЕКТИВНО НЕМАНИФЕСТИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	407
1025	ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И СТРУКТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХРОНОТИПА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В УСЛОВИЯХ ЗАПОЛЯРНОЙ ВАХТЫ	407
1026	ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	408
1027	СИНДРОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ	408
1028	ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНДАПАМИДОМ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	409
1029	ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЙКОЦИТОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST	409
1030	ВОЗМОЖНОСТИ РОЗУВАСТАТИНА В КОРРЕКЦИИ ОКИСЛИТЕЛЬНО- НИТРОЗИНОВОГО СТРЕССА, ЭНДОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА МАРКЕРЫ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ	409
1031	КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БЕЗОПАСНОСТИ ДОРОЖНОГО ДВИЖЕНИЯ	410
1032	ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	410
1033	НЕДОСТАТОЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST СВЯЗАНО С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ (ПО ДАННЫМ РЕГИСТРА “РЕКОРД”	410
1034	СОСТОЯНИЕ ЛИПОПЕРОКСИДАЦИИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	411
1035	ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОТЕРАПИИ И АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	411
1036	ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ ПРИ СЕМЕЙНОЙ ФОРМЕ ОБСТРУКТИВНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	412
1037	ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У МУЖЧИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	412
1038	ОСОБЕННОСТИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА И ГОСПИТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ У МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ	413
1039	АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ АУТОПСИИ В СЛУЧАЯХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ	413
1040	АНАЛИЗ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОСПЕКТИВНОГО СЕМИЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ)	413
1041	НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ (ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)	414
1042	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	414
1043	ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ХСН II-III ФК (ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В РАМКАХ ИССЛЕДОВАНИЯ «СЕРЕНАДА»)	414
1044	КЛИНИКО-АНГИОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ И ДРУГИМИ КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА	415
1045	ФАКТОРЫ РИСКА И КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ТЕЧЕНИЯ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ	415
1046	ПРИМЕНЕНИЕ КАРВИДИЛА У БОЛЬНЫХ ИЗОЛИРОВАННОЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ	416
1047	ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ	416

B. Gorinshteyn	9,10,11	Акинина С.А.	413	Аракелян М.С.	113	Баранцева Н.Г.	214
Blazek S	10	Аксенова А. В.	16	Аронов Д.М.	218	Барац Е.С.	22
Hoedl R	10	Аксёнова Т.А.	16	Артанова Е.Л.	27	Барбараш Л.С.	34,42,395
I. Gabinskaya	9,11	Аксенова Т.А.	70	Артюшкевич О.В.	375	Барбараш О.Л.	34,42,164, 209,395
I. Kushnir	9,11	Акуленок А.В.	110	Арутюнов Г.П.	27	Барсов М.И.	375
I. Oranskiy	9	Акулёнок А.В.	179	Архипова Л.В.	108	Барт Б.Я.	34,61,112
I.Petyaev	116	Акчурин Р.С.	390	Аршин Е.В.	27,193	Барт В.А.	306
L. Eppelbaum	9,10	Александрия Л.Г.	155	Астахова З. Т.	28	Бартош Л.Ф.	99,102,233
L. Gabinskaya	9,11	Александров А.А.	17	Атаманов В.М.	111	Барышникова М.В.	22
Luha O	10	Александрова А.Ю.	326	Атауллаханова Д.М.	206	Басченко Н.Ж.	377
M. Bogachek	9,11	Александрова Н.Л.	386	Аттаева М.Ж.	28,108	Батанина И.А.	26
Maier R	10	Александрович О.В.	271	Афанасьева М.И.	126	Батищева Г.А.	96,142,318
P. Kursevitch	9,10	Александровский А.А.	17,18	Афанасьева Н.Л.	29	Батрак Г.А.	35
P. Kursevitch	11	Алексеев Д.В.	18	Афанасьева О.И.	126	Батыралиев Т.А.	154,272,371
Paetzold D	10	Алексеева Р.И.	281	Афанасьева Т.Н.	69,90,91,94 116,269,	Батюшин М.М.	209
Pieske B	10	Алексенко Е.Ю.	382	Афонасков О.В.	30,109,342	Баум В.А.	297
R. Gabinskiy	9,11	Алиева В.А.	201	Афонькин И.А.	92	Бахматова Ю.А.	272
Schmidt A	10	Алиева Т.А.	158	Ахвердиева М.К.	379	Бахорина И.Н.	35
Stoschitzky G	10	Алименко Ю.Н.	18,19	Ахматова Ф.Д.	388	Бахшалиев А.Б.	45,170
V. Gabinskiy	9,10,11	Алиханова К.А.	19,201	Ахмедова Т.А.	45	Башакин Н.Ф.	108
W. von Peters	9,10,11	Аллаберганов О.Х.	13	Ахмерова Л.Г.	58	Башлакова Е.Е.	351
Watzinger N	10	Аллахвердян А.А.	297	Ахметов В.В.	400	Баюрова Н.В.	36
Y. Gabinskiy	9,10	Алленова И.Б.	80	Ахназарянц Э.Л.	48,187	Бегалина А.М.	134
Абдуллаев А.А.	11,153,375	Алманова Л.И.	40,41	Аширов Р.З.	17	Бедин А.М.	401
Абдуллаев А.И.	11,205	Алпысова А.Р.	201	Аширова Г.Р.	366	Беднякова А.В.	36
Абдуллаев А.Х.	315	Аляви А.Л.	20,315	Ашихмин Я.И.	118	Безгин А.В.	238
Абдуллаев Р.Ф.	12,109	Аляви А.Л.	362	Бабаев М.А.	363	Бейшенкулов М.Т.	36
Абдуллаев Т.А.	12,13,205, 225,246,247	Аляви Б.А.	20	Бабаева А.Р.	14,30,32,127,210	Бекетов П.А.	401
Абдулпатахов Д.Д.	375	Аминджанова С.С.	416	Бабич Н.Н.	76	Бекметова Ф.М.	399
Абдулхаев Ф.А.	391	Аминева Н.В.	316	Бабкова Т.В.	226	Белан Н.В.	37
Абенова Н.А.	353	Амирова А.Р.	21,236	Багишева С.В.	275,276	Беленкова С.В.	37
Абиева Э.М.	45	Амирова Г.Ю.	223	Багманова З.А.	30	Беленькова Ю.А.	164
Абильмажинова Г.Д.	160	Амиянц В.Ю.	21	Багманова Н.Х.	360	Беликов Е.С.	174,192
Абрамов Е.А.	250	Андреев П.В.	22,282,381	Багмет А.Д.	387	Беликова Е.А.	231
Абрамова А.А.	14	Андреева Г.Ф.	22,226	Багреева С.М.	83	Белинский В.Н.	53
Абросимова Е.В.	14,32	Андреева Е.О.	128	Баженов Н.Д.	72	Белкорей О.С.	363
Абудеева И.С.	267	Андреева Е.Р.	364,400	Базилевич И.А.	83	Белобородова А.В.	242
Авдеева Е.В.	114,115	Андреевская М.В.	230	Баитова Г.М.	36	Белозерцева А.В.	341
Авдеева К.С.	272,273	Андрейченко Т.А.	22	Байбурсян Е.Д.	31	Белоконь Е.В.	390
Авдеева М.В.	306	Андропова С.И.	23	Байда А.В.	291	Белокопытова И.С.	37
Аверьянова Е.С.	26,265	Андросюк Н.Г.	23	Байдина О.И.	89,326	Белокопытова Н.В.	369
Аверьянова Е.С.	266	Андросюк Ю.Г.	23	Байков В.В.	310	Белопищевская В.Г.	33,38, 278,279
Агаева К.А.	201	Андрущишина Т.Б.	24,242	Бакалец Н.Ф.	179	Белопищевская В.Г.	46
Агаларова Л.С.	11	Анзорова З.А.	151,152	Бакшвили Г.Н.	31	Белопищевский Н.А.	38,46
Агальцова Н.П.	413	Аникин В.В.	24,295	Бакиров Т.С.	105	Белоусов Д.Ю.	39
Агапкина Ю.В.	55	Анисимова Н.П.	25	Бакчиева Р.Ф.	302	Белоусов Ю.Б.	39,336
Агафонов А.В.	191,248,256	Анищенко Т.Г.	40,323	Бакшеев В. И.	191	Белоусова М.С.	39
Агафонова В.С.	373	Анохин С.Б.	306	Балабаева Н.А.	32	Белоусова Т.Б.	266
Агафонова Т.Ю.	14	Ансимова О.М.	116,294	Балабанова Е.Н.	14,32	Берг А.Г.	258
Агеев Е.М.	196	Антипина Н.С.	25	Баланова Ю.А.	185,357	Берг М.Д.	259
Адамчик А.С.	15	Антоненко С.В.	64	Балахонова Т.В.	32,73,230	Бердникова В.А.	40,323
Адолина Л.А.	102	Антонов А.Б.	124	Балеевских Л.А.	401	Березикова Е. Н.	40,288
Азаргинова В.А.	367	Антонов И.Б.	124	Балтахинова М. Е.	33	Березин М.В.	41
Азаренкова Т.А.	60	Антонченко И.В.	67	Бамбышева Е.И.	33,38	Березина А.М.	41
Азизов Ш.К.	204	Антонюк М.В.	25	Бамбышева М.И.	38	Березина В.Г.	40,41
Айдарова В.А.	28	Антропова О.Н	26,214 ,265, 266,396	Баннаев И.Ф.	268	Бернс С.А.	42
Акамова О.Н.	15	Ануфриева Е.Н.	318	Банникова О.Ф.	130	Берштейн Л.Л.	42
Акимова Е.В.	16,81,295	Аня О.К.	147	Барabanова Н.Г.	196		

Беспалова О.Ф.	309	Бритых Т.Н.	54,67,169,212	Вебер В.Р.	63,106,133,172,307,308	Ворошилова Р.Д.	130
Бессараб А.В.	43	Бровкин А.Н.	46,55,98	Ведерникова А.В.	220	Воскресенская Т.В.	74
Бессараб А.В.	44	Брыксин С.А.	96,163	Веженкова И.В.	238	Востокова А.А.	75
Бессонов И.С.	198	Брылякова С.Е.	215	Велижанина Е.С.	63,64	Врублевский А.В.	53,165
Бессонова М.И.	198	Брыткова Я.В.	347	Велижанина И.А.	63,64	Вышинская И.Д.	291
Бессонова Н.А.	44	Брюзгина Н.В.	395	Веневцева Ю.Л.	64	Вышлов Е.В.	75
Бехбудова Д.А.	45	Бубнова В.С.	55	Вервикишко О.С.	256,330	Вялкина Ю.А.	76
Биктимирова Д.М.	150	Бугаева Л.Н.	88	Вервикишко О.С.	93	Вялых Н.Ю.	259
Бикушова И.В.	89,361	Буданова В.А.	55,56,109	Вершинина А.М.	65	Габерман О.Е.	195
Битюкова Л.Г.	403	Бузаев И.В.	30	Вершинина Е.О.	65,67	Габинский Я. Л.	76,77,188
Бицуев В.Г.	46	Буланов М.Н.	337	Веселова С.П.	118,132	Габуева Ф.Н.	28,221
Благодатских К.А.	46,55	Булашева О.В.	56,334	Ветошкин А.С.	65,407	Гавриш И.В.	77
Благодатских С.В.	38,46	Буравкова Л.Б.	364	Ветрова И.П.	157	Гагаркина Л.С.	78
Благочиннова Е.М.	204	Бурбелло А.Т.	80	Вивтаненко Т.В.	66	Галгоева И.В.	327,328
Блеткин А.Н.	50,51	Бурдина Е.Г.	74	Видергольд Я.В.	66,352	Гагулин И.В.	86,105
Близняков А.А.	312	Бурова Н.Н.	47,90,239,338,339	Видишева О.Н.	67	Гаджиев Г.Г.	79
Бобровская Е.Е.	47	Бусарова Е.С.	65	Виллевалде С.В.	106,152	Гаджиев Г.Э.	219
Бобровская Л.А.	389	Бутина Е.К.	52,286	Виноградова Н.С.	74	Гаджиева Г.К.	169
Бобрышев К. А.	47	Бухарина Е.Б.	178	Виноградова О.А.	67	Гаджиева З.Г.	79
Боганькова Н.А.	80,330	Бухонкина Ю.М.	347	Винокурова Э.П.	54,67,169,212	Гаджикулиев А.С.	11
Богданов Д.В.	47	Бухтий Н.В.	415	Вискунова А.А.	68	Гадиева В.А.	78
Богданова В.Г.	80	Бучанова А.В.	321	Витковский Ю.А.	92,338	Газарян Г.А.	79,80
Богмат Л.Ф.	48,187	Бушмакина А.В.	178	Вихман Е.А.	230	Газданова Л. Р.	80
Богомолова О.В.	48	Бушманова Г.М.	57,58	Вишневыский А.Ю.	42	Гайдукова Е.В.	50
Богомолова О.С.	49	Буюк М.А.	150	Владимирский В.В.	373	Гайдукова Н.И.	113
Богоявленская О.В.	49	Быкова А.Ю.	298	Власенко С.В.	68	Гайковская Л.Б.	80
Боева А.Н.	49	Быкова Н.В.	180	Власихина Е.Н.	262	Гайнутдинов Э.Р.	81
Бойко Е.В.	92,338	Быковская Т.В.	58	Власов А.П.	210	Гайсин И.Р.	81
Бойцов С.А.	413	Былова Н.А.	279	Водолагин А.В.	69,94	Гакова Е.И.	81
Бокерия О.	198	Быстрова А.А.	361	Водолагина Е.С.	69,269	Галагудза М.М.	341
Болдуева С.А.	360	Бязрова А.В.	234	Водяник О.В.	104	Галахов И.Е.	226
Болышева О.Е.	50,145	Вавилин В.А.	58	Воевода М. И.	254,297	Галицкий А.А.	39
Бондарева З.Г.	342,383	Вавилова Т.В.	80,330	Войченко Т.Ю.	70	Галкина Ю.В.	352
Бондаренко В.С.	133	Вагапова А.Г.	390	Волков А.М.	297	Галкина Ю.Е.	66
Бондаренко Л.А.	308	Вайханская Т.Г.	59,183	Волков В.С.	71	Галошина Е.С.	82
Бондаренко Т.С.	64	Валеев И.Г.	252,258,313	Волкова М.Е.	119	Гальцев С.С.	23
Борзенкова Г.А.	87,88	Валеева Р.М.	81	Волкова С.Ю.	70	Галивич А.С.	81,82,391
Борискина Т.В.	211	Ванькова Л.В.	59	Волкова Т.Г.	183	Гамзаева Д.М.	11
Борисов И.А.	50,51	Варгина Т.С.	60	Волкова Ю.А.	70,71	Гамолина О.В.	232
Борисова М.В.	414	Вардугина Н.Г.	60	Волобуев А.Н.	305	Гапон Л.И.	25,63,65,83,231,272,273,287,323,407
Борисова Н.А.	260	Вартанян Е.А.	61,112	Волобуева И.Н.	72	Гарамамедли С.Я.	109
Борисочева Н.В.	109	Василенко В. В.	47	Волов Н.А.	181,218	Гаранин А.А.	312
Борлаков А.А.	51	Василенко В.М.	28,108	Волосников А.А.	278,279	Гарганеева А.А.	83
Боровков Н.Н.	51,52,141,316	Василец Л.М.	355	Волошинова Е.В.	386	Гарганеева Н.П.	84,85,167
Боровкова Н.Ю.	51,52	Васильев А.П.	61	Волхонская Л.П.	226	Гарина И.А.	375
Бородина М.А.	52	Васильев М.Ю.	278	Вольф Ю.В.	72	Гарькина С.В.	85,327,328
Бородина О.С.	312	Васильева В.В.	209	Воробьев Г.А.	18	Гафаров В.В.	16,86,105
Бороздин А.В.	89,361	Васильева Д.А.	104	Воробьев П.А.	291	Гафарова А.В.	86,105
Борщевская М.В.	314	Васильева И.Ф.	409	Воробьева А.В.	72	Гафурова Р.М.	11,153,375
Боряк А.М.	119	Васильева О.А.	34	Воробьева Е.Н.	26,265,266,291	Генералов В.М.	105
Бочкарева Е.В.	52,286	Васильева Ю.А.	217	Воробьева Н.М.	73	Герасенко А. А.	366,367
Бочкарева Ю.В.	53	Васимова Ф.Х.	223	Воробьева Ю.А.	74,124	Гераскина Л.А.	87,317,374
Бощенко А.А.	53,165	Васнецова О.А.	62	Ворожцова И.Н.	84	Гердт А.М.	408
Брагина А. Е.	284	Ватрушева Н.Г.	22	Воронная В.П.	52,226	Германов А.В.	87,88
Бражник В.А.	237	Ватутин Н.Т.	62	Воронина Л.П.	36,74,257,265	Германова О.А.	87,88
Брек В.В.	54	Ваховская И.М.	209			Герцен М.А.	88
Брико Н. И.	16	Вачёв А.Н.	88			Гизятуллова Р.И.	315
Брин В. Б.	54	Введенская Т.П.	317			Гиривенко А.И.	89,361
Бритов А.Н.	241	Вдовенко С.В.	25,63				

Гладкая К.Г.	337	Григорьева Н.Ю.	100	Деев А.Д.	22,129,185,216, 226,227, 285,357	Драенкова О.В.	117
Гладких А.С.	89	Гриднева Е.В.	100	Дейкало В.П.	110	Драпкина О.М.	118,149,189
Глазкова Е.А.	373	Гринева М.Р.	144	Делова М.А.	111,290	Драпкина О.М.	351
Глебов М.В.	374	Гринчук Е.В.	53,101	Демин А.А.	111	Дробкова И.П.	118,132
Глебова С.А.	166	Гринштейн И.Ю.	101	Демин Г. В.	334	Дроботя А.А.	119
Глебовская Т.Д.	90,338,339	Гринштейн Ю.И.	101	Демичева Т.П.	111	Дроботя Н.В.	119
Глезер М.Г.	322	Гринь В.К.	101,102	Демченко В.Г.	90	Дроздецкий С.И.	119
Глизер Р.Н.	271	Гришкевич О.С.	217	Демьянкова Ю.О.	217	Дроздов И.А.	141
Глова С.Е.	375,379	Гришаев С.Л.	103	Денин А.Е.	311	Дрозов О.В.	179
Глотов А.В.	90	Гришаева Е.Е.	102,260	Денисенко А.Д.	354	Дубас И.О.	110,181
Глотов Д.А.	150,213	Гришина Л.В.	313	Денисова Н.Н	389	Дударев М.В.	278
Глотова Н. А.	174	Гришкин Ю.Н.	42	Денисова Т.П.	281,326,406	Дударева А.В.	181
Глухов Ю.Ф.	110	Громнацкая Н.Н.	103	Дергунова Е.Н.	61,112	Дульский В.А.	120,121,122,408
Глухова Н.А.	69,90,91,94,269	Громнацкий Н.И.	104,273	Дергунова М.А.	192	Дунаевский А.А.	309
Глуховский М.Л.	292	Громов А.А.	105	Деревянко Н.Я.	217	Дупляков Д. В.	122,123
Глушанко В.С.	285	Громова Е.А.	86,105	Деревянных Е.В.	112	Дупляков Д.В.	23,122,199,204,316
Глушковская-Семякина О.В.	256	Гросу А.А.	383	Джалилова Д.А.	113	Дурова О.А.	124
Говорин А.В.	67,92,139,206, 242,271,338,392	Груздев А.К.	154	Джанаева Р. Л.	113,221	Дурягина Р.В.	124
Гоголашвили Н.Г.	54,67,92, 169,212,255	Груздева О.В.	350	Джанашия П.Х.	113,114,115	Дымова Д.М.	74,124
Голиков А.П.	79	Грязнова Д.А.	327	Джаппуева С.К.	108	Дьячков В.А.	409
Голованов И.И.	93	Губаев К.И.	252	Джахангиров Т.Ш.	109	Дьячкова О.Н.	361
Головачева Т.В.	69,90,91, 93,94,116, 256,269,330,	Губанова О.М.	272,344	Джорупбекова К.Ш.	366	Дюжиков А.А.	209,309
Головенкин С.Е.	406	Губарева И.В.	105	Джумагулова А.С.	305	Евдокимова О.В.	125
Головина Г. А.	122	Губин Д.Г.	65	Джунусбекова Г.А.	186	Евдокимова Т.В.	187
Головской Б.В.	259	Губская П.М.	63,106,308	Джусипов А.К.	186	Евлампиева Л.Г.	198
Гома Т.В.	95	Гудалис Н.И.	106,152	Дзизинский А. А.	293,329,370, 380,401	Евсина М.Г.	282,381
Гомова И.С.	64	Гудкова А.Я.	310,412	Дидигова Р.Т.	151,152	Евсина О.В.	125,414
Гомова Т.А.	64	Гуль Л.М.	59	Дидык О.П.	32	Егорова А.Н.	372
Гондуленко Н.А.	324	Гультияева Е.П.	178,287	Диева Т.В.	51	Егорова Е. А.	129
Гонтмахер Д.В.	15	Гуляева Н.В.	107	Дмитриев Д.А.	362	Егорова Е.Н.	126,199
Гончарова И.И.	32	Гулямов Д.Х.	68	Дмитриев А.А.	173	Ежикеева С.Д.	128
Гончарова Л.Н.	95,337	Гулянович С.И.	197	Дмитриев А.Н	283	Ежов А.В.	278
Гончарова Н.Ю.	96	Гуничева Е.А.	107	Дмитриев В.А.	115,267,287	Ежов М.В.	126
Гончарова О. Н.	375	Гуранова Н.Н.	368	Дмитриева Н.А.	226	Екажева М.Я.	151,152
Горб Г.И.	96,310	Гуревич М.А.	107,108	Дмитриева О.А.	115	Елисеева И.В.	260
Горбат Т.В.	96	Гурижева М.В.	108	Дмитриева Т.Б.	155	Елисеева М.Р.	231,377
Горбатенко Е.А	198	Гурова Н.В.	325	Добровольский А.Б.	73,239	Елсукова О.С.	126,262
Горбунов В.В.	16,70,78, 151,199	Гурулёва М.Б.	207	Добычина Е.В.	31	Елькина Н.А.	22
Горбунов В.М	22	Гурьева В.М.	108	Довбня Т.Н.	372	Ельцова М.А.	127,349
Гордина Г.С.	36	Гусаковская Л.И.	55,56,109,260	Довгалевский П.Я.	116	Емельянов В.А.	342
Горева Л.А.	97	Гусева Г.Н	199,316	Довгалевский Я.П.	409	Емельянов И.В.	128
Горелова М.И.	97	Гусейнова Р.Р.	109	Довгалюк Ю.В.	41	Емельянова А.Л.	14,32,127
Горенков Р.В.	110	Давид Л.А.	383	Додина К.А.	219	Еникеева Г.Р.	294
Горина Л.В.	98	Давидович И.М.	30,109,249,342	Долбин И.В.	116	Енисеева Е.С.	128
Горлова А.В.	378	Давидова Ш.Ш.	13	Долгих В.Т.	184	Еремеев А.Г.	70
Горшенина Е.И.	59	Давлятова Л.	138	Долгова Е.М.	116	Еременко Е.Ю.	128,129
Горшкова Е.С.	98	Давыдкина Е.Н.	242	Долгова К.А.	56	Еременко Н.В.	297
Горяинова Е.В.	199	Давыдов С.И.	30	Долтмурзиева Н.С.	119	Ермина Н.А.	334
Горяинов И.И.	72,111, 290,346	Давыдова М.В.	104	Доний Е.А.	63,97,397	Ермоленко А.Е.	267
Горячева Е.Г.	280,361	Давыдова М.В.	104	Дорогова И.В.	102	Ермолина О.В.	73
Гофман Е.А.	76	Данилова А.С.	414	Дороднева Е.Ф.	117,275,276,358	Ерченкова В.Е.	129
Грачева А.В.	98	Данилова И.В.	281	Дорофейков В.В.	72	Есенова И.И.	276
Гребенкина И.А.	99,208	Данилова М.К.	314	Дорош Ж.В.	304	Есимбекова Э.И.	160
Гречишкина О.А.	99,233	Данковцева Е.Н.	300	Доценко Ю.В.	126	Есипович И.Д.	72
		Дворина О.Г.	110	Дочева М.В.	158,274	Ефимова Е.В.	184
		Девяткин А.А.	302			Ефимова Л.П.	130
						Ефремова Е.Н.	349
						Ефремовцева М.А.	155
						Ефремушкин Г.Г.	130,216,372,377

Жабина Е.А.	33	Зверева Л.С.	211	Илесов М.М.	363	Капелович В.Ю.	159
Жакипбекова В.А.	19	Зволинская Е.Ю.	17,143	Ильин М.В.	150	Каплан М.А.	288
Жанатбекова А.К.	131	Звягинцева Ю.Г.	141	Ильинская О.П.	400	Капланова Т.И.	69,90,91,94
Жарикова Е.В.	119	Зелтынь-Абрамов Е.М.	143	Ильямакова Н.А.	16,151	Капустина А.В.	185,357
Жарский С.Л.	131	Землянова М. Е.	122	Инарокова А.М.	151,152	Карабинская Н.В.	160
Жданкина Н.В.	132	Земцова Е.С.	248,249	Интякова Ю.В.	247	Каражанова Л.К.	134,160
Жданов В.С.	118	Зенин Д.Ю.	341	Инчина В.И.	141,364	Карамнова Н.С.	161
Жданов В.С.	132,226,390	Зенин С.	198	Инютина Е.А.	176	Карамова И.М.	30,139,140,152,153,161,162,163,297,313,322,376,390
Жезлова А.В.	46,278	Зимовская А.И.	68	Иртюга О.Б.	225	Караулова Ю.Л.	182
Желобов В.Г.	132	Зинатуллина К.Р.	163	Исаева Е.В.	275	Карбен З.А.	154
Жердакова Т.А.	401	Зиновьева Н.П.	411	Исикова Х.В.	106,152	Карбузов М.В.	96,163,310
Жержова А.Ю.	25	Зияев Ю.Н.	138	Искакова Б.К.	320,321	Кардангушева А.М.	410
Жикина Н.П.	133	Зонов О.А.	243	Искендеров Б.Г.	100,157,158,222,274	Каретникова В.Н.	164
Жмайлова С.В.	63,106,133,172,307,308	Зонова Ю.А.	243	Исламова У.А.	11,153,375	Кароли Н.А.	307
Жмеренецкая Е.В.	133	Зорин С.Н.	321	Ишманова А.Р.	152	Карпенко М.А.	397
Жмеренецкий К.В.	134	Зорина И.Г.	57	Ишмурзин Г.П.	207,208	Карпов А.А.	245
Жукушева Ш.Т.	134	Зорина Н.В.	144	Ишутина И.С.	270	Карпов Р.С.	53,165,184,350
Журавлев Ю.И.	135	Зотина Е.Н.	317	Ищенко Т.А.	277	Карпова Н.Ю.	155,164,298
Журкин И.Г.	256	Зотова И.В.	142	Кабанов Ю.Н.	86,105	Карпова С.А.	164
Журова О.Н.	285	Зотова Л.А.	144	Каган Н.Н.	153	Карпова Э.С.	165
Жусупова Г.К.	136	Зубеева Г.Н.	145	Каганов Б.С.	68,281	Карпунина Н.С.	166
Жухоров Л.С.	136	Зубкова О.В.	271	Кадиева И.А.	153,375	Карпухина Е.О.	166
Заболотских Т.Б.	141	Зубова О.А.	372	Кадыров Б.К.	154,272,371	Карташова Е.А.	166
Завадовский К.В.	65	Зубрицкая С.А.	74	Казакова Н.Ю.	154	Картун Л. В.	237
Загалова Д.С.	28,221	Зуйкова А.А.	50,145	Казакова Т.В.	155,164,298	Карякина Т.Н.	17
Загидуллин Б.И.	30	Зыкина В.В.	281	Казаковцева М.В.	155	Касаева В.В.	28
Загидуллин Н.Ш.	136	Зыков М.В.	34	Казаковцева Т.А.	226	Касаткина С.Г.	167
Загравская И.А.	137	Зыкова Ю.В.	389	Казанцева Л.В.	157	Касимова Г.М.	363
Заирова А.Р.	137,138	Зырянов И.П.	63,198,397	Казанцева Т.А.	155	Каскаева Д.С.	85,167
Зайлобидинов О.Г.	138	Зяблов Ю.И.	83	Казачкова Н.В.	167	Кастанаян А.А.	166,168,187
Зайцев Д.Н.	139,271	Ибатов А. Д.	145	Казиева З.А.	162,252,253	Касумов З.И.	45
Зайцева А.В.	356	Ивакин В.Е.	346	Казьмина В.Ю.	156,206	Касумова Ф.З.	168
Зайцева Л.Н.	174	Ивакин В.Е.	282,306,356	Кайед Т.В.	178	Касумова Ф.Н.	168,169
Зайцева Н.В.	414	Иваненко В.В.	18	Калашников В.П..	338	Кательницкая Л.И.	375
Зайцева Н.С.	387	Иванина Е.В.	147	Калашникова Ю.С.	345	Катман Е.С.	54,67,169,212
Зайцева Т.Е.	196	Иванов А.П.	251	Калев О.Ф.	156,329,347	Каулина Е.М.	170
Закиров Н.У.	204	Иванов В.В.	72	Калентьев Г.В.	119	Кахраманова С.М.	170
Закирова А.Н.	139,140,152,153,161,162,252,253,258,322	Иванов В.И.	311	Калинина А.М.	161,186	Кашина Т.В.	30
Закирова Н.Э.	139,140,258,322	Иванов К.М.	314	Калинина А.М.	304	Каширина С.В.	400
Зальцман А.Г.	265	Иванов С.Н.	125	Калинина В.Л.	156	Кашталап В.В.	34,171,395
Замотаева М.Н.	141	Иванова А.Э.	275,414	Калинина О.В.	237	Каштальян О.А.	171
Замяткина О.В.	104	Иванова Г.О.	344	Калинина С. Г.	157,188	Каштанова Е.В.	297
Занозина О.В.	141	Иванова Д.А.	90	Калинкин М.Н.	126,199	Каюмова М.М.	16,81
Запеева В.В.	141	Иванова Е.А.	214	Калинкина Н.В.	62	Кенжина З.З.	320,321
Зарипова З.А.	280	Иванова И. В.	58,297	Каллаева А.Н.	153	Керимкулова А.С.	172
Затейщиков Д.А.	46,55,98,142,237,300	Иванова М.В.	146	Калмыкова М.А.	410	Кибальчич Д.А.	38
Затейщикова А.А.	142	Иванова Н.В.	314	Калтыкова В.В.	119	Киклевич А.В.	150
Захаренков В.В.	249	Иванова С.В.	147,148	Кальсина С.Ш.	288	Килейников Д.В.	265
Захаров И.В.	79,80	Иванова Т.М.	22	Каменева О.А.	157,158	Килин Д.А.	172,278
Захарова А.В.	226	Ивашкевич Т.В.	149	Камилова Н.	138	Кильмаматова В.В.	162,252,253
Захарова Е.Г.	375	Ивашкин В.Т.	149	Камилова У.К.	158	Кинаш Н.И.	230
Захарова Е.Ю.	403	Ивашова С.С.	288	Каминный А.И.	159	Кинёва К.Н.	22
Захарова О.Ю.	142	Иволгина О.И.	239	Канзычакова Н.И.	367	Киприна Е.С.	42
Зборовский А.Б.	143	Игнатъев И.В.	150,213	Каниболоцкий А.А.	36	Киреев К.А.	373
Звенцова В.К.	251	Игонин В.А.	174	Канорский С.Г.	397,398	Кириенко А.И.	73
Зверев Д.А.	72	Идов Э.М.	150	Кантур Т.А.	159	Кирилова Ю.А.	56
		Иевлева Г.И.	381	Канукова Ф.У.	28	Кириченко А.А.	173
		Изможерова Н.В.	325	Капачинская Н.Е.	172		
		Изотов А.М.					

Кириченко А.В.	314	Козловская С.П.	184	Коробкова И.З.	206	Крючкова И.В.	15
Кириченко А.Г.	324,325	Козловский В.И.	110,179	Корокин М.В.	383	Кудашкина Н.В.	377
Кириченко М.В.	247	Козловский В.И.	179,180,181	Королев Д.В.	341	Кудашова Е.А.	236
Кириченко Н.А.	328	Козулин В.Ю.	72	Королева Е.Б.	75,190	Кудинова С.П.	89
Киричук В.Ф.	69	Козырев О.А.	325	Королева Т.В.	60,283	Кудралеева Р.Р.	316
Кирпичева Г.Н.	173	Козырева Т.Ю.	366,367	Королькова О. М.	190	Кудрявцева И.В.	223
Кирина Н.А.	278	Козыренко А.В.	30,109	Коростовцева Л.С.	306	Кудряшов Е.А.	43,44,196
Киселева Г.И.	31,195,301	Козыренко А.В.	342	Коротченко Е.В.	144	Кузнецов А.В.	196
Киселева Е.В.	390	Кокорин В.А.	181	Кортусова С.А.	175,333	Кузнецов В.	198
Киселева Л.А.	170	Кокурина Е.В.	52,286	Корягина Н.А.	313	Кузнецов В.А.	16,63,178, 198,257,281
Киселева М.А.	30	Колбасников С.В.	182,254	Косачева Н.Б.	191	Кузнецов В.А.	81,397
Кисляк О.А.	117,378	Колесникова И.А.	182,360	Косматова О.В.	332	Кузнецова А.В.	40
Кисляк С.В.	174	Колесникова И.Ю.	319	Косоурихина Т.Н.	211	Кузнецова А.С.	323
Кистенева И.В.	40	Колесниченко М.Г.	360	Костарева А.А.	412	Кузнецова И.А.	310
Киталаева К.Т.	306	Колмыкова Г.А.	206	Костенко Т.Н.	212	Кузнецова Н.В.	76,197
Киякбаев Г.К.	97,348	Колов С.А.	182	Костромова Н.А.	56	Кузнецова Н.И.	197
Клейменова Е.Б.	135	Кологривова И.В.	350	Кострюкова И.В.	210	Кузнецова О.И.	370
Клепикова М.В.	389	Коломиец В. В.	47	Костычева Т. В.	191	Кузнецова Т. Ю.	188,223,371
Климачев А.М.	217	Коломиец Е.В.	286	Костюк И.Ф.	191	Кузовенкова О.Н.	95,337
Клименко И.С.	174	Коломоец Н.М.	191	Костюк Т.А.	279	Кузьмин А.Г.	199
Клименкова А.В.	42	Колосов Б.В.	41	Котельникова В.А.	77	Кузьмин В.П.	23,199,316
Климова С.В.	174	Колпаков Е.В.	17	Котельникова Е.В.	165,218	Кузьмин С.Г.	364
Климова Т.М.	33,175,370	Колтунов И.Е.	33,38,46,80,278,	Котина Е.Д.	267	Кузьмина Е.Н.	175,333
Климовский С.Д.	79	Колунин Г.	198	Котляров А.А.	349	Кузьмина М.А.	126,199
Климченко А.В.	119	Колунин Г.В.	198,380	Котов Ю.Б.	108	Кузьмина Т.В.	312
Клочков В.А.	116	Колужная О.С.	23	Котова М.Б.	17	Кузьмина Т.Л.	119
Клочкова Г.Р.	139,140	Комарец С.А.	343	Котовская Ю.В.	176,177,360	Кукес В.Г.	239
Клыков Л.Л.	218	Комарова М.Г.	183	Кохан С.Г.	16,70	Ку克林 С.Г.	401
Кляшев С.М.	156,175,333	Комиссаренко И. А.	239	Коц Я.И.	15	Кукушкин Н.И.	200
Кляшева Ю.М.	156,175,333,346	Комиссарова С.М.	59,183	Кочеткова Л.Г.	156	Кукушкин С.К.	200,201
Кмита М.А.	175	Кон В.Е.	47	Кочмашева В.В.	192	Кукушкина Л.С.	308
Кнышов Ю.Ф.	176	Кондратьев А.И.	184	Кочубеева О.В.	35	Кулагина Е.П.	66
Кнышова С.А.	176	Коневалова Н.Ю.	184	Кошелева Н.А.	192	Кулешова Э.В.	72
Князева Л.А.	111,290,346	Конобеевская И.Н.	184	Кошурникова Е.П.	27,193	Кулиева С.Ш.	201
Князева Л.И.	111,146,346	Коновалова О.А.	261	Кравченко А.Я.	193,292	Кулиева Т.Х..	201
Кобалава Ж.Д.	106,152,155,176, 177,246,360	Кононов С.К.	261	Красненков В.Л.	295	Кулмагамбетов И.Р.	19,201
Кобзев Р.Ю.	176,177	Кононова Е.С.	182	Красноперов П.	198	Кулова Ж.А.	28
Ковалев Д.В.	177	Коноплянников А.Г.	288	Краснощекова Л.А.	361	Кулыгина Л.Е	202
Ковалевская Н.А.	178	Конради А.О.	48,128,306	Красюкова В.А.	193	Кулюткин В.А.	337
Коваленко Т.Н.	244	Константинов В.В.	129,185,357	Кратнов А.Е.	194,217,309	Кулюцин А.В	202
Коваленко Е.В.	275,276	Константинов В.О	196,267	Краюшкин С.И.	319	Кумова Т.А.	232
Коваленко О.В.	220	Константинова Е.В.	185	Кремено С.В.	350	Кумскова Е.М.	203
Коваленко Т.С.	243	Константинова Н.А.	185	Кривова И.В.	395	Куницына Н.Ю.	203
Коваль С.Н.	272	Концевая А.В.	186,304	Кривцов А.Г.	182	Купаева Р.А.	159
Кодзоев З.М.	151	Коньсбекова А.У.	186	Криночкин Д.В.	63,97,281,397	Куракина Е.А.	204,246
Кодзоева З.Б.	401	Копелев М.Ф.	187	Криштопов Л.Е.	110	Курбанов Р.Д.	204,205
Кожевников Г.С.	172	Коптюх Т.М.	59	Кровякова Т.В.	194	Курбанова Д.Р.	204
Кожевникова Е.Е.	293	Коренев Н.М.	187	Кром И.Л.	195,266,303	Курбатова И.А.	26
Кожевникова О.В.	215	Корецкая А.Ю.	187	Кропачева Е.С.	239	Курбатова И.И	265,266
Кожурина А.О.	178	Коржова Н.Н.	83	Крохалёв А.Н.	30	Курганова М.В.	217
Козий А.В.	261	Коричкина Л.Н.	188	Круглова О.В.	288	Курзанов А.Н.	177
Козиолова Н.А.	127,133,178,203, 227,349,394	Коркина А. Ю.	188	Круглова Я.Д.	323	Курзина Е.В.	408
Козленок А.В.	412	Корнева В. А.	188	Кручинина М.В.	105	Курило И.Н.	343
Козлов И.Д.	88	Корнева Л.Н.	378	Крыжановская С.А.	293	Курушкина О.В.	304
Козлов С.Г.	32,230	Корнева Н.В.	84	Крылов В.В.	218	Курчатова Н.Н.	245
Козлова Е.М.	288	Корнеева О.Н.	118,149,189	Крылова Н.С.	114,115	Кусаев А.П.	298
Козлова Е.С.	178	Корней С.М.	402	Крюков Н.Н.	31,88,105,195, 234,301,305,314,	Кусова А.Б.	205
		Корнилов Л.Я.	41	Крючков А.Н.	303	Кутищенко Н.П.	227
		Коробко И.Ю.	96,197				

Кухарчик Г.А.	261	Лукашов А.А.	346	Малафеев А.В.	223	Метельская В.А.	80,271
Кухарчук В.В.	159	Лукина Ю.В.	216,226	Малахов А.И.	213	Мешков А.Н.	159
Кучеренко О.Д.	191	Лукша Е.Б.	99,208	Малинова Л.И.	49,224,281,326,406	Микашинович З.И.	166
Кушнаренко Н.Н.	67,92,206,392	Лукша Н.Б.	40	Малых С.В.	224	Милевская И.В.	234
Кыдыралиева Р.Б.	251	Лукьяненко П.И.	369	Мальцев Г.Ю.	281	Милованова Е.В.	235,365
Лавров Л.М.	43,44	Лукьянов В.Ф.	69,93,256,330	Мальчикова С.В.	224	Милютина О.В.	236
Лазарев И.А.	272,371,394	Лукьянова М. В.	202	Мамаева Г.И.	238	Минаков Э.В.	190,236
Лазарева Н.В.	104,206	Лупанов В.П.	31	Мамедова Р.Н.	168	Мингазетдинова Л.Н.	21,236
Лазебник Л. Б.	239	Луцкий И.С.	217	Мамонтов О.В.	48,225	Минин С.М.	83
Лайкова Т.С.	155	Лынный Л.В.	376	Манюшкина Е.М.	200,201	Миннетдинов Р.Ш.	82,391
Лаптева Г.Ф.	156,206	Лысейко Н.В.	336	Мараховская И.Л.	373	Минушкина Л.О.	46,55,98,142,237
Лапшина Е.А.	401	Лысенкова Н.О.	217	Марданов Б.У.	12,13,225	Миролюбова О.А.	124
Лапшина Н.В.	204	Лысоченко А.Б.	352	Маревичев М.М.	226	Миронов В.М.	31
Ларёва Н.В.	207	Любимцева Т.А.	225	Мариинских Л.В.	198	Миронова Н. А.	237
Ларина В.Б.	74	Люсов В.А.	181,218	Маркабаева А.М.	172	Миррахимов М.М.	309
Ларина В.Н.	34	Лякишев А.А.	126	Маркина В.В.	309	Митцьев А. К.	54
Ларина Ю. В.	207	Ляльченко И.Ф.	94	Марков В.А.	75,222	Митьковская Н. П.	237
Ларионова В.И.	397	Лямина Н.П.	165,218,219	Маркова О.Г.	275	Михайличенко В.Ю.	101,102
Латфуллин И.А.	207,208	Лямина С.В.	218,219	Мартемьянов В.Ф.	143	Михайлов В.М.	238
Лебедев Д.	198	Ляшенко А.А.	403	Марцевич С.Ю.	46,216,226,227,279	Михайлов И.П.	400
Лебедев П.А.	194	Мавлянова М.Б.	399	Марченко Е.Н.	227	Михайлова Н.А.	238
Лебедева А.Ю.	218	Магдеев Р.М.	302	Марьинских Л.В.	198	Михайловская Т.В.	41
Лебедева Е.В.	301	Магеромова С.С.	169	Масалова Е.А.	72	Михальчикова Н.А.	239
Лебедева Л.С.	208,288	Магницкая О.В.	213	Масленникова О.М.	247	Михеева О.М.	239
Лебедева Н.Б.	209	Магомедова Д.Н.	403	Маслова А.П.	227	Михеева Ю.А.	239
Лебедь В.Г.	190	Магомедшарипов А.З.	219	Маслова Т.И.	52,339	Михин В.П.	18,19,378
Лебедевкова С.Е.	66,209,307	Мадорский А.Ф.	414	Матвеев В.В.	14,60	Мишина И.Е.	41,237
Левикская Е.С.	209	Мадоян М.А.	89	Матвеева С.А.	228,229	Мищенко И.Д.	387
Левикский И.В.	31	Мазалов К.В.	75	Матвеева Т.В.	56	Мовчан Л.Н.	240
Лекарева И.В.	210	Мазанко О.Е.	41	Матвиенко Е.Е.	229	Могутова П.А.	113
Лельчук И.Н.	185,357	Мазо В.К.	321	Матросова И.Б.	260	Мозерова Е.М.	120,121,122
Леонова М.В.	39,336	Мазунина О.Н.	224	Матчин Ю.Г.	126	Моисеев В.С	97,155,182,348
Лепехина Л.А.	288	Мазур В.В.	126,199	Матюшин Г.В.	298,406	Моисеева Н.М.	230
Лерман О.В.	226	Мазур Е.С.	126,199	Махиянова Э.Р.	82	Молева В.И.	48
Лещанкина Н.Ю.	59,210,211	Мазур Н.А.	30	Махмудов Э.А.	230	Молотилова С.А.	65
Ли Е.Д.	211	Мазуров В.И.	391	Махмудова Х.А.	32,230	Молчанова А.А.	240
Либензон Р.Т.	211	Майорников И.Г.	220	Махмудян Д.А.	230	Молчанова Г.Г.	396
Либис Р.А.	98,227	Макара И.С.	377	Махмутходжаев С.А.	251	Молчанова Н.Н.	21,236
Ливенцева М.М.	96,197	Макаркин Н.П.	17	Махнева Е.А.	231	Молчанова О.В.	241
Лиман Т.А.	18	Макаров В.Н.	119	Машарипов Ш.М.	231,377	Моргун Е. И.	47
Линник А.С.	58,375	Макаров М.А.	220	Машек О.Н.	72	Моргунов Л.Ю.	241
Липницкая Е.А.	212	Макаров С.А.	220,367	Маянская С.Д.	40,99,208,288	Мордовин В.Ф.	29,369
Литвиненко М.В	54,67,169,212	Макарова Л.И.	230	Медведев В.Н.	232	Мордовина А.Г.	286,356
Литвинова М.Н.	220	Макарова С.В.	324,325	Медведев И.Н.	232	Мороз Н.Г.	309
Литвинова С.Н.	388	Макеева Е.В.	180,221	Медведева В.Н.	232	Мороз С.М.	325
Литвишкова А.Ю.	130	Макеева Т.Г.	375	Медведева Е.А.	409	Морозов И.А.	242
Литяева Т.Ю.	212	Маклакова Н.В.	36,257	Медведева И.В.	117,358	Морозов М.П.	277
Лиферов Р.А.	89,150,213,335	Макляков Ю.С.	46	Медведева С.К.	238	Морозов М.Ю.	17
Лиходеева Ю.В.	213	Макоева В.Ю.	221	Медведева Ю.Н.	331	Морозова Е.И.	242
Лобанова Н.А.	26,214,396	Максимов А.И.	222	Межоных Е.М.	233	Морозова Т.Е.	24,242
Лобанова Н.Ю.	234	Максимов В. Н.	254	Мельников А.Х.	64	Москаленко И.Т.	388
Логачева И.В.	107,214,215	Максимов Д.Б.	222	Мельников И.Ю.	234	Москалюк М.И.	290
Логачева О.С.	215	Максимов Н.И.	164,262	Мельникова Л.В.	99,233	Мостовой Ю.М.	32
Ломакина Н. А.	216	Максимов Н.И.	81	Мельниченко О.В.	234	Мочалова О.В.	261
Лопатин Ю.М.	178,282,356	Максимова М.А.	226	Мерай И.А.	348	Мошкина А.А.	243
Лопатникова Е.Н.	309	Максютова А.Ф.	223	Меркулов Е.В.	31	Мошкова Е.В.	243,306
Лохина Т.В.	100	Максютова Л.Ф.	223	Меркулова Е.В.	38,46	Мравян С.Р.	243,244
Лошакова О.Д.	216	Максютова С.С.	223,374	Меркулова Н.К.	48,128	Мубаракшина О.А.	193
Луканцова О.Б.	414					Мукаров М.А.	321

Муллагаева Г.У.	158	Николаев В.М.	274	Олзвой Ч.	124	Патейок И. В	237
Мульгановский Б.Л.	35,164	Николаев Ю.А.	342	Омарбаев А.С.	172	Паукова Т.В.	194
Мураталиев Т.М.	251	Николаева И.Е	140,152,153, 162,252,253, 299,313,376	Омельяненко М.Г.	304	Пелиновская Л.И.	271
Мурашко Л.М.	332,333			Онегов Д.В.	163	Перевалова Е.Б.	271
Мурзамуратова Н.И.	212	Николаева Т.О.	24	Онищенко Т.Г	93,256	Перевалова Л.Г.	18
Мурзина Т.А.	139	Николенко С.А.	114,115	Онучин С.Г.	126,261,262	Перевозчикова Т.В.	26
Мурина Е.А.	280	Николенко Т.А.	19	Онучина Е.Л.	126,261	Перекальская М.А.	230
Муромкина А.В.	244,247	Никонова В.В.	187	Ополонский Д.В.	262	Переломова И.В.	64
Мусин А.М.	245	Никонорова Н.Г.	42	Оракова Ф.Х.	152	Пермяков В.Б.	65
Мусина Ф.С.	139	Никулина Н.Н.	253,254,413	Оранский И.Е.	76	Перова Н.В.	80,271,382
Мусихина Н.А.	231	Никулина С.Ю.	254,298	Орлов А.В.	263	Перова Н.Ю.	74
Мустафаев И.И.	168	Нилова О.В.	254	Орлов М.А.	212	Першина Е.С.	272,344
Мустафина О.Е.	245	Нилова С.А.	71,255	Орлов М.М.	212	Першуков И.В.	272,371
Муталипов Х.М.	11	Нистратова М.П.	51	Орлов Р.Б.	144	Петелина Т.И	272,273
Муталова Э.Г.	21,223,236, 245,246,374	Нифонтов С.Е.	412	Орлов Ю.А.	265	Петрищева А.В.	313
Муха Н.В.	271	Новгородцева Н.Я	54,67,92, 169,212,255	Орлова Г.М.	95	Петрищева Г.П.	313
Мухамедеев И.С.	191	Новик Г.А.	412	Орлова Е.В.	145,263,264	Петров В.С.	275,414
Мухамедрахимова А.Р.	162,252,253	Новиков В.Е.	332,333	Орлова Н.В	264,388,389	Петров И.М.	275,276
Мухер А.А.	231	Новиков В.И.	42	Орлова О.И.	265	Петров С.А.	414
Мухитдинов Х.К.	246	Новиков И.В.	226	Осадчая А.И.	287	Петрова В.Д.	69,90,91,94,94
Мязин В.Е.	199	Новиков М.С.	194	Осипов Д.А.	266	Петрова Г.Д.	273
Мясоедова С.Е.	35	Новиков Р.А.	93,256,330	Осипова Е.В.	99,233	Петрова Е.В.	274
Нагаев И.А.	163	Новикова Л.С.	386	Осипова И.В	26,66,214,265, 266,396	Петрова И.Н.	141
Нагаева Г.А.	247	Новоковский М. А.	352	Осипова М.В.	173	Петрова М.М.	112,167,399
Нагиева Н.Ф.	12	Носиков В.В.	46,55,98,142,237	Осипова Н.А.	379	Петрова М.Н.	275
Назаренко В.А.	115	Носов А.Е.	256	Ослопов В.Н.	49,378	Петровская М.Е.	183
Назаренко Г.И.	135	Носов В.П.	339	Осокина А.В.	164	Петросов С.Л.	276
Назаренко В.А.	114	Носова Е.М.	187	Остапущенко О.С.	337	Петрухин В.А.	108,243,244
Назарова О.А.	247	Носова Н.С.	206	Остерн Е.О.	198	Печерская М.С.	110,180
Налесник М.В.	293	Носович Д.А.	341	Остроумов Е.Н.	267	Пивцаева Т.В.	23
Намазова-Баранова Л.С.	215	Нохрина О.Ю.	257	Ошорова С.Д.	24	Пилант Д.А.	277
Нанчикеева М.Л.	337	Нурбекова Э.С.	160	Ошепкова Е.В.	115,138,206, 267,287	Пименов Л.Т.	172,278
Насирова Н.В.	169	Нуржанова И.В.	36,257	Павленко С.В.	311	Писанко М.А.	156
Насруллаев Н.С.	170	Нуржанова Т.М.	307	Павликова Е.П.	97	Писарев В.В.	33,38,278,279
Настрадин О.В.	250	Нуригдинова С. К.	20	Павлов А.Е.	72	Пискунов Д.В.	155
Насыртдинова А.М.	49	Нурматова Д.Б.	258	Павлова В.С.	311	Платонов Д.Ю.	279
Натарова Е.В.	248	Нуртдинова Э.Г.	258	Павлова Л.Н.	164	Платонова А.А.	226
Наумов Д.Ю.	249	Облицова М.А.	265	Павлова М.Д.	131	Плеханов И.Г.	67
Наумова В.В.	248,249	Обухова О.В.	259	Павлова Н.П.	395,396	Плечев В.В.	30
Начкина Э.И.	210,249	Обухова С.В.	145	Павлова О.С.	96,197	Плиева И.М.	279
Неаполитанская Т.Э.	249	Обыденникова О.Н.	195	Павлова Я.Р.	196,267	Плоткин В.Я.	280
Невзорова В.А.	250	Овезова Г.К.	320	Палеев Ф.Н.	37,267	Плотникова И.В.	280,361
Недбайкин А.М.	129	Овечкин А.Л.	259,260	Пальшина А.М.	268	Плотникова О.А.	68,281
Неклюдова Ю.Н.	251			Панин А.В.	198	Плотникова О.В.	90
Некрасов А.А.	234			Панова Е.И.	268	Плюснин А.В.	178,281
Некрасова Н.И.	291			Панова Т.Н.	167	Поварова Т.С.	281
Некрасова Т.В.	251	Оганов Р.Г.	17, 227	Панферова Е.К.	284	Погожева А.В.	68
Некрутенко Л. А.	207	Огризко Н.Н.	285	Панфилова Е.Ю.	300	Подворчан М.А	282
Немчук Ф.А.	178	Оджаров М.О.	21	Панченко Е.П.	73,239	Поддубная А.В.	282,283
Непомнящих Л.М.	57,58	Одинцова Н.Ф.	278	Папаян Г.В.	341	Поддубная А.В.	381
Нечесова Т.А.	96,197	Ожегов А.М.	107	Парве С.Д.	315	Подзолков В.И.	14,60, 283,284
Нигматуллин Н.Ш.	82	Озерова И.Н.	271	Парижская Е.Н.	270	Подколзина А.В.	185
Нигматуллина Р.Х.	162	Округин С.А.	83	Паруликова Л.В.	366,367	Подольская А.А.	207,208
НИИ Кардиологии	369	Окунова А.А.	251	Паршина С.С.	69,90,91,94, 116,269,270,	Подпалов В.П.	285
Никитин А.Г.	46,55,142,237	Олейник Г.С.	242	Паскарь Н.А.	270	Позднякова Н.А.	52,286
Никитин С.В.	68	Олейников В.Э.	55,109,202,260	Паскарь Н.С.	270	Позднякова Н.В.	286,356
Никитина Н.М.	251,252,300	Оленская Т.Л.	110			Позолотина С.В.	155
Николаев В.И.	17	Олесин А.И.	261			Покровская Т.Г.	383

Покровский М.В.	383	Пушкарев Г.С.	295	Розанов В.Б.	17	Савченко Е.А.	101
Покровский С.Н.	126	Пушкарева А.Э.	294	Розин А.И.	85,301	Сагиров А.М.	368
Покушалов Е.	198	Пушкарева К.Р.	146	Ройтберг Г.Е.	304	Саджая Л.А.	224
Поликарпов Л.С.	54,112,287,403	Пушкарева О.В.	295	Роккина С.А.	71	Садикова Р.И.	236
Полковникова Т.Г.	287	Пушкарёва С.Ю.	373	Романенко Т.С.	304	Садовский Е.В.	297
Половиткина О.В.	115,267,287	Пчелинцев В.П.	89,361	Романов В.А.	150	Садреева Д.С.	314
Полонская Я.В.	297	Пчелинцева С.А.	174	Романова З.Д.	215	Садрисламов Р.Б.	313
Полтырев В.С.	35	Пырикова Н.В.	26,295	Романова Н.П.	304	Садыкова А.А.	374
Полунина Е.А.	36,257	Пыхалова Н.Е.	331	Романова Т.А.	305	Садыкова А.Р.	315,392
Полунина О.С.	74,265	Пьянков А.К.	296	Романчук Н.П.	305	Садыкова Г.А.	315
Полупанов А.Г.	305	Пьянков В.А.	296	Романчук С.В.	247,304	Садыкова Д.К.	403
Полякова Д.П.	30	Пя Ю.В.	154,272	Романюк М.А.	243,306	Саидова М.Н.	62
Полякова Н.В.	288	Рабинович Р.М.	296	Ромашенко О.В.	218	Сайгитов Р.Т.	322
Помешкина С.А.	34	Рабко А.В.	105	Россовская М.Л.	287	Сайфиддинова Н.Б.	158
Поморцев А.В.	397,398	Работнова Л.А.	309	Ротарь О.П.	306	Сакиева Д.Н.	151,152
Попов А.И.	243	Равилова Р.Р.	297	Рощина А.А.	307	Салахова Е.И.	358
Попов Е.А.	23	Рагино Ю.И.	58,297	Рошупкин А.Н.	209,307	Салахутдинов Н.Ф.	58
Попов С.	198	Рагозина В.В.	70	Рубаненко О.А.	328	Салеева Е.В.	27
Попов С.В.	65,67	Радаева Е.В.	242,271	Рубанова М.П.	63,106,133,172,307,308	Сальцева М.Т.	316
Попова А.А.	99,208,288	Радайкина О.Г.	368	Рубеш И. П.	207	Сальченко В.А.	199,316
Попова С.Н.	65	Радзевич А.Э.	143	Рудакова Л.Е.	308	Самедов Р.И.	79
Попова Т.А.	384	Радионова В.В.	406	Руденко В.Г.	30,258	Самитин В.В.	316
Попова А.А.	40	Радченко Е.Н.	275	Руденко О.П.	159	Самко А.Н.	31,159
Поповкина О.Е.	288	Ражева О.К.	194	Руденко Р.И.	309	Самойлова М.В.	378
Попонина Т.М.	183,289	Разыграев Р.А.	18	Румбешт В.В.	309	Самохвалова Е.В.	317
Попонина Ю.С.	289	Рак Л.И.	48	Румбешт В.В.	309	Самохина Л.Ю.	58,375
Попылькова О.В.	158	Раковская И.М.	242	Румянцев М.И.	309	Самсонова Л.Н.	211
Порошина Е.А.	289	Рамазанов Д.М.	154,272,371	Румянцев О.Н.	164	Самсонова О.С.	214
Поселюгина О.Б.	71,290	Раппопорт А.В.	28,113	Рункова О.М.	77	Сапожников А.М.	185
Поскребышев В.П.	109	Раптанова А.Ю.	327	Русак М.В.	96,310	Сапожникова И.Е.	317,318
Посненкова О.М.	290	Ратовская О.Ю.	298	Русина А.М.	369	Сапрыкин И.П.	319
Постнов В.Н.	341	Рахматуллов А.Ф.	174	Руцкина Е.А.	92,338	Сапрыкина М.В.	318
Постнов С.С.	50	Рахматуллов Ф.К.	174,308	Руюткина Л.А.	383	Сараев И.А.	49
Потанина А.П.	377	Рачкова С.А.	304	Рыбакова М.Г.	310	Сараева Н.О.	408
Потапова Е.Л.	275	Рашид М.А.	155,164,298	Рыбальченко Е.В.	165	Сарбашева З.М.	319
Потапова Е.С.	250	Рашидова Г. Б.	158	Рыбчинская И.И.	311	Сардарова Г.М.	278,279
Потешкина Н.Г.	113,114	Раянова Р.Р.	163,299	Рыжкова Д.В.	311,312	Саттарова Л.З.	297
Почепцова Л.В.	214	Ребеко Е.С.	299	Рыжкова Л.А.	215	Саттарова Л.И.	391
Пояркова Е.В.	296	Ребиков А.Г.	282	Рыкова И.В.	343	Саушкина С.В.	100
Правдюк Н.Г.	403	Ребров А.П.	251,252,300	Рычков А.Ю.	312,380	Сафиулова И.А.	319
Прасолов А.В.	290	Резник И.И.	174	Рябов А.А.	379	Сафонов Д.В.	401
Прасолова С.А.	332	Резник Л.А.	344	Рябов А.Е.	312,338	Сафонова А.Н.	142
Преображенский Д.В.	154,272,291	Резниченко Н.Е.	300	Рябов В.В.	222	Сафонова Т.Ю.	76
Пристром М.С.	171,291	Резяпова Н.Х.	301	Рябова Е.В.	85	Сафонова О.Г.	58
Приходько В.П.	373	Ремизова А.И.	141	Рябова Е.Н.	312,338	Сахин В.Т.	341
Прихожан Е.И.	314	Репин А.Н.	65,301	Рязанов В.В.	135	Сванадзе А. М.	114
Проваторов С.И.	31	Реут Л.И.	328	Рямзина И.Н.	313	Светлакова Л.В.	313
Проволоцкая Т.С.	110	Решетько О.В.	302	Самедов Р.Р.	79	Свистов А.С.	103
Провоторов В.М.	193,292	Ризванова Е.В.	302	Сабитов Р.Х.	313	Севрук Т.В.	183,197
Прокопьева Э.Р.	293	Рихтер В.А.	105	Сабуров М.Ю.	368	Седлецкая Н. Н.	371
Прокошина Н.Р.	285	Рогова З.Ш.	188	Савво И.Д.	187	Сейиткулиева Г.А.	320
Пронина В.П.	243,244	Рогоза А.Н.	137,138,206,230,287	Савельева В.В.	18,19	Сейсембеков Т.З.	320,321
Пронина Е.Н.	17,18	Родимова М.В.	302	Савельева Н.Ю.	25	Секерко С.А.	286,356
Протасов К.В.	293,329,370	Родионова Л.В.	250	Савенков М.П.	314	Селезнев Е.И.	409
Протопопов А.В.	293	Родионова Ю. Н.	284	Савилова В.В.	184	Селезнев С.В.	321
Прохин А.В.	264	Родыгина Е.В.	318	Савина Н.М.	89,326	Селезнева Н.М.	349
Прудько Е.Л.	162,252,253	Рождественская Е.Д.	192	Савичев Д.Д.	51	Семагин А.П.	204
Прутенская О.А.	18	Рождественская Т.В.	303	Савкина Н.П.	414	Семаева Е.В.	297
Пучиньян Н.Ф.	242,294,409	Розанов А.В.	27	Савченко А.А.	101,212,399	Семакина С.В.	322

Семененков И.И.	291	Скоробогатова Л.Н.	59	Стахнева Е.М.	58	Терентьев В.П.	209
Семенкова Г.Г.	229	Скрипникова И.А.	332,333	Стаценко М.Е.	37,344,345,399,409	Терехин С.А.	391
Семенов А.В.	364	Скрипникова О.В.	175,333	Степанова Е.А.	17	Терехов И.В.	357
Семенов Д.В.	105	Скуратова М.А.	199,316	Степченко М.А.	111,146,346	Терехова Ж.В.	273
Семенова В.В.	258,322	Скутницкая Л.Ю.	333	Стогов А.В.	27	Терешина О.В.	87,88,338
Семенова Е.В.	261,364	Слепуха Е.Г.	56,334	Столбова С.А.	346	Терещенко С.Ю.	67
Семенова Н.В.	197	Слепухина Е.А.	30	Столярова Н.И.	211	Терлецкий А.В.	58
Семенова С.В.	322	Слободяник В.В.	267	Стрельцова Н.Н.	61	Термосесов С.	198
Семернин Е.Н.	310	Смазнов В.Ю.	16	Стригин М.П.	18	Тесля Е.Ф.	150
Семке Г.В.	29	Смелянец А.П.	334	Строева В.С.	156,347	Тимашева Я.Р.	357
Семухин М.В.	63,397	Смертина Е.Г.	399	Стрюк Р.И.	347	Тимонова А.Н.	238
Семухина Е.Н.	323	Сметнева Н.С.	36,335	Стулин И.Д.	336	Тимофеев А.В.	66,352
Сёмченкова М.Ю.	325	Смирнов М.В.	337	Суворова С.А.	347	Тимофеев В.Т.	16
Семячкина-Глушковская О.В.	40,93,323	Смирнова В.А.	335	Суджибан С.	348	Тимофеева Е.В.	315
Сенчихин В.Н.	219	Смирнова Е.А.	335	Сукманова И.А.	348,349	Тимофеева Т.Н.	185,357
Серажим А.А.	226	Смирнова Е.Н.	227,403	Сулеев Д.Б.	359	Тимошина М.А.	280
Сергеев Д.Н.	323	Смирнова Е.П.	336	Султаншина Д.Ф.	322	Тимошкина Е.И.	358
Сергеева С. С.	188	Смирнова И.Н.	336	Сурина Т.А.	17,59	Типикин В.А.	102
Сергеева С.А.	318	Смирнова Л.Б.	33,38,278,279	Суровцева М.В.	127,349	Титаева Е.В.	73
Сергиени Е.В.	324	Смирнова Н.И.	156	Суроткина С.А.	349	Титов В.Н.	115,267,287
Сергиени Е.В.	325	Смирнова Ю.Ю.	401	Суслова Т.Е.	350	Тиханова Н.П.	159
Сергиенко Т.Н.	301	Смоленская О.Г.	293,381	Суханов С. Г.	350	Тишкина Н.В.	263,264
Середа Т.В.	83	Снегирева А.В.	98	Суханов Я.В.	279	Ткаченко В.Л.	220
Серов В.А.	408	Снеговской В.А.	95,337	Сухов В.Ю.	103	Ткаченко Н.И.	314
Серопян М.Ю.	51	Собин С.В.	209	Сухова М.В.	83	Тогузова З. А.	28,113,221
Сероухова О.П.	110,180	Собинова Т.П.	416	Сушинский В.Э.	351	Тодосийчук В.В.	257
Сивеев Д.М.	109	Соболев А.А.	318	Схиртладзе М.Р.	351	Тоиров Х.К.	116,416
Сидиков М.Р.	269	Соболев С.М.	179	Счастливенко А.И.	285	Токарева Л.Г.	414
Сиднев Б.Н.	51	Соколова Л.А.	128,129	Сыренский А.В.	341	Толмачева Н.А.	327
Сидоренко Б.А.	89,142,154,272,300,326,371	Соколова М.А.	218	Сыромятникова Т.Н.	259	Толмачева С.Р.	48
		Соколова Н.А.	92,271,338	Сыртланова Э.Р.	294	Толпыгина С.Н.	226
Сидорова Т.И.	411	Соколовская Г.И.	76	Сысуенкова Е.В.	122,123	Толстов С.Н.	300
Силина Т.С.	326	Солдатов Е.С.	373	Сытник Н.В.	181	Томашевская Ю.А.	56,109,260
Симаков А.А.	202	Солдатов П.А.	303	Сычев Д.А.	239	Томилова С.В.	117,358
Симерзин В.В.	327,328	Солдатова О.А.	338	Сюч Н.И.	352	Томск	369
Симоненко В.Б.	50,51	Солнцев В.Н.	306	Табалдиева Т.В.	66,352,395	Тонкошкурова В.В.	267
Симоненко Г.В.	224	Солнцев В.Н.	397	Тайкова М.Я.	119	Торим Ю.Ю.	40
Симонова О.Н.	270	Соловьёв О.В.	261	Талипова И.Ж.	353	Торшина З.В.	243
Симулин В.Н.	406	Соловьёва Н.В.	90,338,339	Талызина И.В.	291	Тотуом Г.Б.	196
Синдеева М.Н.	104	Соловьянова Е.Н.	339	Таминова И.Ф.	84	Требухина О.И.	359
Синдякова Т.А.	40	Солодков А.П.	285	Танатарова Г.Н.	354	Трегубова М.Г.	220
Синеглазова А.В.	329	Солодовников А.Г.	293	Танашян М. М.	174	Третьякова Е.Н.	343
Синицын В.Е.	15	Соломахина Н.И.	340,339	Танянский Д.А.	354	Третьякова Н.С.	360
Синкевич Д.А.	293,329	Соломонова Л.А.	314	Тарарак Э.М.	364,400	Третьякова Я.Г.	269
Синьков А.В.	329	Солпов А.В.	92,206,392	Тарасов А.А.	30,355	Тригулова Р.Х.	359
Синькова Г.М.	329	Сонин Д.Л.	341	Тарасов Н.А.	17,18	Тригулова Р.Х.	359
Сиротин А.Б.	133	Сорокина В.Г.	179,285	Тарасова О.А.	355	Трипотень М.И.	32
Сиротин Б.З.	134	Сотников А.В.	341	Тарасова О.В.	343	Тростянецкая Н.А.	360
Сироткин В.Н.	400	Сощенко Д.Г.	373	Тарбеева Н.С.	403	Трофимова Е.В.	114
Сироткина О.В.,	330	Спирина В.В.	229	Тарзиманова А.И.	284	Трошенкина О.В.	408
Сироцинская Е.А.	131	Спорова О.Е.	344	Тарловская Е.И.	224,289,317,318	Трошина А.А.	182,360
Сисина О.Н.	100	Срождинова Н.З.	341	Татарченко И.П.	159,286,356	Трукшина М.А.	311,312
Ситников В.Ф.	264	Стажаров М.Ю.	143	Татуева Т.В.	275,276	Трунина Т.П.	89,361
Скак К.	19	Стажинский А.Н.	150,213	Таубер О. Н.	350	Трушкина И.В.	280,361
Скворцов К.Ю.	93,256,330,404,405	Старичков А.А.	342	Таутиева И.Ж.	28	Туаева И.Б.	28
Скибицкий А.В.	331	Староверова Ю.К.	30,109,342	Таютина Т.В.	387	Тувев А.В.	27,191,207,248,256,355,379
Скибицкий В.В.	177,196,331,332	Стародубова А.В.	117,378	Темирсултанова Т.Х.	356	Тузоз С.Л.	102
Скидан В.И.	249	Старченко А.А.	343	Тен М.Н.	128	Туйзарова И.А.	362
		Старченко Т.Г.	272,344	Тепляков А.Т.	40		

Туктарова Ф.С.	162	Федосеев В.Ф.	316	Хеймец Г.И.	137,206	Чеснокова Е.В.	386
Тулинов П.В.	18	Федулова Е. Е.	371	Хичева Л.В.	18	Чеснокова И.В.	387
Туляганова Д.К.	158,362	Фендрикова А.В.	196,331,332	Хлебодаров Ф.Е.	378	Чижикова О.А.	387
Турсунов Р.Р.	20,363	Феофанова Е.С.	72	Хлынова О.В.	379	Чичерина Е.Н.	224
Тучин В.В.	224	Фетцер Д.В.	154,371	Хмелева Е.В.	25	Чочаева М.Ж.	410
Тюкалова Л.И.	65,67	Филатов А.А.	218	Хмелевских Н.А.	162,252,253	Чугунова Д.Н.	388
Тюкова И.В.	134	Филатова И.И.	372	Ховаева Я.Б.	259	Чудинов Г.	198
Тюрин В.П.	363,364	Филина Л.В.	339	Ходосова К.К.	411	Чукаева И.И.	388,389
Тюрина С. Н.	47	Филиппов Г.П.	361	Хоролец Е.В.	379,401	Чумакова Г.А.	389,390
Тюшева Н.С.	119	Филиппов Е.В.	413,414	Хороненко В.Э.	379	Чумакова О.С.	142
Угнич К. А.	122	Филиппова Т.В.	372,377	Хоронько В.В.	46	Чумаченко П.В.	390
Ударцева О.О.	364	Филоненко И.В.	101	Хорькова Н.Ю.	380	Чура О.В.	389
Уйманова М.Ю.	51	Фирова Э.М.	354	Хохлунов С.М.	204,316	Чурилова В.О.	280
Уклистая Е.А.	74	Фисун А.Я.	150,213	Храмцова Н.А.	380	Чухловина Л.Д.	22
Уклистая Т.А.	23,74	Фокин А.А.	373	Хромова А.М.	82	Чуясова Ю.К.	296
Уланова Т.В.	364	Фомин Ф.Ю.	244	Хромов—Борисов Н.Н.	280	Шабров А.В.	261
Ульянина Е.В.	308	Фомина В.А.	373	Хрусталева О.А.	150	Шаварова Е.К.	246
Умаров А.А.	416	Фонякин А.В.	87,174,317,374	Хрустицкая Л.Б.	110	Шавкунов С.А.	195
Уон Л.С.	261	Фрейдлин М.С.	76,77,188	Хрущева О.А.	380	Шайбакова Л.Р.	390
Урванцева И.А.	235,365	Фрид С.А.	223,245,374	Хурс Е.М.	282,283,381	Шайдуллина А.И.	82,391
Урумбаев Р.К.	366	Фролов А.В.	42	Хурсанов Н.М.	416	Шаймарданова Г.М.	320
Усанова А.А.	17	Фронтасьева В.В.	372	Хусаинова Л.М.	236,313	Шалаев С.В.	40,41,70,402
Усенко А.Г.	366,367	Фуркалюк М.Ю.	343	Хучиева М.А.	382	Шальнев В.И.	391
Усенко Г.А.	366,367	Фурман Н.В.	242,294,302,409	Царев О.А.	269	Шальнова С.А.	129,185,216, 227,271,357
Усков И.С.	341	Фурменко Г.И.	413	Царенок С.Ю.	78	Шамес А.Б.	391
Усов В.Ю.	29,369	Фурсов А.Н.	375	Цветкова Е.Ю.	273	Шамкина А.Р.	392
Усова Т.В.	272	Футерман Е.М.	283	Цвингер С.М.	382	Шамсутдинова Р.Р.	163
Усольцева Е.Н.	34	Хабарова И.В.	194	Цепелев В.Ю.	383	Шангина А.М.	92,206,392
Усольцева Т.А.	367	Хабибуллина А.Р.	163	Цориев А.Э.	293	Шанина И.Ю.	199
Устинова И.Б.	183	Хабчабов Р.Г.	11,153,375	Цуканова Ю.А.	18	Шапошник И.И.	47,393
Ушаков В.Ю.	404,405	Хавка Н.Н.	264	Цуркану В.И.	383	Шапошников Д.А.	72
Ушакова Т.М.	69,90,91	Хазова В.А.	265	Цыбденова А.А.	124	Шапошникова А.И.	393
Ушакова Т.М.	94	Хаишева Л.А.	58,375,379,401	Цыганкова О.В.	383	Шарапов С.В.	393
Фадеева С.С.	55	Хайло Н.В.	376	Цымбал С.Ю.	297	Шарафетдинов Х.Х.	68,281
Фазлова И.Х.	368	Хайретдинова Т.Б.	163,258	Чаадаева М.И.	159	Шарафилова Н.В.	365
Фазулова А.Ф.	49	Халикова Г.А.	376	Чазымова З.М.	36	Шарафисламов М.И.	315
Файзуллаев Б.Р.	368	Халматов А.Н.	366	Чаиркин И.Н.	141	Шарданов Н.А.	46
Фальковская А.Ю.	369	Халтурина И.Г.	372,377	Чалык Н.Е.	116	Шаробаро В.И.	147,148
Фаррахова Ф.И.	223	Хамдамова М.Б.	416	Чапаева А.Г.	53	Шатохина Е.В.	23
Фатеев А.В.	102	Хамидов Н.Х.	416	Чарикова Е.И.	384	Шатунова И.М.	394
Фатенков В.Н.	369	Хамидуллаева Г.А.	231	Чебан К.	385	Шафик Азиз	110
Фатенков О.В.	370	Хамидуллаева Г.А.	377	Чекмарёва М.О.	384	Шафранская К.С.	395
Фатенкова Е.С.	370	Хамидуллина Р.М.	140,161,258	Чепкий Д.А.	79	Шахворостова С.А.	395,396
Фатенкова О.В.	370	Хамитов Ф.Ф.	113	Чепойда П.	385	Шахматова К.И.	214,396
Фаткуллина З.С.	162	Хамнагадаев И.И.	287	Червякова К.В.	30,163,258,297,376	Шахова М.Г.	397
Фаткуллина З.С.	390	Хамнуева Л.Ю.	95	Чернавский С.В.	375	Шахтштейндер Е.В.	297
Фахретдинова Е.Р.	140,161,162, 252,253,258	Ханина Е.А.	50	Чернецова Е.В.	291,326	Шацкая Е.Г.	397
Фахретдинова Е.Р.	297			Черникова Е.С.	270	Шварц Ю.Г.	347
Фахрутдинова Р.А.	168			Чернов В.С.	224	Шевелёв В.И.	397,398
Федоренко А.А.	116	Харац В.Е.	97, 198, 380	Чернов Ю.Н.	96,142,193,318	Шевелёк А.Н.	62
Федоренко Н.М.	285	Харин А.В.	119	Чернова А.А.	254,386	Шевченко Е.В.	415
Федоришина О.В.	370	Харипон Н.В.	370	Черноусова Л.А.	294	Шевченко С.В.	408
Федорова В.И.	370	Харламов А.И.	263	Черных П.В.	403	Шек А.Б.	399
Федорова Е.А.	140,161,252,408	Харламова М.В.	204	Чернышев Е.П.	319	Шеломова Н.Н.	234
Федорова Е.Л.	383	Харченко А.В.	18,19	Чернявина А.И.	127,349	Шеметова М.М.	379
Федорова О.Ф.	90,91	Хасанов Н.Р.	378	Чернявский А.М.	297	Шер И.И.	336
Федорова О.Ф.	94	Хасанова С.Р.	377	Черпаченко Н.М.	118,132	Шершнева Л.В.	370
Фёдорова С.И.	244	Хаутиева Ф.М.	378	Черткова В.Н.	346	Шилина Н.Н.	399
				Ческидова Н.Б.	305		

Шилов Е.М.	242	Штейнберг Л.Л.	39	Щетинкина И.Н.	294,409	Яковлев В.В.	44,341,412
Шилов С.Н.	40	Штонда М.В.	291	Щукин Ю.В.	312,338,409	Яковлева А.С.	413
Шилова Е.В.	227	Шуваева Л.Г.	374	Эльгардт И.А.	147	Яковлева И.М.	187
Шимохина Н.Ю.	399,400	Шувалов С.С.	93,256,330, 404,405,406	Эльгаров А.А.	319,402,410	Яковлева Л.В.	299,390
Широков Р.О.	159	Шувалова Ю.А.	159	Эльгаров М.А.	410	Яковлева Н.Ф.	40
Широков Р.О.	31	Шугаева Е.Н.	17	Эльгарова Л.В.	410	Якубик Г.Г.	34
Широкова И.В.	215	Шугушев Х.Х.	28,108,406	Эпштейн О.И.	318	Якубов М.М.	20
Шишкина В.С.	400	Шукурджанова С.М.	158	Эрлих А.Д.	410	Якупов И.Ф.	82
Шишкина Л.А.	373	Шукуров Б.М.	356			Якушин С.С.	137,144,253, 254,275,321,335,
Шкодина Н.В.	401	Шульженко Л.В.	154,272,371	Эшмаков С.В.	278		413,414
Шлык С.В.	58,375,379,401	Шульман В.А.	254,406	Юбицкая Н.С.	411	Янбаева С.М.	152
Шлычкова Т.П.	132,390	Шумаков Д.В.	267	Юденкова И.В.	318	Ярков В.И.	365
Шляхто Е.В.	225,306,412	Шумихин А.В.	132	Юдина Г.Н.	361	Ярославская Е.И.	198
Шмелева Г.А.	140,161,252,258	Шункевич Т.Н.	407	Юрьева С.В.	190	Яруллина А.Р.	140,161
Шмидт Е.А.	42	Шургая М.А.	388	Юсупова Э.З.	294	Яруллина А.Р.	252
Шогенов А.Г.	402	Шуркевич Н.П.	65,407	Юсупходжаев Р.В.	411	Яруллина Г.К.	152,153
Шорохова И.В.	402	Шутов А.М.	408	Юферова О.В.	231	Ярцева И.М.	264
Шостак Н.А.	16,155,164, 185,298,403	Шухардина Е.Л.	331	Ющенко М.В.	412	Яскевич Р.А.	287
Шпагина Л.А.	208	Щепина Г.М.	133	Ядров М.Е.	164	Яхонтов Д.А.	74,124,348,349,415
Шпак Л.В.	70,82	Щербак В.П.	32	Ядройцева И.А.	184	Яценко М.К.	257
Штайн К.С.	403	Щербаков В.А.	49	Яичникова М.Н.	315	Яшина Е.В.	269
Штегман А.Г.	403	Щербакова А.В.	408	Яковенко Л.В.	111	Яшина Л.М.	234
Штегман О.А.	403	Щербакова Т.Г.	141,409	Яковенко Т.И.	109		

Для заметок

Для заметок