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

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

ОТ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ К ВЫСОКИМ ТЕХНОЛОГИЯМ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Генеральный спонсор: Мерк Шарп и Доум
Главные спонсоры: АстраЗенека
KRKA
Лаборатории Сервье
Шварц Фарма АГ

Приложение 1 к журналу
«Кардиоваскулярная терапия и профилактика» 2006, т. 5, № 6

Москва 2006

Tesis_006_end.indd 1
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black
24.08.2006 22:24:29

Tesis_006_end.indd 2 24.08.2006 22:24:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Состав организационного комитета Российского национального конгресса кардиологов

Сопредседатели:

Хальфин Р.А.
Володин Н.Н.

Заместители сопредседателей:

Оганов Р.Г.
Сергиенко В.И.
Колтунов И.Е.

Ответственный секретарь:

Кукушкин С.К.

Члены оргкомитета:

Беленков Ю.Н.
Бойцов С.А.
Бузиашвили Ю.И.
Довгалевский П.Я.
Закирова А.Н.
Иоселиани Д.Г.
Кательницкая Л.И.
Карпов Р.С.
Поздняков Ю.М.
Сельцовский А.П.
Фомина И.Г.
Чазов Е.И.
Шальнова С.А.
Шиман И.Г.
Шляхто Е.В.

Tesis_006_end.indd 3 24.08.2006 22:24:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Научный комитет Конгресса

Председатель:

Беленков Ю.Н.

Заместитель председателя:

Бубнова М.Г.

Члены научного комитета:

Александров Ан.А.
Аронов Д.М.
Британов А.Н.
Грацианский Н.А.
Гуревич М.А.
Дегтярева Е.А.
Кухарчук В.В.
Мареев В.Ю.
Марцевич С.Ю.
Небиеридзе Д.В.
Носиков В.В.
Оганов Р.Г.
Фомина И.Г.
Чазова И.Е.
Шальнова С.А.

Корректура тезисов:

Маношкина Е.М.

Tesis_006_end.indd 4 24.08.2006 22:24:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Комитет по экспертизе работ молодых ученых

Председатели:

Грацианский Н.А.,

Кухарчук В.В.

.

Бочкарева Е.В.
Лупанов В.П.
Лякишев А.А.
Небиеридзе Д.В. М

Tesis_006_end.indd 5 24.08.2006 22:24:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

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

РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС КАРДИОЛОГОВ

9-11 октября 2007 г, г.Москва

Информационное письмо

Уважаемые коллеги!
Приглашаем Вас принять участие в Российском национальном конгрессе кардиологов, который состоится 9-11 октября 2007г в г.Москве.

Тематика конгресса

- 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 доклады, научные и сателлитные симпозиумы, секционные заседания, стендовые доклады, конкурс молодых ученых, школы для практикующих врачей.

Регистрация

Для предварительной регистрации необходимо выслать в адрес Оргкомитета заполненную регистрационную форму, а также подтверждение оплаты организационного взноса. Организационный взнос (не включает стоимость опубликования тезисов) должен быть перечислен на счет ВНОК до 1 сентября 2007г. – 1200 руб., после 1 сентября 2007 г. – 1400 руб. Опубликование тезисов (одна работа) – 300 руб. (сумма не включает стоимость сборника тезисов).

От оплаты организационного взноса и за публикацию тезисов освобождаются члены правления ВНОК, председатели симпозиумов и молодые ученые, прошедшие в финал конкурса «Молодых ученых».

ВНИМАНИЕ! Почтовые денежные переводы в качестве оплаты НЕ ПРИНИМАЮТСЯ!

Зарегистрироваться можно по адресу ***emanoshkina@gnicpm.ru*** и на сайте ВНОК: ***www.cardiosite.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 в Отделении 2 Московского ГТУ

Банка России, ИНН 7744000599, КПП 775001001

*Пожалуйста, **указывайте в квитанции назначение платежа**. Например: оргвзнос за участие Иванова И.И. в конгрессе кардиологов 2007; взнос за публикацию тезисов Иванова И.И. в материалах конгресса кардиологов 2007.*

Правила оформления тезисов

Тезисы должны быть получены Оргкомитетом не позднее 10 апреля 2007г. Убедительная просьба – заблаговременно подавайте Ваши тезисы. Тезисы, полученные позднее указанной даты, рассматриваться не будут.

1. Объем тезисов – 1 страница (А4), поля сверху, снизу, справа и слева – 3 см. Пожалуйста, используйте лазерный или струйный принтер, шрифт Times – 12 pts, через 1 интервал. Не допускается 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**: ***emanoshkina@gnicpm.ru***, либо по почте в конверте на дискете 3,5'' 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 **ИвановИИМосква 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: Тезисы **ИвановИИМосква 2, Тезисы РНЦХМосква10**).
5. Тезисы отправлять по адресу: 101990, Москва, Петроверигский пер., 10, ФГУ «ГНИЦ ПМ» Росздрава, Оргкомитет Конгресса кардиологов.

ВНИМАНИЕ! Вместе с тезисами в обязательном порядке необходимо прислать файл с ФИО, адрес, телефон, факс, e-mail одного из авторов для переписки.

Tesis_006_end.indd 6 24.08.2006 22:24:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

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 Росздрава», Москва, Россия; ЛГМУ, Луганск, Украина (точку не ставить)

В рамках Конгресса будут проводится:

А. 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 15 апреля 2007г, 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),
- направление от учреждения,
- рекомендация научного руководителя

Работа допускается к конкурсу по итогам предварительной независимой экспертизы.
Результаты экспертизы будут размещены на сайте ***http://www.cardiosite.ru*** после 10 августа 2007г.
Авторы работ, допущенных к Конкурсу, освобождаются от организационного взноса.
Процедура Конкурса включает устный доклад (время выступления 15 мин).
Победители конкурса награждаются премиями и дипломами ВНОК.

Б. Школы по различным направлениям кардиологии.

Для производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования будут организованны:

- Сателлитные симпозиумы
- Доклады в рамках научной программы
- Выставка лекарственных средств, современных технологий, специализированных изданий, изделий медицинского назначения.

Адрес Оргкомитета:

101990, г.Москва, Петроверигский пер., 10, ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава»
Оргкомитет Российского национального конгресса кардиологов
Ответственный секретарь Кукушкин Сергей Кузьмич
Контактный тел./факс: (495) 624 45 93
E-mail: ***skukushkin@gnicpm.ru*** (заявки на участие в выставке и сателлитном симпозиуме),
emanoshkina@gnicpm.ru (тезисы докладов, конкурсные работы и регистрационные формы).
Официальный сайт ВНОК: ***http://www.cardiosite.ru*** (информация по Конгрессу)

Tesis_006_end.indd 7 24.08.2006 22:24:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА

участника Российского национального конгресса кардиологов

Москва, 9-11 октября 2007г.

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:

Нуждаетесь 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 2006г. на электронный адрес: ***emanoshkina@gnicpm.ru*** или по факсу: **(495) 624-45-93**. Зарегистрироваться можно и на сайте ВНОК: ***www.cardiosite.ru***

Tesis_006_end.indd 8 24.08.2006 22:24:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0001 РОЛЬ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ГОРНЫХ РЕГИОНАХ

Абдулкадырова З.О. Гаджиев Г.Э.

Дагестанская медицинская академия, Дагестанский научный центр РАМН. Махачкала, Россия

Цель исследования заключалась в изучении роли питьевой воды в эпидемиологии артериальной гипертонии (АГ).

Материал и методы исследования. Исследование проводилось в трех сельских административных районах Высокогорного Дагестана – Кулинском, Тляратинском и Цунтинском. Распространенность АГ (АД≥140/90 мм рт. ст.) соответственно была равна 5,67 0,48%, 4,21 0,93%, 7,23 0,73%. Изучен химический состав основных речных стоков в этих районах, используя метод атомно-абсорбционной спектроскопии и обычные химические методы.

Результаты. Речные воды Горного Дагестана маломинерализованы. Сумма ионов в водах р.Кули была равна 164,90 мг/л, р.Джурмут 113,50 мг/л, р.Кила 116,00 мг/л. Общая жесткость соответственно равнялась 4,47 мэкв/л, 3,32 мэкв/л и 3,55 мэкв/л. pH колебалась в пределах 7,0-8,3. По химическому составу они являются гидрокарбонатно-сульфатными-кальциево-магниево-натриевыми. Соотношение ионов: для анионов HCO_3>SO_4>CL и для катионов Ca>Mg>Na. Характерно отсутствие в этих водах ионов хлора. Он появляется ниже по течению.

Спектральный анализ сухих остатков вод показал наличие (% сухого остатка): алюминия 0,007-0,62, стронция 0,0012-0,006, титана 0,0012-0,008, марганца 0,0018-0,009, хрома от следов до 0,008, никеля –следы, меди 0,0035-0,0051, молибдена 0,0011-0,0025.

В качестве контроля были исследованы питьевые источники (95 артезианских скважин) на Прикаспийской низменности, в регионе с относительно высокой распространенностью АГ. В этом регионе питьевые воды имеют повышенную Минерализацию (>650 мг/л), а по химическому составу они гидрокарбонатно-сульфатно-натриево-хлоридные. Общая жесткость артезианских вод колебалась от 1,19 мэкв/л до 4,07 мэкв/л. Содержание Na в артезианских водах была от 12 до 33 раз выше, чем в речных водах высокогорных районов. В водах большинства артезианских скважин содержание Mg, Ca, K было выше, чем в источниках горных районов. Однако соотношение ионов оказалось иным. Соотношение анионов HCO_3>SO_4>Cl, катионов Na>Ca>K>Mg.

Выводы. Низкое содержание натрия и оптимальное соотношение катионов придают питьевым водам высокогорных регионов саногенный эффект в отношении развития АГ. Значение общей Минерализации и роль микроэлементов нуждается в дополнительном изучении.

0002 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭГИЛОКА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ И ЕГО СОЧЕТАНИЯ С ЭДНИТОМ И ПРЕДУКТАЛОМ МВ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА

Абдуллаев А.А., Гафурова Р.М., Умаханова З.А., Исламова У.А., Каллаева А.Н., Абдулпатахов Д.Д.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава», Махачкала, Россия

Цель: выявить сравнительное влияние эгилока в составе стандартной терапии и его сочетания с эднитом и предукталом МВ на диастолическую дисфункцию левого желудочка у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Методы исследования: Мы наблюдали 106 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 42 до 69 лет (мужчин – 102, женщин – 4), со дня их выписки из стационара и в течение 1 года. 52 из них страдали артериальной гипертензией, у 35 зарегистрирована одиночная желудочковая экстрасистолия. Состояние диастолической функции изучали методом допплер-эхокардиографии аппаратом Aloka-2200 по стандартной методике. Определяли показатели трансмитрального кровотока: максимальная скорость раннего наполнения в систолу левого предсердия V**e**, скорость наполнения в систолу левого предсердия Va и индекс соотношения V**e**/Va. Исследование за период наблюдения проводилось в сроки 16-21 сут. и к концу 3 мес от начала ИМ. Больные были рандомизированы методом случайной выборки на 2 группы: 1-я группа (контрольная) из 55 пациентов получала стандартную терапию: аспирин, метопролол (эгилок фирмы Эгис, Венгрия) в дозе 50-100 мг/сут. , нитросоединения и другие средства –по показаниям), 2-я группа (основная) из 51 пациента, адекватная для сравнения с контрольной по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, –эналаприл (эднит фирмы Гедеон Рихтер, Венгрия) в дозе 5-10 мг/сут. и триметазидин (предуктал МВ фирмы Servier, Франция) в дозе 70 мг/сут. в сочетании со стандартной терапией. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в основной группе проводили в течение 3 мес сразу после стационарного этапа, в дальнейшем в обеих группах применяли только стандартную терапию.

Полученные результаты: В основной группе через 3 мес лечения увеличилось соотношение V**e**/Va на 10,5% по сравнению с таковым до лечения, в то время как в контрольной группе – на 8,1% ($p<0,05$). У 99 пациентов (93,4%) имела место диастолическая дисфункция левого желудочка по гипертрофическому типу, у 7 (6,6%) – по рестриктивному типу.

Вывод: У пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, коррекция диастолической дисфункции левого желудочка происходит эффективнее на фоне включения в стандартную терапию на амбулаторном этапе эднита и предуктала МВ.

0003 ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА НА РЕГРЕССИЮ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ

Абдуллаева Г.Ж., Елисеева М.Р., Срожидинова Н.З., Бекбулатова Р.Ш.

Республиканский Специализированный Центр кардиологии. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить влияние 3-х месячной монотерапии эналаприлом на регрессию гипертрофии левого желудочка (ЛЖ) с учетом I/D полиморфизма гена АПФ, C-344T полиморфизма гена альдостерон-синтазы (CYP11B2) и A1166C полиморфизма гена AT1R.

Методы исследования: Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) оценивалась с использованием М-режима эхокардиографии и рассчитывалась по методике Penn. Генотипирование на I/D-полиморфизм гена АПФ, C-344T полиморфизм гена альдостерон-синтазы (CYP11B2) и A1166C полиморфизм гена AT1R проводили путем амплификации соответствующих участков гена методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с соответствующими праймерами. Статистическая обработка проводилась с использованием стандартного статистического пакета “BIOSTATISTICS” для Windows (версия 4,03). Определяли выборочное среднее (X) и выборочное стандартное отклонение (SD). Для всех видов анализа статистически значимыми считали значения $p<0,05$.

Результаты: Обследовано 58 больных ЭГ I-II степени (ВОЗ, 1999), все лица мужского пола узбекской национальности, от 30 до 60 лет (средний возраст 47,1±8,2 лет). Средняя длительность ЭГ составила 5,9±3,8 лет. Все пациенты прошли 3-х месячную монотерапию эналаприлом в средней суточной дозе 12,2±7 мг. В про-

Tesis_006_end.indd 9 24.08.2006 22:24:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

цессе терапии отмечена положительная динамика в уменьшении толщины стенок гипертрофированного ЛЖ, что сопровождалось достоверным уменьшением ММЛЖ на 16,9±17,3 г в целом по группе, при этом степень снижения ИММЛЖ составила 6±6,1%. С учетом I/D полиморфизма гена АПФ: у больных с II-генотипом гена АПФ отмечена значительная регрессия ММЛЖ, при этом ИММЛЖ снизился на 8,3±4% по сравнению с DD-подгруппой (4,6±3%) (p<0,01). Напротив, не найдено различий по степени снижения ИММЛЖ у больных-носителей AC+CC генотипа и AA генотипа гена AT1R: 5,9±3,5% и 6±7,04% соответственно, p>0,05. Аналогичная картина прослеживалась у больных носителей TT, TC и CC генотипов альдостерон-синтазы (CYP11B2): 5,5±3,9%, 6,3±7,7% и 5,5±4,9% соответственно, p>0,05.

Заключение: полученные результаты свидетельствуют о наличии связи I/D полиморфизма гена АПФ с регрессией гипертрофии ЛЖ при монотерапии эналаприлом и отсутствие ее с учетом C-344T полиморфизма гена альдостерон-синтазы (CYP11B2) и A1166C полиморфизма гена AT1R.

0004 ВЛИЯНИЕ АЛЛАПИНИНА НА ИНТЕРВАЛ Q-T И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А, Икромов И.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии. Ташкент, Узбекистан.

Цель исследования: изучение влияние аллапинина на реполяризацию желудочков и вариабельность сердечного ритма у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы исследования. Клинический осмотр, ЭКГ, ХМЭКГ. Обследовано 20 больных (13 мужчин, 7 женщин), в возрасте 45,4±10,8 (от 22 до 66) лет. Анализ Q-T проводился до приема аллапинина, в ОЛТ и после короткого курсового лечения (5-7 сутки). Частоту и характер ЖА, значение SDNN и SDANN оценивали с помощью Холтеровского мониторирования ЭКГ (ХМЭКГ). Для DQ-T использовали порог – 60 мс, для SDNN – 102 мс, для SDANN – 92 мс.

Результаты исследования. В контрольном периоде по результатам ХМЭКГ среднее количество желудочковых экстрасистол составило 261,57±40,66 в час, DQ-T 52,37±15,12 мс, SDNN 144,29±57,1 мс, SDANN 104,14±77,1 мс. После короткого курса терапии аллапинином в дозе 62,5±21,6 мг/сутки, среднее количество ЖЭ за 1 час снизилось до 34,47±10,33, укорочение DQ-T носило недостоверный характер (48,87±15,41 мс (p=0,073)), SDNN и SDANN уменьшились до 34,19±33,3 мс (p=0,11) и 66,67±44,3 мс (p=0,67) соответственно.

Анализ ЭКГ показал, что на фоне приема А Q-T интервал увеличился на 6% (с 325,94±28,2 до 343,05±36,65 мс (p=0,715)), удлинение Q-Tk составило 5% (с 385,1±24,83 до 414,93±24,9 мс (p=0,405)), DQ-Tk –5% (с 60,85± 14,51 до 63,8± 12,67 мс (p=0,074)).

Вывод: Аллапинин обладает высокой антиаритмической активностью у больных ДКМП, вместе тем улучшает показатели вариабельности сердечного ритма и не оказывает отрицательного влияния на процессы реполяризации желудочков.

0005 ОТДАЛЕННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Абдуллаев Т.А., Курбанов Н.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить значимость различных клинико-инструментальных показателей в прогнозе жизни больных ДКМП по результатам 5 летнего наблюдения. Методы исследования. В исследование включено 102 больных ДКМП в возрасте от 16 до 60 (40,5±1,09) лет. Проводились клинический осмотр, ЭКГ, ХМЭКГ, ЭхоКГ, 6-минутный прогулочный тест, оценка прогноза жизни.

Результаты. Показатель пятилетней летальности составил 65% (n=66). Был выделен ряд признаков высокодостоверно-связанных с повышением частоты смертельных исходов у больных ДКМП: высокий ФК НК, низкое САД, сложные формы ЖА и увеличение КСО/КДО. Однако, наличие симптомов тяжелой НК при первичном осмотре имело малую специфичность в предсказании смертельного исхода, а низкий уровень САД и КСО ≥ 185 мл обладали малой чувствительностью (33 и 55% соответственно). Для улучшения качества прогнозирования летальности на основании выделенных функциональных маркеров их значимость была изучена в комплексе с исходным ФК НК. Результаты исследования показали, что наличие псевдо зубца-Q, блокад ножек пучка Гиса, А-В блокады, парных и групповых ЖЭ, увеличения КСО≥ 185 мл и отношение КСО/КДО>0,665 в 1,5-2 раза повышают и без того высокий риск смерти у больных с III-IV ФК НК. При этом различия по уровню летальности между группами с наличием и отсутствием этих признаков в большинстве случаев носили высокодостоверный характер. В группе больных с ФК II НК присутствие изучаемых признаков так же ассоциировалось с повышением летальности в 2-4,8 раза, однако различия при низком ФК НК не носили характера статистической значимости.

Таким образом, наименьшая частота смертельных исходов отмечалась в группе больных с низким ФК НК и без выделенных прогностических функциональных признаков, а наибольшая –в группе больных с высоким ФК НК и наличием хотя бы одного из изучаемых признаков.

0006 ЭКДИСТЕН В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ МИОКАРДИТОВ

Абдуллаев Т.А., Нагаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Изучить влияние экдистена (Э) на состояние физической работоспособности у больных неревматическими миокардитами.

Материалы и методы: клинический осмотр, запись ЭКГ в 12 отведениях, велоэргометрическая проба (ВЭМ), эхокардиография (ЭхоКГ). Обследовано 16 больных обоего пола, средний возраст 35,29±1,28 (от 20 до 54) лет, с диагнозом постмиокардитический кардиосклероз (ПМКС). Использован отечественный тонизирующе-метаболический препарат Э. Среднесуточная доза Э составила 14,06±2,015мг/сут., длительность приема препарата составила 20 дней.

Результаты исследования: В исходном периоде при проведении ВЭМ-пробы объем выполненной работы (ОВР) в среднем по группе составил 436,32±23,7 кгм, продолжительность времени педалирования (Т)=8,32±0,5мин и величина «двойного произведения» (ДП)=98,19±5,11, выражающая потребление кислорода миокардом. В большинстве случаев (у 12 из 16 пациентов) причиной остановки пробы явились утомляемость, слабость, в 4 случаях достижение субмаксимальной ЧСС на среднем (75 Вт) уровне нагрузки. Со стороны ЭхоКГ-данных лишь у 5 (31,25%) больных выявлено пролабирование передней створки митрального клапана с 1-й степенью митральной регургитации, при этом утолщений и структурных изменений со стороны клапанного аппарата сердца выявлено не было. У всех больных отмечались в той или иной степени очаги склероза и уплотнения в толще межжелудочковой перегородки (МЖП) без наличия гипертрофии (ТМЖП=9,56±0,49мм). После курса терапии Э нами отмечено достоверное увеличение ОВР до 571,86±11,28 кгм, Т возросло на 31,85% (10,97±2,00мин), ДП снизилось на 9,5% (88,86±4,3). Причинной остановки проведения ВЭМ-пробы, в большинстве случаев, служило достижение субмаксималь-

Tesis_006_end.indd 10 24.08.2006 22:24:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ной ЧСС (у 14 пациентов из 16) на уровне нагрузки = 100 Вт. ЭхоКГ-данные не выявили тенденции к гипертрофии миокарда (ТМЖП=9,61±1,02мм и ТЗСЛЖ=9,58±0,5мм), тем не менее, отмечается недостоверное увеличение сократимости миокарда (ФВ возросла с 70,03±3,57 до 74,51±0,98%). Со стороны АД существенных изменений выявлено не было (112,85±5,66мм.рт.ст и 114,44±6,20 соответственно до и после терапии Э), ЧСС на фоне лечения Э снизилась на 7,77% (86,48±4,63 и 79,76±4,05 соответственно до и после терапии Э).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о позитивном влиянии экдистена на гемодинамическое обеспечение миокарда у больных с ПМКС, на что указывает увеличение времени максимально-переносимой нагрузки, а также недостоверное повышение сократительной способности миокарда. Препарат обладает тонизирующе-анаболическим эффектом, не вызывает повышение АД и тахикардии. Побочных эффектов от приема препарата нами выявлено не было.

0007 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЯХ СЕРДЦА

Абдумаджидов Х.А., Буранов Х.Д., Хорошаева Е.В., Матлатипов М.Р.

РСЦХ им. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель: анализ вопросов диагностики и хирургической тактики при опухолях сердца.

Материал и методы: в РСЦХ оперированы 56 больных с опухолями сердца, из них в 2-х случаях –злокачественные (миксосаркома), 54-х-добракачественные (миксома). По локализации: расположение опухоли в левом предсердии (ЛП) 43 случая, ПП-7, ЛЖ-2, ПЖ-2 и биатриальное –в 1 случае. Мужчин было 18, женщин –38. Основными жалобами были периодические приступы резкой слабости – у 52 больных, синкопальные состояния – у 16, особенно при перемене положения тела.

12 больных нуждались в экстренном оперативном вмешательстве из-за наступившего острого нарушения мозгового кровообращения с гемисимптоматикой или опасности фрагментации опухоли. Во всех случаях, эхокардиографически, обнаружено наличие структурного образования. В 29 случаях операции проведены по « срочным» показаниям, в связи с выраженной мобильностью опухоли на ножке, флотацией, а также обтурированием миксомой левого атриовентрикулярного отверстия и возможностью внезапной смерти пациента. Операции производились в условиях искусственного кровообращения (ИК) и кардиоплегии по стандартной методике. Во всех случаях диагноз был верифицирован гистологическим исследованием.

Результаты: интраоперационно эмболических осложнений в результате фрагментации опухоли не наблюдалось. Во всех случаях, где была диагностирована миксома сердца, последняя радикально удалена. В послеоперационном периоде отмечена постепенная нормализация гемодинамики без особой кардиотонической поддержки.

Лишь в 2-х случаях диагностирована миксосаркома, которая прорастала практически во все структуры сердца, что не позволило произвести радикальное вмешательство. Эти пациентки умерли после операции от полиорганной недостаточности. Остальные все больные выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы: 1. По экстренным показаниям необходимо оперировать пациентов с вероятностью или наступившей фрагментацией опухоли с развитием эмболического синдрома.

2. При диагностировании флотирующей, мобильной обтурирующий атриовентрикулярное отверстие опухоли сердца, возникает необходимость «срочных» операций в усл. ИК с целью удаления данного новообразования.

3. Своевременная диагностика и хирургическое вмешательство при опухолях сердца позволяет избежать развития фрагментации опухоли с фатальным исходом.

0008 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛА

Абдюкова Э.Р., Закирова А.Н., Файзуллина З.И.

Башкирский Государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель. Оценить влияние карведилола («Карведилол», фирмы «Макиз-фарма») на процессы ремоделирования левого желудочка и содержание растворимых молекул межклеточной адгезии (sE – селектин и sVCAM-1) в сыворотке крови больных ишемической болезнью сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и постоянной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Методы исследования. Обследованы 60 больных ХСН функционального класса (ФК) II–III (по NYHA) с ФП (средний возраст 63,5±4,5 лет). Все больные до начала исследования получали стандартную терапию ХСН, включавшую ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, диуретики, верошпирон, сердечные гликозиды, антикоагулянты. Пациенты были распределены в 2 группы. В 1 группу вошли 30 пациентов, которым назначали карведилол в начальной суточной дозе 3,125 мг, разделенной на два приема. В дальнейшем дозу титровали каждые 14 дней до максимально переносимой дозы – 12,5 мг х 2 раза в день. Во 2 группу вошло 30 пациентов, которые получали стандартную терапию ХСН без β-блокаторов. Продолжительность лечения составила 6 месяцев. Контрольную группу составили 15 здоровых лиц. Исходно и через 6 месяцев лечения выполняли эхокардиографию, определяли уровень sE-селектина, sVCAM-1 в сыворотке крови с помощью иммуноферментных тест – систем (фирма Bender MedSystems, Австрия).

Результаты. Сравнительное изучение содержания sE-селектина, sVCAM-1 в сыворотке крови здоровых лиц и больных ИБС, осложненных ХСН ФК II-III и ФП выявило, что у больных ИБС с ХСН и ФП содержание растворимых молекул межклеточной адгезии существенно возрастает по сравнению с данными контрольной группы. Анализ результатов лечения в течение 6 месяцев показал, что в первой группе, применявшей карведилол, фракция выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) повысилась на 28,5%. Повышение ФВ ЛЖ наблюдалось и во второй группе, который составил 17%. Уменьшились показатели конечно-диастолического размера левого желудочка на 11,6% в 1 группе и на 7,2% во 2 группе и конечно-систолического размера левого желудочка на 19,5% в 1 группе и на 14% во 2 группе. Включение в комплексную терапию карведилола характеризовалось снижением уровня sE-селектина и sVCAM-1 в сыворотке крови через 6 месяцев терапии по сравнению с группой больных, получавших стандартную терапию ХСН без β-блокаторов.

Выводы. ИБС, осложненная ХСН II–III (по NYHA) и ФП, характеризуется повышением в сыворотке крови уровня растворимых молекул межклеточной адгезии. Применение карведилола при ХСН приводит к ослаблению процессов ремоделирования миокарда, способствуя уменьшению размеров, повышению ФВ ЛЖ и снижению уровня sE-селектина, sVCAM-1. Сравнительная оценка лечения больных ХСН с ФП ишемического генеза выявило преимущество применения карведилола над терапией ХСН с ФП без β-блокаторов.

Tesis_006_end.indd 11 24.08.2006 22:24:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0009 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛАПИНИНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Абидова Д.Э., Абдуллаев Т.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение антиаритмической эффективности (ААЭ) аллапинина (Ал) у беременных женщин (Бж) с частой желудочковой экстрасистолией (ЧЖЭ).

Материалы и методы исследования: клинический осмотр, ЭКГ, ЭКГ- ритмография, ЭхоКГ. Наблюдали 42 Бж (средний возраст 26,23+0,48; от 19 до 39 лет), во II и III триместрах беременности с ЧЖЭ. Органическое поражение сердца (ОПС) выявлено у 31 беременных, в том числе у 2–пролапс митрального клапана, у 29-постмиокардитический кардиосклероз. У 11 пациенток при обследовании ОПС не выявлено и ЖЭ расценена как идиопатическая. Оценка ААЭ Ал проводилась в остром лекарственном тесте (ОЛТ) в дозе 25 мг; индивидуальный подбор адекватной дозы осуществлялся с помощью короткого курсового (КК) приема (5-10 суток) от 37.5 до 100 мг в день (средняя доза 74,38+0,63мг).

Результаты: в контрольном периоде общее количество (ОК) ЖЭ за 3 Минуты составило 42,14+2,60 (от 6 до 115 ЖЭ), средняя ЧСС составила (от 65 до 120) 86,26+1,31 уд/мин. После приема 25 мг Ал ОКЖЭ по группе уменьшилось на 65%, до 15,97+1,88 ЖЭ (от 1 до 80). ЧСС в среднем составила 87,35+1,43 (от 65 до 125) уд/мин. Положительный ААЭ был выявлен у 25 (59%) Бж, в том числе у 18 (71%) из них эффект был полным. КК прием изучался у 40 Бж (у 2 Ал не назначался побочных действий ОЛТ). Положительный ААЭ был достигнут у 29 (72,5%) женщин, у 22 из них ААЭ был полным, при этом среднее количество ЖЭ составило 9,17+0,98. ААЭ был достигнут у 2 в дозе 50мг, в дозе 75мг/сут. –26 (65%), 100 мг/сут. понадобилось для подавления ЖЭ у 1 БЖ. При условии возобновления ЖЭ с прежней частотой, Бж профилактически назначался Ал за 7-10 дней до предполагаемых сроков родов. Динамика родов изучалась у 19 женщин (Жн), у 17 роды протекали через естественные пути, в т.ч. у 2-была проведена эпидуральная анестезия; у 2 Жн роды закончились кесаревым сечением. Результаты показали, что при дородовой подготовке Ал отмечалось урежение аритмии в послеродовом периоде (79,1%), более выраженное в группе Жн без анестезиологического пособия (уменьшение ОКЖЭ на 74,3% против 69,3% в подгруппе с эпидуральной анестезией). 19 новорожденных (Нрж) родились живыми, в т.ч. с асфиксией в результате обвития пуповины -2 (10.5%). Анализ состояния Нрж по шкале Апгар составил (6,95+0,11) от 5 до 8 баллов. Тяжелой степени асфиксии не было, легкая и средняя степень тяжести асфиксии имела место у 36% Нрж. 6 Нрж соответствовали по шкале Апгар (31,6%) – 6 баллам, 2 (10,5%) – 7 баллам и 11 (57,8%) – 8 баллам.

Таким образом, Ал является эффективным средством для лечения ЖЭ в гестационном периоде, безопасным для плода и течения беременности. В превалирующем большинстве случаев эффективной дозой Ал у Бж является 75 мг/сут. Краткость курсов лечения предупреждает возможность возникновения проаритмогенного эффекта.

0010 ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Абсеитова С.Р., Султанова Р.З.

Южно-Кахстанская государственная медицинская академия, ГККП «Областной кардиологический центр», Шымкент, Казахстан

Цель. Проведено исследование по выявлению частоты, структуры психопатологических расстройств тревожно-депрессивного уровня у 104 больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) (1 группа), 91 больного с нестабильной стенокардией (НС) (2 группа), 89 больных со стабильной стенокардией напряжения (ССН) (3 группа). По половозрастному составу группы были сопоставимы. По итогам клинической беседы-интервью и психодиагностического тестирования (Шкалы для оценки психического состояния больных ИБС, самооценки тревоги Спилбергера и депрессии Цунга) комплексно судили о структуре психопатологических расстройств.

Результаты. У больных острым инфарктом миокарда психопатологические расстройства диагностированы в целом в 92 (88,5%) случаях, в том числе тревожно-фобические расстройства (ТФР) – в 29 (27,8%), депрессивные психопатологические расстройства (ДПР) – в 24 (23,1%), тревожно-депрессивные расстройства (ТДР) в 39 (37,5%). Только у 12 (11,5%) больных с ОИМ психологическое состояние оценивалось как адекватное возникшей клинической ситуации. При нестабильной стенокардии психопатологические расстройства были выявлены у 80 (87,9%) больных, т.е. почти также часто, как при ОИМ. Но структура их была несколько иной, чаще регистрировались тревожно-фобические расстройства и реже депрессивные психопатологические расстройства: ТФР выявлены у 42 (46,2%) больных с НС, против 29 (27,8%) при ОИМ, ДПР – у 13 (14,3%) против 24 (23,1%) и ТДР – у 25 (27,5%) против 39 (37,5%) соответственно. Течение стабильной стенокардии напряжения осложнялось психопатологическими расстройствами в 67 (75,3%) случаях, т.е. достоверно реже, чем при ОИМ ($P \geq 0.38$) и ОКС ($P < 0.01$), но в этом случае наиболее высоким оказался удельный вес тревожно-депрессивных расстройств – 32 больных (36%) против тревожно-фобических – 16 (18%) и 19 (21,3%) в этой же группе.

Таким образом, тревожно-фобические расстройства наиболее частыми оказались у больных НС –42 (46,2%), депрессивные расстройства диагностировались с большей частотой у больных ОИМ – 24 (23,1%). Смешанные тревожно-депрессивные расстройства почти одинаково часто развивались при ОИМ – 39 (37,5%) и ССН –32 (36%), реже – при НС – 25 (27,5%).

Выводы. У обследованных больных с различными клиническими формами ИБС чаще всего диагностируются психопатологические расстройства тревожно-фобического и тревожно-депрессивного круга, что, очевидно, требует разработки новых психокоррекционных подходов при курации этих больных.

0011 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Абсеитова С.Р., Илюхин В.В., Темиркулов М.А., Балабаева А.Б., Джунисов Т.Б.

ГККП «Областной Кардиологический Центр», Шымкент, Казахстан

Цель исследования. Оценить значимость инвазивных методов исследования для определения прогноза и необходимой стратегии лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. Селективная коронароангиография (КАГ) проведена 86 больным ИБС, средний возраст – 51±7 лет, мужчин – 76 (88,3%). В анамнезе: перенесенный инфаркт миокарда у 57 (66,3%), артериальная гипертония у 30 (34,8%), сахарный диабет у 7(8,1%) больных. Отбор больных для КАГ осуществлялся согласно общепринятому алгоритму с применением методов неинвазивного тестирования: велоэргометрия, тредмил-тест, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, стресс-эхокардиография с дипиридамолом и ЧПЭС. По результатам неинвазивного тестирования больные распределились по степеням риска: высокий – 28 (32,5), пограничный – 41 (47,6), низкий – 17 (19,7).

КАГ проводилась на ангиографической рентген-установке UNIX+ фирмы Apelem (Франция).

Tesis_006_end.indd 12 24.08.2006 22:24:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

14 (16,3%) больным с нестабильной стенокардией (НС) селективная КАГ была выполнена на 7-8 сутки после стабилизации состояния, остальным 72 пациентам со стабильной стенокардией напряжения (ССН) в плановом порядке, из них 39 (45,3%) – ССН ФК III–IV (CCS), 33 (38,4%) – ССН ФК II (CCS) и перенесенным инфарктом миокарда.

Результаты. При обследовании выявлены одно-сосудистые поражения в 15% (13) случаев, двухсосудистые в 36% (31), трехсосудистые поражения в 16,2% (14), поражение ствола левой коронарной артерии (ЛКА) в 2,3% (2). В 10,4% (9) случаев были гемодинамически незначимые стенозы и в 19,7% (17) органических поражений коронарных артерий не выявлено. Из 14 больных с НС выявлены трехсосудистые поражения у 9 (64,3%), двухсосудистые поражения у 3 (21,4%), органических поражений не было у 2 (14,3%). Из 39 больных со ССН ФК III–IV (CCS): поражение ствола ЛКА у 2 (5,1%), трехсосудистые поражения у 4 (10,2%), двухсосудистые у 21 (53,8%), одно-сосудистые поражения у 8 (20,5%) больных, органических поражений не выявлено у 2 (5,1%), и гемодинамически незначимые стенозы у 2 (5,1%) больных. Из 33 больных ССН ФКII (CCS): трехсосудистое поражение у 1 (3,0%) больного, двухсосудистые – у 7 (21,2%), одно-сосудистые у 5 (15,1%) и гемодинамически незначимые стенозы у 7 (21,2%), нет органических поражений у 13 (39,3%). После КАГ рекомендовано коронарное шунтирование 28 (32,5%) пациентам, ангиопластика со стентированием 32 (37,2%), остальным 26 (30,2%) больным проведена коррекция медикаментозной терапии. Осложнения КАГ: во время процедуры у одного больного фибрилляция желудочков, купированная экстренной кардиоверсией, у 2-х интраоперационный инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (диагноз верифицирован на основании повышения уровня тропонина T>0,1 нг/мл).

Выводы. Селективная КАГ является значимым методом обследования для определения прогноза и дальнейшей стратегии лечения больных ИБС.

0012 ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Абсеитова С.Р., Алимова Л.Б., Тойева Г.Е., Байдаулетова З.С.

ГККП «Областной кардиологический центр», Шымкент, Казахстан

Цель. Прогноз при тяжелых формах ишемической болезни сердца (ИБС) при невозможности проведения хирургических методов реваскуляризации остается неудовлетворительным. Описано, что экстракорпоральная кардиологическая ударно-волновая терапия (ЭКУВТ) стимулирует ангиогенез и уменьшает ишемию миокарда. Целью исследования было изучить возможности ЭКУВТ в лечении пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Обследовано 18 больных ИБС, средний возраст 61,8±11,1 лет, мужчин было 16 (88,9%). В анамнезе инфаркт миокарда (ИМ) у 14 (77,8%), артериальная гипертония у 16 (88,9%), сахарный диабет у 3 (16,7%) больных. Показаниями к лечению ЭКУВТ были у 15 (83,3%) пациентов стабильная стенокардия III-IV ФК (CCS), у 3 больных нарушения проводимости (блокада обеих ветвей левой ножки пучка Гиса – 2, правой ножки пучка Гиса – 1), у 2 больных поражения дистальных отделов коронарных артерий (КА), у 3 – возвратная стенокардия после АКШ, у 3 – отказ от хирургической реваскуляризации. Лечение проводилось на аппарате Modulith SLC фирмы STORZ MEDICAL по 50 ударов/точку при 0,09мДж/мм2 для 12 точек, 3 раза в неделю/серия, по 3 серии. Во время процедуры проводили мониторирование ЧДД, ЧСС, показателей АД, ЭКГ, ЭхоКГ. Исследовали показатели маркеров некроза миокарда (тропонин Т, МВ КФК, миоглобин), коагулограммы, липидограммы, ВЭМ, СМ ЭКГ по Холтеру, стресс-ЭхоКГ с дипиридамолом или ЧПЭС. Длительность наблюдения составила от 3 до 12 месяцев. Весь период наблюдения больные получали общепринятую медикаментозную терапию в максимально переносимых дозах.

Результаты. Выявлено улучшение клинического статуса пациентов, снижение функционального класса стенокардии по классификации CCS с 3,7±0,7 до 1,8±0,6. По данным неинвазивных методов исследования выявлено увеличение толерантности к физическим нагрузкам с 58±17 до 135±18 ватт, уменьшение количества болевых с 12±2,2 до 6±1,1 и безболевых с 7,2±0,3 до 4,8±0,58 эпизодов ишемии миокарда. При ЭхоКГ исследовании конечно-диастолический размер левого желудочка (ЛЖ) до лечения – 60,0±0,8мм, после – 59,3±1,1мм, фракция выброса ЛЖ до лечения – 45,2±1,3%, после – 46,6±0,2%. Во время процедур не выявлено отрицательного действия, не было осложнений. Средние показатели маркеров некроза миокарда не превышали нормальные значения (ТнТ – 0,026 нг/мл, МВ КФК – 2,389 нг/мл, миоглобин – 30,89 нг/мл).

Через 12 недель у 1 пациента с блокадой обеих ветвей левой ножки пучка Гиса наблюдалось восстановление проводимости.

Заключение: Полученные данные показывают, что ЭКУВТ уменьшает ишемию миокарда и будет перспективным неинвазивным методом лечения пациентов с ИБС.

0013 МАЛЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ЕЛЕКТИВНОМ СТЕНТИРОВАНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. РОЛЬ ИНТЕГРИЛИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА

Авакян-Зарандия Э.И.,Сулимов В.А.**, Сыркин А.Л.*, Абугов С.А.***, Саркисова Э.А.*, Зайкина А.*

Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, Отдел кардиологии НИЦ*; Факультетская терапевтическая клиника им. В.Н.Виноградова**; Лаборатория ангиографии и рентгенхирургии РНЦХ РАМН***, Москва, Россия

Цель: изучить возможность и частоту возникновения «малых» повреждений миокарда при проведении элективного стентирования коронарных артерий (КА) с помощью биохимических маркеров (тропонин Т и МВ-КФК), определить возможные причины их развития, а также изучить возможность использования блокатора гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов IIb-IIIa в профилактике возникновения «малых» повреждений миокарда.

Материалы и методы: в исследование включены 85 больных, которым было выполнено элективное стентирование одной и нескольких КА. Средний возраст больных 55.4 +/-2.8 лет. Измерение уровня тропонина Т (ТрТ) и МВ-КФК проводилось до, а также через 12, 24 и 48ч. после операции. Больные были рандомизированы на 2 группы: I-ой группе (23 человека) одновременно с в/в болюсным введением нефракционированного гепарина, а также Минимум 7-дневным приемом перорально плавикса в дозе 75мг/сут. и аспирина 100мг/сут., непосредственно перед началом манипуляции вводился Интегрилин (ИНГ). Первый в/в болюс ИНГ вводился в дозе 180мкг/кг. Через 10 Мин препарат вводился повторно в дозе 180 мкг/кг. В дальнейшем в течение 18-24ч. продолжалась непрерывная в/в инфузия ИНГ в дозе 2мкг/кг/мин. II-ая группа (62 человека) получала аналогичную терапию, за исключением ИНГ. Признаком повреждения миокарда считалось повышение ТрТ > 0,1нг/мл или МВ-КФК >9,5 ед/л в течение первых двух суток после операции.

Результаты исследования: У 12 из 85 больных отмечалось повышение уровня ТрТ>0,1нг/мл, у 3 больных –повышение МВ-КФК (14,1% против 3,5%, p<0,001). При этом клинических и ЭКГ-признаков инфаркта не было. У 12 пациентов с повышенными значениями ТрТ ведущей причиной малых повреждений миокарда являлось развитие окклюзии боковой ветви в

Tesis_006_end.indd 13 24.08.2006 22:24:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

месте имплантации стента. В течение первых 24ч. после проведения коронарного стентирования в группе пациентов, получавших ИНГ, повышение уровня ТрТ было отмечено у 3 больных (N=23, 13%) , во 2-й группе – у 9 больных (N=62, 14,5%) (p=0,5). Одной из наиболее частых причин развития «малых» повреждений миокарда было развитие окклюзии боковой ветви в месте имплантированного стента, наблюдавшейся у 2 пациентов в группе ИНГ и у 3 больных в группе без ИНГ (различия не достоверны).

Выводы: сердечный ТрТ является более чувствительным маркером малых повреждений миокарда при выполнении элективного стентирования КА, чем МВ-КФК. Вероятность выявления повреждений миокарда при отсутствии соответствующих клинических и ЭКГ-признаков при элективном стентировании КА составила 14,1% при использовании тропонинового теста. Факторами риска развития малых повреждений миокарда являются: предварительная баллонная ангиопластика стеноза, развитие окклюзии боковой ветви, окклюзирующей диссекции. Применение ИНГ в ходе планового коронарного стентирования не снижает риска развития малых повреждений миокарда, в том числе связанных с развитием окклюзии боковой ветви в месте имплантируемого стента.

0014 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ ПРИ ГРУДНОМ СКОЛИОЗЕ

Автандилов А.Г. [1], Еналдиева Р.В. [1], Ветрилэ С.Т. [2], Крутовцев И.А.[1], Кулешов А.А. [2], Журих Е.О. [3], Анисимова О.К. [3]

Российская медицинская академия последипломного образования[1], ГУН ЦИТО им. Н.Н.Приорова[2], ГКБ № 813, Москва, Россия

Цель: изучить особенности нарушения физической работоспособности и гемодинамического обеспечения физической нагрузки у подростков с различной степенью тяжести грудного сколиоза.

Материал и методы. Обследованы 112 пациентов в возрасте 14-19 лет с различной степенью тяжести грудного сколиоза, не подвергавшиеся хирургическому лечению. Обследуемые подростки со сколиозом были распределены на 4 группы по степени деформации позвоночника. Проводили исследование физической работоспособности методом велоэргометрической пробы (ВЭМП). Эхокардиографическое исследование сердца выполняли по стандартной методике. Рассчитывали объемы левого желудочка (ЛЖ) в систолу и диастолу (КДО и КСО, мл), ударный объем (УО ЛЖ, мл) и сердечный выброс.

Результаты. При проведении ВЭМП высокий уровень толерантности к физической нагрузке имели большинство подростков контрольной группы и пациенты с I и II ст. сколиоза (от 72,6% до 89,1% обследованных лиц), но только 6,6% пациентов с IV ст. сколиоза. У пациентов с III –IV ст. сколиоза выявлена преимущественно низкая толерантность к физической нагрузке и значительное достоверное снижение показателя физической работоспособности –PWC170 при III ст. составил 453,7±65,3 кгм/мин, а при IV ст. –387,2±41,2 кгм/мин (в контроле 1004,8±72,3 кгм/мин). У подростков с увеличением степени сколиотической деформации формировался удлиненный восстановительный период после физической нагрузки. При сколиотической болезни выявлен ряд особенностей гемодинамического обеспечения физической нагрузки –уже перед физической нагрузкой при тяжелой степени сколиоза определялись достоверно большие значения ЧССисх. и двойного произведения (ДПисх); соответственно в меньшей степени, чем в контроле или у пациентов с I и II ст. сколиоза, у них происходил прирост ЧСС и ДП при физической нагрузке (различие статистически достоверно). При оценке систолического, диастолического и среднего АД не было выявлено достоверных различий по сравнению с контрольной группой.

При эхокардиографии при тяжелых формах грудного сколиоза у подростков наблюдалось достоверное снижение систоло-диастолического размеров и объемов ЛЖ. Соответственно уменьшался и УО ЛЖ –до 49,9±2,5 мл против 65,3±3,2 мл у больных с легкой степенью сколиоза (в контрольной группе 75,8±2,6 мл). Сердечный выброс поддерживался за счет тахикардии, что энергетически невыгодно для организма и отражает уменьшение доставки и потребления кислорода при физических нагрузках.

Таким образом, выявлено нарушение гемодинамического обеспечения физической нагрузки за счет преобладания частоты над силой сердечных сокращений. Прогрессирующее снижение УО приводит к снижению физической работоспособности подростков, так как не обеспечивает потребности организма в кислороде при возрастающих физических нагрузках.

0015 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Агафонова Т.Ю.

ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, Пермь, Россия

Целью исследования явилось оценка взаимосвязи изменений сосудистой стенки, выявляемых по данным ультразвукового сканирования, с клиническими маркерами атеросклероза у практически здоровых лиц трудоспособного возраста. Работа выполнена в рамках гранта Президента Российской Федерации МК-8011.2006.7.

Методы исследования. Обследовано 20 практически здоровых лиц (из них 8 мужчин) в возрасте от 40 до 50 лет (средний возраст 46,6±1,2 лет). Исследование величины комплекса «интима-медиа» (КИМ) правой и левой общих сонных артерий (ПОСА и ЛОСА), начальных сегментов правых и левых наружных и внутренних сонных артерий (ПНСА, ЛНСА и ПВСА, ЛВСА), плечеголовного ствола (ПГС), правой плечевой артерии (ППА) проводилось с помощью ультразвукового сканирования в триплексном режиме по стандартной методике, также определялись: систолический (Дсист.) и диастолический (Ддиаст.) диаметры ПОСА и ППА, эндотелий-зависимая релаксация ППА в пробе с реактивной гиперемией (РГ) по D. S. Celermajer. В качестве клинических маркеров атеросклероза рассматривались: диагональная складка мочки уха (ДСМУ), извитые, плотные височные артерии, «напряженный» пульс, сосудистые шумы, симптомы церебральной дисфункции. Обследованные были разделены на две группы: с малым количеством (0-3) клинических маркеров атеросклероза (11 чел.), с большим количеством (4-5) маркеров (9 чел.). Данные представлены в виде средних величин со среднеквадратичными ошибками.

Результаты. Ни у одного обследованного нами не обнаружено атеросклеротических бляшек в указанных сосудах. У лиц с большим количеством маркеров атеросклероза величина КИМ правых и левых наружных сонных артерий превышает таковую у лиц с меньшим количеством маркеров (для ПНСА 0,62±0,03 и 0,53±0,03 мм; для ЛНСА 0,60±0,03 и 0,55±0,04 мм соответственно, p=0,03), что является признаком атеросклеротического поражения сосудов. Систолический и диастолический диаметры ППА у лиц с большим количеством маркеров атеросклероза меньше, чем у лиц с малым количеством маркеров (для Дсист. 3,70±0,06 и 4,08±0,25 мм; для Ддиаст. 3,61±0,05 и 4,00±0,26 мм соответственно, p=0,002). Разницы в выраженности эндотелий-зависимой вазодилатации ППА между группами не выявлено, так же, как не обнаружено разницы в Дсист. и Ддиаст. ПОСА. Наличие отдельных маркеров атеросклероза (сосудистых шумов, ДСМУ, симптомов церебральной дисфункции) взаимосвязано с увеличением толщины стенок брахиоцефальных артерий (r=0,47-0,55, p=0,04), особенно в группе с большим количеством маркеров (r=0,65-0,79,

Tesis_006_end.indd 14 24.08.2006 22:24:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

p=0,02). У последних появление сосудистых шумов сочетается с уменьшением систолического и диастолического диаметров ППА (r=-0,72-0,79, p=0,02).

Выводы. При планировании профилактических мероприятий целесообразно разделить лиц старше 40 лет на группы с малым (0-3) и большим (4 и более) количеством клинических маркеров атеросклероза и последним уделять особое внимание. Выявление большого количества маркеров атеросклероза в любом возрасте является показанием к ультразвуковому сканированию брахиоцефальных сосудов.

0016 ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ НА АППАРАТЕ (SOMATOM SENSATION 64)

Агурина Н.В., Шевченко Е.Г., Зяблова Е.И., Федорченко А.Н.

Краевая клиническая больница №1, Краснодар, Россия

Цель: изучить возможность мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в диагностике гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий у больных с ишемической болезнью сердца.

Методы: в исследование были включены 32 человека (20 мужчин и 12 женщин) в возрасте от 42 до 67лет с диагнозом ИБС: стенокардия 1-4 ф.кл. Всем пациентам была выполнена МСКТ коронарография на аппарате «Somatom Sensation 64» (Siemens) с последующим построением 3D-реконструкций.

Исследование проводилось в два этапа:

1) Выполнение программы подсчета количества кальция в коронарных артериях.

2) Выполнение коронарографии после болюсного введения контрастного препарата (применялся препарат Ультравист – 350).

Верификация результатов оценки состояния коронарных артерий проводилась с использованием инвазивной коронарографии, которая проводилась на аппарате Axiom ARTIS FC (Siemens). Гемодинамически значимыми стенозами считалось сужение коронарных артерий на 60% и более.

Результаты: у 13(41%) обследованных человек сужение коронарных артерий не превышало 40-50%. У 19(59%) пациентов были выявлены стенозы со степенью сужения более 60%. Из них: стенозы передней нисходящей артерии (ПНА) у 6 больных, правой коронарной артерии (ПКА) у 4 больных и огибающей артерии (ОА) у 2 больных. Стенозы двух артерий были выявлены у 7 пациентов, одной коронарной артерии –у 12 пациентов. При проведении инвазивной коронарографии 19 пациентам, с выявленными стенозами, у 16 (84%) из них степень сужения коронарных артерий соответствовала данным, полученным при МСКТ. У 3 пациентов стенозирование артерий было на 10-20% меньше, чем по данным, полученным при МСКТ, из них у 2 пациентов степень стеноза была в пределах 60%, у 1 – 40%. Чувствительность метода в выявлении гемодинамически значимых стенозов коронарных артерий составила 100%, специфичность – 84%.

Выводы:

1. МСКТ-коронарография является достаточно эффективным методом в оценке стенозов коронарных артерий у больных с ИБС.
2. Данный метод в ряде случаев позволяет избежать инвазивной коронарографии.
3. МСКТ-коронарография может являться методом выбора для пациентов с противопоказаниями к инвазивной коронарографии.

0017 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х У ЛИЦ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ РАДИОАНАМНЕЗОМ

Адерихо К.Н.

ГУ «РКБ МР», Минск, Беларусь

Цель работы – изучить распространение сердечно-сосудистых осложнений при метаболическом синдроме (МС) Х и его зависимость от кластерных компонентов в отдаленном периоде от начала радиационного воздействия на человека.

Нами проведено углубленное клиническое обследование 179 больных, страдающих МС Х, из них ликвидаторов 1986-1987гг было 72 человека, 39 проживающих на загрязненных радионуклидами территориях, 57 переселенцев и 11 пациентов – участников подразделения особого риска – основная группа. В контрольную группу входило 28 человек с этим же заболеванием, но проживающих в условно «чистых» районах – контрольная группа. Средний возраст пациентов составлял 56,4±0,9 и 57,9±1,6 лет. Преобладал в обеих группах мужской пол: 65,4±3,7% и 60,7±9,4% соответственно (P>0,1). Определение содержания гормонов проводили иммунорадиометрическим методом с использованием наборов ГП «ХОП ИБОХ» (Беларусь), холестеринов, триглицеридов и мочевой кислоты – энзиматическим, глюкозы крови – глюкозооксидазным. Липопротеинограмма изучалась с помощью метода избирательной преципитации, выполнялась коагулограмма. Верификацию диагнозов мультифокального атеросклероза и его клинических проявлений проводили как рутинными, так и современными методами обследования. Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью статистического пакета Statistica 6.0 и изучению корреляционных взаимоотношений между основными показателями. Больные были разделены на подгруппы в зависимости от количества у них основных в МС Х кластерных компонентов: с четырьмя составляющими (абдоминальное ожирение – АО, артериальная гипертензия – АГ, нарушение углеводного обмена – НУО, атерогенная дислипидемия – ДЛ) было у 110 пациентов, с тремя (АО, НУО, АГ) –40, с тремя (АО, НУО, ДЛ) –20 и с двумя (АО, НУО) –9 человек. Как видно, во всех группах присутствовали кластерные компоненты АО и НУО. Другие составляющие как АГ и атерогенная ДЛ было соответственно в 82,7 и 74,3% случаев. Значительных отличий по распределению основных кластерных компонентов у лиц контрольной группы не было (P>0,05).

Однако другие кластерные компоненты, такие, как гиперинсулинемия (P<0,05), гиперурикемия (P<0,01), гиперфибриногенемия (P<0,05), наличие растворимых фибринмономерных комплексов (P<0,001) и гипертестостеронемия у женщин (P<0,05), существенно чаще диагностировались у пострадавших. Количество осложнений МС Х в отдаленном периоде от начала воздействия радиации у пострадавших было в 1,4 раза больше, чем таковое у пациентов из «чистых» районов (P<0,001).

При проведении корреляционного анализа количества сердечно-сосудистых осложнений с числом кластерных компонентов у одних и тех же больных выявлена прямо пропорциональная зависимость (r=0,346-0,611).

Следовательно, после углубленного клинического обследования пациентов с синдромом Х, пострадавших от последствий радиационного воздействия, выявлено большее количество сердечно-сосудистых осложнений гормонально-метаболического генеза. С увеличением количества кластерных компонентов этого синдрома у одного и того же пациента возрастает и число осложнений.

Tesis_006_end.indd 15 24.08.2006 22:24:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0018 ОЦЕНКА КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Айдарова В.А., Такулова М.М., Такулова Т.З.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия.

Цель исследования. Изучение кардиогемодинамических эффектов кардиоселективного с внутренней симпатомиметической активностью β-блокатора целипролола и ингибитора АПФ третьего поколения лизиноприла у больных артериальной гипертонией II-III степени.

Методы исследования. Было обследовано 38 больных с АГ II-III степени (20 мужчин и 18 женщин), средний возраст 56,4±4,5 года. Из них у 23 больных была выявлена II степень АГ, у 15-III степень по классификации ВОЗ –МОГ. Критериями исключения из исследования явились: застойная сердечная недостаточность, наличие аритмий и блокад сердца. Оценивали клиническую эффективность, переносимость, результаты эхокардиографического исследования (ФВ, КДО, КСО, максимальную скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (Vcf), диастолическую функцию- Ve\Va), данные суточного мониторирования АД – СМАД (среднее САД, среднее ДАД, суточный индекс САД, ДАД, скорость утреннего подъёма – СУП). При этом у 21 больных диагностирован тип «dipper», у 17 больных –«nondipper». Терапию целипрололом в дозе 100-200 мг получали 20 человек, лизиноприлом в дозе 10-20 мг -18 человек.

Результаты. Клиническое улучшение на фоне проводимой терапии отмечено у 86,9% пациентов в группе лизиноприла, и у 89,9% больных в группе целипролола. При лечении целипрололом отмечалось уменьшение ЧСС на 15,9% ($p<0,01$), под влиянием лизиноприла ЧСС уменьшилась на 5,2% ($p>0,05$). Отмечена тенденция к улучшению систолической функции ЛЖ в группе лизиноприла (ФВ 47,2 ±2,2 и 56,3±2,5% до и после лечения соответственно). В группе целипролола в большей степени улучшилась диастолическая функция ЛЖ (Ve\Va 0,9±0,05 и 1,01±0,04 до и после лечения соответственно); недостоверно уменьшилась максимальная скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (Vcf) –на 6,2% по сравнению с исходным состоянием.

Среднесуточные значения систолического и диастолического АД по данным СМАД оказались ниже на фоне лечения целипрололом: в среднем на 14,3% и 12,4%, в группе лизиноприла –на12,1% и 11,5% соответственно. На фоне лечения целипрололом у 9 больных тип «nondipper» сменился типом «dipper», в группе лизиноприла суточный профиль АД не изменился. Скорость утреннего подъёма АД в группе целипролола не изменилась, в то время как лизиноприл снизил СУП на 11,3% ($p<0,05$).

Заключение. Монотерапия целипрололом и лизиноприлом привела к снижению средне-суточных значений САД и ДАД. Целипролол привёл к нормализации исходно изменённого суточного профиля АД, оказал благоприятное влияние на диастолический профиль. Лизиноприл не повлиял на характер суточного биоритма, но достоверно уменьшил скорость подъёма АД в ранние утренние часы, что связано со снижением сердечно-сосудистых рисков.

0019 СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ

Акименко В.Б., Сейидов В.Г., Фисун А.Я., Евсюков В.В., Любчук И.В., Бобырев С.Е., Половов С.Ф., Матвеев О.Н.

Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; Владивостокский государственный медицинский университет; Медицинская служба ВМФ, Москва; Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Целью исследования явился анализ отдаленных результатов коронарной ангиопластики и стентирования коронарных артерий проволочными стентами без покрытия.

Материал и методы исследования. На базе кардиологического отделения и отделения для лечения больных инфарктом миокарда военно-морского клинического госпиталя ТОФ с 1989 года по 2005 год было обследовано и подготовлено к эндоваскулярному лечению 626 больных. Коронарография выполнена в центральных лечебных учреждениях Вооруженных Сил РФ, по результатам которой 412 пациентам выполнено эндоваскулярное лечение (228 –чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и 184 –стентирование коронарных артерий проволочными стентами без лекарственного покрытия). 168 пациентов отказались от предложенного оперативного вмешательства, лечились только консервативно и составили контрольную группу. 46 пациентам оперативная реваскуляризация миокарда не выполнялась в связи с диффузным характером поражения коронарных артерий.

Результаты и обсуждение. После выполнения всех видов эндоваскулярного лечения на госпитальном этапе по сравнению с группой консервативного лечения достоверно меньше наблюдалось число больных со стенокардией III-IVФК – 7,3% и 56,4% ($p<0,05$), а также больше больных не испытывало симптомов стенокардии – 72,6% и 10,2% ($p<0,05$). Через 1 год после всех видов эндоваскулярного лечения по сравнению с госпитальным периодом следует отметить уменьшение числа пациентов без симптомов стенокардии с 72,6% до 35,7%, увеличение количества больных со стенокардией I-II ФК с 20,1% до 43,1% и стенокардией III-IV ФК с 7,3% до 21,2% ($p<0,05$). В группе ангиопластики со стентированием было больше больных со стенокардией III-IV ФК –54% и 22% ($p<0,05$) и почти 2 раза меньше число пациентов без симптомов стенокардии – 27,4% и 45,9% ($p<0,05$). В 75,6% после стентирования коронарных артерий и 59,7% случаев после ангиопластики был выявлен хороший ангиографический результат процедуры ($p<0,05$). Рестеноз (сужение просвета артерии в месте выполнения процедуры более чем на 50%) был выявлен в 20,5% случаев в группе стентирования и в 34.1% случаев в группе ангиопластики ($p<0,05$). При С-типе поражения коронарных артерий, по сравнению с А-типом, рестеноз встречается в 2-2,5 раза чаще, не зависимо от способа эндоваскулярного вмешательства.

Заключение. При выборе тактики лечения необходимо учитывать исходную морфологию поражения коронарных артерий и отдавать предпочтение стентированию коронарных артерий перед ангиопластикой, особенно при морфологическом С-типе поражения коронарных артерий.

0020 БАЛАНС ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Акимочкина А.Г., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский Государственный Медицинский Университет, Алтайский Краевой Кардиологический Центр, Барнаул, Россия

Цель исследования – оценить влияние длительных интервальных велотренировок на характер симпатико-парасимпатических отношений и направленность вегетативного тонуса и у пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда.

139 больных спустя 8 недель после ОИМ были разделены на две группы: 1-я (52 человека) – реабилитация включала дозированную ходьбу, 2-я – к вышеперечисленным реабилитаци-

Tesis_006_end.indd 16 24.08.2006 22:24:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

онным мероприятиям были добавлены велотренировки (ВТ) 2 раза в неделю с мощностью нагрузки 60-75% от индивидуальной пороговой мощности (ИПМ). Вегетативная нервная система (ВНС) оценивалась методом кардиоинтервалографии (КИГ) в начале исследования и через 3, 6 и 12 месяцев.

При включении в исследование у пациентов отмечалось повышение активности центрального контура управления ритмом сердца (ИН1, АМо), снижение холинэргических механизмов в регуляции сердечного ритма (Мо), значительное преобладание симпатических (адренергических) (АМо), по сравнению с парасимпатическими (ΔХ) влияниями, смещение соотношение симпатической и парасимпатической регуляции сердечной деятельности в сторону симпатической (высокий индекс вегетативного равновесия (ИВР) и вегетативный показатели ритма (ВПР)), то есть состояние напряжения адаптации.

В группе 1 в процессе реабилитации отмечалось увеличение по сравнению с пороговым уровнем ИВР и ВПР, достигшее к 12-ти месяцам 44,2% ($p<0,05$) и 45,2% ($p<0,05$) соответственно. В группе 2 через 3 месяца ВТ отмечено уменьшение только ИН1 – на 25,4% ($p<0,05$); через 6 месяцев ΔХ увеличился по сравнению с исходным уровнем – на 57,1% ($p<0,05$), АМо уменьшился – на 23,1% ($p<0,001$), ИВР – на 37,6% ($p<0,05$); к 12-му месяцу ВТ значимых изменений по сравнению с 6-ю месяцами ВТ не отмечено. У пациентов, тренировавшихся 3 месяца, к 12-му месяцу отмечено возвращение ИН1 к исходному значению; у пациентов, тренировавшихся 6 месяцев к 12-му месяцу наблюдения отмечено увеличение по сравнению с 6-ю месяцами ВТ Мо – на 8,5% ($p<0,05$).

Реабилитация по обычной программе не обеспечивает сохранение исходного соотношения ВНС и происходит дальнейшее усиление влияния симпатического отдела ВНС. ВТ уже в течение 3-х месяцев уменьшают влияние симпатического отдела ВНС, при их продолжении до 12-ти месяцев, происходит дальнейшее уменьшение влияние симпатического отдела ВНС, а также усиливаются парасимпатические влияния и происходит смещение вегетативного баланса в сторону преобладания парасимпатического отдела ВНС. У пациентов, тренировавшихся только 3 месяца, к 12-му месяцу наблюдения влияние симпатического отдела ВНС снова усиливается; у пациентов, тренировавшихся 6 месяцев, полученные результаты сохраняются до 12-ти месяцев наблюдения. Таким образом, длительность физических тренировок с использованием велотренажера мощностью 69-76% от ИПМ на поликлиническом этапе реабилитации больных ИМ должна составлять не менее 6 месяцев.

0021 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Акишбая М.О.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов после хирургической коррекции аортального стеноза.

Материал и методы: в исследование включено 75 пациентов: мужчины –53 (71%) и женщины –22 (29%). Возраст больных к моменту операции колебался от 21 до 74 лет (средний возраст – 48,1±5,4 лет). Пациентам было выполнено протезирование аортального клапана в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН (февраль 1991 г. –июль 2004 г). Период наблюдения составил от 11 мес до 14 лет (средний срок наблюдения- 54,2±36,6 мес).

Функциональное состояние пациентов оценивали согласно классификации NYHA. Все пациенты до операции были отнесены к III-IV ФК.

Для полной оценки эффективности хирургической коррекции порока, кроме оценки клинического состояния и ЭхоКГ показателей, нами было изучено качество жизни пациентов –анкетирование с помощью опросников SF-36, NHP (Ноттингемский Профиль Здоровья), DASI (индекс активности), MLHFQ (Миннесотский опросник при ХСН).

Результаты: данные опросников свидетельствуют о хороших физических возможностях пациентов, психическом и эмоциональном благополучии, социальной активности. Субъективное восприятие общего состояния здоровья оценено нашими пациентами как хорошее. Так:

SF-36: PF-70±22, BP-72,3±30,1, GH-70,4±18,7, V-75,4±30,9, SF-74,2±19,8, RE-60,5±44,1, MH-76,3±29,8 (результаты представляются в виде баллов от 0 до 100 и распределяются по 8 шкалам; большее число баллов указывает на более высокий показатель КЖ). NHP: энергия –19,7±16,9, эмоциональные реакции –3,4±11,4, сон –12,7±19,5, социальная изоляция – 6,7±13,4, боль –3,5±8,2, физическая подвижность –16,5±7,1 (получают значения для каждого раздела от 0 до100 баллов, но в отличие от SF-36 более высокий показатель указывает на более низкий уровень КЖ). DASI: среднее значение –34,4±9,8 баллов (максимальная сумма показателей опросника равна 58,2 баллам). MLHFQ: 19,8±13,4 баллов (наихудшему КЖ соответствует 105 баллов, а наилучшему 0 баллов).

В отдаленном периоде подавляющее большинство пациентов находится в I-II ФК: 38,7% в I ФК, 54,7% во II ФК и лишь 6,6% в III ФК (до операции –66,6%).

Результаты: нами отмечено значительное улучшение качества жизни у подавляющего большинства пациентов с аортальным стенозом в отдаленные до (14 лет) сроки после операции протезирования аортального клапана.

0022 ЭЗЕТРОЛ И СИМВАСТАТИН В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аксенова Т.Н., Семенович Н.И., Кадохова Л.Р., Шевченко О.П.

Кафедра кардиологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Атеросклеротическое сужение артерий с последующим разрывом атеросклеротической бляшки и развитием местного тромбоза в большинстве случаев определяет основные осложнения атеросклероза: инфаркт миокарда, инсульт, гангрена, аневризма сосудов. Профилактика развития атеросклероза и его осложнений – приоритетная тенденция в лечении больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Статины снижают частоту летальных и нелетальных сердечно-сосудистых осложнений. Но даже назначение высоких доз статинов не всегда приводит к достижению целевого уровня атерогенных фракций липидов и может сопровождаться повышением уровня печеночных ферментов в крови, возникновением миозита, рабдомиолиза. Поиск экономичных и безопасных способов агрессивного снижения ХсЛПНП остается актуальным, поэтому появление нового класса гиполипидемических препаратов – ингибиторов всасывания холестерина –является новым подходом в лечении дислипидемий.

Эзетимид подавляет абсорбцию холестерина, кампестерола, ситостерола в кишечнике и не влияет на всасывание жирорастворимых витаминов, триглицеридов, желчных кислот, а также не взаимодействует с ферментами системы Р450 . Доказано, что двойное ингибирование (синтеза и абсорбции холестерина), что достигается одновременным применением статина и эзетимида, приводит к более эффективному снижению уровней ХсЛПНП, более эффективно предупреждает прогрессирование атеросклероза и снижает частоту летальных и нелетальных сердечно-сосудистых осложнений.

Цель: изучение липиднижающей эффективности комбинированной терапии эзетролом и симвастатином (зокор, вазилип, симло) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. Под наблюдением находилось 10 больных ИБС в возрасте от 52 до 65 лет. У 3 из них имелся перенесенный инфаркт миокарда в анамнезе, у 6 –гипертоническая болезнь.

Tesis_006_end.indd 17 24.08.2006 22:24:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Всем больным до назначения эзетрола проводилось лечение симвастатином, но поскольку целевого уровня холестерина и ХсЛПНП достигнуто не было, дополнительно назначен эзетрол (фирма MSD, Shering-Plough) в суточной дозе 10 мг. Продолжительность комбинированной терапии –8 недель. До назначения эзетрола (доза 10 мг) и через 8 недель комбинированной терапии определялся уровень липидов крови, КФК, АСТ, АЛТ, ЛДГ, билирубина.

Результаты: на фоне комбинированной терапии отмечено снижение уровня холестерина, ХсЛПНП у всех больных. У 3 больных достигнут целевой уровень холестерина –4,4, 4,3, 4,5 ммоль\л, при этом ХсЛПНП снизились до 2,3-2,5 ммоль\л. У 7 больных отмечено снижение уровня холестерина с 6,5±0,6 до 5,2±0,3 ммоль\л, ХсЛПНП с 3,4±0,3 до 2,8±0,2 ммоль\л. Уровень триглицеридов снизился, но в меньшей степени: с 2,8±0,4 до 2,6±0,2 ммоль\л. У больных, у которых снижение уровня липидов было недостаточным, в последующем дозы симвастатина и эзетрола были увеличены. Переносимость препарата – хорошая.

Выводы: комбинация симвастатина и эзетрола – эффективна в лечении гиперлипидемий у больных ишемической болезнью сердца. Данная комбинация позволяет избежать осложнений и экономически более выгодна для пациента.

0023 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИД-ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ИБС И ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ МИОКАРДИОСТРОФИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Аламдарова И. И., Спижовый В. Н.

РГУ физической культуры, спорта и туризма, Москва, Россия

У 40 больных ИБС женщин (средний возраст 45,6±1,1), 41 женщины с дисгормональной миокардиостофией (ДМ) (средний возраст 47,1±1,2) и у 13 практически здоровых женщин (средний возраст 35,0±2,5) изучено содержание общего холестерина (ХС), холестерина основных классов липопротеидов (ЛП), триглицеридов (ТГ) и аполипопротеинов А и В (апо А и апо В) в плазме крови. Определялись процентное отношение ХС ЛПВП к общему ХС плазмы и индекс «атерогенности». Одновременно определялись эстрадиол и гонадотропные гормоны в крови. Из 40 больных ИБС – 24 женщины находились в репродуктивном периоде и у 16 женщин была постменопауза. В группе больных ДМ у 7 женщин был сохранен менструальный цикл и у 14 –наступила менопауза. У женщин репродуктивного периода с ИБС выявлено достоверное увеличение содержания ХС (309,8±20,9 мг%, 190,8±10,5 и 213,8±11,6 соответственно с группой контроля (КГ) и больными ДМ), повышение уровня ХС ЛПНП более чем в 2,5 раза (235,8±27,1 мг%, 95,0±12,3 и 122,9±12,7 соответственно), снижение уровня ХС ЛПВП (53,0±1,5 мг%, 66,7±3,6 и 62,0±2,4) и процентное отношение ХС ЛПВП от общего ХС (18,2±1,5%; 35,6±2,9% и 28,9 ±2,4%), а также увеличение индекса «атерогенности» как по сравнению с КГ, так и с больными ДМ репродуктивного возраста. При сравнении показателей липидного обмена между больными ИБС в постменопаузе с КГ выявлена значительная триглицеридемия и накопление ХС в ЛПОНП и ЛПНП (более чем в 3 раза), сопряженное со снижением ХС ЛПВП и % ХСЛПВП от общего ХС, а также увеличением индекса «атерогенности» в 3 раза. У больных ДМ менопаузального периода в отличие от больных ДМ с сохраненной овариальной функцией показано увеличение ХС, ХСЛПНП и снижение ХСЛПВП по сравнению с КГ. Уровень ХС у больных ДМ повышен в значительно меньшей степени, содержание триглицеридов по сравнению с КГ не изменено (ХС = 404,3±36,8 мг%, 260,3±6,6; 190,8±10,5 соответственно у больных ИБС, ДМ и в контроле, ТГ = 764,9±321,19 мг%; 115,3±20,0; 135,1±14,9; ХСЛПНП = 270,7±32,8 мг%, 184,2±6,6 и 95,0±12,3; ХСЛПВП = 54,4±3,2 мг%; 57,1±2,7 и 66,7±3,6). Сопоставление уровней ХС, ХСЛПНП у больных ИБС в зависимости от сохранности репродуктивной функции показало их более высокие уровни у женщин в периоде менопаузы, однако разницы в содержании ХС ЛПВП, доли ХСЛПВП от общего ХС и индексе «атерогенности» не выявлено. Сравнивая те же показатели у больных ДМ с сохраненным менструальным циклом и в периоде менопаузы обнаружили не только повышение ХС, ХС ЛПНП, но и индекса «атерогенности». Разницы в абсолютном содержании ХС ЛПВП также не выявлено, но у больных ДМ репродуктивного возраста процентное содержание ХС ЛПВП от общего ХС было выше. Уровни апо у женщин с ИБС были снижены по сравнению с КГ, чего не отмечено у больных ДМ. Одновременно содержание апо В было повышено вдвое у больных ИБС репродуктивного возраста и втрое у больных в постменопаузе. Выявлена взаимосвязь между уровнем половых гормонов и нарушениями липидного состава крови у больных ИБС. Отмечена отрицательная корреляция между эстрадиолом и ХС, индексом «атерогенности», апо В, а также положительная корреляция между эстрадиолом и апо А.

0024 РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ

Алеев В.В., Попов С.В., Антонченко И.В., Баталов Р.Е.

НИИ Кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: Оценить клиническую эффективность радиочастотной аблации желудочковых нарушений ритма сердца.

Материалы и методы: В исследование включено 63 пациента (43 мужчины и 20 женщин), из них взрослых 44 пациента (средний возраст 39,7±15,6 лет) и 19 детей в возрасте до 16 лет (средний возраст 13,9±1,8 лет). В 32 (50,8%) случаях вмешательство проводилось по поводу желудочковой тахикардии, в 26 (41,3%) случаях по поводу желудочковой экстрасистолии и в 5 (7,9%) случаях зарегистрированы пароксизмы фасцикулярной тахикардии.

Внутрисердечное электрофизиологическое исследование и радиочастотная аблация (РЧА) проводилась с использованием аппаратно-программного комплекса «ЭЛКАРТ» (МПК «Электропульс», Томск). С целью выявления точки эффективной аблации использовались как методика стимуляционного картирования, так и методика катетерного картирования с выявлением «точки выхода» аритмии.

Результаты: В ходе исследования было документировано у 42 (66,6%) пациентов локализация патологического очага в правом желудочке (ПЖ) и у 21 (33,4%) пациентов в левом желудочке (ЛЖ). Устранить аритмию РЧА с очагом аритмии в ПЖ удалось у 29 (69%) пациентов, при этом у 25 (59,5%) пациентов эктопический очаг располагался в выходном отделе ПЖ и эффективность РЧА при этой локализации составила 87,5% (21 пациент).

Эффективность РЧА у пациентов с левожелудочковой локализацией составила 57,1% (12 пациентов). У 5 (41,7%) пациентов с эффективной процедурой документирована фасцикулярная тахикардия. Эффективной оказалась процедура и у пациентов с локализацией очага в правом и левом синусе Вальсальвы (по одному случаю), при этом воздействие проводилось при обязательном контрастировании устьев коронарных артерий).

Оценивая случаи с неэффективной процедурой РЧА нами ни в одном случае не было достигнуто идентичности стимуляционных QRS и спонтанных тахикардитических комплексов во время стимуляционного картирования, а также мы не получили критериев «точки выхода» аритмии во время катетерного картирования, что нами было расценено как эпикардиальное расположение патологического очага.

Таким образом, при локализации эктопического очага в выходном отделе ПЖ радиочастотная аблация эффективна в 87,5%. При невозможности добиться идентичности стимуляционных и спонтанных тахикардитических QRS комплексов во время стимуляционного картирования, а также критериев

Tesis_006_end.indd 18 24.08.2006 22:24:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

«точки выхода» аритмии при катетерном картировании, можно предположить эпикардиальное расположение эктопического очага, а процедура аблации будет не эффективна.

0025 СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕОМАГНИТНОЙ АКТИВНОСТИ

Александров С.С., Александров С.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, ММУ «Городская больница №4», Тверь, Россия

Изучение вариабельности сердечного ритма (ВСР) привело медицинское сообщество к соглашению 1996 года, закрепившему стандарты измерения, интерпретации и клинического применения названного метода. Снижение показателей ВСР признается индикатором более тяжелого течения ишемической болезни сердца (ИБС) и острого инфаркта миокарда (ОИМ), а также индикатором риска внезапной коронарной смерти (ВКС). В литературе имеются указания на связь ВКС и ОИМ с геомагнитными возмущениями, для установления которой нами применялись разработанные для ЭВМ методы идеальной стандартизации, стандартизации клинико-лабораторных и медико-биологических параметров.

Проанализированы 147 исследований ВСР у пациентов с латентным течением ИБС, у которых в анамнезе имеются приступы (хотя бы один) типичных стенокардических болей и эти приступы не повторяются, как Минимум, последние 3 месяца, и ВСР у 216 лиц, у которых приступы стенокардических болей не фиксировались. Данные об уровне геомагнитной активности получены из лаборатории магнитосферно-ионосферных связей Института земного магнетизма, ионосферы и распространения радиоволн РАН. Анализ диаграмм показателей ВСР после идеальной стандартизации не позволяет выявить признаков линейной зависимости их от возраста, пола и частоты сердечных сокращений пациентов. С помощью метода стандартизации биологических параметров удается установить статистически незначимое снижение среднеарифметической величины стандартизованных показателей SDNN – 4,9; RMSSD – 4,5; TF – 5,1; LF – 4,3; HF – 5,3 ст. ед. у больных ИБС по сравнению со среднеарифметической величиной тех же показателей у практически здоровых лиц (5,1; 5,3; 4,9; 5,5; 4,8 ст. ед. соответственно). Эти же показатели, расположенные в том же порядке, у больных ИБС во время магнитной бури (МБ) составляют величины 5,7; 5,6; 5,2; 5,1; 6,3 и приобретают вне МБ величины – 4,7; 4,2; 5,1; 4,0; 4,9; у практически здоровых лиц названные числовые ряды представлены в виде: 5,2; 5,4; 5,0; 5,9; 4,6 и 5,1; 5,5; 4,9; 5,4; 5,0. Более показательны изменения доли (в %) пациентов и практически здоровых лиц с высоким (≥8 ст. ед.) и низким (≥2 ст. ед.) значением параметров ВСР. В группе больных с латентным течением ИБС доля пациентов с увеличенным значением выбранных нами показателей ВСР в принятой нами очередности во время МБ составляет 21,2%; 23,1%; 9,6%; 13,5%; и 13,5% вне МБ 15,9%; 15,9%; 7,9%; 7,9% и 14,3% соответственно. Доли со снижением тех же показателей в той же очередности во время МБ составляли 25%; 44,2%; 0%; 21,2% и 0%; вне МБ – 34,9%; 49,2%; 0%; 33,3% и 0%. У практически здоровых лиц изменения тех же долей под влиянием МБ менее выражены (соответствующие числовые ряды представлены в виде: в МБ – 18,6%; 20%; 8,6%; 21,4%; 8,6%; вне МБ – 13,5%; 18%; 8,3%; 15,8% и 11,3% для повышенных, а для сниженных показателей изменения носят обратный ИБС характер – в МБ 18,6%; 22,9%; 0%; 8,6%; 0%; вне МБ – 12%; 15%; 0%; 3,8% и 0%).

Таким образом, изменения показателей ВСР, связанные с геомагнитными возмущениями, свидетельствуют о снижении адаптивных возможностей организма у пациентов с латентным течением ИБС.

0026 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЕРВЫЕ СУТКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Алексеев Д.В., Виноградов В.Ф.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель: изучить возможности прогнозирования неблагоприятного исхода у больных, переживших первые сутки острого инфаркта миокарда (ОИМ).

Методы исследования: обследовано 252 больных ОИМ (178 мужчин и 74 женщины, медиана возраста 62 года). Основную группу, использовавшуюся для построения прогностической модели, составили 192 больных. Оценка работоспособности полученной модели проводилась на независимой контрольной выборке из 60 пациентов. Основная и контрольная группы статистически значимо не различались по изучаемым признакам. Пациенты наблюдались от момента поступления в стационар до выписки (медиана продолжительности госпитального периода – 23 дня). В исследовании изучен риск развития комбинированной конечной точки, включавшей в себя смерть и развитие серьезных осложнений, таких как нефатальный рецидив ОИМ, острая сердечная недостаточность (ОСН), а также угрожающие жизни нарушения ритма и проводимости. В случае возникновения указанной конечной точки течение заболевания считалось неблагоприятным. В остальных случаях течение ОИМ условно считалось благоприятным. Все пациенты в первые двое суток госпитализации на фоне продолжающейся терапии прошли однократное комплексное клиническое, психологическое и инструментальное обследование, включавшее в себя сбор анамнеза, физикальное исследование, электрокардиографию в 12 отведениях, ритмографию для изучения вариабельности сердечного ритма, поверхностное картирование электрокардиограммы (ПКЭКГ), эхокардиографию. Из психологических методов использовалась шкала депрессии Гамильтона. Для прогнозирования возникновения указанной конечной точки использовался пошаговый метод бинарной логистической регрессии.

Результаты: В основной группе благоприятное течение заболевания наблюдалось у 129 (67,2%) пациентов, неблагоприятное – у 63 (32,8%) больных. Независимыми предикторами неблагоприятного течения ОИМ по данным многофакторного регрессионного анализа были следующие факторы: степень тяжести ОСН при поступлении – отношение шансов (ОШ) 22,37 при 95-% доверительном интервале (ДИ) от 2,01 до 34,92; общая площадь зоны некроза 21 см2 по данным ПКЭКГ или наличие полной блокады левой ножки пучка Гиса – ОШ 6,21; ДИ 1,99 – 19,35; структурно-функциональный индекс (интегральный эхокардиографический показатель, впервые предложенный авторами и представляющий собой отношение конечно-диастолического размера левого желудочка к фракции выброса) – ОШ 4,75; ДИ 1,48–15,3; тип трансмитрального диастолического спектра кровотока – ОШ 1,68; ДИ 1,06–4,56; степень выраженности депрессивной симптоматики – ОШ 1,2; ДИ 1,1–1,3; частота сердечных сокращений при поступлении – ОШ 1,05; ДИ 1,01–1,09.

Выводы: При прогнозировании исходов и осложнений у больных, переживших первые сутки ОИМ, наиболее эффективно сочетание клинико-психологических данных с результатами неинвазивных инструментальных методов исследования.

0027 ДИАГНОСТИКА И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ

Алимова И.Л., Козлова Л.В.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

Цель: оценить эффективность применения -липоевой кислоты для кор-рекции доклинической стадии кардиальной автономной нейропатии (КАН) при сахарном диабете (СД) 1

Tesis_006_end.indd 19 24.08.2006 22:24:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

типа у детей. Материалы и методы исследования. Про-ведено обследование 160 детей в возрасте 7-15 лет, больных СД 1 типа, с дли-тельностью заболевания от 0 до 10 лет, в стадии клинической компенсации. Диаг-ностика доклинической стадии КАН проводилась по результатам кардиоинтерва-лографии (КИГ) с применением клиноортостатической пробы (КОП) и суточного мониторирования ЭКГ (ХМ) с помощью портативного кардиомонитора «Кардио-техника-4000». Метаболический статус оценивали по содержанию гликозилиро-ванного гемоглобина (HbA1C) в капиллярной крови. Результаты исследования. Анализ данных КИГ у 25% обследованных пациентов выявил снижение вариа-бельности сердечного ритма X меньше возрастной нормы в пределах двух стандартных отклонений с резким увеличением индекса напряжения регулятор-ных систем ИН 300-989 усл. ед. , что свидетельствовало о развитии КАН с парасимпатической недостаточностью. При исследовании суточного сердечного ритма по данным ХМ у 23% пациентов циркадный индекс находился в диапазоне менее 1,24, что указывало на появление ригидности ритма сердца с нарушением его циркадного профиля. Анализ временных показателей ритма сердца, отражающих функцию разброса и функцию концентрации ритма, выявил у этой категории больных снижение чувствительности синусового узла к парасимпатическим влия-ниям, что подтверждало диагноз автономной нейропатии. По результатам КИГ с применением КОП у 14,7% больных выявлена асимпатикотоническая вегетатив-ная реактивность. Среди них у 9% пациентов при высоком исходном напряжении регуляторных систем, обусловленном снижением парасимпатического тонуса ве-гетативной нервной системы (ВНС), отмечены признаки недостаточности симпа-тической активности со значением отношения ИН2 в ортоположении к ИН1 в по-кое менее 0,7, что свидетельствовало об истощении компенсаторных механизмов адаптации сердечно-сосудистой системы и прогрессировании формирования кар-диальной нейропатии. Метаболический статус у больных с КАН характеризовался декомпенсацией углеводного обмена (HbA1c 10,9±0,3%) и уменьшением активности СДГ (16,1±0,7 усл. ед.). Для коррекции КАН применялись препараты -липоевой кислоты (300 мг/день у детей до 10 лет и 600 мг/день у детей старше 10 лет) в течение 2-х месяцев. При динамическом КИГ-обследовании после оконча-ния лечения у больных с КАН отмечалось восстановление показателя X до уровня нормы с 0,17 до 0,32 , p≥0,05), что свидетельствовало об уменьшении дисбаланса в соотношении активности симпатического и парасимпатического от-делов ВНС. При индивидуальном анализе указанный положительный эффект те-рапии достигнут у 70% пациентов с КАН p≥0,05). Отмеченная динамика показа-телей КИГ наблюдалась на фоне снижения уровня HbA1c (p<0,05) и нормализации активности СДГ (16,1±0,7 усл. ед. и 20,8±0,6 усл. ед., p<0,05). Выводы: получен-ные данные свидетельствуют об эффективности применения -липоевой кислоты для коррекции кардиальной автономной нейропатии на доклинической стадии ее формирования у детей, больных сахарным диабетом 1 типа.

0028 АНЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ФЕРРОТЕРАПИИ

Алиева Д.З., Хасаев А.Ш.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования. Изучить влияние кратковременного приема препаратов железа на характер изменений показателей центральной гемодинамики.

Материал и методы. Всего обследовано 56 женщин, из них 29 с ЖДА (основная группа) и 27 здоровых (контрольная группа). Средний возраст составлял 28,4±1,1 года. Проводился специальный отбор, при котором учитывалось отсутствие сопутствующей патологии внутренних органов. ЖДА легкой степени имелась у 11, средней степени у 7, и тяжелой у 11 больных.

Исследование центральной гемодинамики проводилось методом эхокардиографии. В ходе исследования определяли следующие показатели гемодинамики: конечно-систолический объем (КСО), конечно-диастолический объем (КДО), ударный объем (УО) сердца, Минутный объем сердца (МОС), работу левого желудочка (РЛЖ), общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), среднее гемодинамическое артериальное давление (АД ср.).

В качестве железосодержащего препарата был использован комбинированный препарат тардиферон (фирмы Robofarm, Швейцария). Больные основной группы получали внутрь элементарное железо в дозе 80-120 мг в сутки в течение 3-4 недель.

Результаты и обсуждение. Изучение исходных гемодинамических данных у женщин с различным уровнем гемоглобина в крови показало, что у больных с анемией, по сравнению с группой здоровых, отмечается достоверное увеличение всех показателей сердечного выброса (УО, УИ, МОС, СИ) и объемов левого желудочка (КСО и КДО) на фоне уменьшения ОПСС и учащения ЧСС. Необходимо заметить, что при тяжелой степени ЖДА изменение этих показателей не носило столь выраженный характер как при легкой и средней степени.

Отсутствие адекватной реакции со стороны сердечно-сосудистой системы на дальнейшее снижение уровня гемоглобина в крови указывает на истощение ее компенсаторных возможностей и возможное развитие анемической кардиомиопатии. Анализ изменений показателей центральной гемодинамики на фоне кратковременного приема тардиферона показала, что все параметры имели тенденцию к сближению таковым у здоровых женщин. Так, ЧСС на фоне ферротерапии снизилось на 16,6%, КДО на 10,3%, КСО на 18,4%, УО и УИ на 10,4%, МОС на 28,1%, СИ на 23,9%, РЛЖ на 28,5%, при этом ОПСС возросло на 23,5%.

Заключение: таким образом, полученные результаты позволяют положительно оценить кардиогемодинамические эффекты ферротерапии при ЖДА. Даже кратковременный прием тардиферона приводит к улучшению практических всех показателей центральной гемодинамики. Вероятно, это связано с нормализацией функций ферментов, содержащих железо и улучшением доставки кислорода в ткани, в том числе и в миокард.

0029 ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Алиева Н.А., Осипова И.В., Кулишова Т.В.

ОВМ и Р. НУЗ ОКБ на ст. Барнаул, ОАО «РЖД», АГМУ, Барнаул, Россия

Целью работы явилась –разработка метода комплексного лечения больных артериальной гипертензией с использованием селективной хромотерапии синим и зеленым цветами.

Объектом исследования были мужчины (34 человека – 100%) в возрасте от 24 до 54 лет, по профессии – машинист (15 человек –44%) и помощник машиниста (19 человек – 56%) с установленным диагнозом артериальная гипертензия 1 и 2 степени, находящиеся на стационарном лечении в терапевтическом отделение ОКБ на ст. Барнаул. Больные были разделены на две группы: основная (17 человек), которой проводилось комплексное лечение с использованием медикаментозного и на аппарате селективной хромотерапии «ХРОМОДЖЕЙ», который позволяет избирательно посредством светофильтров воздействовать отдельными цветами различной интенсивности, в частности – зеленым и синим цветами, и контрольная, получавших только медикаментозное лечение (17 человек).

Результаты лечения оценивались по показателям общеклинического обследования, психологического статуса больных (тесты СМОЛ, Спилбергера-Ханина, SF-36), измерение АД по методу Короткова, суточного мониторирования артериального давле-

Tesis_006_end.indd 20 24.08.2006 22:24:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ния (СМАД), вариабельности сердечного ритма. На фоне проведенного лечения отмечено достоверное снижения АД в обеих группах, но гипотензивный эффект был более выражен в случае применения комплексной гипотензивной терапии с включением селективной хромотерапии. В основной группе зарегистрировано снижение систолического артериального давления (САД) на 11,3%, диастолического артериального давления (ДАД) на 7,2%. В контрольной группе снижение САД на 9,8%, ДАД на 6,4%.

Отмечалась положительная динамика клинических симптомов АГ в обеих группах, но в основной группе она была более выражена. Сократилось число жалоб: головные боли, головокружение уменьшились или исчезли. Отмечалось положительное влияние на психологическое состояние больных с АГ в основной группе. По результатам тестирования по Спилбергеру-Ханину отмечалось достоверное снижение числа больных с высоким уровнем реактивной тревожности и достоверное повышение лиц с умеренным и низким ее уровнем. Уровень личностной тревожности не изменился. Обнаруженные изменения после комплексной терапии с включением селективной хромотерапии свидетельствует о снижении тревоги, возбудимости нервной системы и психоэмоционального напряжения, снижении уровня реактивной тревожности, повышении общей активности и настроения, что в контрольной группе не наблюдалось.

Таким образом, применение селективной хромотерапии синим и зеленым цветами для комплексного лечения больных работников локомотивных бригад с АГ 1-2 степени положительно влияет на клинические проявления заболевания, достоверно снижает АД, улучшает психоэмоциональное состояние.

0030 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК

Алтынбаева Г. Р., Ахметзянова Э.Х.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Республика Башкортостан, Россия

Цель исследования: изучить суточный профиль артериального давления (АД) у больных хроническим пиелонефритом (ХП) с артериальной гипертензией (АГ) и хроническим гломерулонефритом (ХГ) в зависимости степени нарушения функции почек.

Материалы и методы: обследовано 82 пациента с ХП, средний возраст – 45,1±1,3 года и 85 больных ХГ, средний возраст – 41,6±1,1 года. Оценка функционального состояния почек проведена в соответствии с диагностическими критериями NKF, K/DOQI, 2002 г. Фильтрационная способность почек оценивалась на основании клиренса креатинина (КК). Больных разделили на группы с нормальной СКФ, с мягким и умеренным нарушением функции почек. СМ АД проводили с использованием системы АВРМ-02.

Результаты исследования. Группы больных ХП в зависимости от нарушения СКФ различались по среднему и Минимальному значениям САД за сутки ($p<0,01$), среднему и Минимальному ДАД за сутки ($p<0,05$), среднему и Минимальному АД за сутки ($p<0,05$). Со степенью снижения СКФ увеличивались значения САД и ДАД. В зависимости от СКФ группы различались по скорости максимального и Минимального подъема и спада ЧСС за сутки ($p<0,05$), по максимальной ЧСС за сутки ($p=0,05$) различий не было. Индексы нагрузки временем (ВИ) и площадью САД (сутки, день, ночь) и ВИ ДАД (день) различались в зависимости от СКФ ($p<0,05$). При ХП вариабельность САД, ДАД, ПД, СД (сутки, день, ночь) не изменялась в зависимости от степени нарушения функции почек.

Больные ХГ в зависимости от нарушения СКФ не различались по средним и максимальным значениям САД за сутки, среднесуточному ДАД, ПД и среднему АД. Средняя и Минимальная ЧСС ($p<0,05$) за сутки увеличивалась со степенью снижения СКФ. ДАД, ПД, СД днем и ночью в зависимости от СКФ не различались по средним, максимальным и Минимальным значениям ($p>0,05$). Среди показателей САД только Минимальное давление днем увеличивалось при снижении СКФ ($p<0,05$), другие показатели при ХГ не зависели от функционального состояния почек. Индексы нагрузки временем и площадью САД и ДАД (сутки, день, ночь) не различались в зависимости от степени снижения клиренса креатинина ($p>0,05$). Вариабельность САД, ДАД, ПД, СД и ЧСС (сутки, день, ночь) не изменялась в зависимости от степени нарушения СКФ.

Выводы. При ХП функциональное нарушение почек взаимосвязано с основными показателями СМ АД: САД, ДАД (средним и Минимальным), средним динамическим АД за сутки и индексами нагрузки временем и площадью САД (сутки, день, ночь) и ВИ ДАД (день). При ХГ снижение скорости клубочковой фильтрации взаимосвязано только со скоростными показателями: максимальными подъемами и спадами САД и ДАД, ПД, средним динамическим АД, а также с показателями ЧСС Минимальной за сутки и днем, средней днем и максимальной скоростью подъема и спада.

0031 СРАВНЕНИЕ СОРБЕНТОВ ДЛЯ АФЕРЕЗА ЛИПИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Алтынова Е.В., Афанасьева О.И., Адамова И.Ю., Дмитриева О.А., Покровский С.Н.

ФГУ Российский Кардиологический Научно-производственный комплекс Росздрава РФ, Москва, Россия

Цель. Сравнение современных сорбентов для удаления липопротеидов в процедурах терапевтического афереза в опытах in vitro.

Методы. В опытах in vitro проведено сравнение всех существующих на сегодняшний день коммерчески доступных плазма- и гемосорбентов: «ЛНП-Липопак»® и «Лп(а) Липопак»® (НПФ «ПОКАРД», Россия), «LDL TheraSorb»® («Miltenyi», Германия), «DALI» («Fresenius», Германия), «Liposorber D»® и «Liposorber L»® («Kaneka», Япония) и «Lipocollect»® (University of Erlangen-Nuremberg, Germany). В плазме «до» и «после» проведения цикла сорбции измеряли концентрацию общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), липопротеида(а) (Лп(а)), апобелка В100 (апоВ100).

Результаты. В результате проведенного сравнения различных плазмо- и гемо- совместимых сорбентов, было показано, что иммуносорбенты максимально специфичны –коэффициент селективности относительно ХС ЛВП 0,28±0,01 для «ЛНП Липопак»® и 0,38±0,01 для «LDL Therasorb»®, в отличии от таких систем для гемосорбции как «DALI»® 0,80±0,05, «Liposorber D»® 0,89±0,05 и «Lipocollect 200»® 0,67±0,04 ($p<0,001$ при сравнении с иммуносорбентами).

Иммуносорбенты также обеспечивали достоверно более высокую эффективность сорбции атерогенных липопротеидов: средний коэффициент распределения для иммуносорбентов по ОХС и апоВ100 составлял 4,7±0,05 и 3,6±0,3 соответственно, тогда как для гемосорбентов эти показатели были достоверно ниже –3,1±0,1 ($p<0,0001$) и 2,9±0,3 ($p<0,05$). Стабильность иммуносорбентов при многократном применении, позволяет увеличить эффективность процедуры при проведении ЛНП афереза больным со значительно повышенным уровнем атерогенных липопротеидов.

Коэффициент распределения по Лп(а) достоверно различался для иммуносорбентов 7,2±0,8 и систем для гемосорбции 4,7±0,4 ($p<0,005$), но эффективное снижение Лп(а) до уровня, не превышающего верхнюю границу нормы (30 мг/дл), достигалось только при хроматографии на специфическом сорбенте –«Лп(а) Липопак»®.

Вывод. Таким образом, в результате проведенного сравнения было показано, что (1) существующие на сегодняшний день

Tesis_006_end.indd 21 24.08.2006 22:24:37
Process Cyan Process Magenta Process Yellow Process Black

коммерчески доступные гемосорбенты не обладают преимуществом перед плазмосорбентами, ввиду недостаточной сорбционной емкости, низкой специфичности или наличия мелких частиц; (2) до настоящего времени иммуносорбенты являются оптимальными в случае проведения длительного курса экстракорпоральной терапии больным с высоким содержанием ЛНП, резистентным к лекарственной терапии, что особенно важно при гомозиготных формах гиперхолестеринемии, когда лечение нужно проводить практически пожизненно; (3) разработка новых или усовершенствование уже существующих сорбентов для гемосорбции должно быть целью дальнейшей работы ученых, занятых разработкой сорбентов для ЛНП афереза.

0032 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Альбеева З. Р., Закирова А. Н.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава, Уфа, Россия

Цель: установить распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) и ее этиологические факторы у пациентов, обратившихся за амбулаторной и стационарной кардиологической помощью.

Методы: скрининг пациентов, обращавшихся в Республиканский кардиологический диспансер Республики Башкортостан в течение 3 месяцев, направленный на выявление ХСН, и последующее углубленное обследование отобранных больных. Установление диагноза ХСН проводилось путем проверки соответствия Фремингемским критериям ХСН либо критериям Общества специалистов по сердечной недостаточности Российской Федерации.

Результаты: Всего обследовано 4716 человек. Диагноз ХСН установлен у 1586 человек (33,6%), из них впервые – у 457 человек. Из числа пациентов с выявленной ХСН мужчин было 59,6% (средний возраст 58,7±11,0), а женщин 40,4% (средний возраст 61,1±10,7). Причинами их обращения в лечебное учреждение послужили ухудшение ХСН (у 47,1% больных), её первое проявление (у 28,8%), плановое обследование (у 7,2%) и прочее (у 16,9%).

По данным анамнеза пациенты имели следующие основные и сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (АГ) – 70,7%, ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 67,8%, сахарный диабет – 8,5%, инсульт – 5%, миокардиты – 1,6%, кардиомиопатии – 1,5%, клапанные пороки – 0,7%. В анамнезе больных с ХСН достаточно часто отмечались нарушения ритма и проводимости – у 12,5% больных. В поликлинических условиях наблюдались 49,4% больных ХСН.

Поскольку обследование больных проводилось в условиях специализированного кардиологического учреждения, особое внимание было уделено проведению современных инструментальных методов исследования. Электрокардиография проводилась у 100% больных, эхокардиография – у 73,6%, рентгенография органов грудной клетки – у 47,6%, суточное мониторирование ЭКГ – у 20,5%. Проведенное в стационарных и амбулаторных условиях обследование позволило установить основные этиологические факторы ХСН. На первом месте по распространенности среди них находятся артериальная гипертензия (73,4% больных) и стенокардия (66,0% пациентов). Далее следуют инфаркт миокарда (11,2%), сахарный диабет (10,2%), прочие заболевания (8%). Доля редко встречающихся нозологических форм (кардиомиопатии, миокардиты, эндокардиты) после углубленного обследования возросла в 2 раза по сравнению с данными анамнеза.

Выводы: Среди больных, обращающихся за помощью в кардиологические учреждения, 1/3 имеют ХСН. Основной причиной обращения служит декомпенсация ХСН. Половина из них лечится стационарно. Главными причинами развития ХСН являются АГ и ИБС. Среди пациентов, обращающихся за специализированной кардиологической помощью, преобладают лица мужского пола. Для полноценного обследования пациентов с ХСН необходимо проведение эхокардиографии и суточного мониторирования ЭКГ.

0033 ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ СИЛОВЫХ И ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА

Аль-Обади И.С.

Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, кафедра спортивной медицины. Москва, Россия

Определение маркеров перетренированности у высококвалифицированных спортсменов сегодня чрезвычайно актуально. Основными маркерами перетренированности являются анамнестические данные: синкопы, обмороки и семейный анамнез синкопальных состояний и ранней сердечной смерти (до 40 лет); нарушения ритма, проводимости и возбудимости, выявленные на ЭКГ покоя в 12 отведениях, неадекватная реакция на ортопробу, гемодинамические изменения, определенные методом вариабельности.

Чрезмерная и/или форсированная нагрузка без достаточного для восстановления периода отдыха приводит к развитию перетренированности. Поэтому необходимо проведение первичного обследования (скрининг) с применением простых неинвазивных методов диагностики. Мы провели сравнительную оценку результатов биорезонансной диагностики на аппарате «Оберон» с общепринятыми методиками.

Цели и задачи исследования: выявить маркеры перенапряжения; определить факторы риска ССЗ у обследуемых; выявить ЭКГ-изменения, отражающие нарушения функции сердца; оценить состояние центральной гемодинамики; определить уровень адаптации и нейровегетативную дисфункцию (по NLS-диагностике); сравнить данные анамнеза и клинико-инструментальных методов с результатами биорезонансного тестирования. Материалы и методы исследования: стандартное анкетирование; стандартная антропометрия; двукратное измерение АД; ЭКГ в 12 отведениях; ортостатическая проба; NLS-диагностика; статистическая обработка данных с использованием пакета программ Microsoft Execel. Исследование проводилось на базе поликлиники Российского Государственного Университета Физической Культуры. В исследование были включены 38 высококвалифицированных спортсмена силовых и игровых видов спорта: 22 футболиста и 16 представителей силовых видов спорта. Критериями отбора являлись возраст, спортивные достижения, интенсивность и продолжительность занятий спортом. Всем выполнено углубленное обследование сердечно-сосудистой системы: стандартное анкетирование по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний, осмотр, стандартная антропометрия, стандартное измерение АД, ортопроба, стандартное ЭКГ покоя в 12 отведениях и диагностика на аппарате «Оберон». Выявлена значимая корреляция ($p < 0,05$) между результатами биорезонансной диагностики «Оберон» с результатами общепринятых методов.

Выводы: Маркеры перетренированности были выявлены более чем у 40% высококвалифицированных спортсменов игровых и силовых видов спорта. Диагностика на аппарате «Оберон» показала результаты, сравнимые по точности с общепринятыми методами и может применяться в качестве скринингового метода при первичном обследовании спортсменов.

Tesis_006_end.indd 22 24.08.2006 22:24:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0034 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ

Амелина О.В., Дубовой И.И., Соколова Л.А., Петухова И.Л.

СПбГМА им.И.И.Мечникова, МУЗ «Городская поликлиника № 5», Санкт-Петербург, Россия. Брянский областной клинико-диагностический центр, Брянск, Россия

Цель исследования: изучение особенностей течения АГ у ЛПА на ЧАЭС.

Методы. Сбор анамнестических данных; клиническое обследование: определение степени АГ по уровню систолического артериального давления (САД) и диастолического (ДАД); лабораторно-инструментальное обследование: креатинин крови, общий анализ мочи; микроальбуминурия в первой утренней порции мочи; ЭхоКГ (включая доплер ЭхоКГ) сердца и сосудов; Rg (ФЛГ) грудной клетки; определение потокзависимой вазодилатации плечевой артерии (проба с реактивной гиперемией).

Результаты исследования: Проведено комплексное проспективное исследование особенностей течения АГ у 50 мужчин – ЛПА и 40 мужчин-жителей г. Брянска, страдающих АГ. Средний возраст исследуемых в группе ЛПА составил 55,9±5,1 лет, в группе контроля-52.4±2,1 года. Уровни систолического и диастолического артериального давления (САД и ДАД) на момент обследования были сравнимы и соответствовали 2 степени АГ. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) регистрировалась по данным индекса Соколова-Лайона и индекса массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ). В группе ликвидаторов наблюдалась высокая распространенность гипертрофии левого желудочка – 68,75 % и превышение среднего значения ИММЛЖ –137,063 г/м2, в группе контроля –38,6% и 130,1 г/м2 соответственно ($p<0,05$). Для оценки гипертонической нефропатии проводилось исследование микроальбуминурии (МАУ) и уровня креатинина. Достоверных различий уровня креатинина в сравниваемых группах не было получено. Уровень МАУ (≥30 г/л) в утренней порции мочи в большей степени регистрировался в группе ЛПА на ЧАЭС –50,13 г/л, в группе мужчин контрольной группы – 41,09 г/л ($p<0,05$). Атеросклеротическое поражение крупных сосудов (сонных артерий) диагностировалось по данным толщины комплекса интима-медиа (КИМ). Среднее значение толщины КИМ в группе ликвидаторов составило 1,3 мм, в группе контроля 1,07 мм ($p<0,05$). Исследование вазорегулирующей функции эндотелия проводилось в пробе с реактивной гиперемией. В результате исследования выявлена достоверно ($p<0,05$) меньшая степень прироста ЭЗВД в группе ЛПА на ЧАЭС –5,8±0,7% по сравнению с группой контроля: 13,3±1,2%.

Выводы:

1. В группе ЛПА выявлено более тяжелое течение АГ, что проявляется большим поражением органов-мишеней (сердца, почек, сосудов).
2. Полученные нами результаты исследования особенностей течения АГ у ЛПА на ЧАЭС должны быть использованы для разработки программ диспансерного обследования данного контингента населения.

0035 ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Аминева Н.В., Сальцева М.Т., Кокшагина Н.В.

ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить качество жизни и выраженность депрессии у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в зависимости от тяжести хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Методы: обследовано 69 больных ИБС (31 мужчина и 38 женщин) с ХСН II-IY функционального класса (ФК) в возрасте от 43 лет до 65 лет (средний возраст 62±0,5 года). Длительность ИБС составила в среднем 11,4±0,7 года. В анамнезе у 19 пациентов был инфаркт миокарда, 59 больных страдали артериальной гипертонией. Диагностика стадий и функционального класса ХСН осуществлялась с учётом жалоб больного, симптомов заболевания, клинических признаков и данных инструментальных методов обследования (ЭКГ, R-графия грудной клетки, доплер-ЭхоКГ). Определение качества жизни проводилось с помощью Миннесотского опросника качества жизни (МОКЖ). Диагноз депрессии устанавливался на основании критериев, изложенных в МКБ-10, и психодиагностического тестирования по шкале Гамильтона.

Результаты: По шкале оценки клинического состояния ХСН II ФК установлена у 31 больного (3,9±0,3 балла), ХСН III ФК у 34 (4,8±0,3 балла) и ХСН IY ФК – у 4 пациентов (9,8±1,1 балла). Анализ показателей качества жизни (КЖ) показал, что при ХСН II ФК уровень качества жизни соответствовал 43±3,4 баллам, при III ФК – 49±3,0 баллам и при IYФК – 72±10,4 баллам. Корреляционный анализ выявил умеренную связь между показателями КЖ и ФК ХСН ($r=0,34$; $p<0,05$).Зависимость качества жизни от возраста отсутствовала ($r=0,08$; $p<0,05$). Определяющим в оценке качества жизни являлся физический фактор. Его вклад в ухудшение качества жизни был наиболее выражен при ХСН III ФК (55%), в меньшей степени при II ФК и IY ФК (53% и 51% соответственно). Эмоциональный и социальный факторы по мере нарастания тяжести сердечной недостаточности менялись незначительно. Депрессия разной степени выраженности была отмечена у 38,6% опрошенных. При её оценке по шкале Гамильтона установлено достоверное увеличение количества баллов у больных ХСН III и IY ФК: ХСН II ФК– 18,5±1,1 балла, III ФК 20,4±0,9 балла, IY ФК– 23±6,2 балла. Депрессивные расстройства были более выражены у женщин. Изучение взаимосвязи между общим показателем МОКЖ и уровнем депрессии выявило прямую корреляционную зависимость ($r=0,34$; $p<0,05$), особенно отчётливую между депрессией и физическим фактором по МОКЖ ($r=0,42$; $p<0,05$). Зависимость уровня депрессивных расстройств от прогрессирования ХСН подтверждалась улучшением психического состояния больных при эффективном лечении сердечной недостаточности. Так, после лечения (на примере 8 наблюдений) уровень депрессии снизился с 20,1 балла до 13, 2 балла (на 32,8%). Одновременно улучшились и показатели качества жизни.

Выводы: 1. Выявлена тесная взаимозависимость между показателями МОКЖ и уровнем депрессивных расстройств, которые достоверно ухудшаются при прогрессировании ХСН. 2. Эффективное лечение ХСН улучшает качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов.

0036 РАННИЕ ПРИЗНАКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И КОРОНАРНЫЙ РИСК У МОЛОДЫХ КУРЯЩИХ МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО

Ангелина М.А.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», Москва, Россия

Целью настоящей работы являлось определение толщины комплекса интима-медиа общих сонных артерий с помощью высокоразрешающей ультрасонографии и коронарного риска у молодых курящих мужчин с метаболическим синдромом.

Методы: обследовано 60 соматически здоровых курящих мужчин 25-35 лет. Метаболический синдром был установлен согласно критериям NCEP-ATP III (2001) у 14 пациентов (23,3%), у 46 (76,7%) пациентов МС не было. Толщину комплекса интима-медиа общих сонных артерий определяли с помощью цветового дуплексного сканирования внечерепных отделов брахиоцефальных артерий. Оценка коронарного риска проводилась с помощью Фрамингемской шкалы.

Результаты: по сравнению с контрольной группой, у пациентов с МС ТКИМср ОСА была достоверно больше (0,73±0,04

Tesis_006_end.indd 23 24.08.2006 22:24:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

против 0,66±0,01 мм, P=0,017), также как и ТКИМmax (0,86±0,05 против 0,74±0,02 мм; P=0,006, соответственно). 10-летний коронарный риск у молодых курящих мужчин в изучаемых группах был достоверно в 2 раза выше в группе пациентов с МС по сравнению с контрольной группой (8,00±0,81 баллов против 4,07±0,57 баллов, P<0,001) или (4,8±0,9% против 2,5±0,5% соответственно, P=0,05). Установлена достоверная прямая корреляция между максимальной ТКИМ и числом компонентов МС (r=0,36, P=0,005). Выявлена положительная корреляция между количеством факторов МС риска у молодых курящих мужчин и коронарным риском (r=0,477, P<0,001).

Выводы: в группе молодых курящих мужчин с МС ТКИМ достоверно выше таковой в контрольной группе и коррелирует с числом компонентов МС. Коронарный риск в группе пациентов с МС достоверно в 2 раза выше, чем в группе без МС.

0037 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕТРАПОЛЯРНОЙ ГРУДНОЙ РЕОГРАФИИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ГИПЕРТЕНЗИИ

Андросова О.В.

Ставропольская Государственная Медицинская Академия, ГУЗ Краевой Клинический Перинатальный Центр, Ставрополь, Россия

Целью данного исследования явилось изучение возможности использованием простой, неинвазивной, относительно высоко информативной, экономичной методики для особенностей гемодинамики при индуцированной беременностью гипертензии различной степени тяжести.

Материалы и методы исследования: В основную группу исследования вошло 100 беременных, которые распределились по степени тяжести гестоза следующим образом: 40 – гестоз легкой степени, 34 – гестоз средней степени, 26 – гестоз тяжелой степени. Степень тяжести оценивалась на основании клинико-лабораторных данных с использованием бальной шкалы Гоек, проводилась дифференциальная диагностика гестоза и гипертонической болезни, патологии почек, нейроэндокринных синдромов. Контрольную группу составили 30 здоровых беременных женщин. Показатели системной гемодинамики определялись методом тетраполярной грудной реовазографии на аппаратно-програмном реографическом комплексе «Мицар-Рео» (сертификат соответствия № 6061748). В ходе исследования определялись ударный и Минутный объем левого желудочка, общее периферическое сосудистое сопротивление, и их отношение к поверхности тела: ударный индекс, сердечный индекс, удельное периферическое сопротивление. Метод отличают воспроизводимость и повторяемость кривых, высокая пропускная способность, специфичность их изменений при основных клинически значимых гемодинамических расстройствах. Результаты количественной оценки сердечного выброса дают неплохое соответствие с другими способами, включая вентрикулографию, эхокардиографию – коэффициент корреляции составляет от 0,7 до 0,9 и более по разным источникам.

Результаты и их обсуждение. Анализ полученных данных показал, что изменения показателей системной гемодинамики соотносятся с тяжестью гестоза. Общее периферическое сосудистое сопротивление увеличивается при усугублении состояния пациенток, и достоверно отличается при гестозе легкой (2546,7±154,7 у.е.), средней (4839,458±485) и тяжелой (6118,143±853,6) степени в сравнении с группой контроля (1916,667±44,6). Показатели работы сердца при увеличении тяжести гестоза снижаются, что связано не только нарушением метаболизма сердечной мышцы, но и с нарастающей гиповолемией, перегрузкой увеличивающимся периферическим сосудистым сопротивлением. Ударный и Минутный объем левого желудочка при гестозе легкой (45,8±3,8 мл; 25,8±1,8 л/мин), средней (27,9±2,4 мл; 15,2±1,3 л/мин) и тяжелой (21,7±2,7 мл; 1,4±1,2 л/мин) степени достоверно отличаются от таковых (50,3±1,7 мл; 26,4±0,8 л/мин) при физиологически протекающей беременности.

Таким образом, использованная методика позволяет проводить быстрый и информативный мониторинг тяжести состояния при гестозе на основании показателей системной гемодинамики, осуществлять индивидуальный подбор гипотензивной терапии, контроль ее эффективности и является одной из дополнительных методик при определении срока родоразрешения.

0038 ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ ИОНОВ МАГНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Андросова О.В.

Ставропольская Государственная Медицинская Академия, ГУЗ Краевой Клинический Перинатальный Центр, Ставрополь, Россия

Актуальность проблемы преэклампсии в свете системности патологических процессов, колоссальной сложности их коррекции, показателей материнской и перинатальной смертности не оставляет сомнений.

Целью данной работы явились выявление особенностей магниевого обмена при данной патологии, как одного из возможных патогенетических звеньев гестоза. Ионы магния имеют множество точек приложения, среди которых метаболизм арахидоновой кислоты, эндотелиальный релаксирующий фактор, ц-ГМФ, эндотелин-1, кальцитониноген-связывающий белок, ренин-ангиотензин-альдостероновая система, ионы Ca2+, клеточные посредники фосфоинозитид и протеинкиназа, выработка норэпинефрина в нервных окончаниях симпатических волокон, эндоваскулярная продукция серотонина. Большинство этих воздействий реализуется в снижении коагуляционной активности крови, вазодиллатации.

Материалы и методы: проводилось определение внутриэритроцитарного уровня магния фотоэлектороколориметрическим методом, основанным на реакции ионов магния с титановым желтым. Норма показателя составляет 0,5-1 ммоль/л. В исследование были включены 40 пациенток с гестозом средней и тяжелой степени, 20 здоровых беременных женщин. Для исследования использовалась периферическая кровь, которая забиралась при поступлении до начала лечебных мероприятий. Оценка степени тяжести преэклампсии давалась в соответствии и классическими акушерскими критериями.

Результаты и их обсуждение. По данным проведенного исследования, уровень внутриэритроцитарного магния достоверно снижен при гестозе средней (0,508 ±0,014 ммоль/л) и тяжелой степени (0,465±0,017 ммоль/л) в сравнении с нормально протекающей беременностью (0,675±0,1705 ммоль/л p<0,01-0,02). Таким образом, магний может оказывать многостороннее влияние на генерализованный вазоспазм, острый эндотелиоз, гиперкоагуляцию и другие системные проявления гестоза, снижение внутриклеточного содержания магния у беременных с преэклампсией является одним из многочисленных патогенетических моментов в развитии гестоза. Препараты магния должны применятся для профилактики гестоза в группах риска (Магне В6, Магнерот, Магнесол).

0039 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И АД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ

Аникин В.В., Изварина О.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Особенности сердечных аритмий, осложняющих течение артериальной гипертонии (АГ) у женщин в климактерическом

Tesis_006_end.indd 24 24.08.2006 22:24:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

периоде, требуют своевременной диагностики и лечения. Для выявления аритмического синдрома у данной категории больных было проведено обследование 35 женщин в климактерическом периоде (средний возраст 49,2±2,7 лет). Всем больным в амбулаторных условиях проводилось комплексное клинико-функциональное обследование, включавшее запись стандартной ЭКГ в 12 отведениях и суточное мониторирование ЭКГ и АД. Установлено, что 86,3% обследованных предъявляли жалобы на сердцебиение, перебои, дискомфорт в области сердца, в том числе в ночное время. Однако при регистрации стандартной ЭКГ аритмический синдром был выявлен лишь в 3,7% случаев, что обусловило необходимость углубленного инструментального исследования. Суточное мониторирование ЭКГ и АД показало, что эпизоды аритмий встречались у всех больных. Наиболее частым нарушением сердечного ритма являлась наджелудочковая экстрасистолия (э/с), при этом у женщин без АГ (n=15) эпизоды аритмий проявлялись только в дневное время. Выраженность наджелудочковой э/с у женщин с АГ зависела от стадии климактерического периода (с наступлением менопаузы их количество увеличилось более, чем в 3 раза). Кроме того, в постменопаузе у 63,6% больных выявлялись групповые э/с, а у 27,2% –приступы пароксизмальной наджелудочковой тахикардии, в том числе ночью. Желудочковая экстрасистолия была зарегистрирована у всех женщин. Обращает на себя внимание, что у больных без АГ преобладала э/с 1 градации по Лауну, причем только в период бодрствования. При наличии АГ с наступлением менопаузы достоверно увеличивалось количество больных с желудочковой э/с 2-3 градации по сравнению с пременопаузой (50% и 85,6% соответственно). Кроме того, у 18,3% женщин с АГ в постменопаузе зарегистрированы приступы желудочковой тахикардии, частота которых увеличивалась с прогрессированием заболевания.

Анализ суточного мониторирования АД позволил не только подтвердить наличие АГ, но и выявил особенности его суточного профиля. Установлено, что у женщин без АГ степень ночного снижения АД была достаточная (в среднем 14,7±2,4%), тогда как у женщин с АГ преобладали прогностически неблагоприятные суточные профили АД в виде недостаточного (у 25% обследованных) и чрезмерного (у 31%) снижения АД в ночное время. Эти изменения сопровождались увеличением индекса времени у женщин в постменопаузе по сравнению с пременопаузой (51,3±3,7% и 40,6±3,1% соответственно, $p<0,05$).

Таким образом, у женщин в климактерическом периоде имеются разнообразные латентно протекающие сердечные аритмии, частота и тяжесть которых зависят от наличия и выраженности АГ, а также от степени гормональной активности яичников. Выявление с помощью суточного мониторирования нарушений сердечного ритма и циркадного индекса АД обосновывают необходимость проведения данного исследования с диагностической и лечебной целью всем женщинам в климактерическом периоде.

0040 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН

Аникин В.В., Романова Т.О.

ГОУ ВПО Тверская медицинская академия Росздрава, Тверь, Россия

Вариабельность сердечного ритма имеет важное прогностическое значение для больных, перенесших острый инфаркт миокарда. В связи с этим изучены особенности вегетативной регуляции сердечного ритма (временной и спектральный анализ) по данным холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ, проводимого в течение суток у женщин и мужчин с инфарктом миокарда (ИМ).

Проведено обследование 73 женщин 39-75 лет (средний возраст 58,8±0,96 лет) и 18 мужчин (51,5±1,86 лет) с острым ИМ. Среди больных женского пола у 35 больных диагностирован Q-ИМ, у 15 – его повторные варианты, у 23 женщин – не-Q ИМ, у всех мужчин был Q-ИМ.

Результаты: При исследовании вариабельности сердечного ритма (ВСР) у женщин выявлены признаки дисбаланса вегетативной нервной системы с преобладанием гиперсимпатикотонии. Эти изменения установлены как при временном (снижение SDNN – 62,6±6,7 мс; rMSSD – 15,6±2,6 мс при Q-инфаркте; SDNN –66±12,3 мс; rMSSD – 21±2,2 мс при повторных поражениях сердечной мышцы; SDNN – 67,3±9,4 мс; rMSSD – 28,6±9,4 мс при не-Q ИМ), так и при спектральном анализе (снижение VLF – 883,4±253,5 мс^2, LF – 259,2±89,55 мс^2, HF – 54,4±14,9 мс^2, повышение LF/HF – 4,76 при Q-инфаркте; уменьшение VLF – 1248,5±526,3 мс^2, LF – 219±177,1 мс^2, HF – 106±17,2 мс2, повышение LF/HF – 2,06 при повторных; снижение VLF – 942,3±358,6 мс^2, LF – 403,7±162,9 мс^2, HF – 177±97,5 мс^2, повышение LF/HF – 2,28 при не-Q ИМ).

У женщин наблюдалось как снижение показателей временного анализа, так и мощности волн высокой, низкой и очень низкой частоты и повышение коэффициента вагосимпатического баланса, с наибольшей выраженностью изменений у больных с Q-инфарктом, что свидетельствует о выраженном дисбалансе вегетативной нервной системы с преимущественным преобладанием ее симпатического и снижением активности парасимпатического звена. При этом показатели временного анализа у мужчин (SDNN – 61,3±9,9 мс; rMSSD – 15,5±3,4 мс) практически совпадали с таковыми у женщин с Q-ИМ, тогда как спектральные параметры у женщин с Q-инфарктом оказались ниже, чем у больных мужского пола (VLF – 1027±209,8 мс^2, LF – 325±67,2 мс2, HF – 69,5±30,7 мс2, повышение LF/HF – 6,59).

Выводы: Таким образом, выявлены некоторые особенности показателей вариабельности сердечного ритма в острой стадии ИМ у женщин, связанные с гиперсимпатикотонией, что необходимо учитывать при лечении пациенток и своевременно и обоснованно назначать им β-адреноблокаторы.

0041 ИЗМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА.

Анисимова А.В., Кузин В.М., Колесникова Т.И.

Кафедра неврологии и нейрохирургии ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Развитие кардиальной патологии, в частности пароксизмальной формы мерцательной аритмии, существенно ухудшает системную и церебральную гемодинамику, способствуя прогрессированию хронической ишемии мозга (ХИМ) и формированию когнитивных нарушений.

Цель исследования: оценка расстройств когнитивных функций мозга и состояния психоэмоциональной сферы у больных с артериальной гипертензией и пароксизмальной формой мерцательной аритмии.

Материал и методы: обследовано 27 пациентов (12 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 40 до 58 лет. Наряду с кардиологическими жалобами все больные отмечали головные боли, головокружение, периодическую неустойчивость при ходьбе, метеочувствительность, повышенную раздражительность, быструю утомляемость при умственной и физической нагрузке, нарушения сна. Данные неврологического обследования позволили диагностировать у всех пациентов II стадию ХИМ.

Оценка когнитивных функций (памяти и внимания) проводилась по тестам Лурия и Шульте с проведением количественного анализа. Определение степени личностной и реактивной тревожности осуществлялась по методу Спилбергера, а степени депрессии по методу Бека.

Результаты исследования показали, что у всех пациентов выявляется умеренное снижение долговременной (10,2±0,2σ,

Tesis_006_end.indd 25 24.08.2006 22:24:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

N=12,5±0,5σ, p<0,001) и кратковременной (7,9±0,4σ, N=9,5±0,3σ, p<0,001) памяти. Качественный анализ позволил определить, что изменения памяти носят преимущественно функциональных характер и обусловлены трудностью включения, некоторой тормозимостью следов и быстрой истощаемостью. Это подтверждается результатами теста Шульте, который выявил достоверное увеличение времени выполнения задания (61,3±0,4сек, N=до 50 сек), т.е. снижение объема и переключение внимания.

Личностная тревожность у 83% пациентов была в пределах нормы, у 17% –умеренно повышенной, что сочеталось с повышением показателей реактивной тревожности (34-45 , N- до 30) и отсутствием депрессии (<19 баллов).

Обсуждение: анализ полученных результатов показал, что выявленные изменения носят функциональный характер и могут быть классифицированы как астено-невротический синдром, который обусловлен ХИМ, диагностированной при комплексном неврологическом обследовании. Пароксизмы нарушений сердечного ритма, являясь сильным стрессорным фактором, способствуют развитию повышенной реактивной тревожности, которая поддерживает и усугубляет проявления астено-невротического синдрома. Частые или продолжительные пароксизмы мерцательной аритмии существенно ухудшают церебральную гемодинамику, в результате чего формируется органическая основа нарушения когнитивных функций у этой категории больных.

0042 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТЕПЕНИ В СОЧЕТАНИИ С АНОМАЛИЯМИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

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

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Вопрос о связи аномалий почечных артерий (АПА) с артериальной гипертонией (АГ) до сих пор является дискутабельным и малоизученным. Соотношение больных с АГ и нормальным АД при наличии АПА составляет 6:1, причем чаще всего, такая АГ обладает истинной рефрактерностью к гипотензивной терапии, определяющей крайне неблагоприятный прогноз.

Особенности суточного профиля АД (СМАД) у пациентов этой категории и закономерности динамики этих показателей в условиях проспективного наблюдения остаются неизученными в настоящее время.

Целью настоящей работы явилось исследование особенностей динамики СМАД у пациентов, страдающих рефрактерной АГ III степени в сочетании с аномалиями ПА в условиях проспективного наблюдения (4 года).

Материалы и методы. В исследование включены 14 пациентов обоих полов с рефрактерной АГ III степени в сочетании с аномалиями ПА. Средний возраст пациентов составил 44,07±1,98 года, офисное АД 193,33±7,73/122±4,44 мм.рт.ст., стаж АГ 16,53±2,11 лет. Истинная рефрактерность к гипотензивной терапии определялась по отсутствию нормализации уровня АД на фоне приема комбинации из 4х групп гипотензивных препаратов (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные) в средних терапевтических дозировках. Пациентам проводилось СМАД на препарате Meditech ABPM 04 (производство Венгрия) на фоне приема таблетированного клофелина (в средней суточной дозе 0,0025 мг/сут.), контрольное мониторирование проводилось через 4 года в аналогичных условиях.

Результаты. При сравнительном анализе показателей СМАД у пациентов в течение четырехлетнего наблюдения, статистически значимых отличий в индексах «нагрузки давлением» (индексы времени и площади), вариабельности САД не было выявлено. Однако, было выявлено достоверное увеличение величины утреннего подъема САД (исходно 28,79±3,84, через 4 года 52,32±8,43 мм.рт.ст.) (p<0,05) и величины утреннего подъема ДАД (исходно 24,43±2,62, через 4 года 39,96±3,25 мм.рт.ст) (p<0,05). Также отмечено достоверное увеличение вариабельности ДАД дневного (исходно 11,19±0,77, через 4 года 13,47±1,49) (p<0,05), а также достоверное увеличение пульсового АД (ПАД) максимального дневного (исходно 78,69±2,92; через 4 года 92,1±5,22) (p<0,05).

Выводы. Таким образом, по результатам проведенного нами исследования в течение четырехлетнего наблюдения у больных рефрактерной АГ III степени в сочетании с аномалиями ПА в условиях проспективного наблюдения (4 года) отмечается достоверное увеличение неблагоприятных показателей СМАД, что может косвенно свидетельствовать о нарастании повреждающего воздействия на органы-мишени.

0043 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОРВАДИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Антонова Е.С., Коняхин А.Ю., Каменева Т.Р., Родионов Б.А., Радзевич А.Э.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Клиническая эффективность и обоснованность применения амлодипина при артериальной гипертонии (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) не вызывает сомнения. В то же время, одной из основных проблем, ограничивающих применение амлодипина, является достаточно высокая стоимость оригинальных препаратов. При этом выпускаемые отечественной фармакологической промышленностью препараты амлодипина недостаточно изучены, что вызывает обоснованную осторожность врачей при их назначении. Одним из таких препаратов является Норвадин (Ферейн), 5 мг.

Цель исследования: оценить влияние Норвадина на суточный профиль артериального давления, толерантность к физической нагрузке, параметры центральной и периферической гемодинамики при лечении пациентов, страдающих АГ в сочетании с ИБС: стенокардией напряжения (СтН) II-III функционального класса (ФК).

Методы исследования: были включены 20 пациентов АГ в сочетании с ИБС: СтН II-III ФК (12 мужчин и 8 женщин, средний возраст – 59,5±7,7 лет). Длительность АГ составила 9,4+5,8 лет. У 8 больных диагностирован II ФК СтН, у 12 – III ФК СтН, средний ФК составил 2,60±0,50. Все пациенты до включения в исследование проходили «отмывочный период», т.е. им была отменена предшествующая антигипертензивная терапия. В течение 2 недель все больные получали базисную терапию, которая включала атенолол 25-50 мг/сут. , аспирин 125 мг/сут. , изосорбида динитрат 40-80 мг/сут. При включении пациентов в исследование к базисной терапии добавляли Норвадин по 5-10 мг в сутки в течение 30 суток. Всем пациентам проводили суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографию. Толерантность к физической нагрузке у больных контролировали по протоколу непрерывно возрастающей физической нагрузки (протокол R.Bruce) на тредмиле.

Полученные результаты: при анализе результатов СМАД было отмечено достоверное снижение среднесуточного САД на 12,8%, среднесуточного ДАД на 13,9%, среднедневного САД на 10,9%, среднедневного ДАД на 13,2%, средненочного САД на 12,6%, средненочного ДАД на 14,6%, ИВ САД (в дневные часы на 30,6% и в ночные часы на 24,2%, ИВ ДАД (в дневные часы на 41,1% и в ночные часы на 40,2%. Было выявлено увеличение пациентов с нормальной степенью снижения АД в ночные часы. На фоне приема норвадина было отмечено статистически значимое увеличение толерантности к физической нагрузке. При анализе гемодинамических показателей выявлена оптимизация параметров гемодинамики, проявившаяся достоверным снижением ОПСС на 17,6% .

Tesis_006_end.indd 26 24.08.2006 22:24:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выводы: включение Норвадина в состав комплексной терапии больных АГ в сочетании с ИБС: СтН II-III ФК способствует оптимизации средних показателей суточного мониторирования артериального давления, параметров гипертонической нагрузки, суточного профиля АД, показателей гемодинамики, повышению толерантности к физическим нагрузкам. Применение норвадина при АГ в сочетании с ИБС: СтН II-III ФК клинически оправдано, безопасно и эффективно.

0044 ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Антропова О.Н., Осипова И.В., Борисова Л.В., Глебов Н.О., Белоусова Т.Б.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить значение тестов с психоментальной нагрузкой, холодовой пробы для диагностики стресс-индуцированной гипертонии у работников железнодорожного транспорта.

Материал и методы. Обследованы 40 пациентов в возрасте 25-55 лет с артериальной гипертензией 1-2 степени, не получавших на момент исследования постоянной медикаментозной терапии. Больные были распределены на 2 группы. Первую группу составили 20 пациентов, работающих машинистами и помощниками машинистов. Вторая группа включала 20 больных, не работающих в составе локомотивных бригад. Группу сравнения составили 20 здоровых лиц аналогичного возраста. В качестве методик, имитирующих острый психоэмоциональный тест, были использованы холодовая проба, психоментальный тест с чтением незнакомого текста, тест «математический счет».

Результаты исследования. Перед проведением тестов у лиц группы сравнения систолическое артериальное давление (САД) было 123,2±2,7 мм.рт.ст., а диастолическое артериальное давление (ДАД) –81,9±2,3 мм.рт.ст. У больных 1 и 2 групп исходные показатели САД были достоверно выше, чем в группе сравнения, и составили 138,1±4,7 мм.рт.ст.($p<0,01$) и 143,2±5,8 мм.рт.ст. ($p<0,01$) соответственно. Значение ДАД исходно у пациентов 1 и 2 групп было большим, по сравнению с группой сравнения, и составило 91,4±2,3 ($p<0,01$) и 91,5±2,4 ($p<0,05$) соответственно. Исходные показатели САД и ДАД у больных 1 и 2 групп не различались. В группе сравнения при проведении тестов отмечалось повышение САД при холодовой пробе на 11% ($p<0,001$), при тесте с чтением незнакомого текста – на 7,8% ($p<0,01$), при «математическом счете» –на 7,7% ($p<0,01$), ДАД в ходе тестирования достоверно не изменилось. В 1 группе машинисты и помощники машинистов ответили повышением САД во время холодовой пробы на 14 % ($p<0,01$), при психоментальном тестировании имелась тенденция к повышению САД, но достоверных изменений САД и ДАД не было. Больные 2 группы в результате проведения проб демонстрировали повышение САД при холодовой пробе на 16 % ($p<0,01$), при чтении незнакомого текста –на 12% ($p<0,05$), ДАД повысилось при чтении незнакомого текста на 14% ($p<0,01$), в ходе теста «математический счет» достоверных изменений САД и ДАД не произошло. Полученный в ходе проб прирост САД между группами достоверных отличий не имел. Показатели САД, полученные в результате всех трех проб, у больных 1 и 2 группы были достоверно выше, чем в группе сравнения.

Выводы. Таким образом, у здоровых лиц отмечен одинаковый уровень стресс-реагирования на холодовую пробу и пробы с психоментальной нагрузкой. У пациентов 2-й группы получен соизмеримый прирост АД при проведении холодовой пробы и пробы с чтением незнакомого текста. Больные 1 группы отвечали аналогичным приростом АД на холодовую пробу, на последующие пробы достоверный прирост АД отсутствовал, что, по-видимому, связано с меньшими резервами стресс-реагирования с ГБ и высоким уровнем профессионального стресса.

0045 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (СМАД) И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА (ВСР) У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Апанова О.И., Мерай И., Павликова Е.П.

Российский Университет дружбы народов, кафедра факультетской терапии, Москва, Россия

Цель: сравнение эффективности карведилола и атенолола на показатели суточного профиля АД, вариабельность сердечного ритма.

Методы исследования: обследовано 49 больных в возрасте от 40 до 70 лет, имеющих клиническую картину стенокардии напряжения II (42 человека) и III ФК (7 человек) с мягкой и умеренной артериальной гипертонией. Больным в 1-й группе (n=23) назначали карведилол (Дилатренд, «Hoffman-la-Roche», Швейцария), во 2-й группе (n=26) – атенолол. После периода титрования (1 месяц) суточная доза составила для карведилола в среднем –30,9 мг, для атенолола –94,6 мг. Длительность наблюдения составила 3 месяца. Вариабельность сердечного ритма изучали в спектральной и временной областях по стандартной методике. Анализировались следующие показатели вариабельности ритма сердца: SDNN – стандартное отклонение RR интервалов всей записи, RMSSD – квадратный корень из суммы квадратов разности величин последовательных пар интервалов RR, индекс триангулярной интерполяции HRVTi –отношение общего числа RR-интервалов к количеству с наиболее часто встречающейся длительностью, LF/HF – отношение вагосимпатического равновесия. Суточное мониторирование АД и ЭКГ проводилось с использованием автоматический портативной системы Meditech CardioTens-01 (Венгрия).

Результаты: по данным СМАД на фоне 12 недельной терапии в группе карведилола отмечено достоверное снижение среднесуточных САД и ДАД на 14% и 12%, в группе атенолола на 9% и 10% соответственно. В группе карведилола снижение показателей среднедневного и средненочного САД и ДАД было более выраженным, чем в группе атенолола. Индекс времени гипертонии снизился в 1-й группе в период бодрствования по САД на 72% (с 58,7% до 16,4%), по ДАД на 70% (с 29,9% до 8,7%), в ночной период на 60% (с 74,9% до 29,9%) и 62% (с 24,4% до 9,2%) соответственно; во 2-й группе на 49% (с 56,6%до 28,9%) и 61% (43,5% до 16,6%) днем и 40% (с 90,3% до 54,4%) и 51% (48,4% до 23,5%) ночью (во всех случаях $p<0,01$). Лечение обоими препаратами вызывало существенное изменение большинства показателей как временного, так и спектрального анализа ВСР: SDNN в группе карведилола увеличилось на 10% ($p<0,01$), в группе атенолола на 9% ($p<0,05$), rMSSD на 38% и 22% соответственно ($p<0,01$), HRVti – на 20% в группе карведилола, атенолол не вызывал увеличения данного показателя. Отношение LF/HF-24 часа снизилось на 37 % в 1-й группе, во 2-й на 7%.

Выводы: карведилол по сравнению с атенололом обладает более выраженным гипотензивным эффектом, что подтверждается достоверным снижением показателей среднесуточного, среднедневного и средненочного САД и ДАД, снижением показателей перегрузки давлением. Терапия карведилолом в большей степени оказывала благоприятное влияние на показатели вариабельности сердечного ритма.

0046 НЕАДЕКВАТНАЯ МАССА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Аракелянц А.А., Горохова С.Г.

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

Цель: определить особенности гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) при артериальной гипертонии (АГ) в сочетании с

Tesis_006_end.indd 27 24.08.2006 22:24:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сахарным диабетом (СД) 2 типа и факторы, вносящие дополнительный вклад в увеличение массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у данной категории пациентов.

Методы: в исследование включено 120 пациентов: 1-я группа –60 больных АГ II ст. с ГЛЖ (29 мужчин, 31 женщина), средний возраст 57,9+6,7 лет, без нарушений углеводного обмена, длительность АГ 14,4+8,1 лет; 2-я группа –60 больных (32 мужчины и 28 женщин) АГ II ст. с СД 2 типа легкой и средней степени тяжести в стадии компенсации и субкомпенсации (уровень Hb A1c 6,4+1,04%), средний возраст 56,4+6,9 лет, длительность АГ 13,7+6,7 лет, СД 2 типа – 5,8+3,5 лет. Всем пациентам выполнялось суточное мониторирование АД (СМАД), допплер-эхокардиография (ЭхоКГ) на аппарате PHILIPS HDI 5000 (США) по стандартной программе. Расчет оптимальной, гемодинамически адекватной массы миокарда левого желудочка (ОММЛЖ), а также процент гемодинамически неадекватной массы миокарда (НММЛЖ), необусловленной повышенными цифрами АД, проводили по формуле R.Devereux и соавт.: ММЛЖ (г) по R. Devereux=0,8 х [1,04 х ((ТМПЖд+КДРлж+ТЗСлж)3 – КДРлж3)] + 0,6; ОММЛЖ=1,04 х [КДР х (1,333 х САД / 500) + КДРлж]3 – КДРлж3; НММЛЖ (%) = [(ММЛЖ – ОММЛЖ) / ОММЛЖ] х 100.

Результаты: Согласно анализу данных ЭхоКГ, выявлено, что у больных АГ среднее значение реальной ММЛЖ (250 г) незначительно превышает ОММЛЖ (245 г), и доля НММЛЖ у пациентов данной группы составляет 2,05%; в то же время у больных АГ с СД 2 типа средняя реальная ММЛЖ (295 г) достоверно превышала уровень ОММЛЖ (255 г), и доля НММЛЖ составила 15,67% ($p<0,05$). Показатели информативности выявления избыточной ММЛЖ у больных с АГ с СД 2 типа были следующие: Se (чувствительность) = 77%, Sp (специфичность) = 37%, +PV (прогностическая ценность положительного результата) = 67%, LR+ (отношение правдоподобия положительного результата теста) = 2. Корреляционный анализ выявил прямую положительную связь между уровнем инсулина крови и показателем ММЛЖ у больных АГ и АГ с СД 2 типа (R=0,53 для больных АГ и 0,76 для больных АГ и СД 2 типа, $p<0,001$).

Выводы: Особенностью ГЛЖ при АГ и СД 2 типа является несоответствие ММЛЖ гемодинамической нагрузке и реальная ММЛЖ достоверно превышает ОММЛЖ. Выявление неадекватной гемодинамической нагрузке ММЛЖ может указывать на наличие у пациента СД 2 типа. Гиперинсулинемию следует рассматривать как фактор, который усугубляет ремоделирование сердца за счет прямого влияния на развитие ГЛЖ.

0047 ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Аракелянц А.А., Горохова С.Г.

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

Цель исследования: изучение особенностей патологических изменений структуры и функции сердца при СД 2 типа в отсутствии сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний для уточнения подходов к их диагностике.

Методы: обследованы 20 пациентов (13 мужчин и 7 женщин) с СД 2 типа легкой и средней степени тяжести в стадии компенсации и субкомпенсации (уровень гликированного гемоглобина Hb A1c 6,2+1,02%) без сопутствующих АГ и ИБС на момент включения в исследование. Средний возраст –49,6+6,0 лет. Длительность СД 4,8+3,6 лет. Все пациенты прошли углубленное клинико-инструментальное обследование, включающее допплер-эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование сердца с применением методики тканевого миокардиального допплера, суточное мониторирование АД, а также лабораторные исследования с оценкой углеводного и липидного обмена, определением уровня инсулина и гликированного гемоглобина в сыворотке крови. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Statistica версии 6,0.

Результаты: средний уровень инсулина составил 31,74+6,51 мкМЕ/мл при референтном интервале 2,60-24,90 мкМЕ/мл; корреляционная взаимосвязь между индексом массы тела (ИМТ) и уровнем инсулина крови натощак была прямая, положительная, R по Спирмену = 0,84 ($p<0,001$). По данным ЭхоКГ, размеры полостей сердца и систолическая функция миокарда оказались в пределах нормальных значений. У 3-х пациентов (15%) по данным ЭХОКГ была диагностирована ГЛЖ с максимальным значением ИММЛЖ 124 г/м2, в том числе у одного из них был выявлен концентрический тип ГЛЖ; длительность анамнеза СД у этих пациентов составила 5,0+1,8 лет, что несколько превышало средние значения. Диастолическая дисфункция левого желудочка была выявлена у 33% и характеризовалась тенденцией к снижению максимальной скорости раннего диастолического наполнения VE и изменением соотношения максимальных скоростей потоков раннего диастолического наполнения (E) и наполнения за счет систолы предсердия (A) VE/VA. При этом длительность СД у этих больных составила 6,1+2,2 года, что превышало средние значения. Нарушение диастолической функции левого желудочка было отмечено как у больных с гипертрофией, так и в ее отсутствии, нарушение диастолической функции миокарда правого желудочка –в 20% случаев. Кальциноз створок митрального и аортального клапана и/или клапанного кольца был диагностирован в 45% случаев.

Выводы: Определено, что у больных СД 2 типа в отсутствие АГ или ИБС возможно развитие ГЛЖ, что указывает на вклад метаболических изменений, включая гиперинсулинемию, в процесс ремоделирования сердца. Характерным является одновременное существование нарушений диастолической функции обоих желудочков и независимость диастолической дисфункции левого желудочка от наличия ГЛЖ как таковой, а также выявление клапанного кальциноза.

0048 ПЕРСИСТЕНТНАЯ МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ И ИНФАРКТ МИОКАРДА

Арлеевский И.П., Чернова О.А., Сафин И. Н., Ганеева Л.А., Чернов В.М.

КГМА, КИББ Каз. НЦ РАН, Казань, Россия

Целью наших исследований явилось определение роли микоплазменного инфицирования в развитии острого инфаркта миокарда, возможных механизмов его влияния и особенностей клинической картины заболевания.

Для определения микоплазм в сыворотке крови больных использовали методы ДНК-ДНК –гибридизации и полимеразной цепной реакции.

Впервые показано, что микоплазменное инфицирование является фактором риска в развитии острого инфаркта миокарда.

Установлено, что среди больных с острым инфарктом миокарда нет пациентов, в тестированных препаратах которых отсутствовали бы микоплазмы и/или антитела к микроорганизмам, ассоциированных с TORCH синдромом, вызывающих персистентные инфекции.

Обнаружено, что у инфицированных микоплазмами больных острым инфарктом миокарда имеются отчетливые признаки тромбофилии, достоверно более высокое содержание иммуноглобулина G, достоверно пониженное содержание компонентов комплемента в сыворотке крови, более высокий уровень иммуноглобулина M и циркулирующих иммунных комплексов, достоверно более высокий уровень стронция и достоверно более низкий уровень цинка.

В атеросклеротических бляшках инфицированных микоплазмами больных острым инфарктом миокарда обнаружено достоверно более высокое содержание стронция и цинка по сравнению с неинфицированными микоплазмами больными.

У больных острым инфарктом миокарда, протекающем на фоне микоплазменного инфицирования, выявляется тенденция

Tesis_006_end.indd 28 24.08.2006 22:24:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

к более мягкому течению заболевания, о чём свидетельствует достоверно более низкая частота развития таких осложнений как желудочковая тахикардия, ранняя постинфарктная стенокардия, фибрилляция желудочков, нарушение атриовентрикулярной проводимости и достоверно более низкий уровень внутрибольничной летальности.

Учитывая особенности клинической картины острого инфаркта миокарда при микоплазменном инфицировании антибактериальная терапия в данной ситуации не показана. Широкое распространение инфицирования населения микоплазмами и то обстоятельство, что это является фактором риска развития острого инфаркта миокарда, делает оправданным определение микоплазменного инфицирования в группах повышенного риска развития заболевания.

0049 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Асанова Ж.И., Эльгаров А.А., Сабанчиева Х.А.

Кабардино-Балкарский университет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: изучить состояние кардиогемодинамики водителей автотранспорта (ВА) с сахарным диабетом (СД) и артериальной гипертонией (АГ) для выбора рациональной программы антигипертензивной терапии.

Материал и методы: под наблюдением находились 36 мужчин –ВА с СД 2 типа и АГ I (19 чел.) и II (15 чел.) ст. в возрасте 42-58 лет (средний возраст 47,5±4,8). Наряду с традиционным клиническим обследованием выполнены суточное мониторирование ЭКГ (СМ ЭКГ) и психофизиологическое тестирование (ПФТ).

Результаты: с помощью СМ ЭКГ обнаружены элевация сегмента S-T выше или ниже изолинии на 0,5 мм, высокий остроконечный или отрицательный зубец Т в 27 (75%) случаях, что свидетельствовало о наличии синдрома коронарной недостаточности. Нарушения ритма сердца (экстрасистолическая, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия) и проводимости (внутрипредсердная блокада, неполная атриовентрикулярная и левожелудочковая блокада) наблюдались у 18 (50%) ВА. Частота ишемических изменений, аритмий сердца и нарушений проводимости зависела от выраженности АГ и наличия гипертрофии левого желудочка. При АГ I ст. инверсия сегмента S-T, отрицательный зубец Т зарегистрированы у 25%, а нарушения ритма сердца (экстрасистолия, неполная блокада, реже –пароксизмы тахикардии и мерцательной аритмии, полная атриовентрикулярная блокада) у 12,5% ВА, а при умеренной АГ –у 3/4 и 1/2 соответственно. Сочетание ЭКГ-симптомов ишемии (в том числе и “немой”) с нарушениями ритма сердца и проводимости выявлено в 50% случаев (18 ВА). Кроме этого, частота выявленных СМ ЭКГ изменений коррелировала с давностью СД и наличием диабетических ком в анамнезе. Показательными оказались данные ПФТ ВА –снижение профессионально значимых функций и качеств (ПЗФиК) у всех обследованных лиц, о чем свидетельствовали замедление скорости латентной и моторной реакции, увеличение числа ошибок и ослабление реакции слежения за движущимся объектом. Важно подчеркнуть высокую степень отклонений ПЗФиК у ВА с признаками коронарной недостаточности, нарушениями ритма и проводимости ($p<0,001$). Изменения системы оперативного реагирования ВА с АГ и СД и нормальными параметрами СМ ЭКГ зарегистрированы лишь у 9 (25%) обследованных.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о зависимости профессиональной надежности ВА с АГ и СД от функционального состояния кардиогемодинамики. Использование СМ ЭКГ у ВА в обычных производственных условиях позволяет оценить риск сердечно-сосудистых осложнений и вероятность возникновения дорожно-транспортных происшествий, что следует учитывать при планировании лечебно-профилактических мероприятий на автотранспорте (выбор адекватных гипотензивных, антиаритмических и коронаролитических средств в сочетании с антидиабетическими методами).

0050 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ СТАДИИ Q-ВОЛНОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ХАРАКТЕРОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ

Асриянц Л.С., Кеворкова Ю.Г., Тухтамурадова Г.У., Пулатов С.Ф., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: Провести сравнительное изучение эхо-показателей, отражающих процесс постинфарктного ремоделирования и систолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) в группах больных с различным характером желудочковой эктопической активности.

Материалы и методы: Показатели, характеризующие структурно-фукциональное состояние ЛЖ, рассчитывались по общепринятым формулам на основании данных, полученных в М и В-режимах ЭхоКС. Частота и характер желудочковой аритмии (ЖА) изучались с помощью метода 24-часового ХМЭКГ.

Результаты: Обследовано 126 больных мужского пола в возрасте 33-69 лет на 10-12 сутки Q-волнового ИМ (Q-ИМ). Обследование проведено на фоне современной базисной терапии ИМ. В I группу вошли 53 (42,1%) пациента с прогностически неблагоприятными видами ЖА (ПНЖА) (Bigger J.T., 1982). Оставшиеся 73 (57,9%) составили II группу. Результаты сравнительного анализа показали, что I группа характеризовалась достоверно большим конечно-систолическим объемом (КСО), в том числе и индексированным к площади поверхности тела (КСОи): 85,8±50,7 и 69,0±32,5 мл для КСО ($p<0,05$) и 44,8±24,7 и 36,3 ±17,3 мл/м для КСОи ($p<0,05$) соответственно в I и II группах. Увеличение КДО и КДОи в группе больных с ПНЖА не носили характера статистической значимости: 77,3±29,7 против 71,6±26,3 мл/м ; $p>0,05$. Больные сравниваемых групп существенно различались по величине ФВ ЛЖ, которая, составила 43,5±11,9% для I группы и 49,9±11,2% для II группы больных ($p<0,05$). Результаты, полученные в В-режиме, подтверждались данными одномерной ЭхоКС, которые свидетельствовали не только об увеличении поперечного размера ЛЖ при ПНЖА, но так же и более неблагоприятном отношении толщины стенки ЛЖ к его размеру в этой группе (индекс 2H/D 0,35±0,1 против 0,4±0,1, $p<0,05$). Результаты корреляционного анализа свидетельствовали о наличии тесной взаимосвязи между характером ЖА, выраженным через их максимальные градации и поперечными размерами ЛЖ в систолу и диастолу ($Rs= +0,32$; $+0,37$, $p<0,001$), относительной толщиной стенок ($Rs= -0,3$, $p<0,001$) и индексами сферичности ЛЖ ($Rs= +0,27$, $p<0,002$).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи между процессами постинфарктного ремоделирования и аритмогенеза, и в т.ч. о возрастании вероятности выявления ПНЖА при увеличении КСО и снижении ФВ ЛЖ.

0051 ПЕРФУЗИОННЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Астафьева О.В., Смирнов А.В., Добронравов В.А., Дегтерева О.А.

Государственный Медицинский Университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Летальность от кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) у больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в

Tesis_006_end.indd 29 24.08.2006 22:24:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

20-30 раз превышает летальность от КВЗ в общей популяции. Многочисленные эксперименты и клинические исследования показали более сложный патогенез КВЗ при ХПН.

Целью работы явилось изучение взаимосвязей ишемических и метаболических изменений у пациентов с терминальной ХПН на гемодиализе.

Материал и методы. 50 пациентам (26 мужчинам и 24 женщинам), получающим поддерживающую терапию гемодиализом от 2 до 16лет последовательно были выполнены: перфузионная однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) миокарда с Tc-99m MYOVIEWtm (тетрофосмином) и в рамках клинических испытаний метаболическая ОФЭКТ миокарда с новым отечественным препаратом J-123- Йодофеном, являющимся производным модифицированной жирной кислоты. Оценивали уровень накопления обоих радиофармпрепаратов (РФП) в одноименных сегментах миокарда по 17-ти сегментарной модели, рекомендованной Американской кардиологической ассоциацией для любых томографических изображений сердца (2002г.).

Результаты. Изменения перфузии и/или метаболизма выявлено у 100% обследованных. У 98% обследованных наблюдалась полисегментарность поражения миокарда (от 2 до 7 сегментов). Согласованное снижение перфузии и метаболизма различной степени выраженности отмечалось в 38% всех случаев, несогласованные дефекты накопления РФП выявлены в 62% случаев (более выраженное угнетение метаболизма отмечалось в 35%, а более выраженное снижение перфузии в 27%). Следует отметить, что, как правило, зона нарушения метаболизма была более обширна, чем зона нарушения перфузии. Обращает внимание, что распространенность перфузионных и метаболических нарушений существенно варьирует в различных зонах миокарда. Наиболее уязвимыми, по нашим данным, оказались базальные сегменты передней, нижнелатеральной (задней) и нижней стенок левого желудочка (ЛЖ), существенно реже дефекты накопления локализовались в срединных сегментах межжелудочковой перегородки и боковой стенке ЛЖ.

Выводы. Выявлена высокая распространенность ОФЭКТ признаков нарушений перфузии и метаболизма миокарда у больных на ГД. Складывается впечатление, что для уремической кардиомиопатии характерна полисегментарность перфузионных и метаболических нарушений миокарда ЛЖ.

0052 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Астахова З.Т., Соплевенко А.А., Мосин Л.М.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Инфаркт миокарда остается ведущей проблемой сердечно-сосудистых заболеваний, что обусловлено его распространенностью, осложнениями, ранней инвалидизацией и смертностью. Достаточно часто инфаркт миокарда развивается у больных, страдающих сахарным диабетом, что усложняет лечение. Целесообразность назначения -адреноблокаторов этой категории больных до сих пор обсуждается.

Целью исследования стало выявление особенностей течения инфаркта миокарда у больных, страдающих сахарным диабетом 2 типа и оценка эффективности включения в лечебный комплекс -адреноблокаторов.

Обследовано 47 больных острым инфарктом миокарда, из которых 24 человека страдали сахарным диабетом 2 типа. У всех исследованных был диагностирован крупноочаговый инфаркт миокарда в острой стадии. Обследованные разделены на 2 группы: основная – инфаркт миокарда сочетался с сахарным диабетом, контрольная группа –больные инфарктом миокарда без сахарного диабета. Средний возраст составил в основной группе 52,6±3,9 года, в контрольной – 53,9±4,6 года. Группы были также сопоставимы по полу. Все исследованные получали традиционную терапию. В качестве сахароснижающих средств применялся инсулин. Больным обеих групп в лечебный комплекс был включен бисопролол в дозе 5-10 мг в сутки. Проводилось общеклиническое, электрокардиографическое (ЭКГ) и эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследования до и через 4 недели после проведенной терапии.

В основной группе течение инфаркта миокарда первые 5 дней было более тяжелым –дольше сохранялся болевой синдром (соответственно 2 и 5 суток), динамика ЭКГ также отличалась – более длительный подъем сегмента ST был выявлен в основной группе. ЭхоКГ подтверждала наличие инфаркта миокарда у всех обследованных – очаги гипокинезии, снижение фракции выброса в основной группе – 48,3±4,3%, в контрольной 52,2±4,7%. В результате проведенного лечения отмечалась положительная динамика в обеих группах, более выраженная в контрольной группе. Реже развивались сердечная недостаточность (7 и 6 соответственно), нарушения ритма, аневризма миокарда. Однако выявленные отличия были недостоверны. Фракция выброса также претерпела изменения в обеих группах: в основной – 51,3±3,9%, в контрольной – 54,1±4,5%.

Таким образом, назначение бисопролола положительно влияет на течение инфаркта миокарда у больных с сахарным диабетом 2 типа и может широко применяться у данной категории больных.

0053 ВОЗМОЖНОСТИ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ АДАЛАТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Астахова З.Т., Туаева И.Б., Тогузова З.А., Касаева З.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Цель: изучить влияние адалата на гемодинамику малого круга кровообращения у больных хронической сердечной недостаточностью на фоне ишемической болезни сердца.

Обследовано 44 больных с ХСН, получавшие терапию адалатом в течении месяца в средней суточной дозе 10-40 мг под контролем артериального давления. По степени выраженности ХСН распределились следующим образом: ХСН I – 16, ХСН II А –18, ХСН II Б –10 человек. (Классификация Стражеско-Василенко). Для оценки показателей малого круга кровообращения в импульсном доплеровском режиме определяли систолическое давление в легочной артерии (СДЛА), размеры правого желудочка; при проведении реографии легких определяли: РИ (реографический индекс), Q-a (время распространения пульсовой волны), a1 (время быстрого наполнения сосудов), a2 (время медленного наполнения сосудов), Vб макс, Vм ср. (скорости быстрого и медленного наполнения), a1/ a2 (временной показатель сосудистого тонуса), время напряжения ПЖ (Tc).

При оценке результатов проводимой терапии выявлено, что линейные размеры правого желудочка уменьшались более значимо у больных с Н I и Н II А ст (КДР ΔS –3,1% и –5,2%, КСР ΔS –4,7% и –6,5% соответственно). Укорочение фазы напряжения ПЖ при всех степенях ХСН было не достоверно, но нарастало с прогрессированием степени ХСН, достоверно снижалось СДЛА. Из реографических показателей легочной гемодинамики практически везде уменьшалось время распространения пульсовой волны, несколько удлинялось время быстрого кровенаполнения, достоверно укорачивалось время медленного кровенаполнения, и возрастала скорость медленного кровенаполнения, более выраженные эти изменения отмечались у больных с Н II А (S +27,8%), все остальные изменения оказались не достоверными. Хотя улучшение гемодинамических показателей наблюдалось у большего числа больных и при ХСН II Б ст., (снижение СДЛА – в 80%, увеличение Vб макс – в 40%, Vм ср – в 80%), но сами положительные сдвиги становились в полтора-два раза

Tesis_006_end.indd 30 24.08.2006 22:24:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

менее выраженными, по сравнению с подгруппой больных с Н I и II А ст, тогда как действие адалата в виде прироста ЧСС заметно усиливалось, что нежелательно для больных ИБС.

Таким образом, улучшение кровообращения в малом круге выражалось в уменьшении СДЛА, улучшении функционального состояния правого желудочка и улучшения кровотока преимущественно по сосудам среднего и мелкого калибра. Положительные изменения гемодинамических показателей малого круга кровообращения нарастали с прогрессированием ХСН, вплоть до Н II А, и несколько снижались у больных с Н II Б. При этом необходимо учитывать, что выраженный положительный хронотропный эффект при назначении адалата может существенно осложнить состояние больных с выраженной сердечной недостаточностью.

0054 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Атаева З.Н., Казанбиев Н.К., Магомедов А.З., Ахмедова Д.А., Османова А.В., Гусейнова Р.К., Амбоян А..С., Эзиляева М.Р.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Целью исследования явилось изучение частоты развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и их факторов риска у больных артериальной гипертонией (АГ) молодого и пожилого возраста в сравнительном аспекте и их динамики за последние 10 лет.

Материал и методы. Обследовано 271 больной АГ в возрасте от 30 до 85 лет, в том числе женщин 135 и мужчин 136, лечившихся в кардиологическом отделении РОСМП г. Махачкалы в первые кварталы 1995г. и 2005г. Больные были разделены на группу молодых и пожилых по градации ВОЗ. Всем пациентам был проведен необходимый стандарт исследований в зависимости от ведущей нозологической единицы.

Результаты исследований. Число поступивших пациентов с АГ в первом квартале 2005г. в кардиологическое отделение увеличилось по сравнению с первым кварталом 1995г. Так, если в 1995 г. поступило 117 человек, то в 2005г. – 154, причем увеличился удельный вес больных пожилого и старческого возраста. Удельный вес осложненных гипертонических кризов (ГК) выше в группе пожилых и составил 46% в 1995г., а в 2005г.- 78%, причем в 2005 г. по сравнению с 1995г. вырос процент таких осложнений ГК, как инфаркт миокарда (ИМ), гипертоническая энцефалопатия, острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), острая левожелудочковая недостаточность. Сравнительный анализ динамики структуры сердечно-сосудистой заболеваемости (ССЗ) ассоциированных с АГ выявил, что в группе пожилых стенокардия встречалась в 1995 г. и 2005г. в 40% и 44% случаев соответственно, а в группе молодых чаще и наблюдалась в 49% и в 78% случаев соответственно). Что касается ХСН, то в обеих группах имеется тенденция роста этого осложнения АГ, причем в группе пожилых удельный вес его выше. Так в 1995г и 2005г в группе молодых признаки ХСН встречались в 9% и 19% случаев соответственно, а в группе пожилых –28% и 42% случаев. У пожилых и молодых в 2005г. по сравнению с 1995г. наблюдался рост таких факторов риска, как ожирение, гипертрофия ЛЖ, привычка курения, однако распространенность их среди молодых была выше. Среди молодых в 2005г. по сравнению с 1995г. значительно увеличились случаи больных с сахарным диабетом. В обеих группах в 2005г. по сравнению с 1995г. уменьшился удельный вес лиц с повышенным содержанием холестерина в крови, больных перенесших ИМ или ОНМК, с острым ИМ, однако в группе пожилых эти заболевания, а также нарушения ритма сердца и проводимости встречались чаще.

Таким образом, отмечается тенденция роста нуждаемости в стационарном лечении больных с АГ пожилого возраста, причем у них чаще, чем у молодых встречаются осложненные ГК, ОИМ, нарушения ритма и проводимости, перенесенное ОНМК и значительно чаще признаки ХСН.

0055 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ КАВИНТОНА И ТЕОНИКОЛА НА МОЗГОВУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Атрощенко И.Е.

Кафедра терапии БелМАПО, Минск, Беларусь

Целью работы явился сравнительный анализ влияния кавинтона и теоникола на мозговую гемодинамику у больных АГ во время информационной нагрузки (ИН).

Исследования проведены у 92 больных АГ трудоспособного возраста. Основные параметры мозговой гемодинамики (РЭГ) и центральной гемодинамики (ЦГД) регистрировались с помощью метода реографии в условиях психофизиологического тестирования, проводимого с помощью информационной пробы (ИП). Запись параметров ЦГД и РЭГ проводилась синхронно.

Все больные были разделены на 2 группы.

Больные первой группы (50 чел.) в первые 10 дней пребывания в стационаре кроме гипотензивной терапии ежедневно получали внутривенные капельные инфузии кавинтона в дозе 20 мг в 250 мл физиологического раствора, а затем по 15 мг препарата (кавинтон форте по 1 таблетке 3 раза в день) в течение 3 месяцев.

Больные второй группы (42 чел) принимали гипотензивную терапию и теоникол по 1 таб. 3 раза в день (суточная доза 0,45 мг).

У 50 пациентов АГ леченных кавинтоном в момент выписки из стационара наблюдалось клиническое улучшение (исчезновение головной боли, головокружения, улучшение памяти), снижение САД, ДАД, улучшение показателей РЭГ. Тонус мелких мозговых сосудов (В/А снизился со 128,64±3,57% до 91,2±3,09%, $p<0,001$); крупных сосудов(α снизилась с 0,23±0,01 с до 0,18±0,01 с, $p<0.01$); улучшился венозный отток (ВО уменьшился с 36,99±2,93% до 23,13±2,85%, $p<0,01$). Наблюдалось уменьшение выраженности прессорной реакции мелких мозговых сосудов на ИН.

У больных второй группы, леченных теониколом достоверно снизились показатели тонуса мелких (В/А со 122,35 ± 4,48% до 97,17± 3,69% ($p< 0,01$) и крупных сосудов (с 0,23±0,01 с до 0,18±0,01 с, $p<0,01$), показатели венозного оттока не изменились.

При сопоставлении результатов трехмесячного курсового применения цереброангиорегулирующих препаратов выявлены преимущества кавинтона в сохранении более длительного положительного влияния на артериальное кровенаполнение, венозный отток и тонус мелких мозговых сосудов по сравнению с теониколом.

0056 АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА N-ЗАМЕЩЕННЫХ АМИНОАМИДОВ И АМИНОЭФИРОВ

Афанасьева Е.Ю., Арзамасцев Е.В., Борисова Е.Я.

ФГУ «Российский кардиологический научно-производственный комплекс» Роздрава, Москва, Россия. Московская государственная академия тонкой химической технологии им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

Целью исследований являлось изучение антиаритмических свойств впервые синтезированных N- замещенных аминоамидов и аминоэфиров.

Материалы и методы: Опыты по первичной оценке антиаритмической активности изучаемых соединений выполнены на модели аконитиновой аритмии (в/в 40-50мкг/кг аконитина бромгидрата) на наркотизированных уретаном (850 мг/кг, в/бр) крысах Wistar. Изменения ритма сердечной деятельности в экспериментах регистрировали электрокардиографически во

Tesis_006_end.indd 31 24.08.2006 22:24:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

II стандартном отведении на электрокардиографе ЭК1Т 03М2. Исследуемые соединения в диапазоне доз 1/100 — 1/10 ЛД50 (для мышей при в/б введении) и препараты сравнения в эффективных антиаритмических дозах вводили в/в за 5-7 Минут до в/в введения аконитина. Антиаритмическую активность соединений оценивали по длительности и выраженности нарушений сердечного ритма, их предотвращению и выживаемости животных.

Результаты: Анализ полученных данных показывает, что отличия в антиаритмической активности изучаемых соединений и препаратов сравнения на модели аконитиновой аритмии являются не только количественными, но и качственными. Так, при использовании средней эффективной или значительно ее превышающих доз лидокаина отмечалась кратковременность его антиаритмического действия, и было характерным возобновление аритмии, вследствие чего необходимо было повторное введение лидокаина для устранения развившейся вновь аритмии. В то же время при назначении изучаемых замещенных аминов этих эффектов не отмечалось. При исследовании антиаритмических свойств N-замещенных аминоамидов и эфиров аминоспиртов (всего 41 соединение), были выявлены некоторые закономерности проявления антиаритмической активности изучаемых соединений в зависимости от их химического строения. Были изучены аминоспирты, аминоамиды и аминоэфиры циклогексанового, алифатического, арилалифатического и оксиэтиленового рядов.

Достаточное количество изученных соединений позволил проследить влияние природы основной группы на антиаритмическую активность соединений. Введение амидной группы в молекулу амина повышает антиаритмическую активность соединений, в зависимости от структуры амидной группы в 2,5-7раз. Было также прослежено влияние строения ацильного остатка в амидной и сложноэфирной группах на антиаритмическую активность соединений. В ряду аминоамидов и аминоэфиров производные феноксиуксусной (2,4-дихлорфеноксиуксусной) кислоты оказались активнее производных бензойной кислоты. Установлено, что антиаритмические свойства аминоамидов и аминоэфиров зависят от характера аминогруппы и уменьшается в ряду NC5H10 (пиперидино) > NC4H8O (морфолино).

В результате проведенных исследований выявлены соединения, обладающие выраженными антиаритмическими свойствами превосходящими по эффективности используемые в медицинской практике лекарственные препараы для лечения нарушений сердечного ритма — кордарон, лидокаин, обзидан.

0057 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ЛП(А) И ФЕНОТИПА АПО(А) НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Афанасьева О.И., Ильина Л.Н., Ежов М.В., Афанасьева М.И., Беневоленская Г.Ф., Акчурин Р.С., Покровский С.Н.

ФГУ Российский Кардиологический Научно-производственный комплекс Росздрава РФ, Москва, Россия

Цель. Исследовать взаимосвязь повышенного уровня Лп(а) и наличие низкомолекулярного фенотипа апо(а) на клинические проявления ИБС у пациентов после операции реваскуляризации миокарда.

Методы. 68 пациентов мужского пола в возрасте от 36 до 69 лет (среднее 53±8 лет), которым в течении первого года после операции реваскуляризации миокарда была выполнена шунтография, методом электронной компьютерной томографии. Критериями исключения из исследования явились состояния, влияющие на уровень липидов и липопротеидов крови: острый ИМ, цирроз печени, выраженная дисфункция щитовидной железы; применение кортикостероидных препаратов и гепарина в раннем послеоперационном периоде, почечная недостаточность, сахарный диабет. Больным, включенным в исследование проходимости шунтов в течение первого года после операции реваскуляризации миокарда было проведено измерение уровня Лп(а), ОХС, ТГ, ХС ЛВП, ХС ЛНП, апо В100 и апо AI, а также проведено фенотипирование Лп(а).

Результаты. Пациенты были разбиты на 2 группы в соответствии с состоянием шунтов в течение первого года после операции: 44 (65%) с окклюзией одного или более шунтов и 24 (35%) без окклюзий при повторном исследовании. Не было обнаружено достоверных отличий между двумя группами по возрасту, наличию ИБС в семейном анамнезе, гипертонии, уровню липидов сыворотки крови и апоВ100.

Не было также найдено различий в уровне Лп(а) у больных с возобновлением стенокардии в ранний послеоперационный период и без нее (медиана 21 и 20 соответственно). Однако уровень Лп(а) был выше у больных с окклюзиями шунтов 43±42 мг/дл (медиана 23 мг/дл), чем у больных без окклюзий 29±35 мг/дл (медиана 15 мг/дл). Исследование фенотипов апо(а) в обследованной группе больных показало что низкомолекулярный фенотип апо(а) встречается вдвое чаще у больных с возобновлением стенокардии в течение первого года после операции 58% чем у больных без возобновления стенокардии 28% ($p<0.05$). При этом у пациентов с окклюзиями аутовенозных шунтов в ранний послеоперационный период низкомолекулярный фенотип апо(а) встречался у 45% больных, тогда как без окклюзий только у 34%. Кроме того, была отмечена тенденция к увеличению количества окклюзированных шунтов при повышении частоты встречаемости низкомолекулярного фенотипа апо(а) и медианы концентрации Лп(а).

Вывод. Повышенная концентрация Лп(а) и низкомолекулярный фенотип апо(а) являются фактором риска появления стенокардии и возникновения окклюзий аутовенозных шунтов в первый год после операции реваскуляризации миокарда.

0058 ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МИОКАРДА У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК

Ацканова Б. Л.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение электрических свойств миокарда у здоровых девочек.

Материал и методы. Обследовано 50 девочек , I-II групп здоровья, учащихся средних школ г. Нальчика. Всем детям проводилась регистрация ЭКГ в системе 12 отведений. Запись осуществлялась в течение 30 секунд с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131» в покое после 15 Минутного отдыха через 2 часа после еды.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от положения электрической оси сердца (ЭОС) результаты исследования распределились следующим образом. Нормальное положение ЭОС было выявлено у 37 (76,0%), горизонтальное положение у 5 (10,0%) вертикальное положение у 4 (8,0%) девочек. Отклонение ЭОС вправо было у 2 детей (4,0%), у одной девочки (2,0%) выявлено патологическое отклонение ЭОС влево до Минус 174,29 . Значение индекса Макруза (отношение длительности зубца Р к продолжительности сегмента PQ) составляло 1,9±0,50. Показатели продолжительности основных электрокардиографических интервалов PQ, QRS и QT зависели от частоты сердечных сокращений (ЧСС). Укорочение интервала PQ выявлено у 5 (10,0%) девочек с нормальной ЧСС, что указывает на ускоренное проведение импульса по атриовентрикулярному (АВ) узлу. Удлинение продолжительности электрической систолы (QT) на 0,05 секунд и более было у 6 (12,0%) детей, что свидетельствует о нарушении процесса реполяризации в миокарде желудочков. Соотношение амплитуды зубцов R и S в правых грудных отведениях было меньше единицы, а в левых грудных отведениях превышало единицу. При анализе данных выявлены номотопные нарушения ритма сердца в виде синусовой тахикардии у 3 (6,0%), дыхательной аритмии у 10 (20,0%), синусовой брадикардии у 4 (8,0%) девочек. Нарушения

Tesis_006_end.indd 32 24.08.2006 22:24:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса выявлены у 2 девочек (4,0%). Синдром наджелудочкого гребешка, проявляющийся деформацией QRS комплекса в виде буквы М или W встречался у 8 (16,0%) девочек.

Выводы. Наиболее часто встречающимися нарушениями у девочек являлись номотопные нарушения сердечного ритма (синусовая тахикардия, дыхательная аритмия, синусовая брадикардия). Нарушения проводимости отмечались в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса и синдрома наджелудочкового гребешка. Укорочение интервала PQ может свидетельствовать о сохранении так называемого «детского типа» проведения возбуждения по АВ-узлу. Выявленные нарушения ритма и проводимости, вероятно, обусловлены нейровегетативными особенностями организма детей в этом возрасте. Нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков, выявленные у здоровых детей, свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики донозологических форм заболеваний сердца и дальнейшего наблюдения в условиях поликлиники.

0059 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛАТОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА

Бадина Л.К., Бегенова М.Т., Дрижд А.А., Бектурова С.А.

Карагандинская Государственная медицинская академия, Караганда, Казахстан

По данным ряда авторов, для эффективного купирования гипертонического криза, без риска избыточного снижения артериального давления может быть применен эналаприлат. Однако оценка эффективности этого препарата проводилась без сравнительной оценки с другими гипотензивными средствами.

Целью исследования явилась оценка гипотензивного действия эналаприлата, вводимого внутривенно. Заметное действие при внутривенном введении эналаприлата наблюдается через 15 Минут, максимальный гипотензивный эффект отмечается через 30 Минут.

Материал и методы исследования: обследовано 25 больных гипертонической болезнью 2-3 ст., с длительностью заболевания от 1 до 14 лет (в среднем 9,2 года). Эналаприлат вводился внутривенно струйно в течение 5 Минут в дозе 0,625 – 1,25 мг на 0,9% растворе натрия хлорида. Контрольную группу составляли 24 пациента, которым осуществлялась терапия клофелином в дозе 1 мкг на 0,9% растворе хлорида натрия, введенном внутривенно за 5 Минут. Гипотензивный эффект оценивался по данным мониторирования АД за 60-90 Минут. Проводилось эхокардиографическое исследование в динамике.

Получены результаты: эналаприлат и клофелин достоверно снижали АД в течение 15-90 Минут после окончания введения препарата, причем эффект клофелина в течение 15-30 Минут был более выраженным. В контрольной группе эпизоды избыточного снижения (САД ниже 140 Мм рт. ст.) отмечались в 16% случаев, относительная артериальная гипотензия (САД ниже 120 Мм рт. ст.) в 12%, артериальная гипотензия (САД ниже 100 Мм рт. ст.) в 8% случаев, чего не наблюдалось в основной группе. Число сердечных сокращений в основной группе достоверно снизилось к 90 Минуте, а в контрольной группе уже к 15 Минуте после окончания введения препарата. Через 60-90 Минут после прекращения инфузии произошло улучшение самочувствия пациентов обеих групп. При эхокардиографии у больных основной группы с изначально дилатированным левым предсердием (4,52±0,03 см) после лечения было отмечено достоверное уменьшение его дилатации до (4,0±0,2 см), фракция выброса левого желудочка возросла с 54,7±1,2 до 60,5±1,9%, что составило 9% от исходного значения.

Выводы: эналаприлат является эффективным средством для купирования гипертонического криза, он способствует нормализации гемодинамики, уменьшению степени дилатации левого предсердия и увеличению фракции выброса левого желудочка (у больных с изначально дилатированным левым предсердием). Эналаприлат по сравнению с клофелином оказывает более плавное гипотензивное действие, на фоне которого отмечается регресс клинических проявлений гипертонического криза. В связи с высокой эффективностью и безопасностью применения, а также возможностью быстрого внутривенного введения эналаприлат может быть рекомендован для купирования гипертонического криза у больных и на догоспитальном этапе.

0060 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Бадтиева В.А., Русенко Н.И., Эфендиева М.Т.

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

Целью исследования явилось изучение тонуса вегетативной нервной системы у пациентов, страдающих неэррозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) с кардиальными проявлениями.

Состояние вегетативной нервной системы оценивалось методом спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) в процессе обычной жизнедеятельности пациентов во время Холтеровского мониторирования ЭКГ с помощью аппарата «КТ-4000», фирмы «ИНКАРТ», Россия.

Под наблюдением находилось 38 человек: из них 11 мужчин и 27 женщин в возрасте от 18 до 48лет. У обследованных больных наблюдалось нормальное значение общей мощности нейрогуморальных влияний (ТР) в течение трех периодов наблюдения: 24 часа, бодрствование, сон ($p>0,1$). В период после приема пищи ТР снижалась ($p< 0,05$).

Анализ структуры общей мощности спектра (ТР) показал, что во все периоды мощность волн очень низкой частоты (VLF) была преимущественной –60% и превышала нормальные показатели более чем в два раза ($p<0,01$). Вклад мощности волн высокой частоты (HF) оказался сниженным более чем в три раза по сравнению с нормальными показателями и составил –13% ($p<0,01$), в то время, как вклад мощности волн низкой частоты(LF) составил – 27%. Индекс вагосимпатического баланса был повышен, достигал максимума (3,9) в период бодрствования и приходил к норме во время сна. Индекс централизации у пациентов был высоким в течении всех периодов исследования (>5).

Таким образом, выявлен дисбаланс вегетативного тонуса у пациентов с неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью с кардиальными проявлениями: значительно повышен вклад эрготропных влияний, снижен вклад парасимпатических влияний, следствием чего является относительное преобладание активности симпатического отдела вегетативной нервной системы, что свидетельствует о высокой активности подкорковых нервных центров.

Полученные результаты важны для разработки методов профилактики и восстановительного лечения больных, страдающих неэрозивной ГЭРБ с кардиальными проявлениями, так как очевидно, что лечебное воздействие должно быть направлено на нормализацию вегетативного баланса в структуре общей мощности спектра нейрогуморальных влияний и снижению активности подкорковых нервных центров.

0061 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИЕЙ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРФЛУОМЕТРИИ

Бадтиева В.А., Разинкин С.М., Кульчицкая Д.Б., Кузнецова Е.С.

ФГУ Российский научный центр восстановительной медицины и курортологии Росздрава, Москва, Россия

Целью исследования явилось изучение состояния микроциркуляторного русла у больных с мягкой артериальной

Tesis_006_end.indd 33 24.08.2006 22:24:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

гипертонией и гиперсимпатикотонией. Состояние микроциркуляторного русла оценивали методом лазерной доплеровской флуометрии (ЛДФ) с помощью аппарата (ЛАКК-01, НПП "Лазма", Россия).

При обследовании 31 пациента мягкой артериальной гипертонией с гиперсимпатикотонией, (средний возраст 39,31±1,2 года) выявлено, что гиперактивность симпатической нервной системы с повышенным сердечным выбросом приводит к нарушению симпатической иннервации капилляров, повышению перфузии, перфузионного давления и увеличению базального кровотока, что проявилось повышением показателя микроциркуляции (ПМ) ($p<0,01$).

Наряду с этим, повышенная активность симпатической нервной системы способствует повышению микрососудистого тонуса (МТ) ($p<0,01$). Повышение сосудистого тонуса, вероятно, может носить и компенсаторный характер, учитывая необходимость поддержания нормального кровотока и адекватной перфузии тканей при уменьшении вазомоций, что проявилось уменьшением показателя миогенной активности гладкомышечных клеток (вазомоторов) (МА) ($p<0,05$).

Подавление механизма активной регуляции тканевого кровотока сопровождается компенсаторным возрастанием роли пассивных механизмов, прежде всего пульсовых волн, ($p<0,01$).

Отмечено увеличение амплитуды дыхательных колебаний, что, вероятно, связано с ишемизацией тканей на уровне микроциркуляторного русла и некоторым застоем в венулярном звене, о чем свидетельствует и повышение показателя внутрисосудистого сопротивления ($p<0,01$).

У исследуемой группы пациентов наиболее часто встречался гиперемический тип микроциркуляции (у 74% пациентов), основными признаками которого являются увеличение показателя микроциркуляции (ПМ) при сниженном резерве капиллярного кровотока (РКК). Реже в исследуемой группе пациентов встречались нормоциркуляторный и спастический типы микроциркуляции (12 и 14% соответственно).

При оценке показателей дыхательной пробы выявлена менее выраженная реакция ПМ в виде его снижения, что у здоровых. Это объясняется тем, что сосуды, находящиеся под действием значительной симпатической импульсации, на дополнительное симпатическое воздействие отвечают незначительной вазоконстрикцией, следовательно и степень снижения кровотока небольшая. Кроме того, небольшое снижение кровотока у больных АГ с гиперсимпатикотонией может быть следствием повышенной вязкости крови и некоторого венозного застоя, так как все эти факторы препятствуют быстрому и полному оттоку крови из дистальных отделов венозной системы при вдохе.

Таким образом, выявлены специфические изменения микроциркуляторного русла у больных мягкой артериальной гипертонией с гиперсимпатикотонией: преобладание гиперемического типа микроциркуляции, нарушение ауторегуляции, низкие резервные возможности микроциркуляторного русла.

0062 ВОЗДЕЙСТВИЕ КСЕНОГЕННОЙ ЦИТОТРАНСПЛАНТАЦИИ НА СОДЕРЖАНИЕ СТРЕСС-БЕЛКОВ В СЕРДЦЕ ПРИ АДРЕНАЛИНОВОМ МИОКАРДИТЕ

Бадуев Б.К., Рунович А..А.., Курильская Т.Е., Боровский Г.Б., Богородская С.Л.

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия; Сибирский институт физиологии и биохимии растений СО РАН, Иркутск, Россия

В последнее время особое внимание уделяется изучению стрессовых белков – другое их название белки теплового шока (БТШ). Белки этого класса обладают шаперонной активностью, т.е. принимают участие в правильной укладке полипептидных цепей (фолдинге) в нормальных и, особенно, в экстремальных условиях (таких, как тепловой шок, воздействие сильных оксидантов, интоксикации, ишемии, воспалении и т.д.). Кроме того, белки теплового шока способствуют ренатурации частично денатурированных или элиминации полностью денатурированных белков.

В нашем исследовании мы оценивали действие трансплантата на изменение содержания белков теплового шока с молекулярными массами 60 и 70 кДа при адреналиновом повреждении миокарда в динамике.

При трансплантации неонатальных клеточных суспензий кролика здоровым крысам содержание стресс-белков не увеличивалось.

В процессе развития миокардита действие адреналина на содержание БТШ70 проявилось достаточно быстро, уже через 8 часов оно было в два раза выше контрольного, своего максимума оно достигало к 24 часам (в пять раз более высокий уровень, чем у здоровых животных) и после этого оставалось высоким до 7 суток. При ксенотрансплантации клеточных суспензий неонатального сердца на фоне миокардита, содержание БТШ70 имеет иную динамику. Рост количества этого белка происходит значительно быстрее, и опережает соответствующие показатели у животных без трансплантата в 2 раза, достигая максимума к 16 часам от начала эксперимента. Затем к 24 часам содержание БТШ70 снижается и в точке «7 суток» оно в 1,5 раза ниже, чем у животных без трансплантации. Количество БТШ60 при миокардите повышается не настолько сильно как в случае с БТШ70, но также достигает максимума к 24 часам от начала эксперимента и затем постепенно снижается. При трансплантации клеток сердца динамика увеличения уровня БТШ60 совпадает с динамикой БТШ70 и достигает максимума в контрольной точке 16 часов от начала эксперимента. В дальнейшем происходит резкое уменьшение уровня БТШ60 и через 3-е суток наблюдается снижение этого показателя почти до исходных значений.

Исходя из приведенных выше данных, можно утверждать, что в нашем исследовании впервые показано, что трансплантация клеточных ксеногенных суспензий сердца способна значительно увеличить скорость накопления стрессовых белков в миокарде, причем только при повреждающем воздействии. По данным литературы (Ф.З. Меерсон, И.Ю. Малышев и др.) известно, что повышение уровня стресс-белков приводит к стабилизации внутриклеточных структур и способствует успешному переживанию клеткой неблагоприятных ситуаций. Поэтому ускоренное накопление цитопротекторных белков под воздействием ксенотрансплантации клеточных суспензий в клетках, по-видимому, может являться одним из основных факторов влияющих на устойчивость клетки при повреждающем воздействии адреналина.

0063 ВЛИЯНИЕ СИЛДЕНАФИЛА НА УРОВЕНЬ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, БРОНХИАЛЬНУЮ ПРОХОДИМОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Бакшеев В.И., 1Коломоец Н.М., Турсунова Г.Ф.

ФГУ «52 Консультативно-диагностический центр МО РФ», 1кафедра кардиологии ГИУВ МО РФ, Москва, Россия

Силденафил – ингибитор фосфодиэстеразы 5 типа используется в зарубежных медицинских центрах у больных с легочной артериальной гипертензией и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель настоящего пилотного открытого исследования –оценить клиническую эффективность силденафила (50 мг) у пациентов с доклинической стадией развития сердечно-сосудистого заболевания и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Tesis_006_end.indd 34 24.08.2006 22:24:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Методы: В исследовании приняли участие 15 добровольцев-мужчин в возрасте 37,7±1,7 лет (от 35 до 40 лет). Все обследуемые не предъявляли жалоб, курили не менее 20 сигарет в день, в крови определялась дислипидемия (общий холестерин 5,62±0,21ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности 3,69±0,08ммоль/л). Выполнялся острый лекарственный тест с силденафилом (50 мг), проводилась допплер-ЭхоКГ до и через 1,5 часа после приема препарата и трижды (до, через 1 час и 2 часа после приема медикамента) ультразвуковым методом исследовалась сосудодвигательная функция эндотелия после механической стимуляции его повышенным кровотоком. ЭХОКГ правого желудочка (ПЖ) в импульсноволновом и тканевом допплеровском режимах выполнялась по разработанному нами протоколу. Влияние на функцию внешнего дыхания оценивалось отношением объема форсированного выдоха за 1 секунду к форсированной жизненной емкости легких (ОФВ1/ФЖЕЛ).

Результаты. Нарушение диастолической функции ПЖ до пробы с силденафилом наблюдалось у 8 (53,3%) человек, ЛЖ у 4 (26,6%). Эндотелий зависимая вазодилатация была достоверно нарушена у 10 (66,6%) человек. После приема 50 мг силденафила через 1 час давление в легочной артерии достоверно снизилось с 21,69±1,66 до 16,54±1,51 мм рт. ст. (95% ДИ, p<0,001); нормализовалась диастолическая функция ПЖ (отношение пиков скоростей раннего и позднего диастолического наполнения по данным тканевого допплера [VEm/VAm] увеличилось с 0,79±0,10 до 1,56±0,09 при 95% ДИ, p<0,05). Для левого желудочка показатель VEm/VAm увеличился с 1,08±0,06 до 1,28±0,09 (95%ДИ, p=0,05). Легочное сосудистое сопротивление (ЛСС) уменьшилось с 319,4±17,81 до 293,1±17,33 дин/с/см-5 (95% ДИ, p<0,01). Отношение ОФВ1/ФЖЕЛ увеличилось с 75,2±1,59% до 85,5±1,76% (95%ДИ, p<0,01). Побочное действие препарата наблюдалось у 1 пациента (6,6%) в виде кратковременной головной боли и покраснения лица.

Выводы. 1. У пациентов с факторами риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и ХОБЛ силденафил оказывает нормализующее влияние на функциональное состояние эндотелия, ЛСС, и достоверно снижает на 23,7% давление в легочной артерии, улучшает бронхиальную проходимость.

2. Силденафил улучшает диастолическую функцию правого и левого желудочков сердца, что обуславливает перспективность дальнейшего изучения его клинической эффективности у больных с кардиореспираторной патологией.

0064 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1 СТАДИИ

Бакшеев В.И., Коломоец Н.М1., Турсунова Г.Ф.

ФГУ «52 Консультативно-диагностический центр МО РФ», 1кафедра кардиологии ГИУВ МО РФ, Москва, Россия

Цель. Оценить систолическую и диастолическую функцию правого желудочка (ПЖ) у больных с гипертонической болезнью (ГБ) 1-й стадией.

Методы. Обследованы 46 больных ГБ 1ст. (1 группа) в возрасте 25-44 года (средний возраст 33,7±4,7 лет) со стабильным синусовым ритмом, без признаков ИБС и сердечной недостаточности, поражения клапанов сердца и отсутствии сопутствующих заболеваний бронхолегочной системы. Уровни систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в данной группе составили: 148,2±3,11 мм рт. ст. и 88,7±2,6 мм рт. ст. соответственно. Контрольную группу составили 25 здоровых добровольцев (2-я группа) в возрасте 21-42 года (средний возраст 28,9±6,9) с нормальными значениями САД и ДАД (средние показатели САД и ДАД составили: 115,0±4,9 мм рт. ст. и 79,1±2,1 мм рт. ст. соответственно), не имевших патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Всем участникам исследования, было проведено комплексное клинико-инструментальное обследование. Эхокардиография (ЭХОКГ) в импульсно-волновом и тканевом допплеровском режимах проводилась на ультразвуковой системе «VIVID 3». ЭХОКГ ПЖ выполнялась по разработанному авторами протоколу с оценкой 49 параметров.

Результаты. Нарушение систолической и диастолической функции ПЖ выявлено у 19 (41,3%) больных ГБ 1 ст.: недостоверное снижение скоростных показателей (по тканевому допплеру) систолического пика (Sm) и скоростного пика раннего и позднего диастолического наполнения (Em и Am), а также коэффициента Em/Am при отсутствии таковых изменений у здоровых лиц 2 группы. Показатели импульсноволнового допплера, среднего давления в легочной артерии (PAPm), индекса миокардиальной сократимости (IMP) между двумя группами достоверно не различались. В тоже время у пациентов I группы, в отличие от второй, отчетливо наблюдалась тенденция к повышению среднего давления в легочной артерии (27,8±3,17 против 14,55±2,24, p<0,17). Патогенез нарушения диастолической функции ПЖ остается не ясным, и возможно, связан с эндотелиальной дисфункцией сосудов малого круга кровообращения у ряда больных ГБ 1 ст. В пользу такого объяснения свидетельствует наличие тенденции к формированию у этих лиц легочной гипертензии. Недостоверность различий результатов исследований объясняется малым количеством наблюдений.

Выводы. У 41,3% больных ГБ 1 ст. по данным тканевого допплеровского исследования, определяется нарушение диастолической функции ПЖ, что обуславливает необходимость дальнейшего углубленного обследования с целью исключения, в первую очередь, наиболее распространенных патологических процессов, патогенетически связанных с формированием легочной артериальной гипертонии, диастолической дисфункции правого желудочка.

При выполнении эхокардиографии больным с ГБ, наряду с изучением анатомических и функциональных параметров левого желудочка, необходимо проводить аналогичное исследование и правого желудочка.

0065 ПРОТОКОЛ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

Бакшеев В.И., Коломоец Н.М1., Турсунова Г.Ф.

ФГУ «52 Консультативно-диагностический центр МО РФ», 1кафедра кардиологии ГИУВ МО РФ, Москва, Россия

На основе анализа 250 источников литературы базы Medline составлен структурированный протокол исследования правого желудочка (ПЖ), правого предсердия (ПП), легочной артерии (ЛА), который внедрен в практику нашего Центра. При оценке систолической и диастолической функции правых отделов сердца методами импульсно-волновой (ИВ-ЭхоКГ) и тканевой допплер-ЭхоКГ (ТД-ЭхоКГ) использовались референтные значения (даны в скобках, после аббревиатуры), полученные отечественными и зарубежными авторами. Определялись: Толщина свободной стенки ПЖ (RVAW, <5 см); размер ПЖ по длинной оси в систолу (Vmaxs, см, 4,3-5,9) и диастолу (RVmaxd, см, 5,0-7,8,); размер ПЖ по короткой оси в систолу (RVmins, см, 2,2-3,6) и диастолу (RVmind, см, 2,5-4,2); конечно диастолический (КД) размер ПЖ (RVEDD, см, 25-38); конечно систолическая (КС) площадь ПЖ (RVESA, см2, 16±10); КД площадь ПЖ (RVEDA, см2 26±10); индекс КД площади ПЖ (RVEDAi, см2/м, 10,0±0,4); процент укорочения площади ПЖ (change RVA, %, 41,5±1,2); коэффициент диастолических площадей ПЖ и левого желудочков (RVA/LVAind, 0,6); систолический (EccInds) и диастолический (EccIndd) индексы эксцентричности (1,01±0,01 для обоих); объем ПЖ в диастолу (RVVd, см3) и систолу (RVVs, см3); фракция выброса правого желудочка (RVEF, %, 51,7±5,4); время нарастания давления в ПЖ (+ve dp/dt, мм рт. ст./с, 255±17,5); площадь ПП (RAAs, см2); индекс площади ПП (RAAind, см2/м, 9,1±1,7); давление в ПП (RAP, мм рт. ст.) по величине инспираторного коллапса нижней полой вены или с применением ТД-ЭхоКГ (6,17±2,15 и 5,88±1,03 соответственно); экскурсия

Tesis_006_end.indd 35 24.08.2006 22:24:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

кольца трикуспидального клапана (TLAexc, мм, 2,2±0,4); максимальная скорость трикуспидальной регургитации (ТР) (VTR, см/с, 438±70); систолический градиент давления потока ТР (TR, мм рт. ст., 17,20±1,97); степень ТР (TRA/RAA ind, 0,04 ± 0,05); максимальное систолическое давление в ЛА (PAPs, мм рт. ст., 22,87±1,96); среднее давление в ЛА (PAPm, мм рт. ст., 14,57±1,25); конечное диастолическое давление в ЛА (PAPd, мм рт. ст., 8,30±0,75); легочное сосудистое сопротивление (PVR, дин/с/см5, 50-120); давление заклинивания в легочной артерии (PCWP, мм рт. ст, <11); верхняя полая вена систолический (VCSs, см) и диастолический (VCSd, см) диаметры; время ускорения пика Е транстрикуспидального (ТТК) диастолического потока (ИВ-ЭхоКГ, АТ, мс, 76±21); скорость раннего диастолического наполнения (ДН) ПЖ (ИВ-ЭхоКГ, Е ,см/с, 52,63±5,69); скорость позднего ДН ПЖ (ИВ-ЭхоКГ, А, см/с, 34,70±3,60); соотношение скоростей раннего и позднего ДН ПЖ (Е/А, 1,52±0,16); время замедления пика Е ТТК диастолического потока (ИВ-ЭхоКГ, DTE , мс, 184,20±15,71); время изоволюметрического сокращения (ВИС) ПЖ (IVCT, мс, 53,17±2,57); время изоволюметрического расслабления (ВИР) желудочка (IVRT, мс, 54,60±3,05); индекс миокардиальной сократимости ПЖ (IMP, 0,32±0,01); ВИС (ТД-ЭхоКГ, IVCTm, мс, 54,00±9,03); ВИР (IVRTm, мс, ТД-ЭхоКГ, 59,27±7,20); время изгнания ПЖ (RVET, мс, 289,33±60,86); максимальная скорость систолической волны на уровне трикуспидального фиброзного кольца (ТД-ЭхоКГ, Sm, см/с, 14,60±1,52); скорость раннего ДН ПЖ (ТД-ЭхоКГ, Em, см/с, 15,6±3,9); скорость позднего ДН ПЖ (ТД-ЭхоКГ, Am, см/с, 11,97±2,28); соотношение скоростей раннего и позднего ДН ПЖ (ТД-ЭхоКГ, Em/Am, 1,42±0,15). Представленный протокол ЭхоКГ исследования позволяет получить целостное представление о морфологических особенностях и функции правых отделов сердца и может быть рекомендован для применения в амбулаторно-поликлинических условиях.

0066 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМУЮ ВАЗОДИЛАТАЦИЮ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Балуда М.В., Викентьев В.В.,Лавренова Н.Ю., Фомина В.М.

Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет Министерства Здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Москва, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) остается одной из основных причин инвалидизации и смерти основной части населения мира. Кислородное голодание миокарда, вызванное недостаточностью коронарного кровотока, ведет к нарушению энергетического обмена в кардиомиоцитах и обусловливает ишемическую кардиомиопатию.

Милдронат способствует оптимизации потребления кислорода в клетках получения адекватного количества энергии.

Целью исследования явилось изучение влияния курсового лечения милдронатом (в дозе 250 мг 2 раза в день в течение 60 дней) на эндотелийзависимую и эндотелийнезависимую вазодилатацию плечевой артерии по методу Celermeier и соавт.

В исследование было включено 28 больных ИБС (стабильной стенокардией напряжения 2-3 функциональных классов – 13 мужчин и 15 женщин в возрасте от 41 до 78 лет, средний возраст 60,9±1,9 лет).

Результаты исследования: влияние милдроната на эндотелиальную дисфункцию отражалось в увеличении показателя реактивной гиперемии с 2,88±0,61 до 3,63±0,67 (p=0,04). Показатели среднего значения диаметра общей сонной артерии, диаметра плечевой артерии, среднее значение величины комплекса интима-медия общей сонной артерии и проба с гиперемией, вызванной нитроглицерином на фоне терапии милдронатом достоверно не изменились.

Вывод: на фоне 2-х месячного лечения милдронатом в суточной дозе 500 мг у больных ИБС произошло улучшение функционального состояния эндотелия сосудов.

0067 ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ЛИПИДНОГО ОБМЕНА

Балыкова Л.П., Урванцева И.А., Мигунова С.Г., Мироненко И.В.

Окружной кардиологический диспансер, Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургут, Россия

Многочисленные эпидемиологические исследования, проведенные в мире, выявили прямую связь между концентрацией холестерина в плазме с заболеваемостью и смертностью от ишемической болезни сердца.

Напряженность адаптивных метаболических процессов в климатогеофизических, техногенных и социальных условиях высоких широт становится причиной возникновения и накопления в сосудистой стенке холестерина, ее уплотнению и склерозированию. Заболевания органов кровообращения в условиях Севера дебютируют в более раннем возрасте, имеют манифестирующие осложнения и стремительно прогрессируют с поражением всех отделов ССС.

Для диагностики ранних доклинических стадий атеросклероза в декабре 2003 года на базе консультативного отдела поликлиники ОКД «ЦД и ССХ» был создан кабинет липидного обмена. Определены основные цели и задачи работы кабинета и организован консультативный прием. Специализированный прием кардиолога-липидолога осуществляет врач кардиолог, прошедший специализацию на базе Российского Кардиологического Научно-производственного Комплекса МЗ РФ по актуальным вопросам липидологии. Липидологом разработаны алгоритмы ведения больных с дислипидемиями и контрольная карта динамического наблюдения за пациентом с нарушением липидного обмена.

В динамике количество пациентов наблюдающихся у кардиолога-липидолога неуклонно растет: 2003г. – 300 чел.; 2004г. – 1073 чел.; 2005г. –1359 человек.

Среди пациентов нуждающихся в медикаментозной коррекции дислипидемии 85% получали статины (предпочтение отдавалось оригинальным препаратам), 10% –фибраты (липантил 200мг/сут.), 3% –препараты никотиновой кислоты (эндурацин в суточной дозе 1,5мг.) и 2% –комбинированную гиполипидемическую терапию.

Основными целями динамического наблюдения за пациентами с нарушениями липидного обмена были оценка переносимости холестеринснижающих препаратов и контроль за достижением целевых уровней холестерина.

Целевые уровни холестерина достигнуты у 99% пациентов.

У 2% –отмечались побочные реакции в виде болей в животе, увеличении показателей печеночных проб в 3 раза, которые исчезали после уменьшения дозы холестеринснижающего препарата или замены класса препарата.

У 2 пациентов наблюдалась аллергическая реакция – крапивница на статины.

За период наблюдения 2003-2005гг. на фоне медикаментозной коррекции дислипидемии, наблюдались следующие сердечно-сосудистые события:

- Острый нефатальный инфаркт миокарда – 3человека;
- Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака – 5 человек (2 чел. –повторно).

0068 ГЕННАЯ ЭКСПРЕССИЯ И ПОПУЛЯЦИЯ РЕЦЕПТОРОВ К ЭНДОТЕЛИНУ-I ИЗМЕНЯЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ

Балякина Е.В.

2 ЦВКГ им.П.В. Мандрыка, Москва, Россия; Вандербильтский Университет, Нэшвилл, США

Цель: с учетом полученных ранее данных о роли Эндотелина-I в развитии хронической легочной гипертонии

Tesis_006_end.indd 36 24.08.2006 22:24:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(ХЛГ) (например, повышение уровня Эндотелина-I в легочной лимфе овец при ХЛГ), целью данного исследования было изучить изменения популяций обоих подтипов рецепторов к Эндотелину-I в гладкомышечных клетках легочной артерии овец при ХЛГ, а также их генную экспрессию.

Методы: ХЛГ развивалась у овец, которым после левосторонней торакотомии и катетеризации полостей сердца, сонной артерии и яремной вены, под контролем физиологических показателей (периферическое легочное сопротивление и др.) в течение 12 дней проводилась продолжительная воздушная эмболизация. Контрольную группу составляли только прооперированные овцы. Гладкомышечные клетки (ГМК) были выделены из субэндотелиального (L1) и внутреннего медиального (L2) слоев главной легочной артерии овец. Экспрессия генов для обоих ETA и ETB рецепторов изучалась методом RT-PCR, популяции рецепторов на поверхности гладкомышечных клеток – методом FACS. Статистический анализ проводился с использованием программы NCSS.

Результаты: в проведенных ранее и в настоящем исследовании было показано, что 12 дней продолжительной воздушной эмболизации приводят к развитию у овец устойчивой ХЛГ, которая характеризуется, как Минимум, удвоением легочного сосудистого сопротивления. Обращали на себя внимание морфологические изменения обоих подтипов (L1 и L2) ГМК.

RT-PCR анализ показал, что в контрольных L2 клетках экспрессия гена ETB была выше, чем ETA, в то время как экспрессия этих генов в контрольных клетках L1 была сходной. В L2 клетка, изолированных от овцы с ХЛГ, экспрессия гена ETA была повышена приблизительно на 30% от исходного уровня, в то время как экспрессия гена ETB удвоилась. В клетках L1 экспрессия гена ETA была слегка повышена, в то время как экспрессия гена ETB уменьшилась наполовину.

FACS анализ выявил, что популяция ETB рецепторов была на 50% больше, чем ETA, в L1 контрольных клетках и немного меньше, чем ETA, в L2 клетках. При развитии ХЛГ популяция обоих рецепторов возрастала на поверхности L2 клеток по сравнению с контрольными, в то время как на поверхности L1 клеток популяция обоих рецепторов сокращалась.

Выводы: при развитии ХЛГ L2 клетки демонстрируют увеличение обоих ETA и ETB рецепторов, в то время как популяции этих рецепторов на L1 клетках сокращались. Таким образом, изменения рецепторов к Эндотелину-I, полученные на модели овец с продолжительной воздушной эмболизацией, могут быть патогенетически связаны с развитием ХЛГ.

0069 ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ В КАРДИОЛОГИИ

Баранов В.С., Иващенко Т.Э., Глотов А.С.

ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д.О.Отта РАМН, Санкт-Петербург, Россия

Согласно современным представлениям общая генная сеть, то есть набор генов, продукты которых обеспечивают нормальную работу сердца, а при наличии мутаций или неблагоприятных сочетаний провоцируют ту или иную форму патологии сердечно-сосудистой системы, включает более 150 генов. В зависимости от места их действия в организме выделяют следующие основные метаболические пути сердечно-сосудистой патологии: гены метаболизма липидов (APOA, APOCIII, APOB, APOE, PON1, rLDL, LPL); гены ренин-ангиотензиновой системы –РАС (REN, ATG, ACE, AGTR1, AGTR2, BKR2, гены синтетаз альдостерона B1 и B2); гены основных функций эндотелия сосудов (NOS1, NOS3, EDN1, EDNRA, NPPC, MTHFR, MTRR, TNF-a, VEGF); гены свертывания крови и фибринолиза (FV, FVII, гены протромбина, фибриногена, GPIIb/IIIa, PLAT, PAI-1); гены основных структурных и сократительных белков миокарда (актин, миозин, дистрофин, коллаген и др.); гены, ответственные за белки ионных каналов и некоторые другие (b и g- субъединиц Na-канала –ADD1, HERG, RyR2, ABCA1, a, b –ADR, гены инсулина и его рецептора –INS, INSR). Для каждого из вышеперечисленных генов известны различные полиморфные варианты, нередко существенно влияющие на функцию соответствующих ферментов. Раздел кардиологии, изучающий молекулярные особенностей этих генов и продуктов их метаболизма, получил название кардиогеномики, а индивидуальный набор аллельных вариантов этих генов для каждого человека –кардиологического паспорта (КП). На примере одной из метаболических путей КП –генов РАС рассмотрен вклад наследственного компонента в формирование стабильной артериальной гипертензии у детей. С помощью специально разработанного для этой цели гибридизационного кардиобиочипа в работе исследован полиморфизм 7 различных генов РАС (REN(19-83G>A), AGT(M235T), AGTR1(1166A>C), AGTR2 (3123C>A), MTHFR(677C>T), BKR2(-58T>C и I>D), ADRB2(48A>C;81C>G) у 179 подростков г.Санкт-Петербурга (131 мальчик, 48 девочек, возраст 9-17 лет, диагноз артериальной гипертензии установлен на основе суточного мониторирования артериального давления). Показано, что полиморфизм генов РАН оказывает существенное влияние на формирование стабильной гипертензии у девочек, но не обнаруживает аналогичного действия у мальчиков. Обсуждается значение генетического паспорта для досимптоматического выявления лиц с высоким риском сердечно-сосудистой патологии.

0070 ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Барбухатти К.О., Россейкин Е.В., Антипов Г.Н

Краевая клиническая больница №1-Центр грудной хирургии, Краснодар, Россия.

Цель: ОКС – период обострения ИБС. Под этим термином объединяют ИМ и нестабильную стенокардию. Цель работы показать нашу тактику в отношении таких больных.

Материал и методы: За 2005 год выполнено 3433 КАГ, из них 744 с имплантацией стентов, экстренных ЧКВ 48 (6,45%). Операций с ИК по поводу ИБС 658, из них 27 (1,56%) по поводу ОКС в экстренном порядке. Всего с ОКС 75 человек. Соотношение ЧКВ: операция составляло 2:1. С января 2006 года изменилась тактика в отношении таких больных – круглосуточно поступают больные в экстренном порядке из города и края. В основном это больные с острой окклюзией одной артерии, поэтому до 90% ЧКВ заканчивается пластикой артерии. С начала этого года (4 мес) выполнено 1510 КАГ, из них 140 в экстренном порядке, 107 ЧТКА. 246 операций АКШ, из них 26 в экстренном порядке. Соотношение ЧКВ: АКШ изменилось ≈ 9:1. Средний возраст пациентов составил 50 лет (42-73). Преобладают лица мужского пола. ФК III-IV. ФВ 50% (35-55%). ИМ с ↑ST говорит о наличии острой окклюзии сосуда и первой задачей является восстановление его просвета. Используются тромболитики (ТЛ) на этапе СМП, если нет противопоказаний. ИМ без ↑ST: больные нуждаются в купировании болевого приступа, серийном выполнений ЭКГ, определении маркеров ИМ. ТЛ не применяются. НС –острый процесс ишемии миокарда, тяжесть и продолжительность которого недостаточны для развития ИМ. Задача в этом случае –стабилизация состояния, выполнение ЧТКА или АКШ. Для разграничения НС и ИМ без подъема ST является определение маркеров некроза миокарда. Первым этапом при ОКС в стационаре является выполнение КАГ с непосредственным решением вопроса о возможности помощи больному интервенционными методами. В ходе КАГ принимается решение: 1-пластика, 2-АКШ, 3-наблюдение. При ОИМ предпочтение отдается стентам с покрытием –cypher, dexamet. Если возможности ЧКВ ограничены, выполняется экстренное шунтирование пораженных артерий в течение 2-х часов от выполнения КАГ после подготовки пациента в условиях АРО с использованием аутоматериала в различных комбинациях с учетом состояния вен н/к, аорты, анатомии коронарного русла. Сложным вопросом остается тактика в отношении больных

Tesis_006_end.indd 37 24.08.2006 22:24:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

с ИМ "в ходу" с нарастающими маркерами кардиолиза, которым невозможно выполнить ЧТКА из-за сложности ответить на вопрос оправданности риска оперативного вмешательства. Вариантами помощи являются ВАБКП до операции, выполнение АКШ на работающем сердце в условиях ИК (иногда ИК сразу после стернотомии, а затем выделение ЛВГА), различные методики защиты миокарда.

Результаты: Время ИК 107±24,7 Мин (84-198 Мин), ИМ 71±26,2 Мин (27-122 Мин). Койко-дни в АРО 2,2±3,9 (1-9). Коэффициент стентирования 1,4. Коэффициент шунтирования 2,8.Летальность при экстренных ЧКВ 0%, при АКШ -1 чел (1,3%), ОССН.Среди ЧТКА до 20% –реканализация, в 80% успешная. Поэтому при ОИМ: 84,8%-пластика, 9,2%-АКШ, 6%-наблюдение; при НС (многососудистое поражение): 77,6%-АКШ, 7,4%-пластика, 15%-наблюдение.

Выводы: Доказанная эффективность экстренных хирургических вмешательств имеет несомненное преимущество перед консервативными методами лечения больных с ОКС. Решение вопроса судьбы пациента принимается коллегиально (R-хирург, кардиохирург, реаниматолог, кардиолог) и индивидуально.

0071 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ЛЕВГО ЖЕЛУДОЧКА

Барбухатти К.О., Белаш С.А., Россейкин Е.В., Болдырев С.Ю., Нихаева О.А., Тышкевич С.Н.

ККБ №1 – ЦГХ, Краснодар, Россия

Постинфарктная аневризма левого желудочка является тяжёлым осложнением ишемической болезни сердца, требующим хирургической коррекции.

Цель работы: Оценить непосредственные результаты хирургического лечения постинфарктных аневризм левого желудочка.

Материалы и методы: За период 2003 – апрель 2006 г. в ЦГХ выполнено 1817 операций по поводу ИБС. Постинфарктная аневризма ЛЖ, потребовавшая хирургической коррекции, отмечалась у 78 пациентов (4,4%). Преобладали мужчины – 72 пациента (92%). Средний возраст больных составил 56,4±10,4 лет. 85% всех пациентов относились к III–IV ф.кл. по NYHA. Локализация постинфарктной аневризмы была следующей: передне-боковая –48, передне-боковая-верхушечная – 22, верхушечная 8. КДР ЛЖ варьировал от 48 до 72 мм, средний 58±19 мм. Максимальный КДО ЛЖ составил 270 мл, средний 180±48 мл. Средняя ФВ ЛЖ 43±6,8% (35-49%). Один пациент имел выраженную гемодинамически значимую митральную регургитацию.

Все операции выполнялись с ЭКК и ФХКП (Кустодиол 20 мл/кг). ЭКК проводилось по схеме Ао – ПП. Среднее время ЭКК 85±18,4 Мин. (51-141 Мин.), среднее время ишемии миокарда 54±12 Мин. (33–105 Мин.). 4 пациента потребовали ВАБК, 1 в дооперационном периоде. Процедура Дора была выполнена 22 пациентам (28%). Она выполнялась при КДО более 200 мл. и выраженном вовлечении МЖП. 56 больным выполнялась резекция аневризмы ЛЖ с линейной пластикой по Кули (при КДО менее 200 мл. и Минимальным, либо отсутствием вовлечения МЖП). У 39 пациентов проводилась тромбэктомия из ЛЖ. В 76 случаях, помимо редуцирования полости ЛЖ тем или иным способом, выполнялось шунтирование коронарных артерий. Изолированное МКШ ПМЖА –47 пациента, МКШ+АВШ 1-2 – 29 пациента. Пациенту с митральной дисфункций выполнена пластика МК по Алфиери доступом через ЛЖ.

Результаты: госпитальная летальность составила 1,3% (1 пациент, причиной послужила прогрессирующая сердечная недостаточность). Остальные пациенты к моменту выписки имели ХСН I ст. Распределение по NYHA: I ф.кл. – 63 человека, II ф.кл. – 14 человек. Средний КДР ЛЖ 51±2,1 мм (40-58 мм.), средний КДО ЛЖ 105±18 мм. У пациентов, подвергшихся шунтированию коронарных артерий, рецидива стенокардии не зарегистрировано. Каких-либо осложнений в послеоперационном периоде не зарегистрировано.

Выводы: 1. Хирургическая коррекция аневризм ЛЖ сопровождается низкой госпитальной летальностью. 2. Выбор хирургической тактики при аневризме ЛЖ в каждом конкретном случае определяется индивидуально.

0072 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Барбухатти К.О., Болдырев С.Ю., Белаш С.А., Россейкин Е.В.

ККБ № 1 – Центр грудной хирургии, Краснодар, Россия

Цель работы: оценить непосредственные и отдалённые результаты (в сроки до 3-х лет) хирургического лечения пороков аортального клапана (АК).

Материалы и методы: за период с января 2003 года по апрель 2006 года в ЦГХ выполнено свыше 3500 операций с ЭКК. На клапанах сердца выполнена 1021 операция, из них по поводу аортального порока прооперировано 473 (46,3%) пациента. 342 пациента (72%) оперированы по поводу стеноза АК, 131 (28%) – по поводу аортальной недостаточности. Этиологией поражения АК являлись: дегенеративные изменения (34%), ревматизм (47%), инфекционный эндокардит (7,1%), двустворчатый аортальный клапан (12%). Средний возраст пациентов составил 58,3±6,2 лет, (мах. 79 лет). Преобладали мужчины (81%); женщины -19%. ФВ ЛЖ 46±4% (мин. 30%). Все пациенты относились к III–IV ф.кл. по NYHA. При аортальном стенозе средний градиент давления составлял 98±6 мм.рт.ст. При недостаточности АК у всех пациентов аортальная регургитация оценивалась как (+++ –++++), средний КДР ЛЖ 72±6 мм. У 56% пациентов имелась лёгочная гипертензия; 34% больных имели хроническую форму фибрилляции предсердий. В 99,6% случаев выполнялись клапанозамещающие операции. В 96% использовался протез MedEng-2, в 6 случаях клапан МИКС, в 4 – Carbomedics, в 1 биопротез АБ-моно Композит (Кемерово). Изолированное протезирование аортального клапана – 360, операция Бенталла – 44, операция Росса –12, протезирование АК в сочетании с шунтированием коронарных артерий – 57 (от 1 до 3 артерий). В 12 случаях выполнена ЗАП по Manouguian – Seybold-Epting. У 2-х пациентов выполнены клапаносохраняющие операции при недостаточности аортального клапана – пликация пролабирующей створки, пластика ПКС заплатой из аутоперикарда (посттравматическая недостаточность). Все операции выполнялись с использование ЭКК по схеме «Аорта – правое предсердие» в условиях антеретроградной фармакохолодовой кардиоплегии (Кустодиол, 20 мл\кг). Время ишемии миокарда составило от 28 до 194 Минут. Время ЭКК – от 44 до 262 Минут.

Результаты: Госпитальная летальность составила 2,7% (13 пациентов). Причиной смерти в 1 случае –ОНМК на 12 сутки п\о, в остальных –прогрессирующая сердечная недостаточность на фоне исходной тяжести основной патологии. У 52% пациентов старшей возрастной группы (более 70 лет) в раннем послеоперационном периоде отмечалась постгипоксическая энцефалопатия с полным регрессом на 4-5 сутки. Срок наблюдения за пациентами после операции от 4 до 40 месяцев. Летальных исходов в отдаленном периоде отмечено не было. Отмечена выраженная положительная динамика в состоянии пациентов. 88% пациентов отнесены к I функциональному классу по NYHA. Рецидивов стенокардии у пациентов, подвергнутых шунтированию, не зафиксировано. Пиковый градиент давления на протезе АК составил 28±6 мм.рт.ст. Клапанозависимых осложнений в течение всего срока наблюдения не наблюдалось.

Выводы: 1. Хирургическое лечение пороков АК при наличии достаточной хирургической техники даёт низкую госпитальную летальность. 2. Искусственный протез клапана сердца MedEng-2 обеспечивает хорошие гемодинамические показатели

Tesis_006_end.indd 38 24.08.2006 22:24:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

и отсутствие клапанозависимых осложнений в сроки до 3-х лет. 3. Для оптимизации результатов оперативного лечения у пациентов старшей возрастной категории (старше 70 лет) необходим более тщательный отбор и всестороннее обследование на дооперационном этапе.

0073 ПРОАТЕРОГЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ОСТЕОПОРОЗА

Барменкова А.В., Калев О.Ф.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», Челябинск, Россия

В ряде исследований показано существование тесной патогенетической связи между нарушениями липидного обмена, воспалением, развитием остеопороза и атеросклероза. Ревматоидный артрит (РА) представляет собой своеобразную модель, в которой наблюдается одновременное взаимодействие всех четырех патологических процессов.

Цель. Изучить взаимосвязь изменений липидного обмена, Минеральной плотности костной ткани с показателем антропометрии, активности воспаления, приемом глюкокортикоидов у женщин с РА до и в постменопаузе.

Материалы и методы. Обследовано 65 женщин с достоверным диагнозом РА по критериям АРА, 1987г., в возрасте до 65 лет (средний возраст 46 ± 1,3 лет). У 32 женщин менструальный цикл был сохранен, у 33 была постменопауза. Антропометрические характеристики (вес тела, индекс массы тела, объем талии и объем бедер) измерялись по рекомендации ВОЗ.

Активность воспаления оценивалась согласно классификации РА, 1979г. и с помощью индекса DAS-28. Липиды определяли с использованием реагентов фирмы «HUMAN». Минеральная плотность костной ткани (МПКТ) измерялась в предплечье, поясничном отделе позвоночника, проксимальном отделе бедра, методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии на аппарате Lunar Prodigy-3. Статистическая обработка проведена с использованием пакета программ SPSS, 12 версия.

Результаты. У женщин с РА в постменопаузе наблюдаются более высокие показатели холестерина (5,45 ммоль/л) в сравнении с пациентками до менопаузы (4,72 ммоль/л; $p<0,01$). То же касается содержания триглицеридов (1,55 ммоль/л и 1,09 ммоль/л соответственно; $p<0,05$), липопротеидов низкой плотности (3,42 ммоль/л и 2,9 ммоль/л; $p>0,05$) и липопротеидов очень низкой плотности (0,62 ммоль/л и 0,47 ммоль/л; $p<0,05$), коэффициента атерогенности (4,2 и 3,6; $p<0,05$). У пациенток с РА в постменопаузе в сравнении с женщинами до менопаузы установлены более низкие значения МПКТ в области Варда (0,69 г/см2 и 0,83 г/см2; $p<0,01$). Антропометрические показатели имеют прямую корреляционную связь с холестерином, триглицеридами, липопротеидами низкой плотности и очень низкой плотности, КА и с МПКТ в области предплечья. Активность воспаления ассоциируется с ростом КА и снижением липопротеидов высокой плотности. Глюкокортикоиды, снижая МПКТ, приводят к повышению содержания как ХС, так и ЛПВП. Установлена прямая корреляционная зависимость между содержанием ТГ и общей МПКТ в области предплечья и обратная зависимость между концентрацией ЛПВП и МПКТ в поясничном отделе позвоночника.

Заключение. На основании проведенного исследования нами выделены четыре патогенетических формы остеопороза у женщин с РА, оказывающих различное влияние на атерогенный профиль липидов. Наиболее выраженное проатерогенное действие имеет патогенетическая форма остеопороза, ассоциированная с РА, постменопаузой и приемом глюкокортикоидов.

0074 ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО ЛИПОФИЛЬНОГО БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА БЕТАЛОК ЗОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Барт Б.Я., Ларина В.Н.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить влияние беталока ЗОК на функциональный статус больных при терапии лиц пожилого возраста с ХСН и систолической дисфункцией миокарда.

Методы: в исследование было включено 54 больных в возрасте старше 60 лет с ХСН II-III ФК и ФВ ЛЖ от 28 до 50%. Все больные были разделены на 2 группы: в 1 группу вошло 35 больных, получавших терапию беталоком ЗОК, ингибиторами АПФ и диуретиками. 2 контрольную группу составили 19 больных с ХСН, получавших терапию ингибиторами АПФ и диуретиками без добавления БАБ. Начальная доза беталока ЗОК была 12,5 мг 1 раз в день и в течение 8 недель увеличивалась до 100 мг с учётом изменения ЧСС, АД и его переносимости. Больные обеих групп исходно были сопоставимы по возрасту, клиническому состоянию и степени тяжести ХСН. Исходно и в конце периода наблюдения (от 1 года до 1,5 лет) оценивались общеклиническое состояние больных, ЭКГ, ЭхоКГ и толерантность к физической нагрузке с помощью теста с 6-ти Минутной ходьбой.

Результаты: суточная доза БАБ у 23% больных составила 25 мг, у 60% –50 мг и у 11% –100 мг. В конце наблюдения в основной группе улучшился функциональный статус, что выражалось в перераспределении больных в более высокий ФК ХСН. Если исходно ко II ФК было отнесено 20 из 35 (57%) больных, а к III ФК – 15 (43%), то в конце лечения 25 из 35 (71%) больных были отнесены ко II ФК и 6 (32%) к III ФК. В группе контроля эта тенденция не прослеживалась: исходно у 12 из 19 (63%) больных был II ФК и у 7 (37%) – III ФК, а в конце лечения 13 (68%) больных были отнесены ко II ФК и 6 (32%) к III ФК. С помощью теста с 6-ти Мин ходьбой отмечено достоверное увеличение пройденной дистанции, а в группе контроля этот показатель не изменился. За период наблюдения в контрольной группе 8 больных были госпитализированы по сердечно-сосудистым причинами, в основной группе госпитализаций больных не было

Выводы: добавление беталока ЗОК к ингибиторам АПФ и диуретикам оказывало благоприятное действие на течение ХСН

0075 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Барт Б.Я., Рунихина Н.К.

ГОУ ВПО «РГМУ», Москва, Россия

Цель работы –изучить суточный профиль артериального давления (АД) у беременных в первом триместре, у которых в дальнейшем развилась железодефицитная анемия.

Материал и методы. В исследование включены 32 первородящие женщины в возрасте от 18 до 29 лет (средний возраст – 22,8±0,6 лет) с железодефицитной анемией (в третьем триместре уровень гемоглобина – 99,2±1,3 г/л). Группу контроля составили 34 здоровые первородящие в возрасте от 19 до 28 лет (средний возраст –22,3±0,5 лет), у которых уровень гемоглобина в третьем триместре составил 127±1,5 г/л. Анализировались результаты суточного мониторирования (СМ) АД, проведенного в конце первого триместра прибором фирмы «Shiller».

Результаты. Клиническое АД в первом триместре у беременных, у которых в дальнейшем развилась анемия, было 106,2±2,0/67,8±1,8 Мм рт. ст., в контрольной груп-

Tesis_006_end.indd 39 24.08.2006 22:24:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

пе –107,6±2,1/65,8±1,9 Мм рт.ст. (различия не достоверны). Антропометрические данные в обеих группах в начале беременности были сопоставимы, индекс массы в исследуемой группе составил 22,1±0,5 кг/м , в контрольной группе –21±0,6 кг/м . При СМАД в обеих группах регистрировалась гипотония, характерная для первой половины беременности. Однако, в группе женщин, у которых в дальнейшем развилась анемия, показатели АД суточного и дневного систолического были достоверно ниже – 93,0±0,4 Мм рт.ст. и 95,8±1,7 Мм рт.ст. против 97,4±1,3 Мм рт.ст. и 101,1±1,5 Мм рт.ст., соответственно ($p<0,05$). Показатели АД диастолического в группах достоверно не отличались. Во второй половине беременности у 14-ти женщин с анемией (44%) развился гестоз, 4-ым из которых было произведено кесарево сечение. В группе контроля признаки гестоза наблюдались только у 4-х женщин (12%), беременность у всех завершилась срочными родами.

Выводы. У женщин, имеющих во второй половине беременности анемию, в конце первого триместра регистрируются достоверно более низкие цифры систолического суточного и дневного АД. Низкий уровень АД в начале беременности у женщин с анемией сочетается с увеличением риска развития осложнений беременности и родов.

0076 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ

Бартош Л.Ф., Бартош Ф.Л., Дорогова И.В., Бартош Л.А., Гришаева Е.Е.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить возможность проведения суточного мониторирования параметров гемодинамики при использовании аппарата для длительного контроля артериального давления (АД), в основе которого лежит осциллометрический способ определения АД.

Материалы и методы: 22 мужчинам с артериальной гипертензией, средний возраст которых составил 32+4,6 года, проводилось эхокардиографическое исследование с целью определения параметров гемодинамики (аппарат Sim 5000 D – plus). Одновременно велось суточное мониторирование АД (СМАД) аппаратом МнСДП-2 BPLab, Н. – Новгород. АД регистрировалось с интервалами 15 Мин в период бодрствования (с 7 до 23 ч) и 30 Мин в период сна (с 23 ч 01 Мин до 6 ч 59 Мин). Используя синхронно записанные данные СМАД и сфигмограммы, вычислялись следующие показатели: УОС, МОС, УИ, СИ, ОПСС по известным формулам – Бремза-Ранке в модификации Н.Н. Савицкого, Грольмана, Пуазейля. В последующем они сравнивались с соответствующими параметрами гемодинамики, полученными при эхокардиографии.

Результаты исследования: коэффициент корреляции между значениями УО, вычисленного программой при эхокардиографии, и рассчитанного косвенным методом составил 0,8 в В-режиме и 0,7 в D-режиме при $p < 0,05$.

Таким образом, используя данные СМАД с синхронной записью сфигмограммы, можно получить косвенным методом значения гемодинамических параметров УОС, МОС, УИ, СИ, ОПСС как для каждого измерения АД, так и среднесуточные показатели кровообращения, фактически появляется возможность неинвазивного суточного мониторирования параметров центральной и периферической гемодинамики.

0077 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Бартош Л.Ф., Кузнецова Т.Н., Крылова А.В., Дорогова И.В., Магдеева Н.И., Косарева Л.А.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования –изучение эффективности антигипертензивных препаратов применяемых для лечения артериальной гипертонии (АГ) у беременных в реальной практической работе ЛПУ Пензенской области. Данное исследование основано на опросе врачей (кардиологов, акушеров-гинекологов, терапевтов), работающих в различных ЛПУ Пензенской области, и заполнении экспертных карт на основе медицинской документации. Опрос проводился с помощью анкет и карт, разработанных рабочей группой ВНОК «Сердечно-сосудистые заболевания у беременных» в рамках российского исследования «Лечебно-диагностическая тактика ведения беременных с АГ в России». Было обработано 105 анкет врачей. Для оценки эффективности использовались экспертные карты в количестве 101 штуки. При этом анализировались следующие показатели: динамика артериального давления (АД), весо-ростовой показатель новорожденных и осложнения при родах. Для лечения АГ у беременных в Пензенской области используются центральные бета2-агонисты (21,4%), бета-блокаторы (18,5%), антагонисты кальция (13,8%), диуретики (7,4%), ингибиторы АПФ (3%), альфа-блокаторы (1,9%), препараты других групп (магния сульфат, папаверин, дибазол, папазол, но-шпа) (34%). 55% беременных получали в качестве антигипертензивной терапии метилдопу. Средние цифры систолического и диастолического АД по данной группе до лечения составили 146,4±12,3 мм.рт.ст. и 93,7±8 мм.рт.ст. соответственно. Уровень систолического АД на фоне монотерапии составил 120,8±7,9 мм.рт.ст., диастолического-79,9±9,7 мм.рт.ст., гипертензия в родах составила 23%, дородовое излитие вод-36%, весо-ростовой показатель новорожденных-63,3±9,1. 22% беременных получали такие препараты как магния сульфат, папаверин, дибазол, но-шпа курсами. Исходные цифры систолического АД составили 146,4±12,9 мм.рт.ст, диастолического-93,5±8,1 мм.рт.ст. На фоне лечения цифры систолического АД составили 145,2±12,7 мм.рт.ст., диастолического-92,4±7,9 мм.рт.ст, гипертензия в родах-50%, весо-ростовой показатель новорожденных-63,5±9,4, дородовое излитие вод-63,6%. Следующая группа (6%) находилась на монотерапии клофелином. Средние цифры систолического и диастолического АД до терапии составили 146,5±12,4 мм.рт.ст. и 93,8±8,1 мм.рт.ст. соответственно. Уровень систолического АД в данной группе на фоне терапии составил 120,8±8,1 мм.рт.ст., диастолического-79,9±6,9 мм.рт.ст., гипертензия в родах-20%, дородовое излитие вод-0,4%, весо-ростовой показатель-59,8±7,4. 11% беременных находились на комбинированной терапии (метилдопа, анаприлин). Исходные цифры систолического АД составили 148,3±12,8 мм.рт.ст., диастолического-94,8±8,7 мм.рт.ст. После терапии уровень систолического и диастолического АД составил 120,6+11,3 мм.рт.ст. и 79,8±11,7 мм.рт.ст. соответственно; гипертензия в родах –6,7%, весо-ростовой показатель новорожденных-58,6±2,8. Таким образом, анализ показал о высокой частоте использования врачами метилдопы и хороший его гипотензивная эффект. Прослеживается тенденция к высокой частоте использования магния сульфата, папаверина и дибазола, обладающих недостаточным гипотензивным действием.

0078 ВЗАИМОСВЯЗИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА И РЕЗУЛЬТАТОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Барышникова М. В.

ГОУ ВПО «ПГМА Росздрава», Пермь, Россия

Цель исследования – выявить возможные взаимосвязи вариабельности ритма сердца (ВРС), суточного профиля АД, электролитного баланса у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне сахарного диабета (СД) 2 типа.

Tesis_006_end.indd 40 24.08.2006 22:24:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Методы исследования. Исследовано 22 женщины и 8 мужчин, в возрасте от 45 до 64 лет (в среднем 56,2±5,8 года), с АГ I–II степени и СД 2 типа легкой и средней степени тяжести. Стаж АГ составил 11,9±5,5 лет, а стаж СД 2 типа 6,7±3,1 года. Стаж плановой антигипертензивной терапии составил в среднем –5,5±3,3 лет. Спектральный анализ ВРС проводился при регистрации кардиоритмограммы на диагностической системе «Валента» (НПО «Нео», Россия), суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось с использованием аппаратуры фирмы «HELLWORK», USA, исследовались калий и натрий венозной крови, гликемия натощак, постпрандиальная гликемия, тест на микроальбуминурию (МАУ).

Результаты: По результатам исследования ВРС в сравнении со здоровыми лицами выявлено значительное достоверное снижение мощности симпатических (низкочастотных) волн, мощности гуморальных (очень низкочастотных) волн, мощности парасимпатических (высокочастотных), а также общей мощности спектра ($p<0,05$). Уровень калиемии составил 4,19±0,5 ммоль/л, уровень натриемии – 140,1±3,5 ммоль/л. У 18 пациентов была выявлена МАУ. При СМАД были установлены характерные изменения показателей, характеризующих наличие артериальной гипертонии. 16 пациентов имели нормальный суточный профиль АД с достаточной степенью ночного снижения («дипперы»), 14 пациентов составили группу «нон-дипперов», в которой отмечены достоверно большие показатели СМАД. Выявлена прямая корреляционная связь уровня калиемии с величиной доли парасимпатических влияний в общей мощности спектра ($r=0,5$, $p<0,05$), и обратная – с величиной доли симпатических влияний ($r= -0,56$, $p=0,02$), и показателями среднего систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) ночью ($r=0,41$, $p=0,03$). А между уровнем натриемии и показателями утренней динамики АД и вариабельностью ДАД днем и ночью выявлена, напротив, обратная взаимосвязь ($r= -0,42$, $p<0,05$). Также были показаны взаимосвязи, указывающие на меньший уровень калиемии ($r= -0,43$, $p=0,01$) и на повышение доли симпатических влияний с увеличением возраста пациентов ($r= 0,59$, $p=0,01$). Показатель МАУ коррелировал с вариабельностью САД днем и ночью ($r=0,42$, $p=0,04$) и был обратно взаимосвязан со стажем плановой антигипертензивной терапии ($r=0,39$, $p=0,04$). Корреляции показателей с уровнем гликемии и стажем СД 2 типа не выявлено.

Выводы: Методом корреляционного анализа были выявлены разнонаправленные взаимоотношения между показателями электролитов крови, СМАД и вегетативного обеспечения сердечного ритма. Несмотря на прогностические различия в группах «дипперов» и «нон-дипперов», достоверных различий по показателям ВРС и электролитам крови в данных группах нами выявлено не было.

0079 ВЛИЯНИЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Баталина М.В.

ОрГМА, Оренбург, Россия

В последние годы пересматриваются традиционные представления о механизмах регуляции сердечной деятельности, основанные только на анализе систолической функции. Установлено, что диастола – это активный, энергоемкий процесс, нарушения которого проявляются на ранних этапах развития болезни.

Целью исследования было выявление влияния прямой реваскуляризации миокарда на обратимость диастолической дисфункции у пациентов с постинфарктным кардиосклерозом.

Обследовано 73 больных постинфарктным не Q-образующим кардиосклерозом и 85 больных постинфарктным Q-образующим кардиосклерозом. Все пациенты трудоспособного возраста (48,4±2,6 лет), мужчины, без нарушений ритма и проводимости, с преобладанием СН II–III ФК. У всех обследованных на фоне медикаментозного лечения сохранялись приступы стенокардии, что и послужило поводом для направления кардиохирургу.

До и после АКШ у всех пациентов оценивались традиционные показатели систолической функции (КСР, КДР, КСО, КДО, т. МЖП, т. ЗСЛЖ, ФВ, S), которые рассчитывались при проведении трансторакальной ЭхоКГ. Диастолические показатели оценивались по ДТМП в импульсном режиме с вычислением v E, v A, E/A, ИВР, ВЗ, ФПН.

Исходно показатели систолической и диастолической функции были хуже у пациентов, перенесших Q-позитивный инфаркт (больше полость, тоньше стенки, хуже сократимость, расслабление нарушено по гипертрофическому типу). После оперативного вмешательства у больных с Q-позитивным и Q-негативным процессами произошли однонаправленные изменения: увеличилась ФВ (с 50,4±0,4 до 55,6±0,5; $p<0,05$) и S (с 16,3±2,1 до 20,1±1,1; $p<0,01$), увеличились зоны нормокинеза. Диастолические показатели тоже улучшились, но более значимые изменения произошли у больных с Q-позитивным кардиосклерозом – увеличение пика E с 56,0±2,4 до 80,0±2,7 ($p<0,001$); нормализация соотношения E/A с 0,8±0,02 до 1,3±0,02 ($p<0,001$), снижение ВИР с 110,0±5,0 до 90,8±3,1 ($p<0,05$).

Аналогичные изменения, но статистически недостоверные были у пациентов с Q-негативным кардиосклерозом.

Таким образом, более выраженные систолическая и диастолическая дисфункция у больных, перенесших Q-инфаркт миокарда, по сравнению с инфарктом без зубца Q, в большей степени нормализуются после хирургической реваскуляризации.

0080 РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОЖЕ 50 ЛЕТ

Безденежных А.В., Сумин А.Н., Власова И.В., Рябинина Е.Н., Хохлова О.И., Устьянцева И.М.

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтёров», Ленинск-Кузнецкий, Россия

В настоящее время интенсивно изучаются метаболические изменения, способствующие раннему развитию атеросклероза, и ИБС. Целью исследования является изучение клинико-функционального и биохимического статуса больных инфарктом миокарда моложе 50 лет.

В анализ включен 20 пациентов моложе 50 лет находившихся в остром периоде инфаркта миокарда на стационарном лечении. Выделены 2 группы: группа больных с гипергомоцистеинемией (группа 1) (n=11, средний возраст 42,5±6,8лет, уровень гомоцистеина 18,5±12,96ммоль/л) и без гипергомоцистеинемии (группа 2) (n=9, средний возраст 43,3±4,1 лет, уровень гомоцистеина 9,6±0,51ммоль/л). За 1-2 дня до выписки из стационара проводились статико-динамические и статические тесты на сгибатели и разгибатели нижних конечностей на многофункциональном тренажере Kettler. Также оценивалась сила дыхательных мышц (СДМ), сила мышц кистей с помощью (КДМ), проводили тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), ВЭМ, ЭхоКГ с оценкой показателей систолической и диастолической функции левого желудочка. У пациентов изучали психологические тесты: шкала депрессии, САН (самочувствие, активность, настроение), тест Спилбергера. Проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, с анализом нарушений ритма и вариабельности ритма сердца за сутки (VLF, LF, HF, tP, nLF, SDNN, pNN50, rMSSD). Проводилось исследование липидного спектра крови и уровня гомоцистеина.

При проведении статико-динамических тестов показатели были меньше среди больных 1 группы по результатам всех тестов (жим к груди: 42,5±7,07 и 51,67±11,7 кг; $p=0,09$). При проведении ВЭМ максимальная ЧСС на пробе среди больных 1 группы была ниже по сравнению со 2 (110,5±10,91 и 121,67±11,325 ударов в Минуту; $p=0,087$).Среди больных 1 группы был ниже

Tesis_006_end.indd 41 24.08.2006 22:24:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

уровень реактивной тревожности (28,6±5,45 и 35,5±10,95; p=0,15), самочувствие по шкале САН среди больных 1 группы было достоверно выше по сравнению со второй (5,625±0,542 и 4,783±0,891; p=0,048). Сравнивая показатели липидного спектра крови, можно отметить более высокий уровень общего холестерина (4,7±0,57ммоль/л и 6,1±2,1 ммоль/л; p=0,098), холестерина липопротеидов низкой плотности (2,495±0,56 ммоль/л и 4,768±2,02 ммоль/л; p=0,064) в группе 2 по сравнению с группой 1. В группе 1 также был достоверно выше уровень -липопротеидов (65,23±14,4 ммоль/л и 92,1±24,7 ммоль/л; p=0,03). В группе 1 по сравнению с группой 2 был ниже индекс атерогенности (4,75±1,4 и 5,98±2,7; p=0,37). При анализе ВРС в группе 1 было выше значение SDNN, по сравнению с группой 2 (138,99±33,27 и 98,78±21,25; p=0,024).

Таким образом, предварительные данные проводимого нами исследования показали, что гипергомоцистеинемия является фактором, влияющим на развитие инфаркта миокарда у лиц моложе 50 лет, несмотря на существующий в этой группе больных более благоприятный метаболический, клинический и психологический фон. Выявленные закономерности требуют продолжения исследования для выработки рекомендация по лечению такой группы пациентов.

0081 МЕКСИДОЛ ПОДДЕРЖИВАЕТ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ЦЕПИ МИТОХОНДРИЙ ТКАНЕЙ СЕРДЦА И ПЕЧЕНИ ЖИВОТНЫХ

Белая О.Л., Байдер Л.М., Куроптева З.В., Калмыкова В.И.

Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова, Москва, Институт биохимической физики РАН, Москва, Россия

Цель работы: изучить действие мексидола (2-этил-6-метил-3-оксипиридин сукцината) на железосерные центры (ЖСЦ) дыхательной цепи митохондрий в тканях сердца и печени мышей в опытах in vitro.

Материалы и методы: методом электронного парамагнитного резонанса (ЭПР) были исследованы изменения амплитуды спектров ЭПР ЖСЦ изолированных тканей сердца и печени мышей при инкубации с мексидолом при комнатной температуре в течение 24-26 часов. Использовались мыши-самцы линии SHK весом 20-22 г, содержащиеся в стандартных условиях вивария со свободным доступом к пище и воде. Препарат мексидол фирмы «Фармасофт», Россия, применялся в концентрации 2,5x10–3 М, на порядок превышающей средние терапевтические дозы для человека, обычно используемые в опытах in vitro. Контролем служили образцы тканей животных, инкубированных с физиологическим раствором.

Результаты: в спектрах ЭПР тканей сердца и печени в норме регистрируется сигнал ЖСЦ НАДН-дегидрогеназного комплекса дыхательной цепи митохондрий. Интенсивность этого сигнала отражает функциональное состояние митохондриальной дыхательной цепи. В контрольных образцах тканей сердца после 24-часовой инкубации при комнатной температуре интенсивность сигнала ЖСЦ снижалась в 6 раз. В образцах, инкубированных с мексидолом, интенсивность сигнала не изменилась. В образцах с мексидолом наблюдалось также уменьшение образования метгемоглобина в 3,5 раза по сравнению с контролем. Изменения сигналов ЭПР ЖСЦ тканей печени были менее выраженными. Через 26 часов инкубации интенсивность сигналов ЖСЦ в контрольном образце снизилась в 3 раза, в образцах с мексидолом в 1,2 раза. Были также изучены изменения сигналов ЖСЦ в тканях печени в присутствии нитроглицерина в концентрации 6x10-6 М и комплекса мексидола и нитроглицерина в вышеуказанных концентрациях. Оказалось, что наибольшее снижение интенсивности сигнала ЭПР – в 3,4 раза, связанное с окислением ЖСЦ, происходило в присутствии нитроглицерина. Использование комплекса мексидола и нитроглицерина также способствовало окислению ЖСЦ, хотя и в меньшей степени: активность ЖСЦ снизилась в 2,9 раз.

Выводы: мексидол поддерживает активное функциональное состояние ЖСЦ цепи электронного транспорта митохондрий, способствуя улучшению энергообеспечения клеток и защите тканей сердца и печени экспериментальных животных от окисления. Применение мексидола в сочетании с нитроглицерином уменьшает окисление ЖСЦ тканей печени мышей, что свидетельствует об антиоксидантном действии мексидола и положительном влиянии его на энергетический обмен в митохондриях.

0082 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ У ЖИВОТНЫХ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Беленикина Я.А., Макарова В.Г., Пчелинцев В.П., Краснолобов А.Г., Бороздин А.В., Трунина Т.П., Гиривенко А.И.

ГОУ ВПО «РГМУ имени академика И.П.Павлова Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Рязань, Россия

Цель: изучить морфологические проявления при тотальной ишемии миокарда животных и влияние на них тиоктовой кислоты.

Методы исследования: объектом исследования явились беспородные белые крысы самцы весом 150 – 180,0. Первая группа (7 животных – биологический контроль) получала в течение недели дистиллированную воду, второй группе (7 животных) вводили в желудок тиоктовую кислоту 25 мг на кг массы в течение недели. После предварительного 7 дневного введения препарата создавали модель тотальной ишемии миокарда по методу K.A. Reimer в модификации Н.А.Сысолятиной. Для выявления фуксинофильной дегенерации миокарда использовали гистохимический метод окраски по Г.Селье. Степень миокардиодистрофии определяли методом стереологического анализа (А.А.Глаголев), позволяющего установить удельную площадь очагов поражения (SAмм2/мм2). Одновременно подсчитывалось удельное количество капилляров в полях зрения на площади 90 мм2. Измерялся диаметр 100 гемокапилляров на срок опыта. Полученные данные обрабатывались в «Microsoft Excel – 2000» методом вариационной статистики.

Результаты: Тотальная ишемия миокарда животных вызывает в нем появление фуксинофильного субстрата. Вначале процесс возникает вблизи ядра, а затем распространяется на большую часть мышечного волокна, превращаясь в однородную резкофуксинофильную массу. Появление фуксинофильного субстрата характерно лишь для самых начальных стадий поражения сердца, затем субстрат полностью исчезает. Удельная площадь фуксинофилии в миокарде контрольных животных сразу после забоя составила 0,17 мм2/мм2. Через 15 Минут пребывания сердечной мышцы в условиях острой тотальной ишемии достигла 0,45 мм2/мм2, через 30 Минут – 0,53 мм^2/мм^2. Наблюдались значительные по площади очаги некроза кардиомиоцитов.

На фоне предварительного введения тиоктовой кислоты удельная площадь поражения уменьшалась в сравнении с контрольной группой. Явления миокардиодистрофии сводились к локальному отсутствию поперечной и продольной исчерченности у отдаленных диффузно расположенных кардиомиоцитов. Значительно реже встречались очаги некроза ткани. Отмечалось полнокровие сосудистого русла за счет достоверного увеличения диаметра гемокапилляров, а также увеличения количества перфузируемых капилляров.

Таким образом, предварительное введение экспериментальным животным тиоктовой кислоты полностью не предотвращает, но значительно уменьшает степень и характер выявленных изменений.

Tesis_006_end.indd 42 24.08.2006 22:24:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0083 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ТРИМЕТАЗИДИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

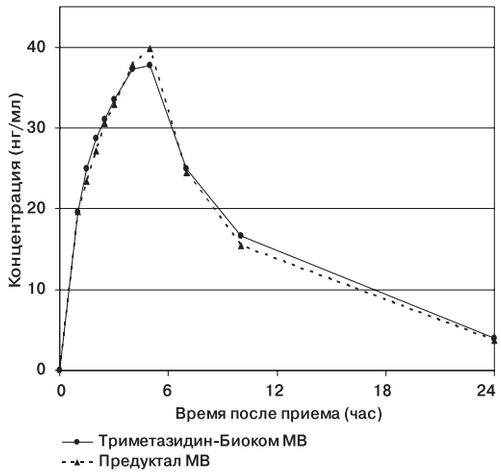
Белолипецкая В.Г., Писарев В.В., Смирнова Л.Б., Зверков Ю.Б., Подщеколдина О.О., Сергеев А.А., Рожнова С.А., Санакоев Ю.А.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава» (Москва), НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов триметазидина – таблеток Триметазидин-Биоком МВ (ЗАО «Биоком», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом – таблетками Предуктал МВ («Лаборатории Сервье», Франция).

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 триметазидина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 35 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили триметазидина практически совпадают во всех временных точках.



Значения фармакокинетических параметров триметазидина, полученные при изучении Триметазидина-Биоком МВ и Предуктала МВ хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация триметазидина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Триметазидина-Биоком МВ в среднем через 4,89±0,90 ч, а Предуктала МВ – через 4,83±0,71 ч и составила 40,8±7,6 нг/мл и 42,1±9,9 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-t при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 409,6±86,7 нг*ч/мл и 396,6±101,0 нг*ч/мл соответственно.

Степень относительной биологической доступности f триметазидина при приеме таблеток Триметазидин-Биоком по отношению к таблеткам Предуктал МВ составила в среднем 104,8±11,0 % (C.I.: 102,5–106,2 %).

Побочные явления при приеме обоих препаратов не регистрировались.

0084 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГЕНОТИПА ОКИСЛЕНИЯ НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ ЛОЗАРТАНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ

Белолипецкая В.Г., Сычев Д.А., Белолипецкий Н.А., Жезлова А.В., Игнатьев И.В.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», Москва, Россия. Институт клинической фармакологии ФГУ «НЦ ЭСМП» Росздравнадзора, Москва, Россия

Лозартан, первый препарат относительно новой группы блокаторов ангиотензиновых рецепторов, метаболизируется в печени изоферментами цитохрома Р-450 CYP2C9 с образованием метаболита Е3174, фармакологическая активность которого приблизительно в 40 раз выше, чем неизмененного лозартана. При этом CYP2C9 обладает генетическим полиморфизмом: до 20% состава различных популяций являются носителями «медленных» аллельных вариантов гена CYP2C9.

Целью настоящего исследования было выявление медленных метаболизаторов среди добровольцев – участников изучения биоэквивалентности одного из препаратов лозартана и сопоставление фармакокинетических параметров между группами «экстенсивных» (лица с генотипом CYP2C9*1/*1) и «медленных» (лица с генотипами CYP2C9*1/*2 и CYP2C9*1/*3) окислителей.

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации лозартана и его метаболита Е3174 определяли методом ВЭЖХ с УФ-детектированием, генотипирование проводили методом ПЦР.

В результате выполненного исследования было выявлено 4 «медленных» метаболизатора. В таблице представлены значения средних фармакокинетических параметров неизмененного лозартана и Е3174 в плазме крови здоровых добровольцев после однократного приема внутрь 50 мг тестируемого и референсного препаратов для различных групп окислителей.

Из таблицы видно, что фармакокинетические параметры лозартана и особенно его метаболита Е3174 значительно различались. Метаболическое отношение, рассчитанное как по Cmax, так и по AUC0-t, в группе «экстенсивных» метаболизаторов вдвое превышало соответствующее значение в группе «медленных» метаболизаторов. Гипотензивный эффект при этом у «медленных» окислителей был гораздо менее выраженным. Полученные результаты демонстрируют необходимость учета генетического фактора при разработке режима дозирования лозартана больным сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Генотип	AUC0-t	Tmax	Cmax	T1/2	r (Cmax, E3174/ C max, лозартан)
Неизмененный лозартан					
CYP2C9*1/*1 (n=14)	353,1±101,5	1,89±1,18	141,7±48,9	3,62±2,08	
CYP2C9*1/*2+					
CYP2C9*1/*3 (n=4)	362,6±295,7	0,63±0,25	158,5±61,4	3,30±1,53	
Метаболит E3174					
CYP2C9*1/*1 (n=14)	3153±1299	3,64±14,5	501±281	5,27±1,38	3,58±1,49
CYP2C9*1/*2+					
CYP2C9*1/*3 (n=4)	1517±445	3,63±1,60	267±72	6,77±4,18	1,82±0,59

Tesis_006_end.indd 43 24.08.2006 22:24:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0085 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ЛАЦИДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Белолипецкая В.Г., Суханов Я.В., Кузнецова А.А., Писарев В.В., Смирнова Л.Б., Зверков Ю.Б., Бадмаева Б.В.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава» (Москва), НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов лацидипина – таблеток Сакур (ЗАО «ФП Оболенское», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом – таблетками Лацинил («Глаксо Вэллком С.А.», Испания).

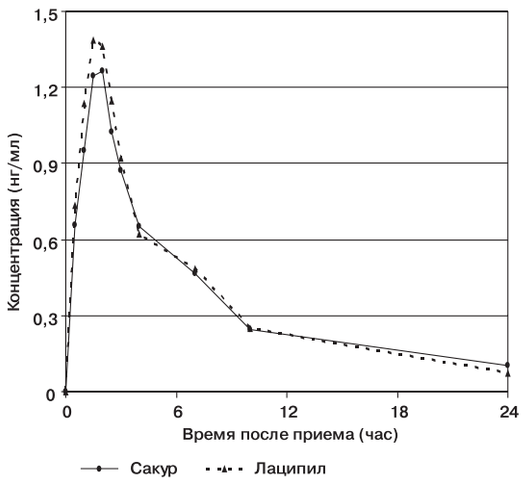
В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с масс-спектрометрическим детектированием.

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили лацидипина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 4 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние концентрации лацидипина практически совпадают во всех временных точках

Значения фармакокинетических параметров лацидипина, полученные при изучении Сакура и Лацинила хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация лацидипина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Сакура в среднем через 1,75±0,55 ч, а Лацинила – через 1,61 ± 0,47 ч и составила 1,50±0,60 нг/мл и 1,56±50 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-t при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 8,36±5,82 нг*ч/мл и 8,27±4,57 нг*ч/мл соответственно. Следует отметить высокую межиндивидуальную вариабельность значений концентраций и фармакокинетических параметров лацидипина при приеме как Сакура, так и Лацинила, что всегда отличает препараты, характеризующиеся полиморфизмом распределения в популяции параметров, отражающих метаболическую способность печени.

Степень относительной биологической доступности f лацидипина при приеме таблеток Сакур по отношению к таблеткам Лацинил составила в среднем 97,7±35,2 % (C.I. : 87,5–97,9 %).

Побочные явления при приеме обоих препаратов не наблюдались.



0086 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ФАРМАКОДИНАМИКИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Белолипецкая В.Г., Буркин М.А., Меркулова Е.В., Шишкина М.М., Сергеев А.А., Рожнова С.А., Санакоев Ю.А.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», Москва, Россия. ГУ Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток РАМН, Москва, Россия

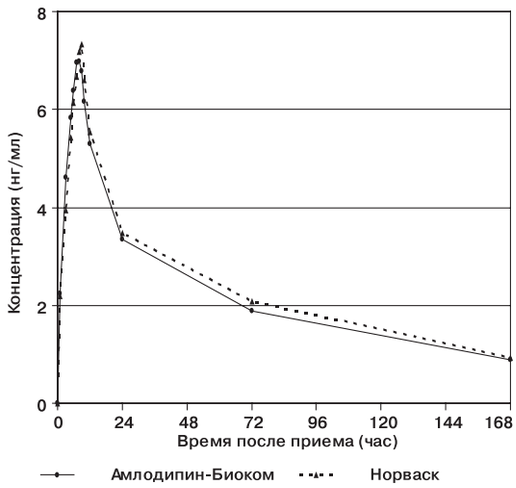
Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов амлодипина – таблеток Амлодипин-Биоком (ЗАО «Биоком», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом – таблетками Норваск («Pfizer», Бельгия).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ИФА.

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 10 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили амлодипина очень близки

Значения фармакокинетических параметров амлодипина, полученные при изучении Амлодипин-Биокома 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-Биоком в среднем через 7,72±1,41 ч, а Норваска – через 7,89±1,28 ч и составила 7,71±2,22 нг/мл и 7,99±2,22 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-t при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 372,7±134,0 нг*ч/мл и 392,3±121,3 нг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f амлодипина при приеме таблеток Амлодипин-Биоком по отношению к таблеткам Норваск составила в среднем 94,1±10,5 % (C.I.: 91,9–95,4 %).

Прием обоих препаратов вызывал у здоровых добровольцев достоверное снижение систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления по сравнению с исходными значениями. Однако между собой препараты по влиянию на величину гипотензивного эффекта (САД и ДАД) достоверно не различались.



Tesis_006_end.indd 44 24.08.2006 22:24:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0087 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АПНОЭ СНА

Белявский Е.А., Галяви Р.А., Филатов Д.Н., Галицин П.В., Арболишвили Г.Н., Сычев А.В., Литвин А.Ю., Чазова И.Е., Мареев В.Ю.

НИИ кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить встречаемость и характер расстройств дыхания во время сна (РДС) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), а также оценить влияние стандартной лекарственной терапии и её комбинации с терапией постоянным положительным давлением в дыхательных путях (СИПАП-терапией) на течение ХСН у больных с апноэ сна.

Материалы и методы: В исследование включались больные с II-III ФК ХСН (NYHA), мужчины в возрасте от 18 до 75 лет с клиническими признаками ХСН, имеющие по данным эхокардиографии ФВ ЛЖ менее 45%. Всем больным для выявления РДС проводилось полисомнографическое исследование (ПСГ), при наличии которых назначалась СИПАП-терапия.

Результаты: Обследовано 16 больных с ХСН в стадии компенсации, средний возраст 57,2±4,54, ФВ в среднем 37±3,1%, индекс массы тела = 32,1±4,6. Расстройства дыхания во время сна определялись по индексу апноэ-гипопноэ (ИАГ) –среднему числу эпизодов за 1 час сна. За норму был принят ИАГ <5/час. По данным ПСГ частота встречаемости РДС составила 100% с преобладанием обструктивных нарушений. У наших больных ИАГ составил в среднем 27,1±24,1 (от 7,4 до 83,2), что соответствует средней степени тяжести апноэ сна. Из 16 больных согласились в дальнейшем получать лечение СИПАП-терапией 13 больных (средний ИАГ = 31). Из 13 больных 9 (70%) не смогли участвовать в исследовании после первой ночи использования СИПАП-терапии из-за субъективной непереносимости. На данный момент трое больных завершили 2-хмесячный курс лечения, 4-й больной находится на СИПАП-терапии в течение месяца (у него получены промежуточные результаты). В группе лечения СИПАП-терапией трое больных имели тяжелую степень апноэ сна (средний ИАГ = 64,5, Минимальная сатурация = 61, максимальная продолжительность эпизода апноэ=92 секунды). На фоне СИПАП-терапии у этих больных отмечалось улучшение качества жизни, улучшилось качество сна, значительно уменьшилось количество эпизодов апноэ сна, что подтверждает средний ИАГ = 6,1±0,4. У единственного больного, имевшего легкую степень апноэ сна, применение СИПАП-терапии не привело к улучшению качества жизни, равно как и сна (ИАГ=9,4).У двух больных с тяжелой степенью апноэ сна, имевшиеся до этого жизнеугрожающие нарушения проводимости сердца (ночью – эпизоды преходящей С-А-блокады IIст., Mobitz II, макс. пауза 3,7 сек.- С-А-блокада III степени и эпизоды далекозашедшей А-В-блокады IIст., макс. пауза –3,164мс) полностью исчезли. У двух больных, получавших СИПАП-терапию, фракция выброса (ФВ) возросла на 3%, у оставшихся больных ФВ осталась прежней.

Выводы: 1) расстройства дыхания во время сна по данным ПСГ регистрируются у всех больных с ХСН, преимущественно за счет обструктивных нарушений; 2) переносимость СИПАП терапии у данной категории больных составляет около 30%; 3) а) у больных с тяжелой степенью апноэ сна отмечается улучшение качества жизни и структуры сна, исчезновение расстройств дыхания; б) у больных с легкой степенью апноэ сна отмечается низкая комплаентность к СИПАП-терапии; 4) на фоне СИПАП-терапии отмечается исчезновение жизнеугрожающих брадиаритмий (эффект отмечается уже после первой ночи использования СИПАП-терапии, однако сохраняется только на фоне постоянного применения СИПАП-терапии).

0088 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Березин М.В., Кодин А.В., Довгалюк Ю.В., Колосов Б.В., Лутай А.В.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: оценить показатели цитоархитектоники и агрегации эритроцитов у больных стенокардией в зависимости от течения заболевания на фоне общепринятой терапии.

Материалы и методы: обследовано 45 пациентов, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении. У 30 пациентов установлен диагноз прогрессирующая стенокардия, у 15 – стенокардия напряжения 3ФК. Методом световой фазово-контрастной микроскопии определялось процентное содержание дискоцитов (Д), обратимо (ОЭ) и необратимо (НЭ) измененных классов эритроцитов, рассчитывались средний размер агрегата (СРА), процент неагрегированных эритроцитов (ПНА), показатель агрегации (ПА). Соотношение патологических и нормальных форм эритроцитов рассчитывали с помощью индекса трансформации (ИТ=%ОЭ±%НЭ /%Д), индекса обратимой (ИОТ=%ОЭ/%Д) и необратимой (ИНОТ=%НД/%Д) трансформации эритроцитов в патологические формы.

Результаты и их обсуждение: исходные показатели у больных нестабильной стенокардией свидетельствуют о более выраженных изменениях цитоархитектоники эритроцитов, чем у больных стенокардией напряжения. При нестабильном течении болезни отмечается более низкий уровень Д (70,0±1,2 vs 75,3±1,3, p<0,05), больше НЭ (12,2±0,8 vs 7,6±0,8, p<0,05), выше ИТ (0,57±0,06 vs 0,35±0,09, p<0,05), ИОТ (0,34±0,04 vs 0,23±0,015, p<0,05), ИНОТ (0,17±0,02 vs 0,12±0,01, p<0,05). На фоне стандартной терапии больных стенокардией напряжения достоверных изменений цитоархитектоники и показателей агрегации не наблюдалось, в то время как у пациентов нестабильной стенокардией показатели цитоархитектоники улучшились по сравнению с исходными: увеличилось количество Д (75,5±1,3 vs 70,0±1,2, p<0,05), уменьшилось количество ОЭ (13,4±0,5 vs 17,8±1,1, p<0,05), снизился ИТ (0,35±0,07 vs 0,57±0,06, p<0,05), ИОТ (0,19±0,01 vs 0,34±0,02, p<0,05), ИНОТ (0,13±0,01 vs 0,17±0,02, p<0,05). Также отмечено положительная динамика показателей агрегации эритроцитов: снижение ПА (1,46±0,04 vs 1,69±0,03, p<0,05), СРА (5,03±0,02 vs 5,84±0,06, p<0,05), увеличения ПНА (64,19±2,24 vs 57,03±1,75, p<0,05).

Выводы: у пациентов с нестабильной стенокардией имеются существенные нарушения цитоархитектоники и агрегации эритроцитов, проявляющиеся уменьшением доли дискоцитов, увеличением количества обратимо и необратимо измененных форм эритроцитов, показателя агрегации эритроцитов и среднего размера эритроцитарного агрегата. Стандартная терапия нестабильной стенокардии улучшает цитоархитектонику и показатели агрегации эритроцитов, что подтверждается ростом количества дискоцитов, снижением их агрегации. Изучение цитоархитектоники и агрегации эритроцитов позволяет получить дополнительную информацию о патогенезе заболевания, обосновать эффективность новых методов лечения.

0089 МЕСТО СУБКЛИНИЧЕСКИХ ТИРЕОТОКСИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Берестенникова Л.Н., Чумакова Г.А.

МУЗ «Городская больница №1», Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Распространенность тиреотоксикозов среди больных с мерцательной аритмией была изучена в небольшом количестве отечественных и зарубежных исследований, однако, в этих работах не учитывались субклинические тиретоксикозы (СКТ), при которых по данным Фрамингеймского исследования риск

Tesis_006_end.indd 45 24.08.2006 22:24:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

развития фибрилляции предсердий в 3 раза выше, чем у лиц с эутиреозом.

Цель исследования: изучить распространенность и этиологическую структуру СКТ среди пациентов с мерцательной аритмией (МА).

Материалы и методы. С 04.2005г. по 02.2006г. в исследование было включено 410 больных с мерцательной аритмией, доставленных в кардиологическое отделение городской больницы №1 г. Барнаула по скорой помощи. Большую часть больных (78%) составляли больные с пароксизмальной и персистирующей формами мерцательной аритмии с давностью нарушения ритма до 48 часов. Среди них 66% пациентов женщины. Средний возраст больных составил 56±4,7 лет. В исследование не включались больные, имеющие тяжелую сопутствующую патологию, принимающие стероидные гормоны, у женщин исключалась беременность. Всем больным на амбулаторном или госпитальном этапе проводилось следующее обследование: электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровней тиреотропного гормона (ТТГ), свободных тироксина (Т4), и трийодтиронина (Т3). Клиническим считался тиреотоксикоз при уровне ТТГ ниже нормы и повышенном уровне свободных Т4 и/или Т3. Субклиническим считался тиреотоксикоз при уровне ТТГ ниже нормы и нормальном уровне свободных Т3 и Т4.

Результаты: было выявлено 9 случаев СКТ. Среди всех выявленных тиреотоксикозов (39 больных) доля субклинических составила 25,6%. По этиологической структуре СКТ распределялись следующим образом: у трех пациентов – на фоне приема тироксина, у четырех пациентов – на фоне приема амиодарона, у двух пациентов – дебют диффузно-токсического зоба. Всего было выявлено 13 амиодарон-индуцированных, 5 тироксиновых тиреотоксикозов и у 21 больного тиреотоксикоз возник при диффузно-токсическом зобе, доля субклинических форм среди них составила 30,7%, 60% и 9,5% соответственно.

Таким образом, среди всех тиреотоксикозов, выявленных у больных с МА велика доля субклинических форм. Учитывая неблагоприятное влияние СКТ на течение и прогноз у больных МА, необходимо активное выявление этой патологии у больных МА.

Доля СКТ среди амиодарон-индуцированных и тироксиновых тиреотоксикозов больше, чем при диффузно-токсическом зобе в 3,2 и 6,3 раза соответственно. Больные МА, получающие постоянную терапию амиодароном и тироксином, находятся в группе повышенного риска развития СКТ, что требует его активного выявления у этой категории больных.

0090 МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Бисюк Ю.В., Зимарин Г.И.

МУЗ «ГКБСМП №1», Воронеж, Россия

Своевременное назначение адекватной фармакотерапии имеет решающее значение в прогнозе для пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) и инфарктом миокарда (ОИМ), позволяя значительно снизить риск неблагоприятного исхода.

Целью исследования явилась оценка качества лечебных мероприятий при ОКС и ОИМ с последующей правовой оценкой действий врачей.

Проведена экспертиза 253 медицинских карт стационарных больных. Критерий включения: экстренный характер госпитализации, ОИМ или прогрессирующая стенокардия как заключительный диагноз.

При анализе лечения выявлен целый ряд типичных дефектов: недостаточное обезболивание, несвоевременное назначение антикоагулянтной и дезагрегантной терапии, непроведение тромболитической терапии, неназначение или позднее назначение бета-адреноблокаторов, полипрагмазия, назначение препаратов с недоказанной клинической эффективностью. В 27 случаях (10,7%) выявленные дефекты в лечении расценены как потенциально опасные в плане риска преждевременной смерти, наступления инвалидности и удлинения сроков временной нетрудоспособности.

Выявленные дефекты в лечении в случае предъявления иска к лечебно-профилактическому учреждению или к врачу могут повлечь юридическую ответственность за причинение вреда здоровью.

Учитывая вышесказанное, необходимо осуществлять мониторинг причин дефектов при оказании медицинской помощи, а также разработать систему мер по их предупреждению.

0091 АНАЛИЗ ПРИЧИН ДЕФЕКТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ

Бисюк Ю.В., Зимарин Г.И.

МУЗ «ГКБСМП№1», Воронеж, Россия

Ранняя диагностика и своевременное лечение пациентов с острым инфарктом миокарда (ОИМ) при соблюдении принципов преемственности оказания экстренной медицинской помощи на всех этапах способствуют улучшению результатов лечения, поскольку тактика ведения данной категории больных определяется высокой динамичностью процесса и большой вероятностью развития неблагоприятного исхода.

Целью исследования явилась оценка качества оказания экстренной кардиологической помощи больным с ОИМ на догоспитальном и раннем госпитальном этапах с последующей их юридической оценкой.

Проанализировано 327 медицинских карт стационарных больных. Критерии отбора: экстренный характер госпитализации, заключительный диагноз острый инфаркт миокарда. Выявлены 22 случая (6,7%), обусловленные дефектами в сборе жалоб и анамнеза (33,4%); в обследовании (24,6%); в лечении (12,3%); в сборе жалоб, анамнеза и обследовании (14,8%); дефекты в обследовании и лечении (8,3%); дефекты в сборе жалоб, анамнеза, обследовании и лечении (6,6%).

Причины выявленных дефектов связаны с недооценкой врачами жалоб, неточностями при сборе анамнеза, недооценкой состояния больного, клинической картины заболевания, данных ЭКГ, недиагностированием повторного инфаркта в зоне рубцовых изменений, нераспознаванием острого коронарного синдрома.

Ретроспективный анализ медицинской документации позволили определить причины дефектов: все эти причины являются субъективными и их возникновение зависит в основном от личных качеств врача как личности и как специалиста.

Учитывая рост правосознания граждан, во избежание исков со стороны пациентов и их родственников необходимо осуществлять постоянный контроль качества оказания медицинской помощи, а также повышать правовую грамотность медицинского персонала.

0092 СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЦИДИВ СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Бобырев С.Е., Сейидов В.Г., Евсюков В.В., Любчук И.В., Воронина Н.В., Гарбузова О.Г., Котельников В.Н., Арутюнов Э.В.

РГМУ им И.П. Павлова, Рязань; ВГМУ, Владивосток; ДГМУ, Хабаровск; Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток, Россия

Tesis_006_end.indd 46 24.08.2006 22:24:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования. Сравнить отдаленные результаты коронарного шунтирования и консервативного лечения. Оценить влияние дислипидемии, диабета, характера гипогликемической терапии, артериальной гипертензии, повышения маркеров системного воспаления на рецидив стенокардии после операции.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год обследовано 1009 пациентов через год после коронарного шунтирования и 168 больных, которые лечились консервативно.

Результаты исследования и обсуждение. До коронарного шунтирования пациенты имели в основном III-IV ФК стенокардии –74.2% и были статистически сопоставимы с группой консервативного лечения. Через 1 месяц после коронарного шунтирования у подавляющего большинства больных отсутствовали симптомы стенокардии – 74,8%, стенокардия I-II ФК наблюдалась у 18,8%, стенокардия III-IV ФК –6,4%. Через 1 год после операции результаты ухудшились, отмечалось достоверное уменьшение числа больных без симптомов стенокардии с 74,8% до 48,9%, увеличение числа больных имеющих стенокардию I-II ФК с 18,8% до 38,1%, а также увеличение количества больных со стенокардией III-IV ФК с 6,4% до 13,0% ($p<0,05$). Через год после операции не обнаружено достоверных различий в рецидиве стенокардии в зависимости от применяемого анастомоза. Через год при медикаментозном лечении только 4,6% ($p<0,01$) не имели приступов стенокардии при привычной физической нагрузке и преобладали лица с тяжелыми функциональными классами стенокардии (3-4 ФК) – 77,0%. Годичная летальность в группе консервативного лечения была достоверно выше по сравнению с оперативным лечением – 9,5% и 0,9% ($p<0,05$). В нашем исследовании обнаружено негативное влияние сахарного диабета, повышенного уровня общего холестерина, холестерина низкой плотности и липопротеида (а) на рецидив стенокардии в отдаленном периоде после коронарного шунтирования. При этом не выявлено негативного влияния повышенного уровня триглицеридов, липопротеидов высокой плотности, артериальной гипертензии на клинические проявлениями ИБС в отдаленном периоде после операции. Обнаружено негативное влияние повышенного уровня С-реактивного белка, как маркера системного воспаления, на частоту рецидива стенокардии после операции. В течение года 48 больных с артериальной гипертензией после АКШ принимали ингибитор АПФ рамиприл (хартил, «Эгис») в средней дозе 8,4 мг/сут. При этом у 82% удалось достичь целевых цифр АД (<140/90) в монотерапии и не было побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Заключение. Несмотря на ухудшение результатов лечения через 1 год после операции, хирургическая реваскуляризация миокарда имеет существенные преимущества перед консервативным лечением пациентов с высоким функциональным классом стенокардии.

0093 СВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Богатырев С.Н., Симонова Г..И., Малютина С.К.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Изучить связь физической активности (ФА) и уровней артериального давления (АД), общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ЛВП), триглицеридов (ТГ), индекса массы тела (ИМТ).

Методы. Исследование проведено в рамках проекта ВОЗ MONICA (Monitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease), раздела MOSPA (MONICA Optional Study of Physical Activity). ФА и уровни факторов риска изучались в случайных репрезентативных выборках мужчин и женщин 25-64 лет – представителей неорганизованной популяции, постоянных жителей двух административных районов г.Новосибирска (1554 мужчин и 1561 женщины). Методом изучения ФА было интервьюирование с применением вопросника MOSPA, включавшего следующие основные разделы: профессиональная ФА (работа сидя или стоя, ходьба, физический труд (поднятие/переноска тяжестей или работа, требующая аналогичных усилий); ФА по пути на работу/с работы или за покупками; ходьба на досуге; энергичная домашняя физическая работа; занятия садоводством, спортом, физическими тренировками, упражнениями. Рассчитывались недельные энерготраты при отдельных видах ФА (МЕТ-мин/ нед), определявшиеся умножением суммарной продолжительности каждого вида ФА на его энергетическую характеристику (МЕТ). Уровни систолического АД (САД), диастолического АД (ДАД), ОХС, ЛВП, ТГ и ИМТ определялись в соответствии с протоколом исследования.

Результаты. При анализе показателей АД в зависимости от характера профессиональной ФА средняя величина САД у женщин, занимающихся в течение типичного рабочего дня физическим трудом, была на 3,0 Мм рт.ст. выше, чем у не занимающихся ($P<0,05$). Аналогичная тенденция наблюдалась и в средних величинах ДАД, однако она не достигла уровня значимости ($P=0,06$). Средняя величина САД у женщин, не занимавшихся физическими упражнениями, была на 3,5 Мм рт.ст. выше, чем у занимавшихся умеренными (4-6 МЕТ) и на 4,1 Мм рт.ст. выше, чем у занимавшихся интенсивными (свыше 6 МЕТ) физическими упражнениями. У мужчин аналогичная картина наблюдалась в отношении ДАД. По мере увеличения общей ФА показатели ТГ и индекс атерогенности у лиц обоего пола значимо уменьшались, а показатели ЛВП – увеличивались. У женщин увеличение энерготрат при домашней физической работе ассоциировалось со снижением уровня ТГ на 10,1 мг/дл и индекса атерогенности на 0,31 ед. и увеличением ЛВП на 3,6 мг/дл. У мужчин, занимающихся интенсивными физическими упражнениями, уровень ОХС и индекс атерогенности были значимо ниже (189,7 и 201,3 мг/дл; 2,94 и 3,21 ед. соответственно), чем у не занимающихся. У мужчин, занимающихся в течение типичного рабочего дня физическим трудом, ИМТ был значимо выше, чем у не занимающихся (25,9 и 25,4).

Выводы. Таким образом, в популяции г. Новосибирска различия в некоторых характеристиках ФА – как профессиональной ФА, так и ФА в свободное время, ассоциировалась с уровнями САД, ДАД, ОХС, ЛВП, ТГ, индекса атерогенности и, в меньшей степени –с величиной ИМТ.

0094 ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Богачев Р.С., Рафеенкова В.С., Кобер Д.В.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Областная больница, Калининград, Россия

Постинфарктному ремоделированию придается большое значение при выборе лечения и оценке прогноза течения инфаркта миокарда (ИМ). Динамика структурно-функциональных изменений миокарда позволяет контролировать и корректировать ход лечения больных

Цель исследования: оценить связь эндотелиальной дисфункции с особенностями ремоделирования сердца в разные периоды инфаркта миокарда.

Обследовано 100 больных ИМ (средний возраст 49,7 лет). Кроме клинического обследования, всем больным проведено ЭхоКГ; вазодилатирующая функция эндотелия определена окклюзионной пробой с реактивной гиперемией плечевой артерии. Все исследования проведены в 1-2 сутки и через 6 месяцев с динамикой наблюдения за больными на протяжении двух лет.

У 74% больных выявлено нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД): у 44% –уменьшение, у 30% –парадоксальная вазоконстрикция. Независимо от типа ЭЗВД, в остром периоде ИМ отмечено сочетание дилатации и гипертрофии ми-

Tesis_006_end.indd 47 24.08.2006 22:24:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

окарда левого желудочка (ЛЖ). У больных с вазоконстрикцией сочетанный характер ремоделирования отмечен чаще, чем при нормальной ЭЗВД. При уменьшении показателей ЭЗВД чаще преобладала дилатация. При вазоконстрикторной реакции преобладала концентрическая гипертрофия ЛЖ, при сниженной ЭЗВД – эксцентрическая. На фоне лечения при исходно сниженной ЭЗВД увеличилось число больных без гипертрофии ЛЖ. При исходной вазоконстрикции увеличилось число больных с тяжелой степенью гипертрофии. На протяжении двух лет у 15 больных с парадоксальной вазоконстрикцией отмечен повторный ИМ.

Таким образом, характер, длительность и стойкость ремоделирования зависит от степени нарушения ЭЗВД. Вазоконстрикторная реакция сосудов способствует выраженной дилатации полостей, концентрической гипертрофии миокарда, на ее фоне велик риск развития повторного ИМ.

0095 РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН: СЛУЧАЙНОСТЬ ИЛИ ФАТАЛЬНОСТЬ?

Богоявленская О.В., Ослопов В.Н., Файзуллина Д.Р., Капралова Л.И.

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ», Казань, Россия

Цель: изучение новых случаев артериальной гипертензии у женщин организованной популяции и возможной зависимости их развития от функционального состояния клеточных мембран.

Методы: через три года после первичного обследования женщин организованной популяции повторно осмотрено 42 женщины (средний возраст 45,5±0,5 лет), у которых в 2003 г. было констатировано отсутствие артериальной гипертензии (АГ). Выявление АГ осуществлялось по рекомендациям экспертов Всероссийского научного общества кардиологов и Европейского общества по АГ (2004), регистрировались наличие АГ в анамнезе и отягощенная по АГ наследственность (НО по АГ) со стороны родителей обследуемых. Оценка функционального состояния клеточных мембран проводилась по скорости Na+-Li+-противотранспорта (Na+-Li+-ПТ) в мембране эритроцита по методу M.Canessa (1980).

Результаты: средняя скорость Na+-Li+-ПТ составила 235,8±12,6 мкмоль Li/1 л Эр. в ч. В зависимости от величины скорости Na+-Li+-ПТ женщины были распределены на 4 квартиля. У 15 женщин выявлена низкая скорость Na+-Li+-ПТ (I квартиль), 12 –средняя (II квартиль), 9 –умеренно высокая (III квартиль) и у 6 –высокая (IV квартиль) скорости Na+-Li+-ПТ. Проведенное повторное обследование выявило, что у 69% (29) женщин развилась АГ. При этом среди женщин с низкой скоростью Na+-Li+-ПТ инциденты АГ развились у 9 (60%), со средней скоростью Na+-Li+-ПТ – у 8 (67%), с умеренно высокой скоростью Na+-Li+-ПТ – у 6 (67%) наблюдаемых. При высокой скорости Na+-Li+-ПТ (IV квартиль) у всех обследованных (100%) констатировано стойкое повышение АД. У 21 (50%) из 42 повторно обследованных женщин выявлена НО по АГ, причем чаще она отмечалась у женщин с повышенным АД и наиболее часто (в 75% случаев) – в I квартиле, среди лиц с низкой скоростью Na+-Li+-ПТ. В IV квартиле у женщин с инцидентами повышения АД НО по АГ отмечена в 67% случаев.

Выводы: исследование подтверждает большую значимость изучения функционального состояния клеточных мембран (по скорости натрий-литиевого противотранспорта) для выявления лиц группы риска по развитию АГ. При обнаружении у женщин высокой скорости Na+-Li+-ПТ риск развития у них АГ возрастает в 2 раза по сравнению с лицами носителями низкой скорости Na+-Li+-ПТ. При наличии в анамнезе фактора НО по АГ риск развития АГ еще больше увеличивается. Таким образом, женщины –носительницы величин III и, в особенности, IV квартиля скорости Na+-Li+-ПТ, имеют наиболее высокий риск развития АГ. Существует вероятность, что фатально АГ развивается у женщин с высокими цифрами скорости Na+-Li+-ПТ. Анализ роли мембранных нарушений в развитии АГ дает возможность установления достоверной связи появления у женщин АГ и ее распространенности, коррелирующей со скоростью Na+-Li+-ПТ.

0096 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ

Боева О.И., Ягода А.В., Кащеева Е.А., Щеглова Е.В.

СтГМА, Ставрополь, Россия

Целью данной работы было уточнение роли посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и клинических характеристик основного соматического заболевания в развитии патологических типов внутренней картины болезни (ВКБ) и расстройств адаптации у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), а также оценка возможностей экспериментально-психологического обследования в прогнозировании вариантов клинического течения ИБС.

Материал и методы. Обследовано 204 пациента (68,4% мужчин, средний возраст 59,7±4,8 года) с верифицированным диагнозом стабильной стенокардии напряжения (СН) I-IV функционального класса (ФК) и признаками недостаточности кровообращения не более I-II ФК по NYHA. 106 из них имели различные клинические варианты ПТСР коморбидного коронарной болезни сердца. Экспериментально-психологическое обследование включало личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), характеризующий тип отношения к болезни, и психоаналитическую проективную методику Л.Сонди, позволяющую выявить формы психосоматической дезадаптации.

Результаты. Анализ данных экспериментально-психологического обследования показал, что у подавляющего большинства пациентов с ПТСР (93,3% обследованных) было заблокировано адекватное отношение к своему соматическому состоянию. Преобладали патологические типы восприятия болезни в виде гипернозогнозических по сути реакций (65,4% случаев, $p \geq 0,01$). Оказалось, что нозогенные реакции этих больных являются закономерным продолжением психопатологических симптомокомплексов, существующих в рамках ПТСР, и зачастую имеющих преморбидный базис в виде акцентуаций личности или конституциональных личностных аномалий. Достоверной связи между клиническим вариантом и/или тяжестью коронарной патологии и типом нозогенной реакции в данной группе больных не отмечалось. Среди пациентов без признаков ПТСР патологические типы ВКБ встречались также нередко – в 58,3% случаев, но достоверно зависели от клинической формы заболевания. У больных с СН I-II ФК наиболее часто встречались гипонозогнозические типы реагирования ($p \geq 0,01$), а гипернозогнозические реакции доминировали среди больных СН III-IV ФК ($p \geq 0,01$), либо имевших в анамнезе ИМ ($p \geq 0,05$), нарушения ритма и/или проводимости, плохо переносимые субъективно ($p \geq 0,05$).

Выводы. Наши наблюдения свидетельствуют о влиянии ПТСР, предшествовавшего и коморбидного развитию коронарной патологии, на формирование неоптимальных психологических механизмов медико-социальной адаптации и потенциально неблагоприятных вариантов ВКБ, способствующих экзацербации проявлений ИБС. Анализ клинико-психологических параллелей у кардиологических больных указывает на возможность использования психологических критериев в качестве маркёров предиспозиции к развитию некоторых клинических вариантов коронарной болезни сердца и, как следствие, возможность их применения в качестве диагностических критериев при разработке адекватных психотерапевтических технологий и оптимальных схем социальной реабилитации данной категории пациентов.

Tesis_006_end.indd 48 24.08.2006 22:24:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0097 СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Боева О. И., Ягода А.В., Кащеева Е.А., Щеглова Е.В.
СтГМА, Ставрополь, Россия

Цель работы состояла в изучении взаимосвязи преморбидных свойств личности и психопатологических проявлений у больных ИБС.

Материал и методы. В исследование были включены 268 пациентов (64,7% мужчин, средний возраст 57,8±7,2 года) с верифицированным диагнозом стенокардии напряжения (СН) I-IV функционального класса (ФК), не имевших острой и/или тяжёлой сопутствующей патологии. Контрольную группу составили 80 практически здоровых людей, сопоставимых с больными по полу и возрасту. Для выявления личностно-характерологических особенностей пациентов и объективизации психопатологических проявлений применяли клинико-психологическое интервью, дополненное результатами психологического тестирования с использованием личностного опросника К. Леонгарда, многофакторного личностного опросника Кеттелла, опросников Айзенка и оценки невротического состояния К.К. Яхина и Д.М. Менделевича.

Результаты. Распространённость среди больных психопатологических нарушений, соответствовавших диапазону пограничных психических расстройств (ППР), составила 86,4%. Отмечался полиморфизм психопатологической симптоматики при состояниях различного генеза (соматизированных, психогенных и соматогенных). Наиболее частыми и выраженными проявлениями невротических нарушений у больных ССН были преходящие депрессивные (31,5%) и тревожные реакции (26,4%); нередко встречались астения (21,9%), фобический синдром (16,8%), которые были «спаяны» с вегетативными нарушениями (42,8%). Для выявления и сравнительной оценки вклада проявлений ППР и личностных особенностей в дифференциацию пациентов с ИБС применялся подход, учитывающий взаимную скоррелированность признаков, – дискриминантный анализ. Проведённый патопсихолого-математический анализ позволяет утверждать, что использование комбинации 4-х методик, в которых преобладают личностные показатели (в частности в опросниках Кеттелла, Леонгарда, Айзенка) обладает большей информативностью в отношении дифференциации патопсихологического профиля больных ИБС. С учётом данных психолого-математического анализа следует охарактеризовать пациентов с ИБС и потенциальных больных как личностей с тенденцией к доминированию, дисциплинированных, радикально мыслящих, с интеллектом не ниже среднего, в то же время психологически зависимых от окружающих, склонных к гипотимии. Описанный набор качеств характерных для «незрелой», «невротической» личности может составить фундамент для развития внутриличностного конфликта. Об этом свидетельствуют и обнаруженная склонность больных к вегетативной неустойчивости, истерическому типу реагирования и нейротической тревожности.

Выводы. В целом полученные данные свидетельствуют о ведущей роли базисных психологических характеристик личности, детерминирующих «уязвимость» психической сферы, в развитии пограничных психических расстройств, несомненно ускоряющих формирование ИБС у лиц с соматической предиспозицией, осложняющих её течение и ухудшающих прогноз.

0098 ВЛИЯНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ТРАНЗИТОРНОЙ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Бойкова И.О.
НУЗ ОБ ст.Курск ОАО РЖД, Курск, Россия

Целью исследования явилось сравнение влияния бисопролола (Concor, Merck KGaA), карведилола (Dilatrend, F.Hoffmann La Roche; Coryol, KRKA), метопролола CR/XL (Betaloc ZOK, AstraZenica AB) на параметры вариабельности сердечного ритма у пациентов с безболевой ишемией миокарда при сахарном диабете 2 типа.

Материалом исследования послужили 34 мужчины 45-58 лет, имеющие по данным длительного мониторирования ЭКГ по Холтеру транзиторную безболевую ишемию миокарда на фоне компенсированного среднетяжелого течения сахарного диабета 2 типа. Фоновая терапия включала метформин и/или глибенкламид, симвастатин, аспирин. Артериальную гипертензию корригировали эналаприлом. Критериями исключения являлись перенесенный инфаркта миокарда, тяжелая форма ХОБЛ, наличие атриовентрикулярной блокады, застойной сердечной недостаточности.

Мониторирование ЭКГ проводилось с использованием монитора «Кардиотехника – 4000» (Инкарт, С.Петербург). Исследование выполнялось в течение 24 часов. Анализ вариабельности сердечного ритма выполнялся по 5 Мин отрезкам, но не менее 300 R-R интервалов. Учитывались показатели временного и спектрального анализов. Дизайн исследования заключался в исследовании параметров вариабельности сердечного ритма до испытания, затем по 4 недели назначались в случайном порядке бисопролол (5 мг однократно в сутки), метопролол CR/XL (50 мг однократно в сутки), карведилол (25 мг 2 раза в сутки) с последующей статобработкой дисперсионным анализом повторных измерений. Анализировались 95% доверительные интервалы для разности до и после назначения каждого из трех бета-блокаторов.

Применение бисопролола сопровождалось увеличением временных (SDNN, pNN50, RMSSD) и частотных (HF и TP) параметров вариабельности ритма сердца, снижалось отношение LF/HF. Использование карведилола было сопряжено с меньшим, но значимым увеличением SDNN, HF. При терапии метопрололом CR/XL не выявлено статистически значимых изменений параметров вариабельности сердечного ритма в ходе исследования. При приеме всех трех исследованных бета-блокаторов установлено выраженное уменьшения как числа эпизодов безболевой ишемии миокарда, так и их продолжительности, снижение желудочковой эктопической активности миокарда без статистической значимости в различии этих эффектов у бисопролола, карведилола, метопролола CR/XL. Ассоциации антиишемической, антиаритмической активности с показателями вариабельности сердечного ритма не выявлено.

Таким образом, при идентичном антиишемическом эффекте исследованных бета-блокаторов у пациентов с компенсированным сахарным диабетом 2 типа установлены более выраженные положительные сдвиги показателей вариабельности сердечного ритма при приеме бисопролола.

0099 ЭКЗОТОКСИЧЕСКИЙ ШОК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Бойко Е. В., Говорин А. В., Соколова Н.А., Руцкина Е.А.
Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Острые бытовые отравления, вызванные уксусной кислотой, занимают одно из ведущих мест в структуре больных токсикологических центров и, как правило, сопровождаются развитием полиорганной недостаточности. Одним из грозных и смертельных осложнений при отравлении уксусной кислотой является развитие экзотоксического шока. Летальность при данном виде шока составляет более 60%.

Цель работы: изучить частоту и тяжесть экзотоксического шока у больных с острым отравлением уксусной кислотой по данным Областного Токсикологического Центра в период 2000 – 2005 гг.

Tesis_006_end.indd 49 24.08.2006 22:24:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Методы исследования: клинический анализ 452 случаев пациентов с острым отравлением уксусной кислотой трудоспособного возраста в первые сутки с момента отравления в Областном Токсикологическом Центре г. Читы в период 2000 – 2005 гг.

Результаты исследования: на долю женщин острых отравлений уксусной кислотой приходилось 259 (57,3%) и 193 (43%) у мужчин. Суицидальный характер отравлений был выявлен в 222 (49%) случаях и в 230 (51%) отмечены бытовые отравления. Обращает на себя тот факт, что с суицидальной целью принимают уксусную кислоту преимущественно женщины. Средняя доза принятой уксусной кислоты составила 35,2±4,5 мл. В 70,9% (320) случаев острые отравления произошли на фоне алкогольного опьянения. Состояние больных при поступлении в стационар 9,5% (43) было расценено как легкой степени тяжести, в 63% (285)- средней тяжести и в 27,4% (124) случаев тяжелым. В 43 (9,5%) случаев наступил летальный исход больных. Основными причинами смерти были: экзотоксический шок, развившийся в 40 (8,8%) случаях и был непосредственной причиной смерти у 33 (76,7%) . Все больные с экзотоксическим шоком погибли в первые сутки поступления от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. Из проанализированных случаев, у больных с экзотоксическим шоком была тяжелая картина ДВС крови. Кроме того, в 137 (30,4%) случаях встречались раннее пищеводно-желудочное кровотечение и в 10 (23,2%) случаев стало одной из причин смерти, которые так же развивались фоне химического ожога желудочно-кишечного тракта и ДВС синдрома. В 6 (13,9%) случаях причина смерти была острая почечная недостаточность.

Выводы: таким образом, экзотоксический шок является наиболее частой причиной смерти больных с острым отравлением уксусной эссенцией.

0100 СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ

Бокерия Л.А., Алекян Б.Г., Бузиашвили Ю.И., Голухова Е.З., Никитина Т.Г., Стаферов А.В., Закарян Н.В., Аль-Шарджаби Р.А.М

Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цел: оценка эффективности выполнения рентгеноэндоваскулярных вмешательств у больных ИБС при поражении основного ствола левой коронарной артерии.

Методы: В НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН с сентября 1996 г. по март 2006 г. было выполнено 69 рентгеноэндоваскулярных вмешательств у 66 пациентов при поражении основного ствола левой коронарной артерии (ЛКА). В 48 (72,7%) случаях вмешательства проводились у пациентов со стабильной стенокардией напряжения и в 18 (27,3%) – у пациентов с острым коронарным синдромом. В группе пациентов со «стабильной» ИБС у 21 (43,7%) пациента отмечался возврат клиники стенокардии после операции аортокоронарного шунтирования (АКШ) и на момент вмешательства у них был “защищенный” ствол ЛКА, у 45 (68,2%) пациентов имелся “незащищенный” ствол ЛКА. В группе пациентов с острым коронарным синдромом на момент выполнения вмешательства у 6 пациентов имел место острый инфаркт миокарда, у 12 – нестабильная стенокардия.

Результаты: Ангиографический успех вмешательства имел место у 47 (97,9%) пациентов со стабильной стенокардией, летальность в этой группе отсутствовала. В группе больных с острым коронарным синдромом хороший ангиографический результат был достигнут у 17 (94,5%) больных, однако общая летальность в этой группе составила 22,2% (4 случая). Причины смерти: кардиогенный шок в 3 случаях, разрыв кальцинированного ствола ЛКА – в 1 случае.

В отдаленном периоде в сроки от 6 до 60 месяцев (в среднем 33±7мес.) были обследованы 36 (58,0%) из 62 пациентов после ангиопластики ствола ЛКА. Рецидив стенокардии отмечен у 8 (22,2%) пациентов. Контрольная коронарография была проведена у 18 (50,0%) пациентов, у 11 (61,1%) из которых были имплантированы стенты без лекарственного покрытия, а у 7 (38,9%) – стенты с лекарственным антипролиферативным покрытием “Cypher”. Рестеноз ствола ЛКА в общей группе был отмечен у 3 (16,7%) больных: в группе пациентов со стентами без лекарственного покрытия – у 2 (18,2%), а в группе с имплантированными стентами Cypher – у 1 (14,3%) пациента.

Выводы: рентгеноэндоваскулярные вмешательства при поражении основного ствола ЛКА являются достаточно эффективным и безопасным методом лечения как при наличии «защищенного», так и «незащищенного» ствола ЛКА. Рентгеноэндоваскулярный метод может служить альтернативой операции аортокоронарного шунтирования при изолированном поражении основного ствола левой коронарной артерии, а у больных с острым коронарным синдромом являются в некоторых случаях единственно возможным методом стабилизации состояния данной группы больных.

0101 СТЕНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Бокерия Л.А., Алекян Б.Г, Бузиашвили Ю.И., Голухова Е.З., Закарян Н.В., Стаферов А.В., Арипов М.А.

Научный Центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель: показать эффективность современных методов эндоваскулярной хирургии в лечении пациентов с острым коронарным синдромом.

Методы: с января 1998 г. по настоящее время выполнено 414 эндоваскулярных вмешательств у 388 пациентов с нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда. У 202 (52%) пациентов процедура проводилась в остром периоде инфаркта миокарда, у 56 (14,5%) была впервые возникшая стенокардия, у 56 (14,5%) – прогрессирующая, у 74 (19%) – ранняя постинфарктная стенокардия. Возраст пациентов колебался от 27 до 74 лет (в среднем 47±1,6 лет), фракция выброса ЛЖ колебалась от 25% до 66% (в среднем составила 42±2,1%). У 106 (27,7%) пациентов отмечалось односсудистое поражение; у 272 (70%) – многососудистое поражение. Поражение ствола левой коронарной артерии было отмечено в 10 (2,3%) случаях. Транслюминальная баллонная ангиопластика (ТЛБАП) со стентированием выполнена у 226 (58%) пациентов, прямое стентирование –у 116 (30%) больных и ТЛБАП – у 46 (12%) пациентов. Таким образом, стентированию коронарных артерий подверглись 88% больных. Успешная реканализация окклюзированой клиникозависимой артерии была выполнена у 104 из 106 пациентов. В целях дополнительной дизагрегационной терапии при остром коронарном синдроме у 178 (46%) пациентов применяли ингибиторы гликопротеиновых IIb-IIIa рецепторов тромбоцитов. Впервые в России выполнена успешная тромбэктомия системой «AngioJet» у двух больных с острым тромбозом правой коронарной артерии.

Результаты: Хороший ангиографический результат после вмешательства отмечен в 376 (97%) случаях. После эндоваскулярных процедур ФВ левого желудочка достоверно возросла в среднем с 40±2% до 58±2%. У 146 (37,6%) пациентов прекратились приступы стенокардии; I ФК по классификации CCS имел место у 110 (28,3%) пациентов; II ФК –у 98 (25,3%); III ФК – у 22 (5,7%) пациентов. У 16 (7,9%) пациентов с ОИМ в последующем развился Q-ИМ, у 72 (37,6%) – мелкоочаговый ИМ, у 100 (49,5%) пациентов отсутствовали ЭКГ признаки ИМ. Летальный исход имел место в пяти случаях у больных с ОИМ и в одном случае у больного с нестабильной стенокардией, осложненным кардиогенным шоком. Госпитальная летальность составила 3%.

Tesis_006_end.indd 50 24.08.2006 22:24:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Вывод: Стентирование у пациентов у пациентов с нестабильной стенокардией и острым инфарктом миокарда является методом выбора в лечении данной категории больных.

0102 ВОЗМОЖНОСТИ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Бокерия Л.А.[1], Голухова Е.З.[1], Еремеева М.В[1]., Асланиди И.П.[1], Мерзляков В.Ю.[1], Георгиев Г.П.[2], Киселев С.Л.[2], Беришвили И.И.[1], Вахромеева М.Н.[1], Серов Р.А[1], Артюхина Т.В.[1], Басараб Ю.С[1], Полякова Э.С.,[1] Лукашкин М.А.[1]

[1]НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия. [2]Институт биологии гена РАН, Москва, Россия

Цель исследования: оценить опыт клинического использования и воздействия на миокард терапевтического ангиогенеза в сочетании с трансмиокардиальной лазерной реваскуляризацией (ТМЛР) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы: 29 пациентов получили инъекцию гена VEGF 165 (препарат Ангиостимулин) интрамиокардиально во время операций аорто-коронарного шунтирования (АКШ), трансмиокардиальной лазерной реваскуляризации (ТМЛР), Миниинвазивной реваскуляризации миокарда (МИРМ). Критерием включения в исследование было наличие неоперабельной коронарной артерии, кровоснабжающей область жизнеспособного (по данным сцинтиграфии и позитронно-эмиссионной томографии) миокарда. Повторное обследование проводилось через 1, 2-4, 6-8 и 12 месяцев после операции и включало: сцинтиграфию миокарда, тредмил-тест (протокол Bruce), ЭхоКГ с посегментарной оценкой сократимости миокарда левого желудочка.

Результаты: мы обнаружили улучшение перфузии миокарда (по данным сцинтиграфии) через 2-4 месяца после введения гена VEGF 165 в сочетании с ТМЛР CO2 лазером. При изолированном воздействии CO2 лазера достоверное улучшение перфузии выявлялось лишь с 6-го месяца после операции.

Выводы: первый опыт применения гена VEGF 165 показал безопасность этого метода лечения. Полученные в исследовании результаты позволяют рекомендовать дополнять стандартную процедуру ТМЛР CO2 лазером введением гена VEGF 165 при невозможности выполнить аорто-коронарное шунтирование в данной области миокарда.

0103 ИСПОЛЬЗОВАНЕИ МЕТОДА ПОВЕРХНОСТНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС И СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Полякова И.П., Круглова М.В., Чукович З.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

В НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева диагностическое обследование больных с ИБС и сочетанной сердечной патологией включает метод многоканального поверхностного ЭКГ картирования (ПК), при необходимости, одновременно с проведением стресс-теста. С 1991 года для ПК используется система Cardiag с регистрацией 80 униполярных отведений, расположенных равномерно по всей поверхности грудной клетки. Конструкция регистрирующей части позволяет выполнять исследование у больных во время велоэргометрической пробы. С 2002 года применяется также прибор PRIME ECG, в котором 80 униполярных отведений, регистрируются с помощью самоклеящихся рентген-прозрачных электродов, что позволяет проводить непрерывный развернутый ЭКГ-контроль состояния больного во время процедуры транслюминальной баллонной ангиопластики.

К настоящему времени выполнено 3467 исследований 2865 пациентам (1826 м и 1039 ж, возраст от 2-77 лет). 7% составили больные с приобретенными пороками сердца, остальные – больные с ИБС и сочетанной сердечной патологией.

Анализ результатов ПК и сопоставление их с данными сцинтиграфии миокарда, коронарографии, инвазивного ЭФИ показали возможности применения ПК для исследования электрофизиологических свойств миокарда у пациентов с ИБС, приобретенными пороками, различными видами аритмий и сочетанной патологией. Проведение ПК в покое и при физической нагрузке (ВЭМ-проба) у больных ИБС позволяет оценить наличие, локализацию и объем рубцовых и ишемических изменений и может использоваться для предсказания клинико-зависимой артерии. Регистрация множественных отведений с последующей компьютерной обработкой данных имеет высокие диагностические возможности в определении локализации рубцовых изменений миокарда в случаях осложнения ИБС нарушениями проводимости, в том числе полной блокадой пучка Гиса. Проведены работы по использованию ПК в диагностике повреждения миокарда во время интервенционной кардиологической процедуры, а также для оценки результатов интервенционных процедур и хирургических операций реваскуляризации миокарда.

Наш опыт показывает, что ПК является неинвазивным, экономически выгодным и высокоэффективным диагностическим методом.

0104 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Шумков К.В.

НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева, РАМН, Москва, Россия

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения и выявить предикторы послеоперационной летальности у больных с сочетанной коррекцией ИБС и желудочковых аритмий (ЖА).

Материалы и методы: за период с 1988 по 2004гг. выполнено 154 операции сочетанной и изолированной коррекции ИБС и желудочковых нарушений ритма. Из 154 обследованных пациентов 151 (98%) были мужчины и 3 (2%) женщины. Возраст больных варьировал от 29 до 69 лет, составив в среднем 49±8,2 лет. Длительность коронарного анамнеза до момента поступления в клинику в среднем составила 33 месяца. Недостаточность кровообращения наиболее часто была представлена II-III функциональным классом (ФК) по NYHA, 43 (28%) пациентов относились к II ФК, 83 (54%) –к III ФК и 28 (18%) –к IV ФК. Инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе имели 85% больных. Повторный ИМ встречался в 21,4% случаев, 8 больных перенесли более двух ИМ. Общая фракция выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) в среднем составила 44%±8,8. ФВ менее 40% имели 34 обследованных больных. Количество пораженных коронарных артерий в общей группе колебалось от 1 до 5, в среднем 2,7 артерии на каждого пациента. Средняя фракция выброса (ФВ) ЛЖ составила 35,3%. Предоперационное обследование включало ряд неинвазивных и инвазивных исследований.

Результаты: наиболее значимыми прогностическими факторами послеоперационной летальности были: возраст старше 60 лет, 1 и более ИМ в анамнезе, ФВ ЛЖ менее 40%, III-IV ФК по NYHA, наличие поздних потенциалов желудочков, патологические значения вариабельности сердечного ритма, заднедиафрагмальная локализация аневризмы ЛЖ. Выполнение эндокардиальной резекции и криоаблация аритмогенных зон улучшает отдаленные результаты хирургического лечения ($p<0.05$). На выживаемость пациентов с аневризмой ЛЖ в послеоперационном периоде влияет реваскуляризация симптом-зависимой артерии вне зависимости от вовлечения ее в инфарцированный процесс.

Выводы: пациенты с ИБС и желудочковыми аритмиями нуждаются в выполнении сочетанной коррекции аритмогенного субстрата и реваскуляризации миокарда. Отдаленные резуль-

Tesis_006_end.indd 51 24.08.2006 22:24:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

таты демонстрируют низкую частоту встречаемости внезапной сердечной смерти и возврата желудочковой аритмии после выполнения комбинированной коррекции. Улучшение сократительной способности миокарда ЛЖ и функционального статуса пациентов сочетается с низкими показателями послеоперационной летальности.

0105 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ

Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Какучая Т.Т., Алшибая М.М., Мерзляков В.Ю., Самородская И.В.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Целью нашего исследования было выявить предикторы развития ФП после операций АКШ. Материалы и методы. В исследование вошли 70 пациентов с ИБС (все лица мужского пола), в возрасте от 29 до 69 лет (средний возраст 53,27±8,3 лет), которым было выполнено АКШ. Критериями включения в исследование считали: отсутствие ФП в анамнезе, отсутствие какой-либо антиаритмической терапии до операции, за исключением БАБ и антагонистов кальция. Критериями исключения были: выраженная дисфункция клапанов на фоне ИБС, сопутствующая клапанная патология, аневризма ЛЖ, IV ФК по NYHA и наличие дисфункции щитовидной железы. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от методики выполнения АКШ: в условиях ИК и без ИК. Всем пациентам выполняли весь комплекс неинвазивных методов обследования, определяли содержание предшественников натрийуретических пептидов в плазме крови до и после операции. Для выявления независимых прогностических факторов развития ФП после АКШ мы использовали многофакторный регрессионный анализ. Результаты. Общая встречаемость послеоперационной ФП составила 20%, в группе АКШ с ИК –21%, а в группе АКШ без ИК –19% (p=0,45). Учитывались впервые возникшие после операции эпизоды ФП длительностью ≥30сек. Независимыми факторами риска развития ФП после операций АКШ оказались пожилой возраст (β=1,9), длительность фильтрованной Р-волны (β=1,8), время ИК (β=1,8), время пережатия аорты (β=1,7), необходимость во ВАБК (β=1,7), длительность анамнеза ИБС (β=1,7), размеры ЛП (β=1,4), длительность ИВЛ более 24 часов (β=1,4) и пневмонии (β=1,4). Заключение. Результаты проведенного нами исследования показали, что больные, перенесшие операцию АКШ, имеют высокий риск развития ФП в раннем послеоперационном периоде несмотря на проводимую профилактику БАБ-ми. Кроме того, частота встречаемости ФП одинакова после операций АКШ, выполненных в условиях ИК и без него, что отражает существующее сегодня противоречие среди исследователей во всем мире относительно её распространенности после таких операций. В настоящее время более щадящего метода АКШ, чем Миниинвазивное АКШ (в т.ч. АКШ без ИК) не существует, а практически одинаковая частота встречаемости ФП после АКШ с ИК и без ИК объясняется предрасположенностью к развитию ФП определенной группы пациентов до операции, обусловленной структурно-морфологическими и электрофизиологическими изменениями миокарда предсердий, которые под воздействием различных триггеров в результате выполнения операций АКШ проявляются в виде возникновения преимущественно преходящих эпизодов ФП.

0106 КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ СКВИД-МАГНИТОКАРДИОГРАФА

*Бокерия Л.А., Голухова Е.З., Полякова И.П., Круглова М.В., Васнев А.В.**

НЦССХ им.А.Н.Бакулева РАМН, Москва, Россия. * НПО «Криотон», Москва, Россия

В последние годы магнитометрические методы исследования биологических объектов из экспериментальных лабораторий все активнее входят в клинику. В НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева проводилась клиническая апробация первого в России промышленного образца магнитокардиографа, основу которого составляют СКВИДы (SQUID –Superconducting Quantum Interference Device) –сверхпроводящие квантовые интерференционные измерители магнитного потока, позволяющие проводить регистрацию магнитного поля сердца человека в обычных помещениях, не требующих специального экранирования. 7-канальный магнитокардиограф обеспечивает регистрацию биомагнитной активности в прекардиальной области. На данном этапе целью наших исследований является проверка практической пригодности новой методики и возможности выявления нормальных и патологических характеристик магнитного поля сердца человека. Мы провели магнитокардиометрические измерения у 49 человек, среди которых 34 – пациенты НЦ ССХ, с различной сердечной патологией: с различными формами ИБС, в том числе, пациенты до и после процедуры реваскуляризации миокарда, с артериальной гипертензией, с патологией проводящей системы сердца или нарушениями ритма сердца (желудочковые аритмии, манефестирующий синдром предвозбуждения). Лица без признаков патологии сердца (с доказанным ее отсутствием) или с предположительно Минимальным риском ее наличия составили группу из 15 волонтеров. Была сформирована экспериментальная база данных, в которую включались результаты магнитных измерений и результаты клинического обследования пациентов, и проанализированы магнитокардиограммы пациентов, которые имеют сходные с ЭКГ морфологические особенности, такие, как Р-волна, QRS-комплекс, волны Т-, U. С помощью специализированного программного обеспечения проводились расчеты по измеренному магнитному полю потенциалов и структуры первичных электрических источников в миокарде. На этапе клинической апробации была доказана возможность получения. клинически значимых данных магнитокардиографии в условиях магнитно незащищенного помещения.

0107 НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС

Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Байрамукова М.Х.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Наружная контрпульсация –это безопасный, неинвазивный метод лечения больных ишемической болезнью сердца, которым традиционные методы медикаментозного и хирургического лечения применить не удается по тем или иным причинам.

Цель. Разработать оптимальную методику курсового применения наружной контрпульсации в амбулаторных условиях у больных с рефрактерной стенокардией.

Материал и метод. Двадцать четыре пациента (19 мужчин и 5 женщин) с документированным по данным коронарографии гемодинамически значимым поражением коронарных артерий имели I I–IV ФК стенокардии, четырнадцать пациентов перенесли инфаркт миокарда, семеро – ТЛБАП, пятеро –АКШ. Средний возраст составил 54,3±6,1 года. Курсовое лечение НКП проводили пациентам первой группы (50%) по обычному режиму (ежедневно один часовой сеанс); больным второй группы (50%) по укороченному режиму (два часовых сеанса в день). Проводили от 24 до 35 часовых процедур на аппарате наружной контрпульсации фирмы Vasomedical в кардиосинхронизированном режиме, подавали давление в манжеты 240 – 300 мм. рт.ст. до достижения максимального коэффициента эффективности (D/S).

Результаты. Уменьшение симптомов стенокардии отмечено у всех пациентов. После курса лечения НКП отмечается достоверное уменьшение приступов стенокардии в 3,5 раза и снижение количества доз принимаемых нитратов в 4 раза, уменьша-

Tesis_006_end.indd 52 24.08.2006 22:24:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ется среднее значение функционального класса с 2,54±0,66 до 1,25±0,9 (p<0,01). По результатам стресс-теста выявлено значительное увеличение толерантности к физической нагрузке, увеличение времени до появления депрессии сегмента ST на 1 мм и общей продолжительности пробы в обеих группах. Основные показатели клинической эффективности не отличаются достоверно значимо при разных режимах лечения. Кроме того, так как все положительные эффекты НКП (нарастание D/S, уменьшение симптомов стенокардии и улучшение гемодинамических параметров) происходят в первую половину курса, а затем наступает эффект «плато».

Выводы: наружная контрпульсация –эффективный и безопасный метод лечения больных ИБС. Динамическое наблюдение за приростом коэффициента эффективности процедуры, снижением АД и ЧСС, уменьшением количества приступов стенокардии и доз короткодействующих нитратов показало, что положительные изменения этих параметров происходят в основном в течение первых двух недель лечения НКП, что позволяет сократить сроки курсового лечения без значимого снижения эффективности лечения до 24-30 процедур НКП. Применение режима, при котором проводят две процедуры НКП в день, с перерывом между сеансами, позволяет сократить сроки лечения до 4-5 недель. При этом необходимо учитывать переносимость сдвоенных процедур больным. Клиническая эффективность этого режима не отличается от таковой при проведении одного сеанса в день.

0108 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ДЕВОЧЕК 16-17 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

Болова А.А.

КБГУ, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение вегетативной реактивности девочек 16-17 лет в зависимости от стадии полового созревания.

Материал и методы исследования: было обследовано по 20 девочек в возрасте 16-17 лет, которым проводилась оценка степени полового развития по системе Таннера (1968) и кардиоинтервалографическое исследование с помощью компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131». Регистрация вариабельности сердечного ритма осуществлялась в течение 10 Минут и включала в себя фоновую запись и ортостатическую пробу. Обработка полученных результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica (StatSoft, USA) 6.0.

Оценка вегетативной реактивности осуществлялась с учетом исходного вегетативного тонуса. При этом были проанализированы следующие показатели: математическое ожидание (М), среднее квадратическое отклонение всех R-R интервалов в выборке (СКО), частота сердечных сокращений (ЧСС), мода (Мо), амплитуда моды (АМо), вариационный размах (ВР), коэффициент вариации (КВ), индекс напряжения (ИН).

Результаты исследования и их обсуждение.

В ходе исследования полового статуса было выявлено, что все семнадцатилетние девочки имели 3-4 стадии развития вторичных половых признаков, а шестнадцатилетние находились на 2-3 стадиях. Ответ на ортостатическую пробу у них характеризовался повышением активности симпатической нервной системы. Свидетельством чего явилось уменьшение значений таких показателей как: М, СКО, Мо, ВР, КВ (В 17 лет: М – с 788,24 до 627,19 мс; СКО – с 55,57 до 44,76 мс; Мо – с 778,24 до 616,24 мс; ВР – с 287,10 до 244,95 мс; КВ – с 7,65 до 6,12%. В 16 лет: М – с 773,45 до 585,80 мс; СКО – с 58,30 до 38, 80 мс; Мо – с 771,50 до 606,25 мс; ВР – с 298,80 до 225,40 мс; КВ – с 6,53 до 6,09%) и увеличение значений АМо, ИН и ЧСС (В 17 лет: АМо – с 14,91 до 24,50%; ИН – с 38,16 до 112,04 усл. ед.; ЧСС – с 77,67 до 88,14 уд. в Мин. В 16 лет: АМо – с 14,68 до 26,28%; ИН – с 39,01 до 90,23 усл. ед.; ЧСС – с 75,25 до 93,85 уд. в Мин.). Но по значению показателя индекса напряжения можно отметить, что у всех обследованных подростков исходный вегетативный тонус находился в состоянии эйтонии. На фоне этого вегетативная реактивность у семнадцатилетних девочек оценена как нормальная, а у шестнадцатилетних – как гиперсимпатикотоническая.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что девочки 17 лет с 3-4 стадией развития вторичных половых признаков имеют нормальный тип вегетативной реактивности, то есть оптимальный уровень функционирования вегетативной нервной системы. А подростки шестнадцати лет, находящиеся на 2-3 стадиях развития – гиперсимпатикотонический тип вегетативной реактивности, который говорит о напряжении симпатического отдела вегетативной нервной системы, что необходимо для завершения процесса формирования вторичных половых признаков.

0109 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бондарева И.Н., Нестеров Ю.И., Тепляков А.Т.

ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», Кемерово, Россия

Цель исследования: оценить в сравнительном аспекте влияние длительной (12-недель) комбинированной антигипертензивной терапии на суточный профиль артериального давления (АД) и показатели диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертонией (АГ), ассоциированной сахарным диабетом (СД) типа 2 и без СД.

Методы исследования. В исследование включено 60 больных (мужчин –20 и женщин –40) с АГ I-III степени (по классификации ВОЗ/ВНОК, 1999). Средний возраст больных 57,3±9,7 года. Средняя продолжительность АГ 11,6±5,9 лет, средняя длительность СД 8,1±4,6 года. 1-ю группу (n=30) составили пациенты, у которых АГ сочеталась с СД типа 2; 2-ю (n=30) –пациенты с АГ без СД. По полу, возрасту, продолжительности АГ группы больных достоверно не различались между собой. Больным обеих групп назначалась одинаковая комбинированная терапия, состоящая из ингибитора АПФ квинаприла (аккупро) и тиазидоподобного диуретика (индапамида). Доза подбиралась строго индивидуально.

Результаты исследования. Через 12 недель комбинированной терапией в обеих группах больных отмечалось достоверное снижение как систолического АД (САД), так и диастолического АД (ДАД), в большей степени это проявилось у пациентов без СД. У больных с СД среднесуточное САД достоверно (p<0,05) снизилось на 18,5% от исходного уровня, среднесуточное ДАД на 10,0%. У больных без СД эти показатели достоверно снизились на 20,1% и 11,9% соответственно. Индекс времени (ИВ) суточного САД и ДАД у больных с СД достоверно уменьшился на 38,4% и 47,5% соответственно. ИВ САД и ДАД у пациентов АГ без СД снизились на 51,0% и 53,5% соответственно. У больных АГ с СД комбинированная терапия нивелировало повышение АД в утренние часы.

По исходному состоянию кривых трансмитрального потока у больных АГ обеих групп выявлены признаки нарушения расслабления ЛЖ, больше у пациентов с СД. Комбинированная терапия сроком 12 недель у больных обеих групп сопровождалась достоверным улучшением показателей диастолической функции ЛЖ, больше это проявлялось у больных АГ без СД в виде возрастания скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (пика Е) на 10,2% (против 7,8% у больных АГ с СД), уменьшением скорости позднего диастолического наполнения (пика А) на 9,0% и 1,4%, коэффициента Е/А на 26,1% и 16,5% соответственно, что свидетельствует о расслаблении ЛЖ.

Выводы. Комбинация ингибитора АПФ аккупро с диуретиком индапамидом обладает выраженным антигипертензивным

Tesis_006_end.indd 53 24.08.2006 22:24:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

действием как у больных АГ с СД типа 2 так и без СД и способна оказывать положительное влияние на диастолическую функцию сердца, в большей степени это проявляется у больных АГ без СД.

0110 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Бондарева И.Н

ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», Кемерово, Россия

Цель исследования: изучить в сравнительном аспекте структурно-функциональные изменения головного мозга с использованием магнитно-резонансной томографии (МРТ) у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с сахарным диабетом (СД) типа 2 и без СД и оценить зависимость степени поражения мозга от показателей артериального давления (АД).

Материал и методы исследования. В исследование включено 30 больных (10 мужчин и 20 женщин) с АГ I-III степени, в возрасте от 41 до 70 лет (в среднем 54,2±8,47 года). В зависимости от наличия и отсутствия СД типа 2 пациенты делились на 2 группы. В 1-ю группу (n=15) вошли пациенты с АГ в сочетании с СД типа 2 в возрасте от 44 до 70 лет (в среднем 55,6±8,5 года), во 2-ю группу (n=15) пациенты без СД в возрасте от 41 до 65 лет (в среднем 54,6±7,7 года). Пациентам проводили МРТ на магнитно-резонансном томографе Magnetom-OPEN, фирмы “Siemens AG” (Германия). МРТ-признаки гипертензионной энцефалопатии (ГЭ) в виде: нарушения ликвородинамики (НЛД), внутричерепной гипертензии (ВЧГ), в том числе лейкоарайоза (ЛА), лакунарных инфарктов(ЛИ) и фокальных повреждений белого вещества (ФПБВ).Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате «Spacelabs Medikal-5400»(США).

Результаты исследования. Частым проявлением ГЭ были НЛД у 100% больных АГ с СД типа 2 и у 93,3% больных АГ без СД. МРТ-признаки ВЧГ проявлялись в виде ЛА. У больных с СД 2 типа они встречались чаще (66,6%), по сравнению с больными без СД (46,6%). Степень выраженности ЛА также была выше в 1-й группе, чем во 2-й (1 степень у 33,3%, 2-я степень у 20,0% , 3-я степень у 13,3%); в группе больных без СД ЛА регистрировался только 1 степени у 46,7% больных. ФПБВ головного мозга и ЛИ у больных с СД 2 типа встречались одинаково часто (по 6,6% каждого случая). В группе без СД эти изменения не выявлялись. У пациентов с СД 2 типа выявлена положительная корреляция между расширением периваскулярных пространств и показателями среднесуточного ДАД (R=0,59, p=0,0298). В группе больных без СД выявлена прямая корреляционная связь между показателями расширения периваскулярных пространств и среднесуточным индексом времени ДАД (R=0,57, p=0,0377). Выявлена также зависимость между степенью снижения ночного АД и частотой встречаемости ГЭ. Последняя наблюдалась у пациентов АГ в сочетании с СД 2 типа, где чаще встречались больные нон-дипперы и найт-пикеры, по сравнению с пациентами АГ без СД. Методом корреляции в обеих группах выявлена прямая зависимость между степенью АГ и ЛА (1-я группа –R=0,74, p=0,0044; 2-я группа –R=0,63, p=0,0193). У пациентов с АГ и СД 2 типа выявлены положительные корреляционные связи между ЛА и ночным ДАД (R=0,59, p=0,0282), что позволяет предположить взаимосвязь между показателями системным АД и ВЧГ.

Выводы. Таким образом, распространённость большинства МРТ–признаков ГЭ чаще встречалась в группе больных с СД по сравнению с больными АГ без СД. Частота МРТ-признаков ГЭ зависят от тяжести артериальной гипертонии, характера суточного профиля АД и нагрузки давлением.

0111 АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. ПОКАЗАНЫ ЛИ ДЕЗАГРЕГАНТЫ?

Боровков Н.Н., Аминева Н.В., Носов В.П., Сальцева М.Т.

ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить параметры сосудисто-тромбоцитарного гемостаза у больных артериальной гипертонией (АГ) пожилого возраста и определить целесообразность применения у них дезагрегантов.

Методы: обследовано 42 больных пожилого возраста с неосложнённой АГ 1-3 степени II стадии высокого и очень высокого стратификационного риска (ВОЗ, МОАГ,1999). Систоло-диастолическая АГ (СДАГ) установлена у 61% больных, а изолированная систолическая АГ (ИСАГ) –у 39%.Функциональную активность тромбоцитов изучали на лазерном анализаторе агрегации тромбоцитов(фирма «Биола», Россия). Определяли спонтанную и индуцированную разными дозами АДФ и ристомицином агрегацию тромбоцитов, фактор Виллебранда. Контрольную группу составили 30 человек без АГ, сопоставимые по возрасту и полу.

Результаты: повышение агрегационной активности тромбоцитов выявлено у 21 человека основной группы, а в контрольной группе только у 6 человек. Спонтанная агрегация тромбоцитов наблюдалась у 9 пациентов с АГ и у одного без АГ. У 18 пациентов основной группы установлена необратимая агрегация тромбоцитов, а у 10 –совпадение первой и второй волн агрегации за счёт ускорения реакции высвобождения. В сравнении с контрольной группой при АГ пожилого возраста отмечено статистически значимое увеличение показателей степени индуцированной агрегации тромбоцитов. СДАГ характеризовалась более выраженным повышением степени и скорости агрегации тромбоцитов ($p<0,05$) в сравнении с подгруппой больных с ИСАГ. Содержание фактора Виллебранда было выше у лиц, входивших в основную группу ($p<0,05$), не различаясь между подгруппами больных СДАГ и ИСАГ. Активация агрегационной функции тромбоцитов при АГ пожилого возраста диктовала необходимость назначения дезагрегантов. Приём кишечно-растворимого аспирина (Тромбо-АСС) в большинстве случаев приводил к нормализации параметров сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. При аспиринорезистентности использовали клопидогрель (плавикс).

Выводы: 1.При АГ пожилого возраста наблюдается активация тромбоцитарно-сосудистого гемостаза. 2.Для профилактики тромботических осложнений больным пожилого возраста с контролируемой АГ показаны дезагреганты.

0112 РОЛЬ АПОПТОЗА И НЕКРОЗА В ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ВЛИЯНИЯ НА ПРОЦЕССЫ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бородихина О.Н.

Поликлиника медицинской академии, Днепропетровск, Украина

Актуализация: накопленный в кардиологии опыт показывает необходимость нового подхода к патологическим процессам сердечно-сосудистой системы в целом и сердца в частности, т.к. среди общей смертности в странах Восточной Европы сердечно-сосудистые заболевания составляют 57%. Это говорит о том, что традиционные методики уже исчерпали свой потенциал и требуют замены на новые, более эффективные.

Цель: создание нового подхода к традиционным неинвазивным методам лечения заболеваний ССС путем акцентуализации на целлюлярном аспекте данной патологии и ее устранения, основой для которой служат, в большинстве случаев, процессы апоптоза и некроза.

Tesis_006_end.indd 54 24.08.2006 22:24:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Материалы и методы: целлюлярные механизмы, лежащие в основе патологии ССС, могут быть сопряжены с повышенной выживаемостью клеток (опухоли, инфекционные, воспалительные заболевания), пониженной выживаемостью клеток (ИБС, первичный стеноз и склероз, аневризма, коарктация) или вступлением клеток в некроз (инфаркт, инсульт, вторичный стеноз, склероз, расслаивающаяся аневризма). Исследованы методы влияния на эти процессы. Используя вышеизложенный материал, с учетом клеточного аспекта патологии, были предложены дополнения и изменения к уже существующим методикам лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, основывающийся на уменьшение влияния апоптоза или некроза как патогенного фактора для нейтрализации его последствий. Методы:

1. Метод компенсации. Состоит во введении фактора, индуцирующего процесс, антагонистичный сопряженному с патологией. 2. Метод стабилизации. Состоит во введении фактора, уменьшающего чувствительность клетки к индукторам сопряженного с патологией процесса. 3. Метод нейтрализации. Состоит во введении фактора, нейтрализующего действие индуцирующего фактора. Рассмотрены частные механизмы. Для обоснования данной концепции был проведен анализ обработанного лит.обзора различных исследований и мета анализов, касающихся клеточного аспекта патологии сердечно-сосудистой системы и акцентуализации на нем, по результатам которых, влияние на процессы клеточной гибели в комплексе с традиционной терапией, приводило к снижению количества числа ССЗ как Минимум на 24%.

Выводы: акцентуализация на клеточном аспекте патологии в целом и на процессах клеточной гибели в частности –это научно, клинически и статистически доказанный способ профилактики и лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы, перспективный с точки зрения экспериментальной и доказательной медицины.

0113 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПИРАЗИДОЛА В КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Борозинец А.Ю., Терентьев В.П., Хрипун А.В., Борозинец Е.В.

Ростовский Государственный Медицинский Университет, Ростовская областная клиническая больница, Ростов-на-Дону, Россия

Целью настоящей работы явилось изучение распространенности депрессивных расстройств у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ), а также поиск новых путей в их коррекции.

Обследовано 28 человек с АГ II-III стадии, средний возраст которых составил 60,2+2,14 лет, из них 12 мужчин и 16 женщин. У 29% больных АГ протекала в сочетании с ИБС, стенокардией напряжения I-II ФК. В исследуемой группе депрессивное расстройство было диагностировано по опроснику CES-D и шкале госпитальной тревоги и депрессии (HADS). Депрессии легкой и умеренной степени соответствовал уровень более 19 баллов, тяжелая депрессия регистрировалась при уровне более 26 баллов. Исследование вегетативного статуса проводили по результатам вариационной пульсометрии в ходе суточного ЭКГ мониторирования. При этом степень смещения вегетативного равновесия оценивалась по вариационному размаху (ВР), амплитуде моды (АМо), индексам вегетативного равновесия (ИВР) и напряжения (ИН). С целью коррекции депрессивных расстройств пациентам назначался Пиразидол 50 мг 2 раза в день по схеме – начиная с 50 мг и наращивая дозу по 50 мг в 2 дня до оптимальной для конкретного пациента от 100 до 200 мг. Продолжительность лечения составила 4 недели. Выбор пиразидола был обусловлен данными о низкой токсичности препарата и редких случаях побочных эффектов по сравнению с другими антидепрессантами (Смулевич А.Б., 2002).

При исследовании средний уровень депрессии по опроснику CES-D составил 26,3 балла, а по шкале HADS – 10,5 баллов, вместе с тем уровень тревоги по шкале HADS был незначительно повышен – 11 баллов. Следует отметить на выраженный дисбаланс в системе вегетативной регуляции, что проявлялось высоким уровнем вегетативных изменений – 52 балла. Вместе с тем, повышенный уровень АМо на 28%, ИН на 92%, а также ИВР на 55% свидетельствовали о смещении вегетативного равновесия в сторону гиперсимпатикотонии. На фоне лечения пиразидолом отмечено достоверное снижение уровня депрессии на 25%, при этом уровень тревоги имел невыраженную тенденцию к снижению – 10%. Проводимая терапия оказывала также положительное влияние на вегетативный тонус – симптомы вегетативных расстройств снизились на 34%, уровень АМо – на 23%, ИН на 36%, ИВР – 32%. Следует отметить, что прием пиразидола не влиял на эффективность гипотензивной терапии, включавшей эналаприл в дозе 10 мг 2 раза в день и верапамил 80 мг 2 раза в день. Уровень систолического и диастолического АД снижался на 15% и 16% соответственно.

Таким образом, депрессивные расстройства зачастую коморбидны АГ и ИБС. При этом, степень их тяжести может зависеть от выраженности и давности развития соматической патологии, что указывает зачастую на их нозогенный характер. Применение пиразидола оказывает статистически значимый антидепрессивный эффект, а также вегетотропное симпатолитическое действие. При этом отсутствует негативное влияние на уровень АД и клиническое течение АГ и ИБС.

0114 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОБ И ИССЛЕДОВАНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Ботова С.Н., Стронгин Л.Г., Починка И.Г.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия, Городская Клиническая Больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: оценить диагностическую значимость исследования вариабельности сердечного ритма (ВСР) и кардиоваскулярных проб (КВП) для выявления диабетической автономной нейропатии (ДАН) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), страдающих сахарным диабетом 2 типа (СД 2).

Материалы и методы: основную группу составили 34 больных ХСН, страдающих СД 2, до 70 лет. Контрольную группу составили 25 больных ХСН без нарушения углеводного обмена. Основная и контрольная группы не имели достоверных отличий по полу, возрасту, тяжести и генезу ХСН. Выполнялись кардиоваскулярные пробы, исследовалась вариабельность сердечного ритма («Полиспектр-Ритм» (Нейрософт)).

Результаты: при анализе КВП признаки поражения вегетативной нервной системы выявлены в обеих группах. В основной группе медиана дыхательного коэффициента (К дых) составила 1,075 (интерквартильный интервал 1,05-1,11), в контрольной группе медиана К дых составила 1,13 (1,08-1,22), p=0,009. Аналогичные изменения выявлялись при проведении пробы Вальсальвы, пробы 30:15. При оценке ВСР отмечено достоверное снижение общей мощности спектра у больных основной группы. Медиана общей мощности спектра (ТР) в основной группе составила 678 мс2\Гц (интерквартильный интервал 436-1675), в контрольной группе ТР составила 1818 мс2\Гц (505-4131), p=0,003. Аналогичные изменения выявлялись при оценке показателей спектрального анализа и ритмограмм.

Выводы: У больных ХСН, страдающих СД 2 для диагностики ДАН предпочтительнее исследование ВСР. Кардиоваскулярные пробы менее специфичны.

Tesis_006_end.indd 55 24.08.2006 22:24:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0115 ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ И ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ

Бочарова А.В., Тыщенко О.Г., Зиновьева Н.П.
Санаторий «Барнаульский», Барнаул, Россия

Заболевания сердечно-сосудистой системы (в частности, ИБС), являются актуальной проблемой, занимая одно из первых мест по количеству обращений и смертности. В лечении и определении прогноза течения заболевания у больных ишемической болезнью сердца, большую роль играют имеющиеся у пациента нарушения жирового обмена.

Терапия озоно-кислородной смесью в сочетании с лазеротерапией по БАТ (по методике ИБС) и медикаментозным лечением позволяет в первую очередь ликвидировать дисбаланс между процессом перекисного окисления липидов и антиоксидантной системой защиты организма, снижает общее количество атерогенных комплексов, нормализует уровень холестерина в крови.

Цель работы: оценить влияние озонокислородной смеси и лазеротерапии на липидный обмен у пациентов через 3-4 недели от начала инфаркта миокарда. Было пролечено 37 больных обоего пола в возрасте от 43 до 59 лет. Озонотерапия назначалась в виде ректальных инсуфляций озонокислородной смесью, получаемой на аппарате «Медозонс», с концентрацией озона на выходе 5 мг/л, объемом от 100 до 500 мл, количество процедур – 10.

Лазеротерапия проводилась на аппарате «Мустанг», 4 зоны воздействия (методика ИБС), ежедневно, №10.

Всем пациентам до и после лечения было проведено общеклиническое и биохимическое обследование, включающее определение липидов крови (холестерина, уровня β- липопротеидов, триглицеридов), коагулограммы, ЭКГ, ВЭМ.

Лечебный комплекс включал: диетотерапию, ЛФК, массаж, психотерапию (групповую и индивидуальную), сухие углекислые ванны, антиангинальную терапию (с двумя и тремя группами препаратов). Больным, получающим озонотерапию, дезагреганты и антикоагулянты не назначались. Анализ результатов лечения: клиническое улучшение (урежение приступов стенокардии) было достигнуто у 22 чел (59%), снижение уровня холестерина (в среднем на 1,8 ммоль/л) и β- липопротеидов (до нормы) отмечено у 19 пациентов (51,3%.)

Таким образом, комплексное лечение, проводимое у данной группы пациентов, включающее в себя кишечные инсуфляции озонокислородной смесью и лазеротерапию, способствует снижению уровня холестерина в крови, улучшению клинического течения заболевания.

0116 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Бочарова М.В., Новикова Н.А., Дробижев М.Ю.
ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: Изучение особенностей течения ИБС у больных шизофренией (оценка факторов риска ИБС, ее клинических особенностей, летальности).

Методы исследования: мультицентровое, контролируемое изучение историй болезней больных с подтвержденным диагнозом ИБС (острый инфаркт миокарда – ОИМ и/или постинфарктный кардиосклероза – ПИК с зубцами Q или QS, а также по результатам патологоанатомического вскрытия) и шизофренией (МКБ-10), находившихся в Клинике кардиологии (руководитель –профессор А.Л.Сыркин) ГОУ ВПО ММА им. И.М.Сеченова (ректор –академик РАН и РАМН, профессор М.А. Пальцев), соматопсихиатрическом отделении (зав. отд. С.Я. Бронин) ГКБ N67 (главный врач –Р.А.Зеликович), Московской городской психиатрической клинической больнице №1 им. Н.А. Алексеева (главный врач – главный психиатр г. Москвы, профессор В.Н. Козырев). Для формирования контрольной группы использовались данные крупных эпидемиологических и клинических исследований (программа «Компас», «Потребность и потребление антитромбоцитарных препаратов у постинфарктных больных в РФ», «Лечение пациентов с острым инфарктом миокарда в условиях типичной клинической практики»), а также база данных Клиники кардиологии ГОУ ВПО ММА им. И.М. Сеченова. При осуществлении сравнения групп использовался двухсторонний точный критерий Фишера, а при большом числе наблюдений Хи-квадрат. Различия считались достоверными при $p<0,05$. Для вычислений использовалась программа STATISTICA для Windows, StatSoft, Inc. (1999).

Результаты: выявлено повышение внутрибольничной летальности, связанной с ПИК и его осложнениями в соматопсихиатрическом (21% против 1,26%) и психиатрическом (29% против 1,26%) стационаре. Там же отмечается большая доля пациентов женского пола старше 55 лет (53% против 23% и 83% против 23%, соответственно). У больных шизофренией во всех трех изученных стационарах гиперхолестеринемия (36%, 32%, 9% против 61%), избыточный вес (21%, 16%, 0% против 45%) и ожирение (11%, 16%, 0% против 28%) встречаются реже, сахарный диабет (5%, 5%, 9% против 15%) и артериальная гипертензия (89%, 84%, 61% против 77%) –с такой же частотой, что и у пациентов без психической патологии. Больные шизофренией не отличаются от лиц, не страдающих этим заболеванием по доле пациентов с ОИМ (39%, 47%, 49% против 43%), ПИК (73%, 74%, 61% против 73%).

Выводы: результаты исследования свидетельствуют о том, что высокая смертность больных ИБС и шизофренией связана не столько с ОИМ, сколько с ПИК и его осложнениями. Внутрибольничная летальность существенно выше в учреждениях соматопсихиатрического и психиатрического профиля, где в некоторых случаях ИБС диагностируется лишь ретроспективно. У больных шизофренией одни факторы риска ИБС (гиперхолестеринемия, избыточный вес, ожирение), встречаются реже, чем у больных без этой психической патологии, другие –с той же частотой (сахарный диабет, артериальная гипертензия), а некоторые –чаще (женский пол старше 55 лет). Больные шизофренией страдают теми же формами ИБС, что и лица без психической патологии.

0117 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ЗДОРОВЬЕ В ПОПУЛЯЦИЯХ МОСКВЫ И ПОДМОСКОВЬЯ

Бритов А.Н., Елисеева Н.А., Деев А.Д.
ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

Цель: мониторирование психо-социальных факторов риска и сердечно-сосудистых заболеваний среди населения г. Москвы и Московской области (МО).

Методы: изучение психического статуса с помощью опросников “СМОЛ”, “PS”, социальных факторов: подушевого дохода, образования, условий жизни, семейного статуса, демографии семей, курения, употребления алкоголя, а также состояния кардиоваскулярной и нервной систем. В 2003-2004 г. в МО было проскринировано 1239 семей (2041: 776 мужчин и 1265 женщин) старше 15 лет и в 2005 г. в Москве 482 семьи (457: 227 мужчин и 230 женщин, 25 лиц умерло).

Результаты. Обследованные популяции отличались по ряду параметров: с высшим образованием в Москве 74% мужчин, в МО -16,6%; со средним –25,1% и 70,5%, с начальным –0,9% и 12,9% ($p<0,001$). Среди женщин ситуация аналогичная: 64,8% с высшим образованием в Москве и 17,6% в МО; со средним –33,5% и 62,2%; с начальным –1,7% и 20,2% ($p<0,001$). По семейному статусу отличия те же: женаты 81,9% мужчин в Москве и 65,5% в МО; никогда не были женаты –2,6% и 21,9%; разведены –9,7% и 6,7%; вдовцы –5,7% и 5,9% ($p<0,001$). Среди женщин ситуация похожая, только вдов в 5 раз больше, чем

Tesis_006_end.indd 56 24.08.2006 22:24:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

вдовцов (26,1% в Москве и 19,4% в МО). Замужем было меньше женщин, чем мужчин –52,2% и 51,4%. Никогда не были замужем –5,7% и 15,1%. Разведены –16,1% и 14,1% (p<0,001). При распределении по доходу ситуация в МО хуже, чем в Москве: доход ниже среднего и низкий составляет в Москве –0,9% и 20,3%. и 6,2% и 41,9% в МО у мужчин, а средний доход имеют 46,7% и 27,2%, а высокий доход и выше среднего имеют 27,8% и 3,5% и 7% и 0,4% (p<0,001). Среди женщин распределение по доходу аналогичное: доход ниже среднего и низкий имеют –0,9% и 29,1% и 10% и 49,6%. Средний доход имеют 42,6% и 26,5%, а высокий доход и выше среднего имеют 23% и 4,7% и 4,7% и 0,4% (p<0,001). Плохое состояние здоровья имели в Москве –9,7% мужчин и 23% женщин, в МО –14,5% мужчин и 17,3% женщин. Инфаркт миокарда перенесли 10,1% мужчин в Москве и 5% в МО (p< 0,006), а женщины –6,1% и 2,4% (p<0,001). Стенокардия напряжения была выявлена у 17,6% мужчин и 16,1% (p<0,4), а у женщин –18,7% и 16,9% (p<0,4). Мозговой инсульт перенесли 7,1% -3,1% мужчин(p<0,03) и 7% –2,9% женщин (p<0,001). Сахарный диабет выявлен у 8,4%-2,1% мужчин (p<0,001)и у 6,1%-5,3% женщин (p<0,3). АГ (АД>140/90 Мм рт. ст. + 2 недели лечения) составляет 57,2%-39,4% у мужчин (p<0,01) и 56,2%-41,6% у женщин (p<0,05). Лица с возможным стрессом выявлены у 10,6%-24,5% мужчин и у 30,4%-23,8% женщин. Лица с уже определенным стрессом выявлены у 4,7%-7,6% мужчин и у 8,9%-7,6% женщин, а субъективно ощущаемый стресс выявлен у 17,5% лиц. Таким образом, хронический эмоциональный стресс и социально-экономический статус взаимосвязаны и в значительной степени определяют интегральный риск сердечно-сосудистых заболеваний.

0118 ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ АРИТМИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ

Брыткова Я.В., Немировский В.Б., Шоикиемова Д.У., Стрюк Р.И.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Москва, Россия; ГКБ №67, Москва, Россия

Сложные нарушения сердечного ритма занимают ведущее место среди факторов риска “внезапной кардиогенной смерти” у пациентов всех возрастных групп. Беременность –состояние, при котором нагрузка на сердечно-сосудистую систему возрастает в несколько раз. Изменения гемодинамики, гормонального статуса, метаболизма, массы тела, водно-солевого обмена отягощают течение нарушений ритма.

Цель исследования –оценка возможных причин аритмий и ретроспективный анализ течения беременности, родов и состояния плода и новорожденного у пациенток со сложными нарушениями сердечного ритма.

Пациенты и методы: за период с 2001 по 2005 годы в специализированном родильном доме ГКБ №67 были родоразрешены 132 беременных женщины со сложными нарушениями сердечного ритма. Из этой группы пациенток у 22 (16,7%) были диагностированы синдромы Клерка-Леви-Кристеско (CLC) у 57 (43,1%), Вольфа-Паркинсона-Уайта (WPW), из них с приступами 14 (10,5%) и без приступов пароксизмальной тахикардии 65 (49,2%), атрио-вентрикулярные блокады 21 (15,9%), в том числе с приступами Морганьи-Эдамса-Стокса 4 (3,0%), желудочковые экстрасистолии 11 (8,3%), пароксизмальная форма мерцательной аритмии 3 (2,3%), пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия 14 (10,6%). Почти в половине случаев были выявлены органические заболевания сердечно-сосудистой системы, приведшие к нарушениям сердечного ритма: пролапс митрального клапана (42 чел, 31,8%), корригированные врожденные пороки сердца (3 чел, 2,3%), постмиокардитический кардиосклероз (6 чел, 4,5%), дополнительная хорда левого желудочка (5 чел, 3,8%), по 1 (0,6%) случаю – миокардиодистрофия обменно-гормонального характера и гипертрофическая кардиомиопатия, необструктивная форма. У половины пациенток (67 чел, 50,8%) видимых причин аритмий не выявлено и их классифицировали как идиопатические нарушения ритма. В период гестации у 10 (7,6%) женщин отмечалось учащение приступов пароксизмальной тахикардии (от 1-2 за год до беременности до 3-7 во время гестации), в 4 (3,0%) случаях увеличение частоты синкопальных состояний. Преждевременные роды на 35-37 неделе произошли у 9 (6,8%) рожениц. Родоразрешению через естественные родовые пути подверглось 106 (80,3%) женщин, 25 (18,9%) произведена операция кесарева сечения. При родах частота хронической внутриутробной гипоксии плода составила 28,9% (39 новорожденных), число недоношенных детей 9 (6,7%) и детей с внутриутробной гипотрофией I-II степени 16 (11,9%) имело место достаточно часто. В 20,0% случаев (20 новорожденных) было выявлено гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, проявляющееся у всех синдромами угнетения/возбуждения, у 12(8,9%) диагностирована дезадаптации сердечно-сосудистой системы и в 3,7% (5 чел) отмечалась морфо-функциональная незрелость новорожденных. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар была достоверно ниже по сравнению с новорожденными от практически здоровых женщин.

Выводы: сложные нарушения сердечного ритма у беременных в половине случаев связаны с органической патологией сердечно-сосудистой системы, а в другой половине они носят идиопатический характер, наличие аритмий оказывает неблагоприятное влияние на состояние плода и новорожденного.

0119 ВЛИЯНИЕ ЭЗЕТИМИБА В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С СИМВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ КБС С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Бубнова М.Г., Перова Н.В, Зейнапур А.А., Мелькина О.Е.

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить гиполипидемическую активность нового ингибитора абсорбции холестерина в кишечнике – эзетимиба в виде монотерапии и в комбинации с симвастатином у больных коронарной болезнью сердца (КБС) с первичной гиперхолестеринемией (ГСХ).

Материал и методы. В исследование были включены больные КБС (n=30) от 45 до 75 лет и уровнем холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) более 3,0 ммоль/л после 4 недель гиполипидемической диеты. Больные были рандомизированы в две группы: больные I группы (n=15) – принимали эзетимиб (эзетрол) в дозе 10 мг/сут. , больные II группа (n=15) – симвастатин (зокор) в дозе 20 мг/сут. Через 12 недель монотерапии больные двух групп переводились на комбинированную терапию: в I группе к 10 мг/сут. эзетемиба добавлялся генерик симвастатина (симло) в дозе 10 мг/сут. , во II группе – доза симвастатина (зокора) снижалась до 10 мг/сут. и комбинировалась с 10 мг/сут. эзетемиба. Курс комбинированной терапии – 12 недель.

Результаты. У больных I группы на фоне монотерапии эзетимибом в дозе 10 мг/сут. отмечалось снижение уровня общего холестерина (ХС) на 20% (P<0,01), ХС липопротеидов низкой плотности (ЛНП) на 25% (P<0,01), ТГ на 24% (P<0,05) и аполипопротеина (апо В) на 21% (P<0,01). Добавление к 10 мг эзетимиба симвастатина в дозе 10 мг привело к более заметному антиатерогенному сдвигу в системе липидного транспорта, что выражалось в снижении (от исходного) уровней общего ХС на 33% (P<0,01), ХС ЛНП на 43% (P<0,001), ТГ на 32% (P<0,01) и апо В на 37% (P<0,001).

У больных II группы на фоне монотерапии симвастатином (доза 20 мг/сут.) отмечено снижение концентраций общего ХС на 21% (P<0,01), ХС ЛНП на 30% (P<0,01), ТГ на 13% (P<0,01) и апо В на 29% (P<0,01) при стабильном уровне ХС ЛВП и апо

Tesis_006_end.indd 57 24.08.2006 22:24:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

AI. Последующее уменьшение снижение дозы симвастатина до 10 мг у больных II группы и присоединение к нему эзетимиба в дозе 10 мг привело к еще более выраженному снижению (от исходного) уровней общего ХС (на 32%, P<0,001), ХС ЛНП (на 45%, P<0,01). ТГ (на 16%, P<0,05) и апо В (37%, P<0,01). Концентрация ХС ЛВП и апо AI не изменялась ни на монотерапии эзетимибом и симвастатином, ни на их комбинации.

Вывод. Препарат Эзетимиб в дозе 10 мг/сут. показал положительное воздействие на показатели липид-транспортной системы крови у больных КБС с ГХС, выражающее в снижении уровня атерогенных липидов и липопротеидов крови. Комбинация 10 мг эзетимиба с начальной (10 мг) дозой симвастатина по своему липидснижающему влиянию превосходила гиполипидемический эффект монотерапии симвастатином, назначаемым в большей дозе –20 мг.

0120 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙРОГОРМОНОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Бугримова М.А., Преображенский Д.В., Савина Н.М., Иосава И. К., Куприянова О.Г., Сидоренко Б.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить клиническое значение плазменных уровней мозгового натрийуретического пептида (BNP), терминального отрезка BNP (NT-proBNP), альдостерона, вазопрессина у пожилых больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: в исследование было включено 17 пожилых больных (12 мужчин и 5 женщин), средний возраст-73,6±8,5 лет с ХСН III–IV функционального класса по NYHA, фракцией выброса левого желудочка (ЛЖ) ≥40%, преимущественно ишемической этиологией ХСН (88% больных). Критериями исключения являлись гемодинамически значимые пороки сердца, острый коронарный синдром, инсульт, кардиоваскулярные процедуры в течение 60 дней до включения в исследование, почечная недостаточность, заболевания печени, обструктивные заболевания легких. Всем больным проводился контроль ЭХОКГ и определение плазменных уровней BNP, NT-proBNP методом иммуноферментного анализа. Дополнительно определялись алдостерона, вазопрессин. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты: у пожилых больных с систолической ХСН медиана плазменных уровней BNP составила 597 нг/л, NT-proBNP -1841 фмоль/мл, альдостерона-306 пмоль/л, что достоверно превышало нормальные значения этих гормонов (p=0,001). Медиана плазменных уровней вазопрессина не отличалась от нормы и составила 5пмоль/л. Уровни BNP, NT-proBNP, альдостерона были достоверно выше у больных, страдающих ХСН более 2,5 лет (p=0,004, p=0,001, p=0,01). У пациентов с III функциональным классом ХСН плазменные уровни BNP и NT-proBNP были достоверно ниже, чем у пациентов с IV функциональным классом ХСН (p=0,05). Установлено наличие обратной корреляционной зависимости между плазменными уровнями BNP, NT-proBNP, альдостерона и фракцией выброса ЛЖ (p=0,007, p=0,001, p=0,004). Выявлена прямая взаимосвязь между возрастом пациентов и показателями BNP, NT-proBNP альдостерона (p=0,009, p=0,002, p=0,006). В то же время уровень вазопрессина не зависел от возраста, длительности и функционального класса ХСН, ФВ ЛЖ.

Выводы: результаты исследования показали, что у пожилых больных с ХСН достоверно повышены плазменные уровни таких нейрогормонов, как BNP, NT-proBNP, альдостерон. Показатели BNP, NT-proBNP коррелируют со степенью тяжести, длительностью ХСН и могут являться маркерами систолической дисфункции ЛЖ. Вазопрессин не отражает клинико-гемодинамических изменений при ХСН.

0121 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫХ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БЕТАКСОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ.

Буданова В.А., Кулюцин А.В., Олейников В.Э.

Медицинский институт ПГУ, кафедра терапии, Пенза, Россия

Цель: сравнительная оценка антигипертензивной эффективности бетаксолола и метопролола по динамике показателей СМАД при 48-недельном лечении.

Материалы и методы исследования: 1 группа включала 33 человека, получавших бетаксолол (локрен, «Sanofi-Avintis»); 2 группа –32 человека, получавших метопролол (эгилок ретард, «Egis»). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, антропометрическим показателям, степени и длительности заболевания. Диагноз АГ ставился на основании многократного офисного измерения АД и результатов СМАД, которое проводилось при включении в исследование, на 24 и 48 неделе лечения. Для оценки качества жизни использовали опросник самочувствия пациента по шкале периодичности и выраженности признаков в баллах (0-4). Титрование дозы начинали с Минимальной (эгилок ретард 50 мг/сут. , локрен-5 мг/сут.), постепенно увеличивая дозы препаратов до достижения целевых значений АД. Лечение считали эффективным при снижении АД ниже 140/90 Мм рт. ст., при недостижении целевых значений эгилок ретард сочетали с гипотиазидом и кордафлексом, локрен – с гипотиазидом.

Результаты: через 48 недель лечения в группе локрена закончили лечение 82% больных (при монотерапии у 71%, комбинированной – у 29%), в группе эгилока ретард 73% больных (соответственно 77% и 23%). По результатам СМАД наблюдался сопоставимый гипотензивный эффект в обеих группах по ср. показателям САД и ДАД, ИВ за 24 часа, день и ночь. У пациентов с повышенной вариабельностью АД (ВАД), получавших локрен, наблюдалась достоверная динамика ВАД по САД и ДАД уже через 24 недели, во 2-й группе на 24 неделе достоверно изменилась только ВАД по САД днем. Через 48 недель появилась достоверная динамика ВАД по САД в ночное время и ДАД днем. Позитивным моментом в лечении локреном явилось достоверное уменьшение через 48 недель лечения ВУП САД с 41,9±2,4 до 36,1±2,4 мм.рт.ст (p<0,05) и ВУП ДАД с 33,3±2,0 до 27,7±1,9 мм.рт.ст (p<0,01). В группе локрена чаще наблюдались такие побочные явления как брадикардия (7), слабость (10), одышка при физической нагрузке (5), которые нивелировались коррекцией дозы или назначением комбинированной терапии. Однако из-за побочных явлений в этой группе выбыло 2 пациента. Среди больных, получавших эгилок ретард, 4 пациента отказывались от приема препарата из-за низкой приверженности к терапии на фоне бессимптомного течения заболевания и 2 было назначено другое средство из-за развившегося на 24-36 неделях нестойкого гипотензивного эффекта.

Выводы: локрен и эгилок ретард кардиоселективные пролонгированные липофильные -блокаторы без внутренней симпатомиметической активности. Как показали результаты настоящего исследования, эгилок ретард оказывает менее выраженное влияние на -рецепторы, вследствие чего реже вызывает побочные реакции. Локрен имеет более продолжительное антигипертензивное действие, о чем свидетельствует положительная утренняя динамика показателей СМАД. При длительном применении в обеих группах сохраняется стойкий гипотензивный эффект.

Tesis_006_end.indd 58 24.08.2006 22:24:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0122 СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИОКАРДИАЛЬНОГО ЦИТОПРОТЕКТОРА МИЛДРОНАТА

Буженица С.И., Бабушкина Г.В.

ГКБ № 13, БГМУ, Уфа, Башкортостан, Россия

Цель: оценить динамику показателей региональной сократительной способности миокарда у больных с Q – инфарктом миокарда левого желудочка под влиянием миокардиального цитопротектора милдроната.

Методы: группу наблюдения составили 37 мужчин в возрасте от 41 до 64 лет с Q – инфарктом миокарда. Больные были рандомизированы в 2 группы: в основную группу вошли 20 больных, получавших наряду с базисной терапией (антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, бета-блокаторы) милдронат с 6–го дня ИМ в течение 10 дней в\в по 5 мл 10% раствора, затем в течение 1 месяца перорально по 1 г в сутки; в группу сравнения –17 больных, получавших только базисную терапию. Всем больным было проведено обследование на 5-6 сутки ОИМ и после окончания курса лечения. Эхокардиографические исследования выполнялись на аппарате « GE Vingmed » (США). Анализ локальной сократимости 17 сегментов (Feigenbaum, 2004 г.) проводился с использованием общепринятой 4-х бальной системы оценки, где 1 балл –нормокинез, 2 балла – гипокинез, 3 – акинез, 4 – дискинез.

Результаты: на 5-6 сутки 340 исследованных сегментов в основной группе были оценены как: нормокинезия –120 (35,2%) сегментов, гипокинезия – 137 (40,2%), акинезия –62 (18,2%) , дискинезия –21 (6,1%) . В группе сравнения было исследовано 289 сегментов. Нормокинез был выявлен в 116 (40,1%) сегментах, гипокинез в 91 (31,4%), акинез в 58 (20%), дискинез в 24 (8,3%).

После курса лечения на 51,9% увеличилось количество нормокинетичных сегментов в основной группе и на 19,7% в группе сравнения; количество акинетичных и дискинетичных сегментов осталось неизмененным; на 45,2% уменьшилось количество сегментов с гипокинезией в основной группе и на 25,1% в группе сравнения.

Наблюдалась тенденция к уменьшению индекса локальной сократимости (ИЛС) в обеих группах. Так, в основной группе ИЛС снизился с 1,95±0,09 до 1,77±0,09, а в группе сравнения с 1,96±0,08 до 1,88±0,04.

Выводы: применение милдроната в комплексной терапии больных с острым инфарктом миокарда способствует более выраженному улучшению региональной систолической функции миокарда левого желудочка, возможно, за счет восстановления функции жизнеспособных сегментов гибернирующего миокарда и снижения количества ишемизированных сегментов.

0123 МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ДНК В ДЕТЕРМИНАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПОПУЛЯЦИЯХ АЛТАЙЦЕВ И ЯКУТОВ

Буйкин С.В.[1,2] , Голубенко М.В.[1], Погребенкова В.В.[1], Пузырев В.П.[1,2]

[1]НИИ Медицинской генетики ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия
[2]Сибирский медицинский государственный университет, Томск, Россия

Цель работы: анализ ассоциаций полиморфизмов митохондриальной ДНК с количественными признаками функционирования сердечно-сосудистой системы в популяциях алтайцев и якутов.

Методы исследования: было обследовано 145 неродственных индивидов из пос. Бешпельтир (республика Алтай) и 200 индивидов из пос. Черектей (республики Саха Якутия) не имевших выраженной патологии ССС. В качестве параметров оценки функционирования сердечно-сосудистой системы использовались данные измерения артериального давления, показатели липидного спектра крови, росто-весовые показатели. Полиморфные варианты митохондриальной ДНК (мтДНК) были определены с помощью секвенирования контрольного региона (ГВСI) на автоматическом секвенаторе ABI Prism 310. При наличии корреляции признака с возрастом и индексом массы тела вводили соответствующие поправки. Поиск ассоциаций признаков с полиморфными вариантами проводили отдельно у мужчин и женщин независимо в каждой выборке при помощи однофакторного дисперсионного анализа.

Полученные результаты: получена статистически значимая ассоциация полиморфизмов в позициях 16145-16148 с уровнем общего холестерина в якутской выборке у мужчин (p=0,043). У женщин данный полиморфизм ассоциирован с уровнем общего холестерина (p=0,031) и с уровнем липопротеидов низкой плотности (p=0,01). Также была получена ассоциация полиморфизма 16223 в выборки мужчин с уровнем липопротеидов высокой плотности (p=0,018), у женщин – с показателями артериального давления (p=0,007).

В алтайской популяции при анализе данных не удалось установить значимых ассоциаций полиморфизмов мтДНК с количественными показателями функционирования ССС в выборке мужчин. У женщин установлена связь полиморфизма 16311 с показателями липопротеидов низкой (p=0,022) и высокой (p=0,024) плотности и индексом атерогенности (p=0,002).

Учитывая, что изученные варианты мтДНК располагаются в регуляторной области, полученные ассоциации можно объяснить их влиянием на транскрипцию митохондриальных генов.

Заключение: полиморфные локусы мтДНК могут оказывать влияние на формирование особенностей функционирования сердечно сосудистой системы человека.

Работа поддержана грантами РФФИ № 04-04-48532 и №04-04-48792.

0124 ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Булатова О.И., Бабушкина Г.В.

ГКБ № 13 г., Уфа, Башкортостан, Россия

Цель: оценить особенности раннего и позднего постинфарктного ремоделирования (ПР) левого желудочка (ЛЖ) у больных ИБС молодого возраста

Методы исследования: под наблюдением находилось 100 больных ИБС мужчин, перенесших Q-инфаркт миокарда (ИМ), отобранных методом сплошного отбора, получавших адекватную медикаментозную терапию. Из них 50 в возрасте до 39 лет (основная группа А), другие 50 – от 40-50 лет (группа сравнения В). Всем пациентам проводилось полное эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование по стандартной методике с расчетом индексов ПР ЛЖ в остром периоде ИМ и в течение 1 года.

Результаты: динамическое наблюдение ЭхоКГ показателей в остром периоде ИМ выявило статистически значимое (p<0,05) увеличение полости ЛЖ (КСР с 3,97±0,57 до 4,25±0,61) и снижение фракции выброса (ФВ) с 52,1±7,2 до 50,8±6,7 в группе А и отсутствие существенной динамики в группе В (КСР с 3,99±0,58 до 3,96±0,57, ФВ с 52,96±7,51 до 53,03±7,59). Через 6 месяцев в основной группе зафиксировано незначительное увеличение полости ЛЖ на 1,6% и снижение ФВ на 1%, в группе сравнения – тенденция к уменьшению полостей ЛЖ на 0,5% и повышение ФВ на 6,8%. Через 1 год у молодых пациентов отмечалось уменьшение ЛЖ (КСР 4,1±0,59), в дальнейшем – тенденция к его расширению. У больных 40-50 лет через год выявлено увеличение ЛЖ (КСР 4,6±0,65) и в после-

Tesis_006_end.indd 59 24.08.2006 22:24:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

дующем наблюдалась дальнейшая дилатация ЛЖ, а показатели ФВ снизились до 48,58±6,86. Более выраженная сферификация камер отмечалась в период раннего ПР в основной группе: индекс сферичности (ИС) составил 0,73±0,09, в группе сравнения ИС – 0,66±0,08. В период позднего ПР ЛЖ наблюдалось снижение ИС в группе А (0,7±0,11) и увеличение ИС в группе В (0,69±0,08). При анализе раннего ПР ЛЖ в основной группе преобладала нормальная геометрия (НГ) ЛЖ (63,2%), эксцентрическая гипертрофия (ЭГ) составляла 34,2%. В группе сравнения имелось сочетание концентрической гипертрофии (КГ) (38,6%), НГ (27,3%) и концентрического ремоделирования (КР) (15,9%). В течение 1-го месяца ОИМ в группе А в результате дилатации ЛЖ увеличился процент ЭГ (57,1%), тогда как в группе В существенных изменений не произошло. Через 6 месяцев в основной группе при преобладании ЭГ (42,9%) уменьшилась НГ до 14,3% и появилась КГ (28,6%). В группе сравнения КГ возросла до 60%, КР – до 20,9%. Через год в группе А отмечалось увеличение НГ (39%), но сохранялась ЭГ (37%) и появилась КГ (18%). Такое соотношение сохраняется и в последующие годы наблюдения. В группе В через год после ИМ и позднее отмечается стабильное сочетание КГ (41,7%) с КР (33,3%).

Выводы: в период раннего ПР ЛЖ у лиц молодого возраста выявлена дилатация ЛЖ со снижением систолической функции ЛЖ, связанная, возможно, с более выраженной «оглушенностью» миокарда. В период позднего ПР ЛЖ в группе А наблюдались преимущественно сочетания НГ и ЭГ, в группе В – КГ и КР.

0125 ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСОПРОЛОЛА В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Булахова Е.Ю., Кореннова О.Ю., Козырева В.А.

МУЗ Городской клинический кардиологический диспансер, Омск, Россия

В настоящее время бетаадреноблокаторы рассматриваются в качестве препаратов первой линии для длительной терапии артериальной гипертензии, учитывая роль гиперактивности симпатической нервной системы в формировании АГ, наиболее предпочтительны селективные бета-адреноблокаторы без внутренней симпатомиметической активности, к числу которых относится бисопролол.

Цель. Оценить гипотензивную эффективность, безопасность длительного применения, влияние на качество жизни бисопролола в молодом возрасте.

Материалы и методы. В исследование антигипертензивной активности бисопролола было включено 30 амбулаторных пациентов с АГ в возрасте от 18 до 25 лет. Среднее АД к моменту включения составляло 165,6±1,0/100,9±0,4 Мм рт. ст. ЧСС в покое составляла 85,5±0,6 в Минуту. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование. Исходно, через 4 недели, 3 месяца, 6 месяцев проведено холтеровское мониторирование АД и ЭКГ. Оценка качества жизни проводилась по опросникам SF-36. Для сравнения использовались 2 группы по 30 человек, сопоставимые по возрасту и полу на фоне лечения эналаприлом и атенололом.

Результаты. Бисопролол позволяет контролировать АД в течение 24 часов при однократном приеме. Гипотензивный эффект является дозозависимым. Стабильный гипотензивный эффект достигнут к 4-ой неделе, достоверно снизилось САД и ДАД на 20%. При сравнении бисопролола и эналаприла выявлено, что бисопролол обладает несколько более выраженной гипотензивной активностью. У 10 пациентов в группе эналаприла потребовалось дополнение терапии гипотиазидом (12,5 мг). Частота побочных эффектов была выше при приеме эналаприла. Оба препарата положительно влияли на показатели качества жизни, причем различий между ними в этом отношении выявлено не было. В сравнении с атенололом у лиц молодого возраста бисопролол в суточной дозе 5 и 10 мг/сут. в большей степени снижает систолическое и диастолическое АД, чем атенолол в дозе 50 и 100 мг/сут. В отличие от бисопролола для контроля АД в течение суток атенолол и эналаприл приходилось принимать 2 раза в день. Значения показателей качества жизни по всем шкалам опросника СФ –36 в группе, принимающих бисопролол, были выше, чем в группе эналаприла и атенолола. На фоне регулярного приема бисопролола в течение 6 месяцев не выявлено таких метаболических эффектов, как гипергликемия, дислипидемия или гипокалиемия.

Заключение. Пролонгированный антигипертензивный эффект, возможность применения один раз в сутки, благоприятный профиль безопасности, положительное влияние на показатели качества жизни, позволяют рассматривать бисопролол как препарат первой линии для длительного лечения АГ в молодом возрасте.

0126 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ

Булахова Е.Ю., Кореннова О.Ю., Козырева В.А.

МУЗ Городской клинический кардиологический диспансер, Омск, Россия

В настоящее время общепризнано мнение, что наследственная отягощенность по артериальной гипертензии увеличивает риск развития этого заболевания. Взаимосвязь этого фактора с клиническими проявлениями уже развившейся артериальной гипертензии (АГ) широко изучаются. Цель работы – выявить особенности суточного профиля АД и связь с развитием изменений со стороны органов-мишеней при АГ с отягощенной наследственностью в молодом возрасте.

Методы исследования. Выполнено комплексное обследование с проведением суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у 200 молодых лиц обоего пола 18-30 лет с установленным диагнозом эссенциальной АГ из семей с наследственной отягощенностью по этому заболеванию. Контрольная группа 50 человек с АГ без наследственной отягощенности. Критерием наследственной отягощенности являлось наличие АГ у родственников первой линии с развитием у них АГ в возрасте до 40 лет. Диагностика АГ осуществлялась в соответствии с рекомендациями экспертов ВНОК России (2005 г). Во всех случаях имелись указания на амбулаторное выявление при трехкратном измерении повышения АД более 140/90 Мм рт. ст. Для оценки состояния вегетативной НС использовались, как временные, так и спектральные показатели вариабельности сердечного ритма.

Полученные результаты. В группе пациентов из семей с АГ средние значения систолического АД (САД) составили 145,4±8,7 мм рт.ст и 138,2±8,2 мм рт.ст в группе контроля соответственно за день и ночь. Аналогичные показатели среднего диастолического АД (ДАД) –85,5±4,9 и 83,2±4,2 Мм рт. ст.

Индексы нагрузки давлением за все периоды были выше (на 15%) в группе с отягощенной наследственностью, особенно заметная разница отмечена в дневное время суток. ($p<0,05$). Выявлены различия в структуре суточного профиля АД в группах. В группе с отягощенной наследственностью достоверно чаще отмечалось недостаточное ночное снижение АД («non-dippers») – систолического 57% и диастолического 33 % по сравнению с 34 % и 14 %, соответственно для САД и ДАД в группе с АГ без наследственной отягощенности ($p < 0,05$). Различия в частоте таких нарушений, как повышенная степень ночного снижения АД («over- dippers») и устойчивое повышение ночного АД, были не достоверны ($p>0,05$). В группе пациентов АГ с наследственной отягощенностью достоверно чаще регистрировалась гипертрофия миокарда левого желудочка, установленная по данным эхокардиографии с расчетом массы миокарда левого желудочка, индексированной к росту.

Tesis_006_end.indd 60 24.08.2006 22:24:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Заключение. Таким образом, АГ у лиц с отягощенной наследственностью характеризовалась достоверно более высокими значениями индексов времени гипертензии систолического АД и диастолического АД, ухудшением суточного профиля АД с монотонным циркадным ритмом и наличием ночной гипертензии, и ассоциировались с большей частотой изменений в органах – мишенях, в частности гипертрофией миокарда левого желудочка, по сравнению с группой артериальной гипертензии без отягощенной наследственности.

0127 ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Булахова И.Ю., Ипатов П.В.

ГОУ ВПО МГМСУ, ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, Москва, Россия

Цель исследования –изучение факторов, влияющих на действия пациентов в начальном периоде развития инфаркта миокарда (ИМ) и на срок госпитализации в стационар. Проводился анкетный опрос пациентов, поступивших в стационар с диагнозом ИМ. В зависимости от наличия, либо отсутствия предшествующего анамнеза ишемической болезни сердца (ИБС) были сформированы 2 основных группы респондентов. В зависимости от пола эти группы также были разделены на две части. Предметом изучения являлись анкеты-опросники, состоящие из 76 пунктов, а также меддокументация стационара. Проанализированы клинико-анамнестические данные, варианты фармакологической самопомощи при возникновении острого коронарного синдрома. Анкетировано 86 человек, средний возраст: 59,6 лет у мужчин и 71,3 –у женщин. Установлено, что у половины мужчин и 18,7% женщин ИБС дебютировала развитием ИМ. Выявлено, что наличие в анамнезе ангинозных приступов или их безболевых эквивалентов на скорость обращения за медицинской помощью влияния не оказывало. 59,3% пациентов поступили в стационар в первые сутки развития заболевания, из них в первые 6 часов – около одной трети (32,5%). В первый, «золотой час» от развития заболевания поступил только один (!) человек. О том, когда следует вызывать «скорую помощь» (СП), осведомлены только 42,1% мужчин и 56,5% женщин, имеющих в анамнезе ИБС. Среди лиц, не имеющих в анамнезе ИБС, этой информацией владели единицы. Установлено, что измерение АД перед вызовом СП проводилось половиной анкетируемых, а около одной трети – проводили только измерение пульса. Большинство опрошенных мужчин и треть женщин до обращения за медицинской помощью не употребляли никаких лекарственных препаратов либо использовали корвалол. Нитроглицерин принимали 31% мужчин и 48,7% женщин, имевших в анамнезе ИБС и одна (!) женщина, не имевшая ее в анамнезе. О том, что такое ангинозный болевой приступ, хорошо знали только около половины пациентов, имевших в анамнезе ИБС. Представлений об адекватной фармакотерапии при возникновении ишемического приступа не имели 79% мужчин и 55% женщин без ИБС в анамнезе и 31,5% мужчин и 18% женщин с анамнезом ИБС. Отсутствие полной информации о возникновении, течении и возможных осложнениях заболевания являлось основной причиной позднего обращения за медицинской помощью. Кроме того, 63% мужчин и 33,1% женщин считали, что «приступ сам пройдет», так как болевой синдром у них был умеренно выражен, а 45,8% женщин и 7,8% мужчин полагали, что смогут справиться самостоятельно, несмотря на выраженный болевой синдром. Около половины женщин боялись моральных переживаний, связанных с госпитализацией, отмечали негативное восприятие условий стационара. 18,7% боялись материальных затрат, и столько же сомневались в необходимости госпитализации. 15,7% мужчин и 16,6% женщин ссылались на неотложные дела. Негативной реакции работодателя опасалось 7,8% мужчин, что в 2 раза чаще, чем у женщин. Таким образом, установлено, что большинство пациентов не имеют достаточной информации о том, что представляет собой ангинозный приступ, какие препараты следует принимать при его возникновении, когда необходимо вызывать бригаду СП. Все это явилось основной причиной поздней госпитализации больных в стационар при ИМ.

0128 УРОВНИ ГАММА-ГЛЮТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Буракова С.В.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить связь уровней гамма-глютамилтрансферазы (ГГТП) в сыворотке крови и некоторых факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС).

Материалы и методы исследования: обследованы репрезентативные выборки из неорганизованной популяции мужчин и женщин в возрасте 45-69 лет в г. Новосибирске по проекту “HAPIEE” “Сердечно-сосудистые детерминанты в Восточной Европе”. Всего было обследовано 9361 человек, в том числе 4275 мужчин и 5086 женщин. В программу обследования входило: опрос по стандартной анкете с вопросами о курении, употреблении алкоголя, физической активности, трехкратное измерение артериального давление (АД), антропометрия (рост, масса тела, окружность талии), исследование ГГТП в сыворотке крови, липидного спектра крови (уровни общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП), триглицеридов (ТГ)). Артериальная гипертензия (АГ) регистрировалась при уровнях систолического АД (САД) ≥140 Мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥90 мм рт.ст (JNC-7). Избыточная масса тела (ИМТ) определялась при значениях индекса Кетле 25 –29,9 кг/м2, ожирение – при значениях индекса Кетле ≥30 кг/м2 . Абдоминальное ожирение диагностировалось при значениях окружности талии у женщин >88 см, у мужчин –>102 см (NCEP, ATP III, 2001). Гиперхолестеринемия (ГХС) регистрировалась при уровнях ОХС ≥6,20 ммоль/л, низкие уровни ХС ЛВП –при значениях ХС ЛВП <1,03 ммоль/л, повышенные уровни ТГ считались при значениях ТГ >1,69 ммоль/л (NCEP, ATP III, 2001). Регулярными курильщиками считались мужчины и женщины, выкуривающие не менее 1 сигареты в день. Сниженная физическая активность (СФА) фиксировалась при интенсивной физической активности менее 150 Минут в неделю (USDHHS CDC 1996).

Результаты: получены более высокие уровни ГГТП среди лиц, употреблявших алкоголь в течение последнего года, по сравнению с лицами, не употреблявших алкоголь в течение этого периода времени ($p<0,001$). Более высокие уровни ГГТП в сыворотке крови были выявлены как у мужчин, так и у женщин с АГ, чем с нормальным АД ($p<0,001$). При наличии ожирения были обнаружены более высокие уровни ГГТП, чем при нормальной массе тела ($p<0,01$). С увеличением уровней ОХС, ХС ЛВП, ТГ достоверно увеличивались уровни ГГТП как у мужчин, так и у женщин ($p<0,001$). У курящих мужчин и женщин уровни ГГТП были выше, чем у некурящих ($p<0,001$). Достоверных корреляционных связей между уровнями ГГТП и количеством выкуриваемых сигарет у постоянных курильщиков выявлено не было. Получены корреляции между уровнями ГГТП и САД ($r=0,085$; $p<0,001$), уровнями ГГТП и ДАД ($r=0,116$; $p<0,001$), уровнями ГГТП и индексом Кетле ($r=0,046$; $p<0,001$), уровнями ГГТП и окружностью талии ($r=0,117$; $p<0,001$); уровнями ГГТП и ОХС ($r=0,084$; $p<0,001$), уровнями ГГТП и ХС ЛВП ($r=0,034$; $p<0,001$), уровнями ГГТП и ТГ ($r=0,152$; $p<0,001$). Достоверных связей между физической активностью и уровнями ГГТП выявлено не было.

Выводы: выявлены ассоциации между уровнями ГГТП в сыворотке крови и основными факторами риска ИБС: АГ, ИМТ, ДЛП, курением. Высокие уровни ГГТП в сыворотке крови могут быть не только индикатором чрезмерного потребления алкоголя, но и предполагать наличие некоторых факторов риска ИБС.

Tesis_006_end.indd 61 24.08.2006 22:24:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0129 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Бурангулова А.В., Муталов А.Г.
ГОУ ВПО БГМУ, Уфа, Россия

Метаболический синдром (МС) –это комплекс нарушений обмена веществ в сочетании с дисрегуляцией артериального давления и функции эндотелия. Окружность талии (ОТ), отражающая выраженность абдоминального ожирения (О), наряду с гипергликемией, повышенным уровнем триглицеридов, снижением холестерина липопротеинов высокой плотности (ХС-ЛПВП) и артериальной гипертензией (АГ), является маркером МС у взрослых. В то же время, остается неясным, насколько абдоминальное О у детей связано с МС. В связи с этим целью исследования явилось изучение взаимосвязи ОТ с такими компонентами МС как О, ИР, липидемический профиль и уровень артериального давления (АД).

Материал и методы исследования. Обследовано 94 школьника (45 мальчиков и 49 девочек) в возрасте 9-15 лет. Проводилось антропометрическое исследование (вес, рост, ОТ), определялась стадия полового развития (по таблице Таннера), исключалась сопутствующая патология печени, почек, щитовидной железы, уровень систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД, исследовали уровень липидемии, Хс-ЛПВП. Индекс массы тела (ИМТ) вычисляли по формуле: ИМТ = вес(кг)/рост2(м2). Центральный тип О рассматривали при ОТ>90-го процентиля. АГ определяли при АД≥95-го процентиля. ИР диагностировалась на основании гомеостатической модели (индекс ИР HOMA-IR), который вычислялся по формуле: (инсулин натощак глюкоза натощак) /22,5.

Результаты. В зависимости от ИМТ все дети были разделены на группы: 1 гр. (20 чел.) –без О (ИМТ<85-го процентиля), 2 гр. (31 чел.) –дети с избыточным весом (ИМТ от 85 до 94-го процентиля), 3 гр. (43 чел.) –дети с О (ИМТ≥95-го процентиля). ИМТ в 1 гр. был 15,86±1,37; во 2 гр. –21,24±2,3; в 3 гр. –27,12±4,16. Количество детей, имевших ОТ>90-го процентиля, составило 0%; 35,48% (11 чел) и 88,37% (38 чел) соответственно. Показатели HOMA-IR у детей во 2 гр. (1,82±0,76) и 3 гр. (2,74±1,91) были значительно выше, чем у детей в 1 гр. (1,3±0,59). Цифры САД и ДАД в 3 гр. (110,32±12,98 /72,67±11,23 Мм рт. ст.) были также выше, чем в двух других (1 гр. –98,2±4,96 /64,62±5,16 Мм рт. ст.; 2 гр. –104,58±6,72 /67,61±7,76 Мм рт. ст.). Уровень ХС-ЛПВП, наоборот, уменьшался от 1 гр. (58,62±9,87 мг/дл) ко второй (52,68±12,34 мг/дл) и третьей (44,81±8,51 мг/дл) группам. Около 59,2 % (29) детей с ОТ>90-го процентиля против 26,7% (12) с нормальной ОТ имели как Минимум 1 из дополнительных факторов риска КВЗ, таких как повышенное АД, гиперлипидемия или ИР. Установлено, что по мере увеличения ИР имело место выраженное нарастание значений ИМТ (от 19,68±4,25 кг/м2 до 28,66±4,19 кг/м2), ОТ (от 64,6±9,57 см до 91,39±12,12 см), САД (от 101,43±9,89 Мм рт. ст. до 116,0±15,27 Мм рт. ст.) и ДАД (от 63,57±8,68 Мм рт. ст. до 76,25±10,62 Мм рт. ст.). Корреляционный анализ показал наличие достоверных взаимосвязей между ОТ и ИМТ (r=0,92), стадией развития по Таннеру (r=0,64), САД (r=0,67) и ДАД (r=0,65), ХС-ЛПВП (r=0,40) и HOMA-IR (r=0,59). Таким образом, абдоминальное О у детей взаимосвязано с другими компонентами МС, ОТ у детей имеет выраженную взаимосвязь с ИР.

0130 ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ЛИМИТЫ ДИСПЕРСИИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT (QTC) В ОЦЕНКЕ ВРЕМЕННОЙ НЕГОМОГЕННОСТИ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ ПО ДАННЫМ АВТОМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КОРОТКИХ ЗАПИСЕЙ ЭКГ

Бурлака А.Н., Рыбак О.К., Каткова Л.А., Лазарева Е.В., Довгалевский Я.П.
ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель работы – определение факта наличия временной дисперсии QTc у практически здоровых лиц (ПЗЛ) и факторов, влияющих на ее количественные характеристики.

Обследовано 130 ПЗЛ в возрасте от 19 до 60 лет. До 35 лет было 88 человек (мужчин –51, женщин –37 человек), старше 35 лет – 42 человека (мужчин – 24 и женщин – 18 человек). Дисперсия интервала QTc (DQTc) вычислялась как разность между максимальным и Минимальным интервалами QTc. Измерения проводились в автоматическом режиме по пятиминутным записям II-ого стандартного отведения ЭКГ.

Анализ полученных результатов показал следующее. В целом по группе величина DQTc, при доверительном интервале ±95%, колеблется в пределах от 52 до 60 мс. В группе до 35 лет – от 54 до 63 мс, старше 35 лет – от 42 до 59 мс. В группе мужчин доверительный интервал (±95%) составил от 52 до 65 мс, в группе женщин он колеблется от 47 до 55 мс. Выраженными оказались различия средних величин (M±SD) изучаемого параметра. Так, сравнительно, в младшей и старшей возрастных группах его величина составила 59,2±18,2 мс и 50,8±14,5 мс; соответственно у мужчин и у женщин – 58,8±20,8 мс и 51,6±11,8 мс.

Разница между молодыми мужчинами и женщинами (61,4±18,1 мс и 54,1±11,1 мс) была больше, чем в старшей возрастной группе (52,6±22,8 мс и 48,6±12,3 мс).

Одним из факторов, влияющих на величину временной дисперсии интервала QTc считают наличие синусовой аритмии, степень которой может быть выражена через величину разброса значений интервалов RR (BP RR). Анализ корреляционной связи (по Спирмену) между DQTc и BP RR выявил тесную и достоверную связь этих показателей в группе ПЗЛ (r=0,65, p<0,001), у лиц до 35 лет (r=0,72, p<0,001), у мужчин (r=0,77, p<0,001). Меньшая корреляция этих показателей отмечалась у лиц старше 35 лет (r=0,37, p=0,032) и у женщин (r=0,41, p=0,016).

Таким образом, у ПЗЛ, при автоматическом анализе коротких записей ЭКГ, выявлено достоверное наличие временной дисперсии реполяризации миокарда желудочков, вероятно как физиологического явления. Обнаружены возрастные и половые различия величины DQTc с тенденцией к увеличению ее значений в молодом возрасте и у мужчин по сравнению с женщинами. Полученные данные, с определенной степенью вероятности, могут объяснить половозрастные различия величины DQTc, что может служить стимулом к поиску метода нормирования величины DQTc по степени выраженности синусной аритмии.

0131 ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ДЕТЕЙ СО СЛАБОСТЬЮ СИНУСОВОГО УЗЛА В РАЗНЫХ ПОЛОВЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Бурлуцкая А.В.
МУЗ Детская городская клиническая больница № 2 , Краснодар, Россия

Цель: установление механизма возникновения слабости синусового узла у детей и разработка метода экспресс-диагностики его природы для разделения отдельных форм патологии и оптимизации лечения

Методы: обследовано 120 детей (60 мальчиков и 60 девочек) 1 детства, 2 детства, подросткового и юношеского возраста с органической и идиопатической (функциональной) природой слабости синусового узла. Все дети проходили клиническое обследование, включающее: анамнез, осмотр, пальпацию, аускультацию, анализы, ЭКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, вариабельность сердечного ритма, чреспищеводную электрическую стимуляцию предсердия, атропиновую пробу, пробу сердечно-дыхательного синхронизма.

Результаты: при проведении пробы сердечно-дыхательного синхронизма у детей с синдромом слабости синусового узла синхронизация дыхательного и сердечного ритмов развивалась только при идиопатической его природе (110 детей). При

Tesis_006_end.indd 62 24.08.2006 22:24:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

органическом характере поражения синусового узла сердца дыхательный синхронизм не возникал (10 детей). Параметры сердечно-дыхательного синхронизма у детей с синдромом слабости синусового узла сопоставлены с таковыми у здоровых детей с учетом возраста, пола. Отмечено уменьшение у больных по сравнению со здоровыми ширины диапазона сердечно-дыхательного синхронизма за счет уменьшения максимальной и увеличения Минимальной границ диапазона феномена, а также увеличение длительности развития феномена. Это указывает на ослабление центрального звена в иерархической системе ритмогенеза целостного организма и указывает на идиопатическую (функциональную) природу слабости синусового узла.

Выводы: возникающий у большинства детей с синдромом слабости синусового узла сердечно-дыхательный синхронизм указывает, часто в большинстве случаях имеет место «функциональная» патология. Проба имеет диагностическое значение у этой категории больных, так как по ней можно судить о природе слабости синусового узла. Проба приемлема как у мальчиков, так и у девочек в разные возрастные периоды с пятилетнего возраста.

0132 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ СИТУАЦИЯМ

Бурмистрова Е.К.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Изучить эффективность воздействия первичной профилактики на факторы риска развития артериальной гипертензии (АГ) у сотрудников налоговых органов (НО) Республики Татарстан.

Методы исследования. Обследовано 416 сотрудников и работников (72% мужчин, 28% женщин) в возрасте от 20 до 65 лет. Степень тяжести АГ оценивали в соответствии с рекомендациями ВОЗ (1999). Определяли индекс массы тела по Кетле, состояния стрессированности оценивалось по Ю.М. Плюснину, факт злоупотребления алкоголем по А. Александри, уровень физической активности и злоупотребление поваренной солью по Стамлеру.

Полученные результаты. Частота распространенности АГ среди лиц, работающих в налоговых органах, составила 21,2%. Прогноз заболеваемости АГ имеет прямую достоверную корреляционную связь ($p<0,01$) со стажем работы (0,302), злоупотреблением солью (0,304), алкоголем (0,327), наличием состояния стрессированности (0,334), возрастом работника (0,384) и наличием ожирения (0,386). Обратная достоверная корреляционная связь ($p<0,01$) между прогнозом заболеваемости АГ и гиподинамией (-0,310), предпочтением в пище (-0,495) и наследственностью по ССЗ (-0,503). С помощью специально созданной прогностической матрицы, выявлено, что среди здоровых респондентов менее благоприятный у 115 человек (35%), благоприятный прогноз – у 213 человек (65%).После проведения двухгодичной первичной профилактики, воздействовали на следующие факторы риска: избыточный вес, злоупотребление алкоголем и солью, потребление продуктов с повышенным содержанием холестерина, стресс и гиподинамию, удалось 55 сотрудников, из числа здоровых, но с «менее благоприятным» прогнозом развития АГ, перевести в категорию лиц с «благоприятным прогнозом». Применение подходов первичной профилактики снизило риск возникновения АГ на 54%.

Выводы. Распространенность АГ в НО составила 21,2%. Достоверная корреляционная связь отмечается между прогнозом заболеваемости АГ и стажем работы, злоупотреблением солью и алкоголем, состояния стрессированности, возрастом работника, наличием ожирения гиподинамией, употреблением продуктов с повышенным содержанием холестерина, наследственностью по ССЗ. После проведения двухгодичной первичной профилактики 55 сотрудников, из числа здоровых, но с «менее благоприятным» прогнозом развития АГ, перевести в категорию лиц с «благоприятным прогнозом». Применение подходов первичной профилактики снизило риск возникновения АГ на 54%.

0134 ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ДЕБЮТЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Бурсиков А.В., Тетерин Ю.С. Карманова И.В.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: изучить типы отношения к болезни (ТОБ) и качество жизни (КЖ) мужчин молодого и среднего возраста с давностью выявления артериальной гипертонии (АГ) не более 3 лет, и выявить зависимость приверженности лечению от ТОБ и КЖ.

Методы: обследовано 56 мужчин, в возрасте от 18 до 59 лет; из них 20 пациентов в возрасте 29,5±2,0 года без АГ, составивших контрольную группу; 36 мужчин, средний возраст которых составил 36,1±2,7 лет с давностью выявления АГ 1-3 года. Диагноз АГ (гипертонической болезни) был установлен по критериям ВОЗ/МОАГ (1999). Использованы анкета КЖ, разработанная в ИвГМА в 2000 году и опросник «Тип отношения к болезни», разработанный в НИИ им. В.М. Бехтерева (1987). Приверженность лечению оценивалась по следующим критериям: принимает гипотензивные препараты редко или не принимает вообще (1), принимает только при ухудшении самочувствия (2), принимает систематически (3).

Результаты: ТОБ у пациентов распределились следующим образом: эргопатический 42%, анозогностический –22%, смешанный анозогностически-эргопатический 8%, в совокупности они составили 72%, 88% пациентов с этими ТОБ принимали гипотензивные препараты очень редко или не принимали вообще. Пациенты с гармоничным ТОБ составили 8 %, 66% из них лечились регулярно, все другие типы ТОБ составили 20%, регулярно принимали гипотензивные препараты 25% из них. В зависимости от ТОБ все пациенты были распределены на 3 группы: 1 группа –пациенты с эргопатическим, анозогностическим и смешанным эргопатически-анозогностичесм типами, 2 группа – лица с гармоничным ТОБ, 3 группа –иные типы: ипохондорический и смешанные типы: тревожно-ипохондрический, тревожно-сенситивный, меланхолически-сенситивный, эргопатически-сенситивный. КЖ по совокупному индексу было ниже в 3 группе по сравнению с 2 группой ($p<0,001$), 1 группой ($p<0,01$) и контролем ($p<0,01$). КЖ пациентов 2 и 3 групп не отличалось между собой, КЖ пациентов 1 группы не отличалось от контроля. Для определения наличия связи между ТОБ и регулярностью лечения для каждой группы определен показатель соответствия 2. Показатель соответствия 2- для пациентов 1 группы – 82,1 выявил наличие связи между ТОБ и отсутствием регулярного лечения ($p<0,002$), 2- для гармоничного типа 22,8, что свидетельствует о наличии связи между этим ТОБ и регулярностью гипотензивного лечения ($p<0,002$), 2- для группы иных типов отношения к болезни 1,9 что свидетельствует об отсутствии связи между ТОБ и регулярностью лечения.

Выводы: 1. КЖ пациентов с эргопатическим, анозогностическим и смешанными эргопатически-анозогностическими ТОБ выше, чем у пациентов с иными ТОБ, наиболее низкое КЖ у пациентов со смешанными типами отношения к болезни, в структуру которых входит ипохондрический или тревожный компоненты.

2. В дебюте выявления АГ у мужчин ТОБ оказывает влияние на приверженность лечению: наличие гармоничного ТОБ способствует регулярности лечения, формирование иных ТОБ не способствует приверженности лечению.

Tesis_006_end.indd 63 24.08.2006 22:24:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0135 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ПУЛЬСА: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Бусалаева Е. И., Васильева Н. П., Опалинская И. В.
ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Цель: изучить распространенность некоторых факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у лиц молодого возраста и у больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы: обследовано 70 человек студентов медицинского института в возрасте от 17 до 27 лет (средний возраст 20,4±2,6 лет), 16 мужчин и 54 женщины, и 60 пациентов с АГ (29 женщин и 31 мужчина), средний возраст которых составил 57±1,5 лет (от 21 до 82 лет). Программа обследования включала антропометрию с расчетом индексов массы тела и талия/бедро, измерение АД, ЧСС, ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, ортостатическую пробу, оценку вегетативного статуса, изучение особенностей пищевого поведения и распространенности тревожно-депрессивных нарушений анкетным методом.

Результаты: у 98±2,3% обследуемых молодых людей выявлены ФР ССЗ. Распространённость ФР, которые традиционно имеют высокий удельный вес у больных ССЗ, среди лиц молодого возраста невелика: избыточная масса тела в 8,3±1,1%, нарушения липидного обмена 12,4±0,9% случаев. Курит 16,6±1,8% опрошенных. Достаточно широко распространена отягощенная наследственность –в 25±1,1% случаев. АГ 1 степени выявлена у 18,1±2,1% обследуемых. Тревожно-депрессивные нарушения обнаружены в 43,05±3,2% случаев, причем в 15,2±2,6% – клинически выраженные. У 61,3±2,4% ЧСС в покое превышает 80уд/мин, что является проявлением повышенного тонуса симпатической нервной системы (подтверждено расчетом вегетативного индекса и ортостатической пробой). Кроме того, у этих лиц чаще выявлялись тревожно- депрессивные нарушения и дислипидемия ($p<0,05$).

Среди больных АГ 78±5,1% пациентов имели избыточную массу тела и ожирение, 86±4,9% – дислипидемию. Депрессия выявлялась у каждого второго (54±2,4%), причем одинаково часто субклиническая и клинически выраженные формы. Однако гораздо большее распространение у больных АГ имеют тревожные состояния, частота которых составила 76±2,9%, при этом клинически выраженная тревога зафиксирована в 46±3,1% случаев. Установлено, что частота пограничных психических расстройств увеличивалась в возрасте более 55 лет ($Ra=0,56$, $p<0,05$), зависела от степени риска сосудистых осложнений АГ ($Ra=0,64$, $p<0,05$). Наибольшая частота тревожно-депрессивных нарушений выявлена у больных с высоким функциональным классом хронической сердечной недостаточности ($Ra=0,68$, $p<0,05$). Интересным, на наш взгляд, является наличие отрицательной корреляционной связи между выраженностью тревожных расстройств индексом талия/бедро ($R=-0,61$, $p<0,05$).

Выводы: среди лиц молодого возраста наиболее распространены такие ФР ССЗ как: депрессия (43,05±3,2%), высокая ЧСС (61,3±2,4%) отягощенная наследственность (25±1,1%), АГ (18,1±2,1%), в то время как у больных АГ чаще отмечается избыточная масса тела и дислипидемия.. У каждого второго молодого человека преобладает тонус симпатической нервной системы, что ассоциируется с большей распространенностью тревожно-депрессивных нарушений и дислипидемии.

0136 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Вайсберг А.Р., Иванченко Е.Ю.
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: изучить динамику состояния вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у больных артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ожирением и сахарным диабетом (СД) 2 типа на фоне терапии агонистом центральных I1-имидазолиновых рецепторов моксонидином («Цинт», фирма «Эли Лилли»)

Материалы и методы: обследовано 60 больных (19 мужчин и 41 женщина) с мягкой и умеренной АГ (38 и 22 пациента соответственно) в сочетании с ожирением I и II степени (38 и 22 обследованных соответственно) и СД 2 типа в возрасте от 38 до 65 лет (средний возраст 52±6,8 года). Компьютерный анализ вариабельности синусового ритма сердца (ВРС) осуществлялся по программе «Ритм», разработанной Нижегородским институтом Прикладной Физики Российской Академии Наук (ИПФ РАН Н.Новгород, 1992). ВРС исследовалось до лечения и на восьмой неделе терапии моксонидином в дозе 0,2–0,4 мг в сутки.

Результаты: исходно у больных АГ в сочетании с ожирением и СД 2 типа имело место повышение тонуса симпатической нервной системы (СНС), что нашло отражение в достоверном повышении показателей амплитуда моды (80,2±7,9% и 50,8±6,1% соответственно, $p<0,05$), вегетативного показателя ритма (16,2±1,9 и 6,1±0,8 соответственно, $p<0,05$) и снижении среднеквадратичного отклонения (14,2±1,4 и 39,2±3,6 мс соответственно, $p<0,05$) по сравнению с группой здоровых. Характерным для обследованных с АГ, ожирением и СД 2 типа было снижение парасимпатических влияний по данным уменьшения вариационного размаха по сравнению со здоровыми (89,6±10,3 и 210,4±20,8мс соответственно, $p<0,05$), а также повышение неустойчивости процессов вегетативной регуляции и степени напряжения адаптационных систем организма по данным повышения индекса напряжения Баевского (729,4±86,5 и 168,2±24,3 соответственно, $p<0,05$).

На фоне терапии моксонидином в обследованной группе отмечено достоверное снижение амплитуды моды (80,2±7,9% и 51,9±9,2% соответственно, $p<0,05$), что отражает уменьшение симпатикотонии, а также достоверное увеличение вариационного размаха (89,6±10,3 и 149,8±21,4 мс, соответственно, $p<0,05$), что характерно для повышения активности парасимпатического звена ВНС. Выявлено также снижение неустойчивости процессов вегетативной регуляции и степени напряжения адаптационных систем организма по данным уменьшения индекса напряжения Баевского (729,4±98,5 и 386,2±81,9, $p<0,05$ соответственно). Кроме того об уменьшении симпатических влияний и увеличении вариабельности сердечного ритма свидетельствовало достоверное увеличение частоты «сигма-15» в диапазоне 10–15 мс (12,1±1,9% и 23,3±2,1%, $p<0,05$ соответственно).

Выводы: У больных АГ при сочетании с ожирением и СД 2 типа под влиянием агонистов центральных I-1 имидазолиновых рецепторов выявлено достоверное снижение исходно повышенной активности СНС, увеличение активности парасимпатического отдела ВНС, уменьшение степени напряжения и неустойчивости вегетативной регуляции. Указанная динамика состояния вегетативной регуляции обосновывает перспективность назначения препаратов симпатолитического действия для коррекции АГ у данной группы больных.

0137 ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕДЕЛЫ ИНГИБИТОРА АПФ ПЕРИНДОПРИЛА В КОРРЕКЦИИ СНИЖЕННОГО КОРОНАРНОГО И МИОКАРДИАЛЬНОГО РЕЗЕРВОВ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Вартанова О.А., Михайлова Н.В.
ГОУ ВПО, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: оптимизация фармакотерапии больных ишемической болезнью сердца (ИБС) со стабильной стенокардией с помощью периндоприла (престариума) для коррекции сниженного коронарного и миокардиального резервов.

Tesis_006_end.indd 64 24.08.2006 22:24:48
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Методы: в исследование было включено 37 больных ИБС (м–17, ж–20, ср. возраст – 62+5,3 лет) со стабильной стенокардией: I ФК у 3 больных, II – 18, III – 16. Сопутствующая артериальная гипертония I и II ст. выявлена у 21, сахарный диабет II типа – у 9, гиперлипидемия – у 24 больных. Сниженный коронарный резерв выявлен у 100% больных, несмотря на длительный прием подобранной антиишемической терапии, включающей антиагреганты (78%), нитраты (62%), -блокаторы (65%), антагонисты кальция (27%), гиполипидемические средства (18%). За 1 месяц до исследования отменялись ингибиторы АПФ, а после обследования назначался периндоприл в суточной дозе 8 мг. Оценка коронарного и миокардиального резервов проводилась с помощью ВЭМ-теста, стресс-Эхо-КГ, суточного мониторирования ЭКГ, Эхо-КГ.

Результаты: через 6 недель лечения периндоприлом было выявлено повышение коронарного резерва по данным ВЭМ – теста: достоверно увеличилась толерантность к физической нагрузке – средняя продолжительность нагрузки увеличилась на 17,1% ($p<0,05$), мощность последней ступени нагрузки возросла на 8,4% ($p<0,05$). По результатам суточного холтеровского мониторирования достоверно уменьшилось количество эпизодов ишемии миокарда на 19,3% ($p<0,05$) и общая продолжительность эпизодов ишемии миокарда на 22,4% ($p<0,05$). Миокардиальный резерв оценивался по данным стресс-Эхо-КГ: выявлено уменьшение индекса нарушения локальной сократимости в покое на 11,3% ($p<0,01$) и в меньшей степени после физической нагрузки на 5,9% ($p<0,05$), преимущественно за счет уменьшения количества зон гипокинеза. По данным Эхо-КГ структурных изменений выявлено не было, отмечалось достоверное улучшение диастолической функции: увеличение значения VE/VA на 5,8% ($p<0,05$). Переносимость препарата была хорошей в 95% случаев, нежелательные побочные эффекты были выявлены у 5% больных (кашель и кожный зуд).

Заключение: периндоприл (престариум) в суточной дозе 8 мг через 6 недель лечения предоставляет дополнительные возможности для антиишемической терапии больных ИБС со стабильной стенокардией: повышает коронарный резерв – уменьшает длительность эпизодов ишемии миокарда, достоверно увеличивает толерантность к физической нагрузке; улучшает миокардиальный резерв – коррегирует локальную сократимость и диастолическую функцию миокарда левого желудочка.

0138 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Васильева Д.А., Замяткина О.В., Шарова В.Г., Веденьева В.В., Канин М.Ф.

ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, Курск, Россия

Цель: изучить распространенность микроальбуминурии (МАУ) и ее взаимосвязь со структурно-функциональными изменениями миокарда у больных артериальной гипертонией (АГ) II степени.

Материалы и методы: было обследовано 198 больных АГ II степени (по классификации ВОЗ/ МОАГ, 1999) в возрасте от 40 до 60 лет (средний возраст 51,18±0,63 года). МАУ определяли иммуноферментным анализом методом конкурентного связывания ELISA фирмы «Ольвекс Диагностикум» г. Санкт-Петербурга. Морфометрию миокарда производили методом ЭхоКГ в М-режиме по методике Американской ассоциации ЭхоКГ (ASE).

Результаты: среди 198 больных АГ МАУ была обнаружена у 83 (41,92%) пациентов. Колебания исходного уровня МАУ составили 46,5-291,4 мг/сут. В связи с выраженным различием исходного уровня МАУ мы решили изучать исходный уровень конкретно по группам: с малым (30-100 мг/сут), умеренным (101-200 мг/сут.) и выраженным (201-300 мг/сут.) уровнем потери альбумина в суточной моче. Уровень МАУ 30-100 мг/сут. встречался в 45,78% случаев, умеренная потеря альбумина (101-200 мг/сут.) – в 34,94% случаев, выраженный уровень (201-300 мг/сут.) – в 19,28% случаев.

Все включенные в исследование пациенты были разделены на группы с учетом исходного типа ремоделирования миокарда, который оценивался по величинам индекса массы миокарда левого желудочка, относительной толщины стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка. Было выявлено пять вариантов геометрии ЛЖ, в связи с чем больные были подразделены по соответствующим типам ремоделирования на пять групп: I – нормальная геометрия ЛЖ; II – изолированная гипертрофия ЛЖ; III – концентрическое ремоделирование ЛЖ; IV – концентрическая ГЛЖ; V – эксцентрическая ГЛЖ. Установлено, что наиболее частым вариантом геометрии ЛЖ была концентрическая ГЛЖ (51%), эксцентрическая ГЛЖ встречалась в 21% случаев, концентрическое ремоделирование ЛЖ и нормальная геометрия ЛЖ – в 10% случаев и изолированная гипертрофия ЛЖ – в 8% случаев.

При разделении больных АГ II степени с обнаруженной МАУ с учетом исходного типа ремоделирования было выявлено, что у больных с выраженной МАУ встречается только концентрическая гипертрофия ЛЖ, тогда как в группах с малым и умеренным уровнем потери альбумина с мочой встречаются все виды ремоделирования.

Таким образом, распространенность МАУ достигает 41,92% у больных АГ II степени и различный уровень МАУ тесно связан с изменениями структурно-функционального состояния миокарда. Наибольший уровень МАУ был выявлен при концентрическом типе гипертрофии ЛЖ, что может иметь важное значение для выявления больных АГ, входящих в категорию высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений.

0139 ЛЕЧЕНИЕ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА Х

Васильева Е.Ю., Скрыпник Д.В., Шпектор А.В.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель: оценить влияние терапии витаминами на уровень плазменного гомоцистеина и клиническое течение кардиального синдрома Х.

Методы: в исследование включены 12 пациентов с кардиальным синдромом Х. Диагноз поставлен на основании клиники стенокардии, ишемических изменений ЭКГ во время стресс-теста и отсутствия значимого стенотического поражения коронарных артерий по данным ангиографии. Контрольная группа состояла из 12 клинически здоровых лиц. Из исследования исключались лица, принимающие препараты, которые нарушают метаболизм гомоцистеина. Измерение уровня общего плазменного гомоцистеина проводилось методом жидкостной хроматографии высокого разрешения с фотометрической детекцией. Пациентам с синдромом Х проводилась терапия фолиевой кислотой (800 мкг/сут.), витаминами В6 (2 мг/сут.) и В12 (2,4 мкг/сут.) в течение 6 недель. Оценивалась частота возникновения ангинозных приступов и концентрация плазменного гомоцистеина у пациентов до и через 6 недель лечения витаминами.

Результаты: средний уровень общего плазменного гомоцистеина составил 38,5±11,2 мкмоль/л у пациентов с синдромом Х и 8,62±1,49 мкмоль/л в контрольной группе ($p=0,02$). После 6 недель терапии витаминами уровень гомоцистеина снизился с 38,5±11,2 мкмоль/л до 9,51±2,66 мкмоль/л ($p=0,02$). При этом наблюдалось клиническое улучшение. Так у 10 пациентов уменьшился функциональный класс стенокардии, у 2 пациентов как до, так и после терапии витаминами отмечалась стенокардия только высоких напряжений.

Выводы: терапия витаминами может снижать уровень общего плазменного гомоцистеина и улучшать клиническое течение заболевания у пациентов с кардиальным синдромом Х.

Tesis_006_end.indd 65 24.08.2006 22:24:48
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0140 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ТИРЕОТОКСИКОЗА

Васильева Н.В., Конакбаева Р.Д., Андрющенко И.В., Малюченко Н.Г.

КГМА, кафедра внутренних болезней № 2, Караганда, Казахстан

Аутоиммунные заболевания щитовидной железы (ЩЖ), протекающие с синдромом тиреотоксикоза (ТТ) и осложнениями в виде нарушений ритма, недостаточности кровообращения (НК), существенно ухудшают качество жизни и долгосрочный прогноз. Появление клинических признаков НК (преимущественно правожелудочковой) диктуют необходимость исследования функций правого желудочка (ПЖ). Цель исследования: изучить диастолическую функцию ПЖ (ДФПЖ) у 64 больных аутоиммунными заболеваниями ЩЖ (диффузным токсическим зобом и аутоиммунным тиреоидитом) с синдромом ТТ в зависимости от его тяжести с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ). Пациенты в возрасте от 19-60 лет (средний возраст 34,5±0,03), из них 20 мужчин и 44 женщины. Длительность верифицированного диагноза и ТТ (клинические симптомы, определение Т3, Т4, ТТГ, титра антител, УЗИ ЩЖ) составила 5,3±1,1 года. ТТ средней тяжести выявлен у 12 мужчин и 32 женщин, тяжёлый – у 8 и 12 соответственно. Степень тяжести оценивалась по проценту снижения массы тела, уровням систолического и пульсового АД, ЧСС, уровню свободного Т4. ЭхоКГ оценивалось наличие лёгочной гипертензии (размеры правого предсердия, среднее давление в лёгочной артерии, процент коллабирования нижней полой вены) и ДФПЖ (трикуспидальный двухпиковый поток, где Етк – максимальная скорость раннего диастолического наполнения ПЖ и Атк – позднего диастолического наполнения), так как ранний анализ ЭКГ у этих пациентов выявил признаки нагрузки на правое предсердие. Результаты. Мерцательная аритмия зарегистрирована у всех больных с тяжелым гипертиреозом с частотой сокращений желудочков от 86 до 140 в Минуту. Политопная суправентрикулярная экстрасистолия выявлена у 14 пациентов, у 6 из них при ТТ средней тяжести. Данные ЭхоКГ свидетельствуют об увеличении размеров правого предсердия, которое выявлено у всех пациентов с тяжёлым ТТ, максимальный размер 5,6 см при среднем значении в группе – 4,7±1,1 см. При среднетяжелом ТТ максимальный размер правого предсердия составил 4,6 см, при среднем значении в группе 2,9±1,3 см, при этом увеличение параметров отмечено лишь у 25% наблюдаемых пациентов. Пиковая скорость транстрикуспидального потока у 16 больных с синдромом ТТ тяжёлой степени с мало измененными показателями максимальной скорости раннего наполнения (средние значения – Етк – 0,53±0,11 м/с, p<0,01). Максимальная скорость позднего наполнения – Атк – 0,75±0,02м/с при p<0,05, что свидетельствует о нарушении ДФПЖ. Расчетный показатель соотношения А/Е составил – 1,4±0,12 при должном менее единицы. При среднетяжёлом ТТ средние значения Етк -0,5±0,01 м/с и Атк–0,52±0,04 м/с (p<0,05). Соотношение максимальных скоростей раннего и позднего наполнения у 60% пациентов также превысило единицу и среднее значение составило А/Е – 1,04±0,05 м/с. Колебания уровней срДЛА – от 30 до 69 Мм рт. ст. имело место в 60% случаев выраженного ТТ и от 30 до 45 Мм рт. ст.- при ТТ средней тяжести. Коллабирование нижней полой вены в диапазоне 13-40% выявлено у 16 пациентов с тяжёлым ТТ и у 19 пациентов при умеренно выраженном синдроме от 15 до 47% соответственно. Выявленная тенденция уменьшения коллабирования нижней полой вены не коррелирует с выявленными показателями срДЛА и требует более углубленного исследования гемодинамики.

0141 О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Васильев А.П., Стрельцова Н.Н.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель: оценить характер модификации липидной структуры эритроцитарной мембраны у практически здоровых мужчин с различным уровнем холестерина (ХС) крови и определить значение выявленных сдвигов в изменении их функционального состояния.

Материал и методы: под наблюдением находилось 74 практически здоровых мужчины (средний возраст 43,5±3,1 года). Все исследуемые были разделены на 2 группы: 1 – с нормальным содержанием холестерина в крови (ХС<5,0 ммоль/л – 4,3±0,15; n=43) и 2 – с гиперхолестеринемией (ХС>5,0 ммоль/л – 6,3±,21; n=31). В процессе проведения велоэргометрической пробы методом тетраполярной грудной реографии определяли сердечный индекс (СИ) и рассчитывали общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС). Методом лазерной допплеровской флоуметрии исследовали интегральный показатель микроциркуляции (ПМ). В эритроцитарной мембране определяли фосфатидилэтаноламин (ФЭА), фосфатидилхолин (ФХ), лизолецитин (ЛЛ), свободный холестерин (ХСм), уровень диеновых конъюгатов (ДК). Исследовался также индекс деформируемости эритроцитов (ИДЭ).

Результаты: У мужчин с гиперхолестеринемией (ГХС) отмечено увеличение ДК на 59,6%. Активация свободнорадикального окисления сопровождалась достоверным уменьшением содержания в мембране ФЭА и ФХ соответственно на 5,9% и 12,6%, увеличением ЛЛ, оказывающего деструктивное действие, на 18,6% и ХСм на 45,7%. Следствием подобной реорганизации клеточной мембраны, является увеличение ее микровязкости и снижение ИДЭ на 6,6% (p<0,05). Изменение физико-химических свойств мембраны создает условия для агрегации эритроцитов и ухудшения микроциркуляции. Кроме того, ГХС сопровождается дисфункцией эндотелия в результате угнетения синтеза оксида азота и констрикцией артериол.

Ухудшение микроциркуляторного кровотока наглядно демонстрирует факт снижения ПМ во 2 группе лиц на 18,5% и рост ОПСС на 24,5% (p<0,01). Снижение эффективности гемоциркуляции на уровне микроциркуляторного русла компенсируется гиперфункцией центральной гемодинамики. Так, прирост СИ на нагрузку стандартной мощности (75 W) во 2 группе превысил таковой в 1 группе лиц на 24,4% (p<0,05). Патогенетическое значение структурных преобразований клеточной мембраны, сопровождающих гиперхолестеринемию, демонстрируют корреляционные связи между ХСм и длительностью фазы изометрического расслабления (r=+0,8; p=0,02), ФЭА и конечным диастолическим давлением в левом желудочке (r=-0,82; p=0,04), ФХ и толерантностью к физической нагрузке (r=+0,32; p=0,0018).

Выводы: Гиперхолестеринемия оказывает негативное влияние на функциональное состояние организма, вызывая гиперфункцию сердечной деятельности и снижение энергетического резерва миокарда. Этот факт делает обоснованным применение гиполипидемической терапии на доклинической стадии атеросклероза.

0142 ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИЕЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ

Васильева С.Н., Автандилов А.Г., Мухтарова А.Н., Аргунова М.О.

РМА ПО, Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 66 24.08.2006 22:24:48
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования: оценить физическую работоспособность и особенности вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у пациентов с нейроциркуляторной астенией (НЦА) при проведении велоэргометрической пробы (ВЭМП).

Методы исследования: обследовано 20 пациентов мужского пола в возрасте 15-19 лет (средний возраст -16±2,2 лет) с НЦА. Контрольную группу составили 10 здоровых пациентов, сопоставимых по полу и возрасту. Всем пациентам проведена ВЭМП с анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР) в непрерывно-возрастающем режиме мощности до достижения субмаксимальной ЧСС 165-170 уд/мин (PWC170). Исходно, в конце каждой ступени нагрузки, на 1,3,5,7 Минутах отдыха измерялось АД, анализ ВСР проводился до и после ВЭМП по фрагментам из 200 кардиоинтервалов. Учитывались мощность низкочастотного спектра (0,04-0,15 Гц) – показатель LF, отражающий преимущественно симпатическое влияние; мощность высокочастотного спектра (0,15-1,4 Гц) – показатель HF, отражающий парасимпатическое влияние на спектр ВСР, показатель SI (индекс напряжения регуляторных систем), характеризующий состояние центрального контура регуляции ритма сердца.

Результаты: Пороговая мощность нагрузки у пациентов с НЦА составила 100 Вт, в группе контроля – 125 Вт, что свидетельствует о снижении физической работоспособности у больных с НЦА. Реакция АД в ответ на нагрузку у 17 пациентов (86%) 1 группы соответствовала нормотоническому типу, у 3 пациентов (14%) наблюдалась дистоническая реакция. При оценке показателей вегетативного баланса в исходном периоде у пациентов с НЦА выявлены достоверно более высокие значения низкочастотного компонента ВСР -1356±147 мс2, в сравнении с группой контроля – 1211±135 мс2 ($p<0,05$), а уровень волн HF, напротив, был ниже, чем в контрольной группе (447±132 и 658±204 мс2 соответственно). Изменение показателей ВСР во время нагрузки у всех пациентов происходило однонаправлено. В восстановительном периоде имела место тенденция к некоторому снижению мощности волн LF в сравнении с исходными значениями в 1 группе: с 1356±147 до 1406±203 мс2 ($p=0,06$),тогда как в группе контроля уменьшение показателя LF было достоверным: с 1211±135 до 1087±97 мс2 ($p<0,05$). Уровень высокочастотных волн HF после нагрузки возрос достоверно и в 1 группе (на 9±0,7% и составил на 5 Минуте отдыха 489±142 мс2), и в контрольной группе (на 17,8±1,2% до 779±224 мс2). Индекс SI у пациентов 1 группы как в исходном периоде, так и в периоде восстановления также был выше такового в группе контроля, однако недостоверно ($p=0,12$).

Выводы: У пациентов с НЦА имеет место снижение физической работоспособности и толерантности к физическим нагрузкам, что связано с нарушением вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы в виде повышения симпатического тонуса на фоне снижения активности парасимпатического звена вегетативной нервной системы. Дозированная физическая нагрузка оказывает благоприятное воздействие на вегетативный баланс у пациентов с НЦА.

0143 ВЛИЯНИЕ ГРАНДАКСИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИЕЙ

Васильева С.Н., Автандилов А.Г.

РМА ПО, Москва, Россия

Цель: изучить особенности вегетативной регуляции сердечно- сосудистой системы путем оценки показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных с нейроциркуляторной астенией и оценить влияние анксиолитика бензодиазепинового ряда грандаксина на показатели центральной гемодинамики (АД, ЧСС). Методы исследования: обследовано 28 подростков в возрасте 17-20 лет, не получавшие ранее терапию анксиолитиками бензодиазепинового ряда, имеющих вегетативные расстройства. Всем пациентам назначена терапия тофизопамом (Грандаксином, «Эгис», Венгрия), в дозе 50 мг в сутки: до лечения и через 4 недели проводили клинический осмотр, оценивали показатели АД, ЧСС с анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР). Из показателей спектрального анализа при оценке ВСР учитывались мощность низкочастотного спектра (0,04-0,15 Гц) – показатель LF, отражающий преимущественно симпатическое влияние; мощность высокочастотного спектра (0,15-1,4 Гц) – показатель HF, отражающий парасимпатическое влияние на спектр ВСР, отношение LF/HF-отражающее симпато-вагальный баланс и общую мощность воздействия на ритм сердца. Из временных показателей ВСР оценивались: вариационный размах (разность между Минимальным и максимальным значениями), характеризующий уровень вагусной регуляции ритма сердца: показатель pNN50% (процент пар интервалов RR, отличающихся более чем на 50 мс, от общего количества интервалов RR), отражающий высокочастотные колебания ритма сердца; SI (индекс напряжения регуляторных систем), характеризующий состояние центрального контура регуляции ритма сердца.

Результаты: под влиянием терапии грандаксином отмечено урежение ЧСС с 84±4 до 76±3 ударов в Минуту. Вместе с тем отмечено снижение систолического АД (САД) с 138,4±6,3 до 128,4±8,2 Мм рт.ст. ($p<0,01$), диастолического АД (ДАД) с 79,2±7,2 до 73,02±6,1 Мм рт.ст. ($p<0,05$). При анализе исходных показателей ВСР у пациентов с НЦА отмечалось снижение общей вариабельности сердечного ритма, а показатели ВСР, характеризующие симпатическую активность, были достоверно выше ($p<0,05$), чем у здоровых сверстников. Через 4 недели терапии грандаксином при анализе ВСР выявлено достоверное снижение индекса напряжения регуляторных систем SI с 205,18±6,5 до 148±5,9 у.е., мощности низкочастотного спектра LF с 1564,96±123 до 1247,4±113 мс2, индекса вегетативного баланса LF/HF с 5,1±2,1 до 2,4±1,1, также имело место увеличение показателей HF- с 379,79±94 до 724,3±93 мс2, pNN50%-с 10,6±2,2 до 16,7±3,2% у всех пациентов, что свидетельствует как о повышении общей ВСР, так и о снижении исходно повышенной симпатикотонии с увеличением тонуса парасимпатического звена вегетативной нервной системы.

Выводы: у больных с нейроциркуляторной астенией выявлено благоприятное влияние грандаксина на ЧСС, САД и ДАД, что может быть обусловлено восстановлением на фоне проведенной терапии имеющегося у пациентов с НЦА вегетативного дисбаланса, а именно снижением исходной гиперсимпатикотонии и активацией парасимпатического звена ВНС.

0144 ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Васильев Д.В., Мусин Н.О., Алимбаев Е.А.

Карагандинская государственная медицинская академия, Караганда, Казахстан.

Целью исследования явился сравнительный анализ интенсивной терапии больных с острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛН) по традиционной схеме и с применением эпидурального введения лидокаина.

Проанализирована интенсивная терапия 11 больных в возрасте от 37 до 81 года (мужчин 7 женщин 4), находящихся в кардиологическом блоке интенсивной терапии с различными заболеваниями. Причиной ОЛН в 5 случаях послужили сочетанный и комбинированные ревмопороки сердца (митральная недостаточность, митральный стеноз у 3 больных, митральный стеноз, аортальный недостаточность у 2), в 5 случаях – острый инфаркт миокарда (ОИМ) различной локализации, 1 больной поступал с ОЛН на фоне гипертонического криза. Все больные разделены на две группы: первая контрольная состояла из 7 человек, у больных второй группы применяли эпидуральное введение лидокаина,

Tesis_006_end.indd 67 24.08.2006 22:24:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Противоотечная терапия оценивалась по быстроте снятия одышки – количественно по частоте дыхания (ЧД), цвету кожных покровов, аускультативной картине в лёгких, показателям системной гемодинамики – артериальное давление (АД), сатурации крови (Sa O2).

Интенсивная терапия у больных первой группы включала внутривенное введение нитратов, салуретиков, наркотических анальгетиков (морфин), непрерывную низкопоточную инсуффляцию кислорода. Во второй группе принцип терапии оставался таким же, однако введение наркотиков заменяли проведением перидуральной блокады (ЭДБ) раствором лидокаина в дозе 2 мг/кг массы тела на уровне Т4-Т5. У больных контрольной группы заметный противоотечный эффект достигался спустя 4-5 часов от начала терапии. Он заключался в снижении ЧД на 17%, уменьшении количества, интенсивности и распространенности мелкопузырчатых хрипов в легких, нивелировании цианоза. АД у больных оставалось на прежнем уровне, в случаях удавалось добиться его снижения на 18% от исходных значений.

Во второй группе уже через 40-55 Минут после проведения ЭДБ отчетливо уменьшалась одышка, чему способствовало и снижение уровня АД на 21% у всех больных. Какого-либо критического снижение АД, возникновения нарушения ритма у данных больных мы не наблюдали ни в одном случае. Регресс признаков острой дыхательной недостаточности сопровождался также исчезновением акроцианоза, повышением сатурации крови до 96-97%. Продолжительность всего комплекса противоотечных мероприятий в данной группе занимала 6-24 часа. Повторного введения лидокаина в перидуральное пространство не требовалось. Таким образом, ЭДБ у больных с ОЛН может являться эффективной мерой в интенсивной терапии и позволяет добиться скорейшей стабилизации состояния больных и ликвидации явлений ОДН.

0145 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ КЛОНАЗЕПАМОМ НА НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Васюков С.С., Недоступ А.В., Федорова В.И.

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

Материал и методы. Обследовано 30 пациентов (15 мужчин и 15 женщин, средний возраст 58,2±12,4 лет) с пароксизмальной (рецидивирующей) формой фибрилляции предсердий (ФП). Этиологическим фактором ФП у 18 пациентов (60%) являлась ИБС (подгруппа 1), у 12 пациентов (40%) диагностирована идиопатическая форма ФП (подгруппа 2). Контрольную группу составили 12 здоровых испытуемых, сопоставимых с группами больных по полу и возрасту. Проводилась антиаритмическая терапия: 1) пропафеноном [П] 450-900 мг/сут. , n=2, 2) этацизином [Э] 100-150 мг/сут. , n=5, 3) аллапинином [Ал] 50-100 мг/сут. , n=2 4) -адреноблокатором [-А] (пропранолол 40-60 мг/сут. , атенолол 50-75 мг/сут. , метопролол 50-75 мг/сут. , бисопролол 5 мг/сут.), n=8, 5) амиодароном [Ам] 200-400 мг/сут. , n=4, 6) d,l-соталолом [d,l-С] 80-160 мг/сут. , n=3, 7) комбинированная терапия (-А+Ал, n=4; d,l-С+Ал, n=2). Частота пароксизмов ФП от 1-2 раза в месяц до 4-5 раз в неделю. Всем пациентам дополнительно к проводимой, недостаточно эффективной антиаритмической терапии был назначен клоназепам [К] (Polfa Tarchomin S.A., Польша) в дозе 1 мг/сут. в один прием на ночь. Проводились: 1) до назначения К и на 14-й день – холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ (ЭКЗК-01-ДНКиК«Холтер-ДНК»), 2) до назначения К и на 28-й день – клинико-неврологическое обследование с применением баллированных стандартизированных анкет – тест Спилбергера (реактивная и личностная тревожность), тест Бека (уровень депрессии). Использовались критерии Стьюдента, Манна-Уитни, p≥0,05.

Результаты. 1) При ХМ у всех пациентов выявлена политопная суправентрикулярная экстрасистолия (55-2750/сут., 1402,5±7,2), у 9 пациентов – пробежки СВТ (3-7 эпизодов/сут., 4-5QRS). 2) Выявлены значительные тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с пароксизмальной формой ФП по сравнению с контрольной группой. У больных с ФП определялось достоверное (p<0,001-0,005) увеличение уровня реактивной и личностной тревожности и депрессии. В результате терапии клоназепамом у 18 (6 из подгруппы 1 и 12 из подгруппы 2) пациентов (60%) произошло полное прекращение пароксизмов ФП, что сопровождалось при ХМ уменьшением суправентрикулярной экстрасистолии на 75% и более. У всех пациентов на фоне терапии достоверно уменьшился уровень реактивной тревожности.

Заключение. Основным нарушением сердечного ритма у пациентов с пароксизмальной ФП в межприступном периоде является политопная суправентрикулярная экстрасистолия. Тревожно-депрессивные расстройства, выявляющиеся у большинства пациентов с пароксизмальной формой ФП, могут играть решающую роль в рецидивировании пароксизмов ФП. Медикаментозная коррекция тревожно-депрессивных нарушений у пациентов с пароксизмальной формой ФП с помощью клоназепама (1 мг/сут.) может приводить, за счет изменения нейро-гуморальной регуляции сердечного ритма, к эффективному устранению суправентрикуляной экстрасистолии и полному исчезновению пароксизмов ФП.

0146 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ КЛОНАЗЕПАМОМ НА ПАРАМЕТРЫ СМАД И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛЫХ

Васюков С.С., Недоступ А.В., Федорова В.И.

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

Материал и методы. Обследовано 20 пациентов (2 мужчин и 18 женщин, средний возраст 68,0±7,4 лет) с лабильной артериальной гипертонией пожилых (ЛАГП). Группу сравнения составили 14 пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) 1-2 стадии, 1-2 степени повышения АД. Контрольную группу составили 12 здоровых испытуемых. Контрольная и группа сравнения были сопоставимы с основной группой больных по полу и возрасту. Критерии включения в основную группу: наличие спонтанных, достаточно частых (несколько раз в неделю), кратковременных эпизодов АГ (систолическое АД>160 Мм рт. ст.), при одновременном наличии спонтанных эпизодов гипотонии (систолическое АД<120 Мм рт. ст.). Всем пациентам основной группы дополнительно к проводимой, недостаточно эффективной традиционной гипотензивной терапии был назначен клоназепам [К] (Polfa Tarchomin S.A., Польша) в дозе 1 мг/сут. в один прием на ночь. Проводились: 1) до назначения К и на 14-й день – суточное мониторирование АД (СМАД) [аппаратом ТМ-2421, AND, Япония], 2) до назначения К и на 28-й день – клинико-неврологическое обследование с применением баллированных стандартизированных анкет – тест Спилбергера (реактивная и личностная тревожность), тест Бека (уровень депрессии). Использовались критерии Стьюдента, Манна-Уитни, p≥0,05.

Результаты. 1) Результаты СМАД исходно в группе ЛАГП: САДсутки – 124,5±7,4 мм.рт.ст., ДАДсутки – 61,8±8,4 мм.рт. ст., индекс измерений САД (ИИ САДдень) – 37,6±5,2%, индекс времени САД (ИВ САДдень) – 35,4±4,3%; в группе ГБ: САДсутки – 154,5±15,1мм.рт.ст., ДАДсутки – 95,6,8±13,2 мм.рт. ст., индекс измерений САД (ИИ САДдень) – 87,4±9,2%, индекс времени САД (ИВ САДдень)- 82,5±10,3%; 2) Выявлены значительные тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с ЛАГП и ГБ по сравнению с контрольной группой. У больных

Tesis_006_end.indd 68 24.08.2006 22:24:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

с ЛАГП И ГБ определялось достоверное (p<0,05) увеличение уровня реактивной и личностной тревожности и депрессии. Причем у пациентов с ЛАГП уровень личностной тревожности был достоверно выше по сравнению с группой сравнения. В результате терапии клоназепамом у 18 пациентов (90%) отмечался положительный эффект в виде прекращения эпизодов АГ (систолическое АД>160 мм.рт.ст.), и спонтанных эпизодов гипотонии (систолическое АД<120 мм.рт.ст.). Результаты СМАД на лечении: САДсутки, ДАДсутки достоверно не изменились, достоверно снизились ИИ САДдень – 22,1±3,2%, ИВ САДдень-15,2±5,5%. У всех пациентов на фоне терапии достоверно уменьшился уровень реактивной тревожности.

Заключение. Тревожно-депрессивные расстройства, выявляющиеся у большинства пациентов с ЛАГП, могут играть решающую роль в поддержании лабильного характера АГ. Медикаментозная коррекция тревожно-депрессивных нарушений у пациентов с ЛАГП с помощью клоназепама (1мг/сут.) может приводить, за счет изменения нейро-гуморальной регуляции АД, к эффективному устранению гипо- и гипертонических эпизодов, возникающих у таких больных на фоне традиционной гипотензивной терапии.

0147 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА И МИЛДРОНАТА НА ПЕРФУЗИЮ, МЕТАБОЛИЗМ И СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХСН

Васюк Ю.А., Хадзегова А.Б., Ющук Е.Н., Школьник Е.Л., Витько Н.К., Вахромеева М.Н.

Кафедра клинической функциональной диагностики ФПДО МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучение сравнительной эффективности миокардиальных цитопротекторов при лечении хронической сердечной недостаточности (ХСН). Методы: исследования проведены у 65 больных с ХСН, развившейся в результате перенесённого ранее инфаркта миокарда (давность не менее 6 месяцев), и ФВ<40%, с сохраненным синусовым ритмом. Пациенты были рандомизированы на три группы: 28 больным дополнительно к базисной терапии назначался триметазидин МВ в суточной дозе 70 мг; 25 больным дополнительно назначался милдронат в суточной дозе 1000 мг; 12 больных группы контроля получали базисную терапию ингибиторами АПФ, -блокаторами и мочегонными. Всем больным была проведена стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) с добутамином. Для определения перфузии и метаболизма миокарда левого желудочка на фоне шестимесячного лечения милдронатом и триметазидином 34 пациентам были проведены однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда (ОФЭКТ) с Tc99m-технетрилом и позитронно-эмиссионная томография миокарда (ПЭТ) с 18F-фтордезоксиглюкозой.

Результаты: на фоне лечения триметазидином и милдронатом отмечено достоверное уменьшение функционального класса ХСН и увеличение дистанции 6-минутной ходьбы в отличие от группы контроля. Достоверное улучшение качества жизни отмечено только при лечении триметазидином. Функциональное улучшение на фоне терапии триметазидином сопровождалось достоверным ростом фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в покое и на высоте стресс-ЭхоКГ в отличие от групп милдроната и контроля. Шестимесячное лечение триметазидином и милдронатом привело к достоверному снижению метаболизма глюкозы в ишемизированных сегментах до нормальных значений, в отличие от группы контроля, в которой уровень метаболизма в ишемизированных сегментах даже увеличился. Описанные изменения привели к возникновению достоверных различий между группами активной терапии (группы триметазидина и милдроната) и контрольной группой. При шестимесячном лечении триметазидином в гибернированных сегментах отмечалось достоверное улучшение систолического утолщения не только по сравнению с исходным состоянием, но и при сопоставлении с подгруппами милдроната и контроля. При этом в подгруппе милдроната и контроля систолическое утолщение не изменялись.

Выводы: клиническое течение ХСН улучшается как при терапии триметазидином, так и милдронатом. По данным ПЭТ терапия триметазидином и милдронатом обладает антиишемическим действием, что проявляется достоверным уменьшением гиперметаболизма глюкозы в ишемизированных сегментах до нормальных значений.

Достоверное улучшение регионарного систолического утолщения в гибернированных сегментах по данным ОФЭКТ, а также достоверное увеличение ФВ ЛЖ в покое и на высоте нагрузки по данным стресс-ЭхоКГ происходит только при терапии триметазидином.

0148 АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Васюк Ю.А., Лебедев А.В.

Кафедра клинической функциональной диагностики ФПДО МГМСУ, Москва, Россия

Цель работы: изучение взаимосвязей между фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ) и сопутствующими аффективными расстройствами (АР) у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Материалы и методы: В исследование включено 97 пациентов. Критериями включения являлись наличие острого Q-позитивного ИМ, верифицированного по критериям ВОЗ; возраст до 75 лет; отсутствие когнитивных нарушений, влияющих на адекватный контакт с пациентом; отсутствие хронических интоксикаций (кроме курения).

Всем больным на стационарном этапе наблюдения проводилось общеклиническое исследование, двумерная ЭхоКГ (с расчетом параметров внутрисердечной гемодинамики, ремоделирования и диастолической функции), суточное мониторирование ЭКГ, тест 6-минутной ходьбы. Тяжесть ОИМ оценивалась вычислением прогностического индекса TIMI. Для оценки психического статуса все больные заполняли скрининг-опросник (МНИИП), и при включении в исследование интервьюировались психиатром с использованием шкал Hamilton и SCL 90-R. Обработка результатов проводилась методами непараметрической статистики.

Результаты исследования: по результатам психиатрического обследования (с учетом МКБ-10) на 3-5 сутки ОИМ, все больные были разделены на 3 группы: с наличием сопутствующей депрессии (Д) – 26 пациентов, без АР (группа контроля) – 56 пациентов и больные с нарушениями адаптации (НА) – 15 пациентов.

Распространенность Д среди пациентов ОИМ составила 26,8%. Сформированные группы больных исходно не различались по основным демографическим, социальным и клиническим признакам.

На 3-5 сутки ОИМ сопутствующая Д чаще выявлялась у пациентов с меньшей ФВ ЛЖ по данным ЭхоКГ: 46,1% [95% доверительный интервал (ДИ) 41,3-50,9] и 53,7% [51,0-56,4]; p=0,004. Различия по ФВ ЛЖ сохранялись и на момент выписки пациентов из стационара (19-21 сутки ОИМ), соответственно 49,8% [95% ДИ 45,5-54,0] и 56,4% [53,6-59,3]; p=0,01. Пациенты с НА по величине ФВ ЛЖ от группы контроля не отличались: 52,9% [95% ДИ 47,6-58,2] и 53,7% [51,0-56,4]; p=0,8.

При поступлении в стационар у пациентов с ОИМ и сопутствующей Д чаще регистрировалась острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) и определялся более высокий ее класс по Killip (1,54 [95% ДИ 1,21-1,87] и 1,14 [1,02-1,25]; p=0,004). Для пациентов с нарушениями адаптации аналогичной зависимости не выявлено.

Tesis_006_end.indd 69 24.08.2006 22:24:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Достоверных различий параметров холтеровского мониторирования, в т.ч. вариабельности ритма сердца, и результатов теста 6-минутной ходьбы на стационарном этапе наблюдения пациентов различных групп не найдено.

Выводы: на стационарном этапе наблюдения после ОИМ, сопутствующая депрессия чаще выявляется у пациентов с меньшей фракцией выброса левого желудочка, что клинически проявляется большей частотой развития и степенью тяжести ОЛЖН у таких пациентов.

0149 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Васюк Ю.А., Хадзегова А.Б., Иванова С.В., Герасимова Н.И., Амирбегишвили И.М., Ющук Е.Н.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Кафедра клинической функциональной диагностики ФПДО, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить особенности структурно-функционального состояния правого желудочка (ПЖ) в зависимости от типа ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. Обследованы 138 больных АГ (43 мужчины и 95 женщин, средний возраст 50,4+6,1 год) без сопутствующих ИБС, хронических заболеваний легких, сахарного диабета и других соматических заболеваний в стадии декомпенсации. Нормальную геометрию ЛЖ имели 54 (39,1%), концентрическое ремоделирование – 27 (19,6%), концентрическую гипертрофию – 57 (41,3%). Контрольную группу составили 24 здоровых человека.

Всем больным проводилось общеклиническое обследование, суточное мониторирование артериального давления, тредмил-тест, эхокардиография (ЭхоКГ), допплер-ЭхоКГ (ДЭхоКГ) атриовентрикулярных потоков, тканевая допплерография.

Результаты. У больных АГ концентрическая гипертрофия ЛЖ сопровождается более высокими, по сравнению с контрольной группой, показателями диаметра (3,0±0,3 против 2,8±0,5 см, p=0,04) и толщины свободной стенки ПЖ (0,50±0,13 против 0,36±0,08 см, p<0,001). При концентрическом ремоделировании ЛЖ достоверные различия между группами касались только толщины свободной стенки ПЖ (0,47±0,11 против 0,36±0,08 см в контрольной группе, p<0,001), тогда как при нормальной геометрии ЛЖ различия между группами отсутствовали.

По данным ДЭхоКГ транстрикуспидального кровотока снижение отношения пиковых скоростей (E/A) отмечается при концентрической гипертрофии (1,1±0,2 против 1,4±0,3 в контрольной группе, p<0,001) и концентрическом ремоделировании ЛЖ (1,1±0,3 против 1,4±0,3 соответственно, p=0,006).

Тканевая допплерография свободной стенки ПЖ у больных АГ, по сравнению с контрольной группой, выявила уменьшение отношения пиковых скоростей при концентрической гипертрофии (0,8±0,2 против 1,0±0,3, p<0,001), концентрическом ремоделировании (0,9±0,2 против 1,0±0,3, p=0,01) и нормальной геометрии полости ЛЖ (0,9±0,2 против 1,0±0,3, p=0,02). При концентрической гипертрофии ЛЖ также выявлено достоверное, по сравнению с контрольной группой, увеличение времени изоволюмического расслабления свободной стенки ПЖ (41,9±29,4 мс против 23,7±30,5 мс, p=0,01).

Заключение. У больных АГ наряду с ремоделированием ЛЖ происходят структурные изменения ПЖ., более выраженные при концентрической гипертрофии ЛЖ. Показатели ДЭхоКГ транстрикуспидального потока свидетельствуют об ухудшении релаксации ПЖ при концентрическом ремоделировании и концентрической гипертрофии ЛЖ, в то время как тканевая допплерография свободной стенки ПЖ позволяет выявлять эти нарушения на этапе нормальной геометрии полости ЛЖ.

0150 СВЯЗЬ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Вдовенко С.В., Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Зырянов И.П., Семухин М.В., Доний Е.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Проблема ранней неинвазивной диагностики атеросклероза не теряет актуальности.

Целью работы было оценить возможность использования расчетного показателя скорости пульсовой волны для предсказания коронарного атеросклероза. Скорость пульсовой волны (СПВ) определяли по формуле Моенса-Кортевега, которая применяется для расчета данного показателя в крупных кровеносных сосудах.

С помощью трансторакальной эхокардиографии (ЭхоКГ), включая допплер-эхокардиографическое исследование (ДЭхоКГ) и эхографии аорты, нами было обследовано 90 мужчин (средний возраст 52,0±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.

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 гипертонии (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±0,29м/с и 6,34±0,17м/с, p=0,030). Ультразвуковые признаки атеросклероза аорты соответствовали более высокому значению СПВ по сравнению с пациентами, не имеющих этих признаков (6,43±0,19 м/с и 5,51±0,22 м/с, p=0,013). Более высокая СПВ была выявлена у больных с гемодинамически значимым (>75% просвета) стенозом одной или более крупных коронарных артерий (6,62±0,20 м/с и 5,58±0,30 М/с, p=0,012).

Таким образом, скорость пульсовой волны связана с выраженностью коронарного атеросклероза и может использоваться для вспомогательной неинвазивной диагностики атеросклеротических изменений коронарного русла.

0151 ПРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Велижанина И.А., Гапон Л.И.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы. Изучение эффективности нормобарической гипоксии у пациентов с артериальной гипертонией I и II степени с низким риском сосудистых осложнений (на основании шестимесячного наблюдения).

Материал и методы. Курс прерывистой нормобарической гипокситерапии (ПНГ) с использованием аппарата «Эверест–1» получили 63 пациента с артериальной гипертонией в качестве монотерапии. Средний возраст 29,11±0,88 лет. Содержание кислорода во вдыхаемой смеси 10%. Курс лечения состоял из 15 ежедневных процедур. После проведения курса ПНГ хороший гипотензивный эффект был отмечен у 54 пациентов (85,7%). В группу проспективного наблюдения были включены пациенты с хорошим гипотензивным эффектом, уровень артериального

Tesis_006_end.indd 70 24.08.2006 22:24:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

давления у которых не превышал 140/90 Мм рт. ст. В течение всего периода наблюдения, продолжавшегося 6 месяцев, пациенты не принимали гипотензивных препаратов. Проведено изучение показателей офисного АД, суточного мониторирования артериального давления (СМАД), велоэргометрические пробы (ВЭМП) исходно, через месяц и через 6 месяцев после проведения курса ПНГ.

Результаты. Через 6 месяцев наблюдения хороший гипотензивный эффект сохранялся у 81% пациентов. При проведении проспективного наблюдения за пациентами с хорошим гипотензивным эффектом, полученным в результате ПНГ, отмечено сохранение снижения уровня офисного систолического артериального давления (САД) (p=0,001) и диастолического артериального давления (ДАД) (p=0,001) через полгода после окончания курса лечения, в сравнении с исходными показателями. Анализ выполненных в динамике через месяц и через полгода повторных ВЭМП выявил значимое увеличение пороговой мощности, которое сохранялось после окончания курса ПНГ через полгода наблюдения. Через 6 месяцев у пациентов также отмечено достоверное снижение уровня САД на фоне субмаксимальной нагрузки. При анализе показателей СМАД за сутки выявлено статистически значимое снижение показателей САД(24), ДАД(24), АДсреднее, уменьшение индекса площади САД(24), индекса площади ДАД(24), индекса времени САД(24) и индекса времени ДАД(24) через 6 месяцев наблюдения. Аналогичный характер изменений был зарегистрирован в период бодрствования. В период ночного сна выявлено не только снижение средненочных показателей уровня САД, ДАД, но и отмечено уменьшение нагрузки давлением – статистически значимое снижение величины индекса площади САД на 51,3%, индекса площади ДАД на 73,5% и индекса времени САД на 41,3%, в сравнении с исходными. Сразу после окончания курса ПНГ изменений данных показателей отмечено не было, что может свидетельствовать об отсроченном гипотензивном эффекте.

Таким образом, данные об эффективности прерывистой нормобарической гипоксии при артериальной гипертонии, на основании проведенного проспективного наблюдения, позволяют предложить данный метод немедикаментозного лечения для более широкого применения в практике.

0152 СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Велижанин С.И., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования. Оценить частоту сексуальных нарушений у больных с ИБС, а также наличие ангинозных приступов во время сексуальной активности (СА). Провести оценку данных Холтеровского мониторирования (ХМ) во время СА и сравнить их с таковыми при выполнении функциональных нагрузок (ФН).

Материал и методы. Проведено сексологическое обследование у 106 мужчин с ИБС. У отдельной группы из 12 мужчин с ИБС проведена оценка ХМ во время СА. Сексуальные нарушения оценивались по критериям МКБ-10.

Полученные результаты. Проявления сексуальной дисфункции (СД) были обнаружены у 63 (59,4%) человек. Выявленные сексуальные нарушения были оценены как: расстройство гипоактивного сексуального влечения – 23 (21,6%), эректильное расстройство – 20 (18,8%), сексуальное отвращение – 12 (11,3%), преждевременная эякуляция – 6 (5,6%), сексуальная ангедония – 2(1,8%). Из всей группы обследованных больных, 52 (49%) человека отметили приступы стенокардии или кардиалгии во время коитуса при этом у 24 (22,6%) пациентов они были часто, у 22 (20,7%) редко, у 6 (5,6%) в единичных случаях. Приступы характеризовались давящими болями у 31 (29,2%) пациента, у 14 (13,2%) жгучими болями, у 7 (6,6%) колющими болями в области сердца. Одышку отметили 22 (20,7%) мужчины. Для купирования приступа 30(28,3%) больных использовали нитроглицерин. В группе больных, имевших СА во время ХМ, была зарегистрирована достоверно большая (на 12,1%) средняя величина максимально достигнутой ЧСС во время СА по сравнению с ФН (147,7±15,2 и 132,3±7,3 уд/мин, соответственно; p=0,002). У 8 (66,7%) пациентов на высоте СА и ФН регистрировались эпизоды диагностически значимой депрессии сегмента ST, уровень которой был достоверно выше (на 36,4%) при СА по сравнению с ФН (1,5±0,2 и 1,1±0,1 мм, соответственно; p=0,001). При этом только двое (16,7%) пациентов отмечали в дневнике ангинозную боль в грудной клетке во время СА, которая купировалась самостоятельно в покое. При выполнении ФН несмотря на меньшую величину максимально достигнутой ЧСС эквиваленты стенокардии отметили четыре пациента, у которых во время СА депрессия сегмента ST имела бессимптомный характер. Безболевая депрессия сегмента ST как во время СА, так и при ФН, регистрировалась у троих (25%) пациентов. Кроме того, у двоих пациентов во время СА была зарегистрированы кратковременные пароксизмы мерцательной тахиаритмии, а у одного – эпизоды желудочковой бигеминии и частой парной мономорфной желудочковой экстрасистолии.

Выводы. У больных ИБС достаточно часто встречается СД, преобладают расстройства характеризующиеся снижением и отказом от СА, а так же эректильное расстройство. Почти половина всех пациентов с ИБС во время коитуса отметила приступы стенокардии или кардиалгии. Во время СА по сравнению с ФН выявлена достоверно большая величина максимально достигнутой ЧСС, более выраженная депрессия сегмента ST, а также чаще регистрировались нарушения ритма сердца и безболевая ишемия.

0153 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ

Вербовская Н. В., Гринштейн Ю. И., Сакович В. А.

Медицинская академия, Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия

Цель работы. Изучить зависимость артериального давления (АД) от степени выраженности стеноза у пациентов с коарктацией аорты (КоА).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 56 пациентов с КоА и артериальной гипертонией (АГ) в возрасте 19,7±5,3 лет, которым проводилась рентгенэндоваскулярная дилатация (РЭД) или операция резекция КоА. Пациентам измерялся градиент давления на нисходящей аорте с помощью непрерывноволновой допплерографии (НВДГ) до вмешательства, непосредственно после и через 5-10 лет, а так же контролировалось артериальное давление в систолу и в диастолу (АДс, АДд) в эти же периоды.

Результаты. Степень выраженности стеноза аорты оценивалась в диапазонах: 35%-50%, 50%-75% и свыше 76%. По данным НВДГ выраженность стеноза в пределах 35%-50% наблюдалась у 16 человек и средний градиент давления на нисходящей аорте составлял 42,5±4,5 Мм рт. ст., а средние показатели АДс были равны 145±8,0 Мм рт. ст., АДд 83,4±11,3 Мм рт. ст. Стенозы в диапазоне 50%-75% были у 30 человек и градиент давления на аорте составлял 61±7,4 и АДс 150,9±4,7 Мм рт. ст., АДд 84,9±4,8 Мм рт. ст.. Степень выраженности стеноза свыше 75% была у 7 пациентов, у которых средний градиент давления на аорте составлял 101,7±10,0 Мм рт. ст., а средние цифры АДс были равны 143,8±5,7 Мм рт. ст. и АДд 85±14,2 Мм рт. ст.. Непосредственно после проведения РЭД или операции резекции КоА у всех пациентов при различных степенях выраженности стеноза средние цифры АДс и АДд составляли 122,6±17,4 Мм рт. ст. и 73±11,3 Мм рт. ст. соответственно, то есть имелось статистически значимое снижение цифр АДс (p≥0,05). Результаты хирургической и эндоваскулярной коррекции порока не всегда соответствуют ожидаемым отдаленным результатам, а именно в отдаленный период 5-10 лет у 40 пациентов (18 прооперированных и 22 поле

Tesis_006_end.indd 71 24.08.2006 22:24:50
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

РЭД) средние цифры АДс были равны 138,8±19,6 Мм рт. ст. и АДд 89,8 Мм рт. ст.

Выводы.

1. Величина артериального давления зависит от степени выраженности стеноза при коарктации аорты.

2. Наблюдалось достоверное снижение систолического артериального давления непосредственно после РЭД или операции резекции КоА вне зависимости от степени выраженности стеноза аорты.

3. У 35% пациентов в отдаленный период наблюдения отмечалась умеренная артериальная гипертония, обусловленная рестенозом и у 25% пациентов при градиенте давления на нисходящей аорте ниже 30 Мм рт. ст.

0154 РОЛЬ НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Вершинина А.М., Гапон Л.И., Бажухина И.Ф.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

В патогенезе артериальной гипертонии (АГ) экстремальных условий Крайнего Севера и ее прогрессировании важная роль принадлежит нарушениям регуляторных механизмов, в частности, состоянию ренин-альдостероновой системы (РАС).

Цель исследования. Изучить состояние РАС в процессе формирования и прогрессирования АГ в условиях Севера и исследовать роль гормонов РАС в процессах ремоделирования миокарда при данной патологии.

Материал и методы. Влияние систем нейро-гуморальной регуляции в развитии АГ изучалось непосредственно в экстремальных условиях Крайнего Севера у 48 пациентов АГ 1-11ст., работающих в экспедиционно-вахтовом режиме в Тюменском Заполярье (2 гр.), в сравнении с 42 пациентами умеренной климатической зоны (1 гр.) сопоставимого возраста и длительности АГ (предварительный медицинский контроль, исключающий наличие АГ, подтверждал формирование заболевания у лиц северной группы под влиянием экстремальных условий Заполярья). Полученные данные исследования активности ренина плазмы (АРП), плазменной концентрации альдостерона (ПКА) радиоиммунным методом, основных показателей водно-электролитного обмена (скорость клубочковой фильтрации (СКФ), суточный диурез (СД), натрий эритроцитов (Na ЭР), экскреция Na (Э Na) с мочой, массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) эхокардиографически обрабатывали с использованием пакета статистических программ “SPSS”, на компьютере IBM PC/AT.

Результаты исследования. Показано, что у пациентов 2 гр. повышение ПКА наблюдается при АГ 1 ст., более выраженное при АГ 11, в сравнении со здоровыми, (144,08±2,44пг/мл; 156,15±2,34, p=0,001; 181,50±4,27, p=0,000, соответственно). Изменения АРП носили аналогичный характер (2,14 ± 0,13 нг/мл/час; 2,22±0,11, p=0,08; 2,93±0,10, p= 0,000). СД в обеих группах имел тенденцию к снижению по мере прогрессирования заболевания с достоверным уменьшением при АГ 11 во 2 гр. (p=0,037). Отмечена тенденция к снижению СКФ в 1 и 2 гр., более выраженная при АГ 11 (p=0,388; p=0,313). Содержание Na ЭР достоверно повышалось у пациентов 1 гр. при АГ 11 (p=0,001); во 2 гр. изменение было более значимым (АГ1: p=0,000; АГ 11: p=0,000). Э Na в 1 гр. достоверно снижалась при АГ 11 (p=0,022) во 2 гр. снижение носило более выраженный характер (АГ 1: p=0,002; АГ 11: p=0,000). Различия АРП и ПКА между 1 и 2 гр. носили тенденциозный характер. Отмечена прямая корреляционная взаимосвязь между АРП, ПКА и ММЛЖ во 2 гр. при АГ 1 (r =0,281, p=0,025; r=0,369; p=0,001) и АГ 11ст. (r =0,384, p=0,024; r =0,711; p = 0,020).

Заключение. Полученные результаты исследования подтверждают важную роль систем нейро-гуморальной регуляции в патогенезе артериальной гипертонии в условиях Крайнего Севера, отражая значение исследуемых гормонов (ренина и альдостерона) в процессах ремоделирования сердца при данной патологии.

0155 ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Винник Т.В., Красильникова Е.И., Шляхто Е.В., Сергеева Е.Г., Захарьян И.И., Хмельницкий О.К., Шапкова Е.А., Быстрова А.А.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Артериальная гипертензия (АГ), гиперинсулинемия (ГИ) и нарушения толерантности к глюкозе (НТГ) вплоть до сахарного диабета (СД) чрезвычайно часто сочетаются. Предполагается, что основным связующим звеном является инсулинорезистентность (ИР). Значение ГИ в развитии АГ широко обсуждается.

Материалы и методы. Обследовано 428 больных с АГ. Исследовали уровень инсулина крови натощак и в процессе проведения глюкозо-толерантного теста. Вычисляли показатель «площадь под кривой инсулина» (ППКИ).

Результаты. Установлено, что из 428 обследованных больных с АГ в различной степени выраженные нарушения углеводного метаболизма выявлены у 58% , а инсулинорезистентность – у 75% больных.

30 больным АГ с нормальной толерантностью к глюкозе, но наличием ГИ назначено лечение препаратом из группы агонистов имидазолиновых рецепторов – моксонидином (физиотензом) в суточной дозе 0,2-0,6 г, кратность приема 1-2 раза в день в течение 6 месяцев. В результате лечения достигнута нормализация АГ, коррелирующая с достоверным снижением расчетного показателя ППКИ.

18 больным АГ с нарушенной толерантностью к глюкозе был назначен антигипергликемический препарат из группы бигуанидов – метформин (сиофор) в суточной дозе 1,5 г (по 500 мг 3 раза в день после еды).

В результате трехмесячного лечения метформином отмечено достоверное снижение АД, нормализация уровня глюкозы, достоверное снижение расчетного показателя ППКИ, коррелирующее с уровнем систолического АД.

Делается вывод о существенной патогенетической роли ИР и ГИ в развитии АГ, что следует учитывать при выборе лечебной тактики. В качестве препаратов выбора с доказанным эффектом по снижению ИР могут быть рекомендованы агонисты имидазолиновых рецепторов (физиотенз) и производные бигуанидов (сиофор).

0156 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСОВ ПОСЕТИТЕЛЕЙ КАРДИОСАЙТА – ОФИЦИАЛЬНОГО САЙТА ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ

Вихирева О.В.

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

Цель. Оценка информированности, профессионального поведения, заинтересованности в дальнейшем обучении российских врачей – посетителей Кардиосайта, официального сайта Всероссийского научного общества кардиологов (www.cardiosite.ru).

Методы исследования. В 2005-2006 гг. проведен ряд опросов посетителей Кардиосайта по актуальным вопросам кардиологии, в том числе по факторам риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) и доказательной медицине (ДМ).

Полученные результаты. В ноябре 2005 – январе 2006 г. проведен опрос по ФР ССЗ (число респондентов n=519). В своей клинической практике врачи чаще всего пытаются воздействовать на артериальную гипертонию, АГ (34%) и сахарный диабет,

Tesis_006_end.indd 72 24.08.2006 22:24:50
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

СД (23%). По мнению респондентов, лучше всего отвечают на вмешательство АГ (43%) и СД (25%). Врачи нуждаются в дальнейшем обучении, прежде всего, по контролю СД (40%), ожирения и стресса (по 14%).

В феврале-марте 2006 г. проведен опрос по ДМ (n=484). Поддерживают идею включения основ ДМ в программы вузовского и последипломного образования врачей 96% респондентов. В своей практике врачи чаще всего применяют принципы ДМ для определения тактики ведения пациентов (60%), а также при работе с литературой и анализе собственного врачебного опыта (по 20%; предполагался выбор только одного варианта ответа).

В настоящее время проводится опрос о необходимости создания на Кардиосайте регистра продолжающихся российских клинических исследований. Одобряют создание подобного регистра 96% респондентов (n=147; апрель 2006 г.).

Заключение. Безусловно, Интернет-опросы по определению не могут быть репрезентативными. Тем не менее, с учетом широкой аудитории Кардиосайта и активного участия его посетителей в опросах, можно ожидать, что полученные данные в достаточной мере отражают ситуацию в условиях реальной клинической практики.

Проведение подобных опросов позволяет не только оценить состояние информированности и профессиональной деятельности российских врачей, но и одновременно усилить их интерес к актуальным проблемам кардиологии и медицины в целом.

0157 ОЦЕНКА ЭФФЕКТА КАРДИОСТАТИНА НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У РЕЗИСТЕНТНЫХ К АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Вишневский В.И., Демьяненко О.В., Бердников С.В., Заварушкина Е.Н., Чугунова О.В.

Медицинский институт Орловского государственного университета, Орел, Россия

В основе резистентности к препаратам ацетилсалициловой кислоты (АСК) может лежать гиперхолестеринемия. Можно предположить, что применение статинов позволит повысить эффективность антиагрегантной терапии (ААТ) у резистентных к АСК больных, как за счет основного действия, так и за счет плейотропного эффекта.

Цель: оценить влияние терапии АСК и сочетанной терапии кардиостатином на агрегационную активность тромбоцитов у резистентных к АСК больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения и разработать пути повышения эффективности антиагрегантной терапии.

Методы: проведено обследование 50 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II – III ФК (средний возраст 55,2), получающих Тромбо АСС 100 и Тромбо АСС 100 + кардиостатин 20 мг (1 и 3 месяца). Исследована агрегация тромбоцитов в плазме крови по методу Борна с помощью анализатора агрегации тромбоцитов АР 2110 фирмы “SOLAR”. В качестве индуктора агрегации использован раствор АДФ в конечной концентрации 5,0 мкмоль/л, так как при этом наблюдается двухфазная агрегация тромбоцитов, до назначения ААТ. Определялся коэффициент чувствительности к дезагрегантной терапии (Ra%). Ra% = (Amax(At2)-At5)/Amax(At2))*100%, где Amax – максимальное значение агрегации (при отсутствии второй волны), At2 – степень агрегации на 2 Минутах (при сохранении второй волны агрегации), At5- степень агрегации на 5 Минутах. Если Ra%>15% – чувствительные, если Ra%=[0 – 15]% – недостаточно чувствительные, если Ra%<0% – резистентные к ААТ больные. Также учитывалась степень максимальной агрегации тромбоцитов (Amax), при сохранении ее более 60% (верхняя граница нормы здоровых людей), эффективность ААТ определялась как недостаточная при Ra%>15%. Проводилось исследование липидного спектра крови.

Результаты: выявилась чувствительность к Тромбо АСС 100 у 32 (64%), недостаточная чувствительность у 10 (20%) и резистентность у 8 (16%) больных. Через 3 месяца сочетанной терапии достоверно снизилась Amax ($p<0,005$). При анализе Ra% и Amax выявлено увеличение дезагрегантного эффекта у 22% через 1 месяц и у 39% больных через 3 месяца сочетанного приема. Корреляционный анализ выявил достоверную связь между степенью снижения общего ХС и ХС ЛПНП через 3 месяца приема кардиостатина в дозе 20 мг/сутки и эффективностью к ААТ ($r=0,476$, $p<0,05$ и $r=0,471$, $p<0,05$ соответственно).

Выводы: выявлена абсолютная резистентность к Тромбо АСС 100 у 16 % больных, дополнительное назначение кардиостатина позволяет увеличить эффективность ААТ у резистентных к препаратам ацетилсалициловой кислоты больных стабильной стенокардией напряжения.

0158 РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Волкова Н.Н., Драпкина О.М.

Кафедра Пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х.Василенко, ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: Изучить влияние артериальной гипертензии на развитие дилатации левого предсердия.

Методы: Как известно, дилатация левого предсердия является важным фактором риска развития фибрилляции предсердий, тромбоэмболических осложнений, прогрессирования сердечной недостаточности. Среди факторов, способствующих развитию дилатации левого предсердия, одним из самых распространенных является артериальная гипертензия. В исследование было включено 35 пациентов – 20 человек с впервые выявленной нелеченной артериальной гипертензии (среднее артериальное давление 148/96±13/6 Мм рт. ст.) и 15 человек с нормальными цифрами артериального давления (среднее артериальное давление 125/82±7/8 Мм рт. ст.). Средний возраст обследуемых составил 42+/-2,4 года. Всем пациентам было проведено объективное обследование, ЭКГ, трансторакальная Эхо-КГ, 24-часовое мониторирование артериального давления, 24-часовое Холтеровское мониторирование.

Результаты: Данные исследования показали, что артериальная гипертензия является важным фактором риска развития дилатации левого предсердия. В группе пациентов не страдающих артериальной гипертензией передне-задний размер левого предсердия по данным трансторакальной Эхо-КГ не превышал 41±2 мм. В группе пациентов с впервые выявленной нелеченной артериальной гипертензией средний размер левого предсердия составил 45±2 мм. Также в группе пациентов с артериальной гипертензией было отмечено повышение толщины задней стенки левого желудочка по сравнению с этим же показателем в группе нормотензивных пациентов (12±2 см и 94±2 мм, $p<0,001$). Степень дилатации левого предсердия в группе пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией коррелировала с длительностью клинических проявлений артериальной гипертензии. По результатам 24-часового суточного Холтеровского мониторирования в группе пациентов не страдающих артериальной гипертензией не было выявлено прогностически неблагоприятных нарушений ритма и проводимости. В то время как в группе пациентов с впервые выявленной артериальной гипертензией при 24-часовом Холтеровском мониторировании были выявлены такие предсердные нарушения ритма как пароксизмы фибрилляции предсердий, предсердная экстрасистолия, наличие которых также коррелировало со степенью дилатации левого предсердия.

Выводы: Таким образом, артериальная гипертензия является важным фактором риска развития дилатации левого предсердия. Степень выраженности дилатации левого предсердия зависит от длительности артериальной гипертензии. Своевременная адекватная гипотензивная терапия позволит предупредить увели-

Tesis_006_end.indd 73 24.08.2006 22:24:50
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

чение левого предсердия, предупредить развитие фибрилляции предсердий, прогрессирования сердечной недостаточности.

0159 РОЛЬ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Волкова Н.Н., Драпкина О.М.

Кафедра Пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х.Василенко, ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: Изучить влияние дилатации левого предсердия на возникновение и поддержание фибрилляции предсердий.

Методы: В исследование были включены 38 пациентов (22 мужчины, 18 женщин) находящихся на стационарном лечении в отделении кардиологии клиники. Средний возраст обследуемых составил 66±2,4 года. Всем пациентам было проведено объективное обследование, ЭКГ, Эхо-КГ, 24-часовое суточное Холтеровское мониторирование. В зависимости от передне-заднего размера левого предсердия все пациенты были разделены на 4 группы. Передне-задний размер левого предсердия в группе N1 составил 40-45 мм (12 человек), в группе N2 45-50 мм (10 человек), в группе N3 50-55 мм (8 человек), в группе N4 более 55 мм (8 человек).

Результаты: Данные исследования показали, что наличие фибрилляции предсердий было ассоциировано с увеличением размера левого предсердия. Так, в группе N1 у 9 из 12 пациентов (75%) по результатам 24-часового суточного Холтеровского мониторирования фибрилляции предсердий выявлено не было, у 1 пациента по результатам исследования была выявлена частая наджелудочковая экстрасистолия, у 2 обследуемых (16%) пациентов из этой группы была выявлена пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. По сравнению с первой группой, во второй группе фибрилляция предсердий наблюдалась в 60 % случаев (6 пациентов). У 4 обследуемых фибрилляция предсердий носила постоянный характер, а у 2 пациентов пароксизмальный, у 1 пациента была выявлена частая наджелудочковая экстрасистолия, которая, как известно, может являться пусковым фактором фибрилляции предсердий. В группах 3 и 4 не было выявлено достоверных различий между размером левого предсердия и наличием фибрилляцией предсердий. У 7 человек из 8 (87%) в каждой группе была выявлена постоянная форма фибрилляции предсердий. Также следует отметить, что наличие фибрилляции предсердий в каждой из подгрупп было ассоциировано с длительностью артериальной гипертензии, снижением фракции выброса левого желудочка, функциональным классом сердечной недостаточности по Нью-Йоркской классификации.

Выводы: Таким образом, дилатация левого предсердия является важным эхокардиографическим показателем развития такого жизнеугрожающего нарушения ритма как фибрилляция предсердий и может служить прогностическим фактором возникновения ее. Длительная артериальная гипертензия, снижение фракции выброса левого желудочка, прогрессирование сердечной недостаточности также способствуют развитию дилатации левого предсердия и возникновению фибрилляции предсердий.

0160 КАРДИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И СМЕРТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ

Волкова О.А., Димов А.С., Соболев В.А., Старовойтова А.В., Меркушева И.А.

Ижевская ГМА, Ижевск, Россия

Цель. Установить значение и место кардиальной патологии в группе причин, приведших к развитию летальных исходов больных с тяжелым течением внебольничных пневмоний.

Материал и методы исследования. Проведена экспертная оценка 117 летальных случаев от пневмоний в городах и селах Удмуртии. Определялась частота различных факторов, повлиявших на исход заболевания, в частности состояние сердечно-сосудистой системы.

Результаты исследования. Возраст умерших колебался от 26 до 84 лет: до 40 лет было 8, после 60 лет – 63 человека. Досуточная летальность обнаружена в 36 случаях. Имело место преимущественно позднее обращение к врачам, а именно: после начала заболевания менее 3 суток в 19, от 4 до 10 дней – в 48, от 11 до 30 дней – в 21, более 30 дней в 16 случаях. Установить сроки в остальных случаях не удалось. Расхождение основного клинического диагноза с секционным было в 34 случаях. Клиника заболевания в начале госпитализации проявлялась: гипертермией (t>39) – в 51, гипотонией и шоком – в 46, тахипное (ЧДД >30 в Мин) – в 63, тахикардией (ЧСС >125 уд в Мин) – в 34, лейкопенией – в 28, тотальной и субтотальной инфильтрацией легких – в 58, деструктивными процессами – в 39, развитием экссудативных процессов в плевре и эмпиемой в 22 случаях, сепсисом – в 9 случаях. При этом в реанимационный блок попали только 65 больных, в том числе – 13 несвоевременно, в терминальном периоде.

Основными модифицирующими факторами, предшествующими пневмонии были: алкоголизм в 41 случае, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) с демонстративными клиническими проявлениями (ХСН-II и выше) за счет ИБС и/или АГ в 43 случаях; бронхообструктивный синдром в анамнезе с дыхательной недостаточностью II-III степени в 37, в том числе с хроническим легочным сердцем (ХЛС) в 23 случаях; сахарный диабет или длительная глюкокортикоидная терапия в 7 случаях. В ходе пневмонии в 36 случаях выявлялась почечная недостаточность. В 11 случаях модифицирующие факторы отсутствовали.

Данные вскрытия показали, что во всех случаях имелось развитие тотальной недостаточности кровообращения, проявлявшейся острым гемодинамическим и токсическим отеком легких, мозга, миокарда и всех других внутренних органов, примерно в половине случаев сопровождавшаяся гидроперикардом, гидротораксом, асцитом, анасаркой: в 66 случаях за счет острой сердечной недостаточности в связи с прямым инфекционно-токсическим воздействием, в том числе 41 случае в сочетании с алкогольной кардиомиопатией, в остальных случаях острой декомпенсацией, имевшейся ХСН, включая в 23 случая ХЛС. В 46 случаях развитие и усугубление почечной недостаточности, имевшей ятрогенный характер в связи с проведением дезинтоксикационной терапией, являлось дополнительным и, по-видимому, решающим гемодинамическим фактором декомпенсации сердечной деятельности.

Заключение. Старая врачебная заповедь: «болезнь в легких – опасность в сердце» сохраняет свое значение и в настоящее время и недооценивается врачами.

0161 ФАКТОРЫ, СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ NT-PRO BNP В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Волкова С.Ю., Рагозина В.В., Балина В.А., Пушникова М.А., Щуплецова В.А., Шалаев С.В.

Институт терапии Тюменского Отдела Южно-Уральского научного центра РАМН, Областной кардиологический диспансер, ГОУ ВПО ТюмГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Цель: оценка факторов, стабилизирующих плазменный уровень N –концевого фрагмента мозгового натрийуретического пропептида (NT-proBNP), в процессе терапии больных с систолической дисфункцией левого желудочка.

Методы: у 35 пациентов (27 мужчин и 8 женщин) в возрасте от 40 до 68 лет (средний возраст 54,3±9,6 лет) с хронической

Tesis_006_end.indd 74 24.08.2006 22:24:51
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сердечной недостаточностью ишемического генеза и фракцией выброса левого желудочка менее 40%, определялся уровень NT-pro BNP («Biomedica», Австрия) в плазме крови в процессе проводимого лечения. Пациенты, включенные в исследование, были рандомизированы на сопоставимые по половому и возрастному составу группы, получавшие в качестве ИАПФ эналаприла малеат 18,3±9,0 мг/день (10-20 мг/день) (N=15) или спираприл 5,0±1,3 мг/день (3-6 мг/день) (N=20), вместе с метопрололом 25-50 мг/день, гипотиазидом 12.5-25 мг/день и аспирином 125 мг/день в течение 6 месяцев. Статистическая обработка полученных результатов проведена с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты: стабилизация или снижение плазменного уровня NT-proBNP отмечена у 48,6% пациентов включенных в исследование, что коррелировало с клиническим эффектом проводимой терапии. Проведенный анализ показал, что в группе больных со стабилизацией NT-proBNP в 3 раза чаще встречалась хроническая форма фибрилляции предсердий, в отличие от группы с возрастанием NT-proBNP на фоне терапии (52,9% против 16,7%, p=0,03). В группе со стабилизацией NT-proBNP был ниже уровень калия в плазме крови (4,5±0,3 против 5,0±0,6 ммоль/л, p=0,007). В процессе терапии у этих пациентов чаще применялись бета-адреноблокаторы (88,2% против 55,6%, p=0,04), но в более низкой дозе (53,6±22,5 против 62,5±25,0 мг\сут., p=0,04). При одинаковой частоте назначения диуретиков (у 1/3 пациентов в обеих группах), доза гипотиазида была выше (20,8±15,1 против 10,4±3,2 мг\сут., p=0,056) в группе со стабилизацией NT-proBNP. При выделении подгруппы со снижением NT-proBNP на фоне 6-месячной терапии (28,6% от общего количества обследованных) обращало внимание то, что в ней базальный уровень NT-proBNP был значительно выше, как по сравнению с группой с возрастанием NT-proBNP (Me=777, LQ= 684, UQ=1796 пмоль/л, против Me=393, LQ= 210, UQ=630 пмоль/л, p=0,006), так и по сравнению с группой с неизменным уровнем NT-proBNP (Me=777, LQ= 684, UQ=1794 пмоль/л, против Me=534, LQ= 216, UQ=630 пмоль/л, p=0,02). Во всех подгруппах отмечалась сопоставимая частота применения различных ИАПФ. Проведенный многофакторный дисперсионный анализ позволил выявить, что такие факторы как выбор ИАПФ (спираприла) (F=4,7, p=0,037), применение диуретиков (F=7,7, p=0,009) и бета-адреноблокаторов (F=5,9, p=0,036) оказывали воздействие на стабилизацию уровня NT-proBNP в процессе терапии, в то время как высокий базальный уровень NT-proBNP являлся предиктором силы ответа на терапию (F=17,6, p=0,000006).

Выводы. Результаты проведенного анализа показали, что наиболее значимое влияние на стабилизацию NT-proBNP в процессе терапии оказывали такие факторы как выбор ИАПФ (спираприла), применение и доза диуретиков и бета-адреноблокаторов. Нахождение уровня NT-proBNP выше или ниже медианы являлось предиктором «силы» ответа на проводимую терапию.

0162 ОБЪЕМЗАВИСИМАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ЕЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Волков В.С, Роккина С.А., Поселюгина О.Б., Свистунов О.П.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Выявить клинико-функциональные признаки объёмзависимой артериальной гипертонии (АГ).

Методы. Обследовано 430 больных АГ. У них определялись порог вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС), суточная экскреция натрия с мочой, проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), эхокардиографическое исследование (Эхо-КГ).

Результаты. Среди больных с учетом ПВЧПС было выделено 2 группы: 1-я (86; 20,9% обследованных) – с низким ПВЧПС (<0,16% NaCl), 2-я (102; 38,2%) – с высоким (>0,16%). Суточная экскреция натрия с мочой у них составила соответственно 180 и 295 мМ/сут (p<0,01). В пересчете на поваренную соль потребление последней составило 10 и 15,5 г/сут. соответственно. Жалобы сердечно-сосудистого и невротического характера отмечены у 26,1% и 52,4%, гипертонические кризы у 21,7% и 57,1% больных соответственно. Депрессия выявлена у 45% и 89% обследованных. Наличие АГ у близких родственников было выявлено у 9% и 38% больных 1-й и 2-й групп соответственно. Заболевание у последних диагностировано на семь лет раньше. При первом измерении в стационаре АД у них составило 145/84 мм рт. ст. и 178/95 мм рт. ст. При суточном мониторировании АД на фоне проводимой терапии АД днем у больных 1-й группы было 130/86 Мм рт.ст., 2-й – 160/95 Мм рт.ст. (все p<0,01), а ночью соответственно 123/69 и 148/89 Мм рт.ст. (все p<0,01). Суточный индекс систолического АД у больных 1-й группы составил 11,5±2,0, во 2-й – 7,3±1,2 (p<0,05), для диастолического АД соответственно – 18,9±3,0 и 6,3±1,4 (p<0,01). В 1-й группе «недипперов» было 17%, во 2-й – 37% (p<0,01).

Показатели эхокардиографии свидетельствовали, что у больных 2-й группы по сравнению с 1-й больше конечный диастолический объем (соответственно 147±5,0 и 107±5,5 мл; p<0,01), а также масса миокарда левого желудочка (190±4,0 и 172±5,0 г; p<0,01), чаще определялась диастолическая дисфункция левого желудочка (у 52% и 32%; p<0,05), и напротив, меньше была фракция выброса (54±0,4 и 56±0,6; p 0,01).

Выводы. Клинико-функциональные показатели, полученные у больных АГ, с повышенным ПВЧПС, могут быть объяснены наличием у них гиперволемии, обусловленной повышенным потреблением поваренной соли. Для объёмзависимой АГ характерно: экскреция натрия с мочой более 250 мМ/сут, большое количество невротических жалоб, более раннее развитие заболевания, наклонность к развитию гипертонических кризов, изменение психологического статуса с тенденцией к депрессивным расстройствам. АГ отличается стойкостью к проводимой гипотензивной терапии, имеется изменение циркадного ритма АД с недостаточным его снижением ночью. При эхокардиографическом исследовании у больных, потребляющих повышенное количество поваренной соли, определяется относительно большая величина конечного диастолического объема левого желудочка сердца, больше масса его миокарда, чаще встречается нарушение его диастолической функции и ниже фракция выброса.

0163 АЛГОРИТМ РАСЧЕТА ГЛОБАЛЬНОГО РИСКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Воробьева Е.Н, Осипова И.В., Антропова О.Н., Усолкин К.М., Воробьев Р.И., Веселовская Н.Г., Хорева М.А., Нечунаева Е.В., Легкошкурова Н.М.

АГМУ, Барнаул, Россия

Целью исследования явилось изучение аддитивного влияния факторов риска на течение артериальной гипертонии с помощью алгоритмов расчета глобального коронарного риска – Munster Heart Study (PROCAM).

Было обследовано 39 мужчин в возрасте 40-55 лет с гипертонической болезнью I и II стадии. Проводилось анкетирование для выявления факторов риска, антропометрия, оценка семейного анамнеза, клиническое и функциональное исследование. В сыворотке крови исследовали параметры липидного обмена: хиломикроны, хилокрит, концентрацию общего холестерина и триглицеридов ферментативным методом с использованием наборов фирмы “Human” (Germany). Также определяли холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с осаждением стандартными наборами реактивов фирмы “Human” (Germany) с расчетом холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy).

Tesis_006_end.indd 75 24.08.2006 22:24:51
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выявлено, что у всех обследуемых имелись те или иные факторы риска (курение, избыточная масса тела, дислипидемия и др.), которые были включены в формулу алгоритма PROCAM, предсказывающего первое событие сердечно-сосудистых заболеваний (фатальный инфаркт миокарда, нефатальный инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть) по 9 переменным: возраст, курение, анамнез стенокардии, семейный анамнез инфаркт миокарда, систолическое АД, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, триглицериды, сахарный диабет. Результат алгоритма может быть разделен на 5 квинтилей.

В результате комплексной оценки факторов риска все обследуемые были отнесены к разным квинтилям глобального риска. При этом согласно степени имеющегося глобального риска были даны рекомендации по "модификации" образа жизни (коррекция диеты, отказ от вредных привычек), а 8 пациентам, имеющим 4 и 5 квинтили риска была рекомендована на фоне диеты и программы физических нагрузок медикаментозная терапия.

Через три месяца повторно у пациентов были определены факторы риска и рассчитан прогностический индекс. У всех пациентов обнаружено количественное снижение уровня глобального риска и переход 56% обследуемых в квинтили меньшего риска.

Результаты наших исследований демонстрируют важное значение определения факторов, стратифицирующих коронарный риск, с дальнейшим расчетом прогностического индекса, что позволяет эффективно осуществлять профилактику путем изменения образа жизни, диетотерапии и медикаментозного лечения.

0164 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ И СИНДРОМА КАХЕКСИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Воробьев А.Н.

ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава», Рязань, Россия

Цель исследования: оценить распространенность недостаточности питания и синдрома кахексии у больных с ИБС и хронической сердечной недостаточностью, поступающих в кардиологический стационар.

Материалы и методы: в Рязанском областном клиническом кардиологическом диспансере было обследовано 158 пациентов (53,2% мужчин и 46,8% женщин) в возрасте от 26 до 82 лет с различными клиническими формами ИБС. Кахексия диагностировалась при индексе массы тела (ИМТ) менее 15,5, снижении массы тела (МТ) на 6,5% за 6 месяцев, либо при снижении тощей массы тела (ТМТ) более чем на 10 % от должной.

1) Измерение МТ и ИМТ. Оценка потери МТ проводилась согласно анамнестическим данным. Диагностически значимой для определения недостаточности питания считалась величина ИМТ 18,5 кг/м2 и менее.
2) Для оценки компонентного состава тела использовался метод Durnin-Womersley: расчет жировой МТ по толщине кожно-жировых складок в 4-х стандартных точках (средняя треть плеча над бицепсом, над трицепсом, нижний угол лопатки, на 2 см выше середины пупартовой связки справа) по формулам в зависимости от пола и возраста. ТМТ подсчитывалась путем вычитания из общей массы тела массы жировой ткани. Оценка ТМТ проводилась в сравнении с рекомендуемой ТМТ, которая в норме должна составлять более 70% от рекомендуемой массы тела (РМТ). РМТ рассчитывалась по формуле Европейской ассоциации нутрициологов:

РМТ (мужчины) = Р-100- (Р-152)*0,2

РМТ (женщины) = Р-100- (Р-152)*0,4 , где Р – рост в сантиметрах.

1) Лабораторные критерии недостаточности питания: оценивалось абсолютное количество лимфоцитов в крови (норма – >2,5-3*109/л) и содержание альбумина в ее сыворотке (норма – 35-50 г/л).
2) Определение функционального класса ХСН по NYHA проводилось с использованием теста 6-минутной ходьбы.

Результаты: число пациентов с ИБС, имеющих клинические признаки недостаточности питания (ИМТ<18,5, ТМТ<70% от РМТ, лимфопения) составило 32,3% (при ХСН I ФК – 1,3%, II ФК – 10,8%, III-IV – 20,2%).

У 7,6% пациентов с ИБС: постинфарктным кардиосклерозом и ХСН IIБ-III стадии II-IV ФК было диагностировано наличие синдрома кахексии (снижение ТМТ более чем на 10% от должной, в среднем – 61,4±1,7%; потеря 9,2±2,6% массы тела за последние 6 месяцев), несмотря на нормальные в ряде случаев значения ИМТ (в среднем 18,1±3,4). У пациентов с другими клиническими формами ИБС синдрома кахексии выявлено не было.

Заключение: таким образом, можно говорить о более частой встречаемости синдрома кахексии у больных с постинфарктным кардиосклерозом и ХСН IIБ-III стадии. Поэтому, в связи с высокой прогностической значимостью данного синдрома, требуется повысить внимание кардиологов и терапевтов к оценке ТМТ и проведению ее в повседневной практике (всем пациентам из «группы риска», независимо от ИМТ). Необходимо также разрабатывать и внедрять методы нутритивной коррекции у данной группы пациентов.

0165 К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Воробьев Р.И.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Согласно современным представлениям дисфункция эндотелия сосудов является ключевым моментом, инициирующим атерогенез и способствующим прогрессированию атеросклероза – морфологической основой большинства сердечно-сосудистых заболеваний. Целью настоящей работы явилось изучение дисфункции эндотелия по уровню циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов у пациентов с дислипопротеинемиями, верифицированным диагнозом артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.

Объектом исследования явились 212 пациентов (преимущественно мужчин) в возрасте от 42-55 лет. Все пациенты имели установленный диагноз болезней системы кровообращения – гипертоническую болезнь (ГБ) I-III стадии, ишемическую болезнь сердца (ИБС) без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе и ИБС с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС). В качестве контрольной группы было обследовано 30 пациентов аналогичного возраста без клинических проявлений сердечно-сосудистых заболеваний. Проводилось анкетирование для выявления факторов риска, оценка семейного анамнеза, клиническое и функциональное исследование. В сыворотке крови изучали параметры липидного обмена: хиломикроны, хилокрит, а также концентрацию общего холестерина и триглицеридов ферментативным методом с использованием наборов фирмы "Human" (Germany). Также определяли холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) с осаждением стандартными наборами реактивов фирмы "Human" (Germany). Измерение показателей проводили на полуавтоматическом анализаторе Prime Bio SED (Italy). В дальнейшем, рассчитывали холестерин липопротеидов очень низкой плотности, холестерин липопротеидов низкой плотности, индекс атерогенности с последующим фенотипированием дислипопротеинемий. Критериями оценки показателей липидного обмена служили рекомендации Adult Treatment Panel III (2001). Количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) оценивалось по методике Hladovec J. (1978) с использованием микроскопа ЛОМО Микромед-1 и фазово-контрастного устройства КФ-4.

У большинства пациентов были выявлены IIа и IIб типы гиперлипопротеинемий с соответствующим изменением спектра липидов и липопротеидов, а также снижение ХС ЛПВП.

Tesis_006_end.indd 76 24.08.2006 22:24:51
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Наиболее высокий индекс атерогенности зафиксирован у пациентов с ИБС/ПИКС. При ГБ было зарегистрировано повышение количества ДЭ с прогрессирующим увеличением при усугублении стадии ГБ. Оценка функционального состояния эндотелия у больных ИБС показала, что количество циркулирующих десквамированных эндотелиоцитов в крови превышает показатели контрольной группы и данные обследуемых с ГБ. У лиц с ИБС/ПИКС уровень ДЭ превышал данные, полученные во всех обследуемых группах. Показательно, что уровень ДЭ коррелировал с повышением С-РБ, концентрацией липидов и липопротеидов сыворотки крови. После назначения профилактических не- и медикаментозных (статины) рекомендаций отмечено достоверное снижение уровня ДЭ, что позволяет считать их объективными и количественными маркерами функции эндотелия.

0166 ВЛИЯНИЕ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Воронина Н.В., Сейидов В.Г., Гарбузова О.Г., Евсюков В.В., Любчук И.В., Бобырев С.Е., Арутюнов Э.В.

ДВГУ, Хабаровск; ВГМУ, Владивосток; Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; РГМУ им И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель. Сравнить отдаленные результаты коронарного шунтирования и консервативного лечения. Оценить влияние оксалатной нефропатии на рецидив стенокардии в течение 5 лет наблюдения.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год обследовано 793 пациента в течение 5 лет после коронарного шунтирования и 81 больной, который лечился консервативно.

Результаты исследования. До коронарного шунтирования пациенты имели в основном III-IV ФК стенокардии – 74,2% и были статистически сопоставимы с группой консервативного лечения. Через 1 месяц после коронарного шунтирования у подавляющего большинства больных отсутствовали симптомы стенокардии – 74,8%, стенокардия I-II ФК наблюдалась у 18,8%, стенокардия III-IV ФК у 6,4%. По сравнению с результатами годичного наблюдения, через 5 лет после операции отмечалось достоверное уменьшение числа больных, не имевших симптомов стенокардии с 48,9% до 25,7%, увеличение числа больных имеющих стенокардию I-II ФК с 38,1% до 52,1%, а также достоверное увеличение количества больных III-IV ФК с 13.0% до 22,2% ($p<0.05$). Таким образом, через 5 лет после операции произошло почти двукратное увеличение числа больных, имеющих стенокардию. В группе пациентов консервативного лечения отмечалось значительное преобладание лиц с тяжелыми функциональными классами стенокардии (3-4 ФК) – 82,7% и 22,2% ($p<0.05$), достоверное увеличение числа перенесенных инфарктов – 18,5% и 7,4% ($p<0.05$), повторных госпитализаций – 63,0% и 22,2% ($p<0.01$). Летальность за 5 лет в группе консервативного лечения также была значительно выше по сравнению с оперативным лечением – 33,9% и 9,4% ($p<0.05$). Среди пациентов, которым выполнено коронарное шунтирование, оксалатная нефропатия встречалась у 4,7%. Если через 1 год после операции в группе больных с оксалатной нефропатией не выявлено ухудшения клинического течения ИБС, то через 5 лет после операции клинические проявления ИБС достоверно ухудшаются. Пациентов без симптомов стенокардии было достоверно меньше – 13,5% и 26%, а число пациентов с рецидивом стенокардии III-IVФК было больше – 37,8% и 21% по сравнению с группой больных без нефропатии ($p<0.05$). Летальность, частота инфарктов миокарда и инсультов в течение всего периода наблюдения достоверно между группами не различались. В течение года 52 больных с сопутствующей артериальной гипертензией принимали ингибитор АПФ рамиприл (хартил «Эгис») в средней дозе 8,4мг/сут. При этом у 78% удалось достичь целевых цифр АД (<140/90) в монотерапии и не было побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Заключение. Наличие у пациентов оксалатной нефропатии, несмотря на ее относительную доброкачественность течения, после коронарого шунтирования ухудшает отдаленный прогноз в плане увеличения рецидива стенокардии и снижения толерантности к нагрузке.

0167 ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ВИДЕ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МОСТОВ

Восканян Ю.Э., Евсевьева М.Е., Слетков Н.А., Щендригин И.Н.

Ставропольская Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Известно, что миокардиальные мостики (ММ) коронарных артерий сердца (КА), являются одной из причин внезапной кардиальной смерти и острого инфаркта миокарда (ОИМ), особенно у лиц молодого возраста. Указанные состояния могут быть первым и роковым проявлением скрытой патологии сердца, поэтому актуальным представляется ранняя диагностика ММ и профилактика их осложнений. Учитывая высокую степень инвалидизации у больных, перенесших ОИМ, нам представляется важным своевременная диагностика ОИМ у лиц с аномалией коронарных артерий без их атеросклеротического поражения.

Цель: анализ встречаемости ОИМ у больных с изолированной аномалией венечного русла в виде ММ.

Методы: проведено поперечное одномоментное исследование, в котором приняли участие 18 пациентов. Критерий включения в исследование: больные с ангиографически установленным ММ КА без сочетанного атеросклеротического поражения КА.

Результаты: мужчины – 14 (78%), женщины – 4 (22%). Возраст – от 22 до 59 лет (в среднем 47,5±8,24 года). Правовенечный тип кровоснабжения наблюдался у 10 человек (55,6%), левовенечный – у 5 (27,8%), сбалансированный – у 3 (16,6%) соответственно. У всех обследованных определялся один ММ, который у 17 исследуемых локализовался в средней трети передней межжелудочковой артерии (ПМЖА), у 1 обследованной в диагональной ветви ПМЖА. Динамическое систолическое сужение, обусловленное ММ, составило в среднем 60,3±24,4%, т.е. было гемодинамически значимым. Протяженность ММ составила в среднем 3,2±1,8 см. У 2 обследованных (11,1%) отмечалась сопутствующая аномалия коронарных артерий в виде их значительной извитости, а у другого, напротив, – слабо развитой правой коронарной артерии. У 2 пациентов (11%) в анамнезе отмечался документально подтвержденный ОИМ, причем в обоих случаях в той области левого желудочка, которая кровоснабжалась систолически суженной ПМЖА за счет ММ.

Выводы: т.о., приведенные данные, свидетельствуют, что все лица с наличием ММ относятся к трудоспособному контингенту в основном мужского пола. При этом половина обследованных имеет правовенечный тип кровоснабжения, что при наличии таких аномалий КА, как их значительная извитость и недостаточное развитие способствовать развитию ишемии в соответствующем артериальном бассейне. Десятая часть обследованных перенесли ОИМ, обусловленный, весьма вероятно, наличием в ПМЖА ММ. При наличии высокой степени систолического сужения и значительной протяженности ММ следует рассматривать вопрос об интервенционной коррекции ММ.

Tesis_006_end.indd 77 24.08.2006 22:24:51
Process Cyan Process Magenta Process Yellow Process Black

0168 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Востокова А.А., Абелевич Д.И., Королева Е.Б., Ермолина В.Я., Филонова Н.Ю.

Военно-медицинский институт, клиническая больница № 5, Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить особенности артериальной гипертензии (АГ) у беременных по данным офисного измерения и суточного мониторирования АД (СМАД).

Методы: под наблюдением находились 52 женщины с АГ со сроком беременности 14 -37 недель, возраст от 19 до 37 лет. В рамках комплексного общеклинического обследования проводилось СМАД: в дневные часы АД измерялось каждые 15 Минут, в ночные – каждые 30 Минут. Анализировались: СрАД дневное, СрАД ночное, медиальное АД (МАД), индекс времени АД, вариабельность АД, суточный индекс (СИ). Программа обследования также включала: ЭКГ, ЭКГ-МТ, ЭХОКГ, общий анализ крови, уровень креатинина крови, мочевой кислоты, общего белка, печеночных ферментов, триглицеридов, общий анализ мочи, суточную протеинурию.

Результаты: анализ индекса времени позволил выделить группу пациенток 14 чел. (27%) со стойкой АГ (I группа), требующей гипотензивной терапии. Остальные 38 чел. (77%) имели транзиторную АГ (II группа) и не нуждались в медикаментозном лечении. В I группе АД в дневное время составило 135,07±1,97/78,64±2,46 мм рт. ст. в ночное время – 120,71±2,29/64,86±2,90 мм рт. ст. Хотя эти средние значения не выходили за пределы нормы, они были выше ($p< 0,05$), чем во II группе с транзиторной АГ – 120,61±1,04/71,68±1,03 мм рт. ст. (день), 105,74±1,02/58,53±1,27 мм рт. ст. (ночь). Частота повышения МАД достоверно чаще встречалась в I группе (85,7%), чем во II группе (36,8%). Вариабельность АД в обеих группах не отличалась от нормы. Средние значения СИ не выходили за пределы нормы. СИ САД в I и II группах составил 10,57%±1,82 и 12,39%±0,77 соответственно; СИ ДАД – 17,71%±2,05 и 19,36%±1,09 соответственно. Однако в обеих группах были пациенты с нарушенным циркадным ритмом АД. Нондипперы – 35,7% в I группе и 24,3% во II группе. Гипердипперы -35,7% в I группе и 51,4% во II группе.

Выводы: повышение АД является самой частой причиной направления беременных к кардиологу (86,2%). Проведение СМАД у этой категории пациентов позволило исключить АГ «белого халата». Стойкая АГ, требующая медикаментозного лечения выявлена у 27% женщин с повышенным АД. Женщины в группе с транзиторной АГ и повышенным МАД (36,8%) нуждаются в более тщательном наблюдении. Наличие у части беременных женщин чрезмерного снижения АД ночью, также как и недостаточное его снижение, должно учитываться при выборе гипотензивного препарата и режима его назначения.

0169 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ ДОЗ КЛОПИДОГРЕЛЯ В СОЧЕТАНИИ С АСПИРИНОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Вышлов Е.В., Сергиенко Т.Н., Марков В.А.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: сравнить влияние аспирина и его сочетания с разными дозами клопидогреля на АДФ-индуцированную и адреналин-индуцированную агрегацию тромбоцитов (Тц) у больных острым крупноочаговым инфарктом миокарда (ИМ).

Материал и методы. Обследовано 133 больных ИМ, поступивших в первые 12 часов от начала заболевания. Все больные получали терапию нефракционированным гепарином или низкомолекулярным гепарином эноксапарином. 96 больных (72%) при поступлении получили тромболитическую терапию стрептокиназой или альтеплазой. Все больные получали аспирин: 250 мг при поступлении, затем 125 мг в день. Больные были рандомизированы на 4 группы. 1-я группа (n=47) в качестве антиагреганта получала только аспирин. Больные остальных групп кроме аспирина получали клопидогрель: 2-я группа (n=29) получала клопидогрель 75 мг в день; 3-я группа (n=29) 300 мг клопидогреля, а затем 75 мг клопидогреля в день; и 4-я группа – клопидогрель по 75 мг через день. По всем основным клинико-демографическим характеристикам группы были сопоставимы.

Исследование агрегации Тц проводили на агрегометре «Биола-230LA» в 1-е сутки заболевания (в среднем через 15 часов после поступления), на 2-е, 10-е и 20-е сутки. В качестве индукторов агрегации использовали АДФ в конечной концентрации 2,5 мкг/мл и адреналин в конечной концентрации 5 мкг/мл. Степень дезагрегации тромбоцитов оценивали при индукции агрегации АДФ как процент снижения светопропускания плазмы в конце 6-й Минуты перемешивания к максимуму светопропускания (%).

Результаты и обсуждение. Во всех группах с клопидогрелем достоверное снижение АДФ-индуцированной агрегации Тц по сравнению с 1-й группой получено уже на 1-е сутки заболевания: 26,3±3,5% vs 16,2±4,3%; 7,6±1,6 и 7,8±2,0% и достоверность этого различия сохранялась в течение всего периода наблюдения. Статистически значимого различия по этому показателю между группами с клопидогрелем не было. Дезагрегация в первые сутки была более выражена в 3-й группе, т.е. с нагрузочной дозой клопидогреля: 28,2±5,9; 32,3±6,8; 57,5±8,3 и 25,2±13,2% соответственно. На 2-е сутки это преимущество исчезает. Различий между группами по адреналин-индуцированной агрегации не обнаружено.

Выводы. Подтверждено преимущество комбинации аспирина с клопидогрелем по сравнению с монотерапией аспирином, причем использование нагрузочной дозы клопидогреля позволяет более быстро снизить агрегабельность тромбоцитов у больных ИМ. Учитывая отсутствие достоверных различий между группами с разными дозами клопидогреля начиная с 2-х суток заболевания, наиболее оптимальный режим назначения клопидогреля можно определить как использование нагрузочной дозы 300 мг с последующим его назначением по 75 мг через день.

0170 РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ ТРОМБОВАЗИМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Вышлов Е.В.[1], Гришин О.В.[2], Верещагин Е.И.[3], Марков В.А.[1]

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия;[1]Сибирский центр фармакологии и биотехнологии, Новосибирск, Россия[2]; Институт цитологии и генетики СО РАН, Новосибирск, Россия[3]

Цель: Оценить эффективность нового тромболитического агента Тромбовазима у больных острым инфарктом миокарда.

Материал и методы. Обследовано 178 больных, поступивших в первые 6 часов от начала острого инфаркта миокарда с подъемом ST. Больные были рандомизированы на 2 группы: больные 1-й группы (n=86) получали в/в инфузию тромбовазима в дозе 2-4 тыс.ЕД в течение 3-х часов; больные 2-й группы (n=82) получали инфузию стрептокиназы 1,5 млн ЕД в течение 1 часа. Все больные получали аспирин 250 мг при поступлении, затем 75-250 мг ежедневно, инфузии гепарина в течение 2-х суток под контролем АЧТВ, с переходом на п/к введение, при отсутствии противопоказаний – β-блокаторы, ингибиторы АПФ, статины; по показаниям назначались нитраты, триметазидин и др. кардиотропные препараты. По всем основным клинико-

Tesis_006_end.indd 78 24.08.2006 22:24:52
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

демографическим характеристикам группы были сопоставимы, кроме постинфарктного кардиосклероза: в 1-й группе их было больше: 26 против 14 больных (p<0,05). Критериями реперфузии инфаркт-связанной коронарной артерии (КА) считали уменьшение подъема сегмента ST на 50% и более в течение 3-х часов от начала инфузии тромболитика. Уровни КФК и КФК-МВ определялись при поступлении, через 8, 16 и 24 часа. Содержание общего фибриногена исследовалось при поступлении , через 12 и 24 часа. УЗИ сердца с определением фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ), ударного объема (УО) и Минутного объема кровообращения (МОК) проводилось в течение первых суток от поступления и перед выпиской.

Результаты. Частота реперфузии КА зарегистрирована в 59% и 72% случаев в 1-й и 2-й группах соответственно (нд). Время достижения реперфузии от начала инфузии тромболитика не различалось: 119±51 Мин и 117±52 Мин. При неэффективности тромбовазима пациенту вводили другой тромболитик (стрептокиназу или пуролазу) или проводили стентирование КА. Из побочных эффектов тромбовазима необходимо отметить пирогенные реакции в 4 случаях, которые купировались после введения димедрола, преднизолона и сибазона. В группе стрептокиназы таких осложнений не было. 30-ти дневная летальность составила в 1-й группе 4 случая (4,7%), во 2-й – 9 (10%). Механизм смерти в большинстве случаев – кардиогенный шок, в одном случае после введения стрептокиназы развился геморрагический инсульт. Достоверных различий по динамике КФК, КФК-МВ и показателям УЗИ сердца не обнаружено.

Выводы. Тромболитическая активность тромбовазима, кот. ранее была обнаружена в эксперименте, подтверждена у больных инфарктом миокарда. Несмотря на то, что различия по частоте достижения реперфузии КА статистически недостоверны, мы считаем, что данные дозы и режим введения тромбовазима недостаточно эффективны для того, чтобы рекомендовать его использование в клинической практике. Необходима дальнейшая работа над этим препаратом, улучшение технологии его получения для уменьшения частоты пирогенных реакций, исследование эффективности более высоких доз.

0171 ЭКОЛОГИЯ И ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Габинский Я.Л., Фрейдлина М.С. Оранский И.Е.

Клинический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение распространенности острого инфаркта миокарда (ОИМ) среди населения по экологии районов Среднего Урала: территории максимального загрязнения ксенобиотиками и относительно благополучные рекреационные территория.

Анализировались все случаи ОИМ, начиная с 1998г по 2002г. Общий объем наблюдений 16392. В работе использован эколого-эпидемиологический метод поперечного исследования. Для сравнительного анализа расчет проводился по показателям 1:1000 взрослого населения методом математико-статистической обработки.

Результаты исследования показали, что на техногенно загрязненных территориях (превышение допустимых норм в 6-16 раз) частота возникновения ОИМ варьировалась от 2.57 до 1.95 на тысячу взрослого населения. Пиковые значения приходились на 1998-1999гг. с последующим снижением к 2001-2002гг.

На территориях относительного благополучия в экологическом отношении распространенность ОИМ в 1.5-2.0 раза ниже и варьировала по годам наблюдения от 1.47 до 1.06 на тысячу. Различия достоверны. В отдельных районах этот показатель снижался до 0.79.

Таким образом, техногенное загрязнение окружающей среды (экологическое неблагополучие) оказывает существенное влияние на коронарное обеспечение миокарда и является отягощающим фактором, ведущим к возникновению ОИМ.

0172 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

Габинский Я.Л. Гришина А.А.

Клинический Центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Цель. Уровень догоспитальной летальности при ОКС остается высоким, существует необходимость ранней оценки степени риска пациента. Цель работы – выявить факторы, влияющие на догоспитальную летальность при ОКС.

Методы исследования. Ретроспективно изучена 531 карта оказания неотложной медицинской помощи больным ОКС на догоспитальном этапе. Из них 376 случая закончились летальным исходом , 155 пациентов благополучно доставлены в отделение стационара. Проведен статистический анализ материала с привлечением корреляционного анализа хи-квадрат.

Результаты. В исследуемой выборке 51,60% мужчин и 48,40% женщин. Средний возраст погибших пациентов составил 68,37±12,48 лет, выживших – 63,50±13,05 лет.

Причиной вызова скорой медицинской помощи у 96,77% выживших пациентов являлась боль в грудной клетке. В группе погибших пациентов боль в грудной клетке была причиной вызова у 56,65%, одышка или удушье – 22,34%, потеря сознания – 14,40%, вегетативные проявления – 4,01%, боль другой локализации – 2,67% пациентов. Выявлена корреляционная связь между атипичностью клинической картины заболевания и летальным исходом на догоспитальном этапе (p< 0,001).

Обращаемость в течение 1-го часа заболевания в 1,5 раза выше в группе погибших пациентов. Выявлена корреляционная связь между обращаемостью в течение 1 часа от начала заболевания и летальным исходом на догоспитальном этапе (в женской группе p<0,025). Медиана летальности в мужской группе составила 2 часа, в женской группе – 2 часа 55 Минут.

Развитие клиники ОКС с 21:00 до 09:00 сопряжено с более высоким процентом летальности, выявлена корреляционная связь между вызовом СМП в «ночную» половину суток – 21:00-09:00 и летальным исходом на догоспитальном этапе (p< 0,005).

Время ожидания помощи и общее время работы с пациентом не имело значимой корреляции с исходом ОКС на догоспитальном этапе.

Выявлена корреляционная связь между оказанием специализированной помощи и исходом на догоспитальном этапе (p<0,001).

Получены корреляции между исходом ОКС на догоспитальном этапе и предшествующей амбулаторной активностью пациентов (p<0,001). 60,65% выживших пациентов наблюдались в поликлинике. Лишь 28,19% погибших пациентов имели амбулаторное наблюдение.

Выводы. Вероятность летального исхода на догоспитальном этапе выше у пациентов

1. с нетипичной клинической картиной ОКС
2. развитием заболевания и вызовом СМП с 21:00-09:00
3. у пациентов, не получающих специализированной помощи
4. у пациентов без предшествующего амбулаторного наблюдения.

0173 ВНЕЗАПНАЯ КОРОНАРНАЯ СМЕРТЬ. ПОЛОВОЙ ДИМОРФИЗМ

Габинский Я.Л. Гришина А.А.

Клинический Центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Цель. Одной из самых малоизученных форм ИБС остается внезапная коронарная смерть. Она составляет 70 – 90% всех случаев внезапной смерти от различных причин нетравматического происхождения. Цель исследования – определить структуру данной группы пациентов и наличие полового диморфизма.

Методы исследования. Ретроспективно изучено 140 карт оказания неотложной медицинской помощи пациентам, погибшим на догоспитальном этапе. Смерть пациентов наступала в

Tesis_006_end.indd 79 24.08.2006 22:24:52
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

пределах 1 часа от начала острых проявлений заболевания, при отсутствии признаков, позволяющих поставить другой диагноз. Проведен статистический анализ клинического материала с привлечением корреляционного анализа хи-квадрат.

Результаты. В исследуемой группе 56,52% мужчин и 43,48% женщин. Средний возраст пациентов составил 64,2±13,19 лет. Средний возраст мужчин составил 59,73±11,68 лет, женщин – 70,01±12,85 лет.

В возрастной категории от 30 до 69 лет случаи внезапной смерти преобладают у мужчин (до 83,33%), в возрастной категории старше 70 лет до 90,91% случаев приходится на женщин.

Анализ распределения числа случаев внезапной коронарной смерти по времени суток производился по 8 трехчасовым интервалам. В мужской группе наблюдения внезапная коронарная смерть развивалась наиболее часто в вечерние часы (18:00-20:59) и в ранние ночные часы (00:00-02:59), в женской – в ранние утренние (06:00-08:59), поздние вечерние часы (21:00-23:59).

Механизм внезапной смерти пациентов: брадиаритмии, переходящие в асистолию – 54,35%, желудочковые нарушения ритма – 32,61%, электромеханическая диссоциация – 13,04% случаев. В мужской группе чаще встречаются желудочковые нарушения ритма, в женской – брадиаритмии, асистолия и электромеханическая диссоциация.

Выводы. При анализе группы пациентов с внезапной коронарной смертью выявлены некоторые признаки полового диморфизма.

1. возраст погибших женщин в среднем на 10 лет превышает возраст мужчин, риск развития внезапной смерти у женщин увеличивается пропорционально возрасту.
2. хронобиологические особенности: внезапная коронарная смерть развивается у женщин чаще в ранние утренние и поздние вечерние часы, у мужчин в вечерние и ранние ночные часы.
3. механизмом внезапной смерти у женщин чаще являются брадиаритмии и асистолия, реже желудочковые нарушения ритма.

0174 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА γ-БУТИРОБЕТАИН-ГИДРОКСИЛАЗЫ НА АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ В МИОКАРДЕ КРЫС

Гаверова Ю.Г., Вавилова Т.П., Коняхин А.Ю.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Цель: изучение влияния ингибитора γ-бутиробетаингидроксилазы Милдроната (М) на активность ферментов антиоксидантной защиты и энергетического метаболизма клеток миокарда интактных крыс и подвергшихся действию стресса различной продолжительности.

Методы: исследование проводилось на беспородных крысах-самцах со средней массой 300-350 г. В 4 группах по 10экспериментальных животных в каждой. В первой группе крыс вызывали стресс путем ежедневного погружения животных на 10 Минут в холодную воду (t= 4°С) в течение 17 дней. Во второй группе животных на фоне стресса вводили внутримышечно 0,15 мл 0,5% раствора М. Третью группу составили крысы, получавшие инъекции М, но не подвергавшиеся стрессу. Четвертая группа (контрольная) – интактные животные. Через 17 дней крыс декапитировали под гексеналовым наркозом и в гомогенатах, приготовленных с использованием трис-HCl буфера (pH=7,3), спектрофотометрически определяли активность глутатионпероксидазы (ГПО), лактатдегидрогеназы (ЛДГ) и малатдегидрогеназы (МДГ). Активность супероксиддисмутазы (СОД) оценивали по степени ингибирования ксантиноксидазной реакции. Статистическую обработку результатов проводили с помощью компьютерной программы Statistica 6.0.

Результаты: в первой группе через 17 дней под влиянием стресса снижалась активность СОД и ГПО. Выявлялась тенденция к снижению МДГ и возрастала активность ЛДГ, что свидетельствовало об угнетении антиоксидантной защиты и активации анаэробных процессов. В миокарде крыс второй группы, у которых стрессовое воздействие сопровождалось инъекциями М, в этот период происходило дальнейшее снижение активности СОД, сохранялась тенденция к снижению активности МДГ, а активность ЛДГ и ГПО была сопоставима с таковой интактных животных. Инъекции М в группе 3, не сопровождавшиеся стрессом, через 17 дней приводили к достоверному снижению активности СОД, ГПО и ЛДГ.

Стрессовое воздействие в течение 4-х дней не приводило к существенным изменениям в активности исследованных ферментов, однако применение М на фоне стресса вызывало почти двукратное повышение активности МДГ.

Выводы: влияние М достоверно проявляется через 17 дней после начала его применения. М оказывает антистрессовое действие, подавляя анаэробные процессы и восстанавливая антиоксидантную защиту. Кратковременное применение М на фоне стресса приводит к активации аэробных процессов в клетках сердца крыс.

0175 ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА САМООЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Гаврилова Н.Е., Константинов В.В., Тимофеева Т.Н., Лельчук И.Н., Капустина А.В.

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

Цель. Оценить влияние факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) на здоровье пациентов >65 лет.

Методы. Из московской когорты 3908 мужчин и 1247 женщин, обследованных в 1975-77 и 1980-82 гг., случайным образом отобрана выборка из 160 мужчин и 41 женщины >65 лет, повторно обследованных в 2002-03 гг. (средний возраст составил 75,5±0,4 лет для мужчин и 78,3±0,5 лет для женщин). Всем обследованным проводился опрос по стандартной анкете, включающей: социально-демографические характеристики, наличие ФР, анамнез заболеваний, измерение артериального давления (АД) дважды и оценку ЭКГ в 12-стандартных отведениях, проводилось анкетирование пациентов с помощью опросника по самооценке здоровья, определялся общий холестерин (ОХС), холестерин липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП).

Результаты. Анализ состояния здоровья показал, что 21,3% обследуемой когорты оценивают свое здоровье как «плохое и очень плохое». Вместе с тем большинство мужчин чувствуют себя лучше, по сравнению с женщинами (p=0,001).

Профиль риска в отношении «плохого» здоровья в 5 раз выше у лиц с низким образованием (p=0,0003), по сравнению с лицами, имеющими высшее образование. У лиц, находящихся под воздействием хронического стресса, риск «плохого» здоровья в 2,7 раза выше (p=0,005). Состояние когнитивной функции также влияет на самооценку здоровья. Чем выше уровень ментального статуса, тем реже пациенты сообщают о «плохом» состоянии здоровья (p=0,001). Вероятность «плохого» самочувствия увеличивается у тех, кто бросил курить, по сравнению с некурящими в 4 раза (p=0,002), возможно, «плохое» самочувствие послужило причиной отказа от курения. В то же время чрезмерное потребление алкоголя уменьшает риск «плохого» здоровья в 4,6 раза (p=0,002), что, возможно, обусловлено сниженной критикой к своему состоянию. При увеличении ЧСС на 1 уд./мин., риск обладать «плохим» самочувствием увеличивается на 10% (p=0,0008). Повышение содержания ОХС на 1 ммоль/л снижает риск наличия «плохого» самочувствия на 33,9% (p=0,01). Соответственно, гиперхолестеринемия уменьшает вероятность «плохого» самочувствия на 68,7% (p=0,004). Увеличение холестерина липопротеидов низкой плотности на 1 ммоль/л также снижает риск «плохого» самочувствия в 1,5 раза (p=0,02).

Заключение: Образовательный уровень является существенной детерминантой здоровья среди Российского населения, в том числе и у пожилых. Чем ниже образовательный уровень,

Tesis_006_end.indd 80 24.08.2006 22:24:52
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тем хуже самооценка здоровья. Обращают на себя внимание отрицательные ассоциации липидного профиля и самооценки здоровья.

0176 ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)

Гагулин И.В., Гафаров В.В., Громова Е.А.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ГУ НИИ терапии, Новосибирск; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск; Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень); ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия); Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния нарушения сна на риск возникновения артериальной гипертензии в течение 8 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ MONICA – психосоциальная в 1994г. было проведено скрининговое исследование населения. В течение контрольного периода (с 1994 по 2002 гг.) обследованы мужчины в возрасте 25-64 лет, жители одного из районов г. Новосибирска. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ “SPSS-10”. Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска.

Результаты. Среди мужчин с АГ 49,3% оценивают свой сон как «хороший»; 41,7% – «удовлетворительный», и, наконец, 9,1% отмечают, что у них сон плохой. OR развития АГ в течение 8-летнего периода у лиц, оценивающих свой сон как «плохой» был в 5,4 ($p<0,05$) раз выше, чем у мужчин, оценивающих свой сон как «хороший». Риск возникновения АГ выше среди мужчин с высшим образованием, оценивающих свой сон как «плохой»; с начальным уровнем образования, оценивающих свой сон как «удовлетворительный». В группе рабочих тяжелого и среднего физического труда, а так же среди пенсионеров. Среди лиц со средним-1 индексом социальных связей. Не было выявлено различий в OR АГ у мужчин по-разному оценивающих качество сна в зависимости от семейного положения, индекса близких контактов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение сна, способствует увеличению риска развития артериальной гипертензии у мужчин.

0177 ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ НА САХАР КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гаджиева З.Г., Хасаев А.Ш., Абдулаева М.А.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Центральная районная больница, с.Тлярата, Россия

Хроническая внутриклеточная инфекция рассматривается как возможный механизм повреждения сосудов и инициации атерогенеза. А гипергликемия – классический фактор риска развития ишемической болезни сердца (ИБС). Предполагают, что развитие синдрома воспаления, вызванного инфекцией, может привести к некоторому нарушению липидного баланса. Возможно ли какое-либо влияние инфекции, в частности Chlamydia pneumoniae (ХП), и на метаболизм углеводов?

Цель исследования – изучение уровня гликемии у больных ИБС, инфицированных ХП.

Материал и методы исследования. Обследовано 122 больных ИБС. В контрольную группу были включены 40 человек без клинических признаков сердечно-сосудистых заболеваний. Инфицированность ХП определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест-систем Иммунокомб II Chlamydia Bivalent IgA и IgG фирмы ORGENICS” (Израиль). Диагностически значимыми считались титры IgA – 1:8 и выше, IgG – 1:16 и выше. Для определения глюкозы крови использовался ортотолуидиновый метод.

Результаты исследования. У обследованных нами больных ИБС уровень глюкозы в крови был равен 5,73 0,22 ммоль/л. В контрольной группе 4,74 0,08 ммоль/л ($p<0,001$). Проведенные исследования показали наличие достоверной разницы в уровнях глюкозы крови у больных ИБС с положительной и отрицательной реакцией на инфицированность ХП по титру антител класса-IgA – 5,93 0,28 ммоль/л и 5,15 0,17 ммоль/л соответственно ($p<0,02$). Более того, и в контрольной группе наблюдалась некоторая разница в уровнях глюкозы крови (4,93 0,14ммоль/л и 4,69 0,10 ммоль/л соответственно) в зависимости от инфицированности организма ХП по реакции на антитела класса IgA, которая, однако, не достигала статистической значимости ($p<0,05$). Среди лиц серопозитивных к ХП по реакции на титр антител класса IgG, независимо от наличия или отсутствия ИБС, уровень сахара в среднем был несколько выше, чем у серонегативных. Однако и в этих группах сравнения наблюдаемая разница в уровнях глюкозы не достигала статистической значимости ($p>0,05$).

Выводы. Таким образом, наши данные не позволяют говорить о безусловной связи уровня сахара крови с инфицированностью ХП, хотя тенденция такая и прослеживалась. Невозможно не заметить, что у больных ИБС, инфицированных ХП (по положительным титрам антител класса IgA), уровень сахара крови оказался достоверно выше, чем у неинфицированных.

0178 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: ВЗГЛЯД ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Гаджиев А.Н.

Госпиталь МСЧ МВД РД, Махачкала, Россия

Цель: сравнение гипотензивного действия ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ), принадлежащих к одному классу (липофильные пролекарства), но имеющих различную стоимость: эналаприла, фозиноприла и периндоприла.

Методы: в исследование включены 45 пациентов (мужчины, средний возраст 47,6+4,1 лет) с артериальной гипертонией 2-й степени, не принимавших ИАПФ в течение последнего месяца. Пациенты были рандомизированы в три группы (по 15 человек в каждой). Группа 1 получала эналаприл («Эднит») – 10 мг в сутки, группа 2 – фозиноприл («Моноприл») – 10 мг в сутки, группа 3 – периндоприл («Престариум») – 4 мг в сутки. Дополнительно все пациенты принимали гипотиазид (25 мг в сутки). Продолжительность терапии составила два месяца, исследование было открытым. Стоимость лечения одного пациента в месяц (без учета гипотиазида): в группе 1 – 146 рублей, в группе 2 – 238 рублей, в группе 3 – 277 рублей (средняя цена в аптеках). До и после терапии проводили суточное мониторирование артериального давления (АД) и допплер-эхокардиографию.

Результаты: исходные показатели суточного мониторирования АД достоверных различий между группами не имели. Так, среднее систолическое АД (АДс) за день, ночь и сутки в целом составило (в Мм рт. ст.): в группе 1 – 178,6+10,1; 149,5+8,3; 169,2+8,9 соответственно; в группе 2 – 177,9+10,3; 145,0+7,1; 167,4+7,7; в группе 3 – 179,1+6,8; 146,2+9,3; 168,9+8,0; а среднее диастолическое АД (АДд) соответственно: 108,4+8,6; 83,2+5,5; 99,3+8,1 в группе 1; 110,1+9,7; 82,0+5,1; 100,6+7,7 в группе 2; 110,4+4,7; 82,9+6,3; 101,2+5,9 в группе 3. В результате лечения произошло заметное улучшение суточного профиля АД. В группе 1 среднее АДс составило (в Мм рт. ст.): 154,5+9,9; 129,1+10,2; 143,7+10,1; в группе 2 – 150,1+7,4; 122,8+9,2; 142,6+8,3; в группе 3 – 153,1+9,8;

Tesis_006_end.indd 81 24.08.2006 22:24:53
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

127,5+9,3; 144,3+9,5 – за день, ночь и сутки соответственно (p<0,05). Среднее АДд снизилось до 92,2+5,9; 72,3+5,4; 81,7+5,6 Мм рт. ст. в группе 1; 91,7+5,2; 70,8+5,9; 81,2+5,5 Мм рт. ст. в группе 2; 89,7+5,7; 70,3+6,1; 82,1+5,9 Мм рт. ст. в группе 3 – за день, ночь и сутки соответственно (p<0,05). При этом достоверных отличий показателей между группами не было. На фоне терапии наблюдалось значительное улучшение параметров диастолической функции левого желудочка (ЛЖ). Если в группе 1 индекс Е/А до лечения был равен 0,7+0,2, то при контрольном исследовании – 1,3+0,2 (p<0,05); в группе 2 – 0,7+0,2 и 1,4+0,2 соответственно (p<0,05); в группе 3 – 0,8+0,2 и 1,4+0,2 соответственно (p<0,05). Время изоволюметрического расслабления (ВИР) ЛЖ до начала терапии составило 82,9+10,9 мс; 84,0+12,1 мс и 83,8+12,2 мс в группах 1, 2, 3 соответственно, а после ее окончания – 66,7+7,5 мс (p<0,05); 62,5+7,0 мс (p<0,05) и 65,2+8,1 мс (p<0,05) соответственно. Достоверных различий параметров между группами (до и после лечения) не отмечено.

Выводы: ИАПФ эднит, моноприл и престариум, при существенной разнице в стоимости, не отличаются по гипотензивной эффективности и влиянии на диастолическую дисфункцию левого желудочка.

0179 РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST

Газарян Г.А., Захаров И.В., Климовский С.Д., Чепкий Д. А.

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

Целью работы являлась оценка эффективности различных способов реперфузионной терапии в остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) с элевацией сегмента ST.

Тромболитическая терапия (ТЛТ) в первые 6 часов выполнена 410 больным, эффективность – 71%. Рецидивы ишемии в первые 5 дней после успешного тромболизиса составили 23%. При неэффективном тромболизисе, рецидивах ишемии проведены спасительные чрезкожные коронарные вмешательства (ЧКВ) инфарктсвязанной коронарной артерии (КА) в 35 и 56 случаях, соответственно. Еще в 36 случаях ЧКВ инфарктсвязанной КА выполнено через 12 часов после эффективной ТЛТ в связи с наличием критического резидуального стеноза, чреватого реокклюзией.

Первичные ЧКВ инфарктсвязанной КА проведены 45 больным в первые 12 часов ИМ. С целью сокращения времени «дверь-баллон» 15 больных подавались в ангиографическую лабораторию, Минуя отделение интенсивной терапии. Еще 50 больным, доставленным через 12 часов от начала ИМ, выполнены первично-отсроченные ЧКВ. У всех больных в остром периоде ИМ с элевацией сегмента ST ЧКВ выполнялись только на инфарктсвязанной КА, завершались стентированием. Ангиографический успех сопровождался ближайшим и отдаленным клиническим эффектом, возрастанием фракции выброса ЛЖ, предотвращением развития аневризмы и ремоделирования левого желудочка (ЛЖ), сокращением сроков стационарного лечения и восстановлением трудоспособности.

ТЛТ, в том числе на госпитальном этапе, остается широко применяемой моделью, однако, в настоящее время даже успешный тромболизис не рассматривается как завершение реперфузионной терапии. Представленные данные свидетельствуют, что повышение эффективности лечения острого ИМ с элевацией сегмента ST требует создания сетей реперфузионной терапии, включающих скоропомощные звенья, больницы и территориальные центра, располагающие возможностью выполнения ЧКВ инфарктсвязанной КА.

0180 ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Гайдукова Н.И., Шогенов З.С., Федюнина Е.Ю., Шульга А.П., Михайлов А.В., Петрик Е.А.

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

Известно, что у 2-6% больных инфарктом миокарда возникают системные эмболии, чаще в сосуды головного мозга. Данные осложнения наиболее часто встречаются у больных с Q-инфарктом миокарда передней локализации, выраженной дисфункцией левого желудочка, аневризмой с пристеночными тромбами, фибрилляцией предсердий.

У данной категории пациентов без назначения непрямых антикоагулянтов риск венозных тромбозов возрастает до 21-24%.

Цель исследования: изучить влияние комбинации варфарина и кардиомагнила у больных с осложненным течением инфаркта.

Материал и методы: под наблюдением находились 23 больных с острым инфарктом миокарда в возрасте от 62 до 80 лет (средний возраст 68±7,1 лет).

У 6 больных инфаркт миокарда дебютировал острой левожелудочковой недостаточностью, у 7 пациентов была хроническая фибрилляции предсердий, в 5 случаях инфаркт миокарда осложнился тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии, в 5 – сформировалась острая аневризма с пристеночным тромбом.

Всем больным проводилось электрокардиографическое и эхокардиографическое исследования в динамике, лабораторные и биохимические тесты.

За 4-5 дней до отмены нефракционированного гепарина назначался варфарин в начальной дозе 2,5-5 мг в сутки в строго фиксированное время (17-19 часов) под контролем МНО. Варфарин назначался в комбинации с кардиомагнилом в дозе 75 мг/сутки.

Результаты. За время наблюдения в стационаре на фоне приема варфарина с кардиомагнилом такие осложнения как артериальные и венозные тромбозы не возникали, только в 2 случаях на фоне проводимого лечения развились рецидивы инфаркта миокарда. Подбор дозы варфарина проводился под контролем МНО, которое поддерживали на уровне 2-3 и только в 2 случаях у больных в возрасте 78 и 80 лет – в пределах 1,6-1,8. Побочных эффектов и признаков передозировки варфарина не отмечалось.

Таким образом, после выписки из стационара больным было рекомендовано продолжить прием варфарина: с тромбоэмболией мелких ветвей легочной артерии и аневризмой в течение 3 месяцев, с хронической фибрилляцией предсердий постоянно.

0181 ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИРКАДНОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

Галактионова М.Ю.

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск, Россия

Цель: изучить особенности циркадного профиля у детей при различных вариантах нарушений ритма и проводимости сердца.

Материалы и методы: Холтеровское суточное мониторирование ЭКГ проведено 743 пациентам (397 девочек и 346 мальчиков) в возрасте от 11-ти до 15-ти лет, поступивших в детское кардиологическое отделение клиники института медицинских проблем Севера с целью верификации диагноза нарушения ритма и проводимости сердца (НРПС). Выявленные нарушения

Tesis_006_end.indd 82 24.08.2006 22:24:53
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ритма и проводимости интерпретировались по общепринятым критериям. Мониторирование проводилось в течение 18-22 часов, включая весь период ночного сна. Среднее время сна обследованных нами детей составило 9,13±0,16 часов.

Результаты: У пациентов с аритмиями циркадный индекс в среднем составил 1,43±0,07 у.е., что было достоверно выше нормативного (p<0,05) и свидетельствовало о выраженных нарушениях центрального и вегетативного звена регуляции сердечного ритма. Высокая стабильность циркадного индекса отмечалась у пациентов с синусовой аритмией (ЦИ=1,31 у.е.)., синусовой брадикардией (ЦИ= 1,29 у.е.), при миграции водителя ритма сердца (ЦИ=1,33 у.е.)., а также у детей с неполной блокадой правой ножки пучка Гиса (ЦИ=1,29 у.е.). У детей с синусовой тахикардией, с экстрасистолией значения циркадного индекса соответствовали верхней границе нормы (ЦИ=1,41 у.е.). У пациентов с атриовентрикулярными блокадами и у детей с синдромом WPW отмечалась тенденция к снижению циркадного индекса (ЦИ= 1,21 у.е.). У детей с синдромами укороченного интервала PQ и ранней реполяризации желудочков ЦИ колебался в пределах нормы и в среднем составил 1,30±0,07 у.е. и 1,32±0,05 у.е. соответственно. Показатели ЦИ у детей с пароксизмальной и непароксизмальной тахикардиями, а также при комбинированных формах аритмий достоверно отличались от нормативных. Ригидный циркадный профиль (ЦИ<1,2), свидетельствующий о вегетативной денервации сердца отмечен у 14 детей: из них 11 – с синдромом слабости синусового узла, 3 – с атриовентрикулярной диссоциацией. Усиленный циркадный профиль (ЦИ>1,5), свидетельствующий о повышении чувствительности основного пейсмекера к симпатическим влияниям регистрировался у 4 пациентов с пароксизмальной тахикардией и 3 детей с хронической непароксизмальной тахикардией. У пациентов с синусовой тахикардией, непароксизмальной и пароксизмальной тахикардией, с экстрасистолией, в клинике которых отмечались синкопальные состояния, было выявлено усиление циркадного профиля ритма сердца (ЦИ более 1,46), что свидетельствует о повышении чувствительности ритма сердца к симпатическим влияниям и сопряжено с риском развития пароксизмов. В целом у пациентов с аритмиями выявлено преобладание смешанного циркадного ритма аритмий – в 39,17% случаев, ночной циркадный тип регистрировался у 235 (31,62%) пациентов, дневной- у 217 (29,21%).

Заключение: изучение показателей вариабельности сердечного ритма у детей, страдающих нарушениями ритма и проводимости сердца, свидетельствуют о выраженной дисрегуляции обоих звеньев вегетативной нервной системы вследствие снижения вагусного влияния и резкой активации тонуса симпатического отдела ВНС.

0182 ЭФФЕКТ ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Галлямов Н.В., Сайфутдинов Р.Г.

Казанская государственная медицинская академия, кафедра терапии, Казань, Россия

Цель исследования: оценить влияние дистанционного ишемического артериального прекондиционирования (ДИАП) на агрегационную активность тромбоцитов у больных со стабильной стенокардией.

Методы исследования: обследованы 39 пациентов (49,6±1,3 лет), разделенных на 3 группы. 1 группа: больные без ИБС – 13 чел; 2 группа: больные с ИБС на фоне приема аспирина – 20 чел.; 3 группа: больные с ИБС, не принимающие аспирин – 6 чел. Всем пациентам были проведены трехкратные нагрузочные велоэргометрические пробы (ВЭМ-пробы). Третьей ВЭМ-пробе предшествовало ДИАП путем сжатия манжетой левого предплечья до отсутствия пульса продолжительностью 5 Минут. При исследовании АТ анализировались: спонтанная АТ (СПАТ), феномен светопропускания (ФСП). При анализе СПАТ оценивались следующие показатели тромбоцитов: средний радиус агрегата (СРАТ), максимальная степень агрегации (МСТАТ), максимальная скорость агрегации (МСКАТ). При исследовании ФСП оценивались: светопропускание (СВП), максимальная степень светопропускания (МСТСВП), максимальная скорость светопропускания (МСКСВП).

Результаты. В 1 гр. имело место уменьшение параметров СПАТ после первой ВЭМ и после ДИАП. СРАТ: после 1 ВЭМ – изменение на 15%, после ДИАП – на 12,5%; МСТАТ: – 22%, после ДИАП – 10%; МСКАТ: – 5%, после ДИАП – 10%. Во 2 гр. разница в показателях СПАТ по сравнению с исходными данными отмечалась после второй ВЭМ и лишь незначительно после ДИАП. СРАТ: после 2 ВЭМ – 22%, после ДИАП – 20%; МСТАТ: после 2 ВЭМ – 25%, после ДИАП – 24%; МСКАТ: после 2 ВЭМ – 42%, после ДИАП – 32%. В 3 гр. данные показатели значительно уменьшились после ДИАП. СРАТ: исходная – 1,0±0,14, после ДИАП – 0,55±0,1 (p<0,05); МСТАТ: исходная – 1,07±0,13, после ДИАП – 0,67±0,1 (p<0,05); МСКАТ: исходная – 0,31±0,06, после ДИАП – 0,22±0,04 (p>0,05). Снижение показателей ФСП в 1 гр. отмечалось после 1 ВЭМ, во 2 гр. после 2 ВЭМ. Лишь у пациентов 3 гр. снижение данных показателей отмечались после ДИАП. Так, в 1гр. СВП:– после 1 ВЭМ – 46%, после ДИАП – 32,4%; МСТСВП: после 1 ВЭМ – 43%, после ДИАП – 28%; МСКСВП: после 1 ВЭМ – 43%, после ДИАП – 29%. 2 гр. СВП: после 2 ВЭМ – 39%, после ДИАП – 13%; МСТСВП: после 2 ВЭМ – 35%, после ДИАП – 5%; МСКСВП: после 2 ВЭМ – 28%, после ДИАП – 5%. 3 гр. СВП исходная – 42,26±4,53, после ДИАП – 24,0±6,0 (p<0,05); МСТСВП: исходная – 53,1±5,5, после ДИАП – 30,7±8,2 (p<0,05); МСКСВП: исходная – 83,0±6,55, после ДИАП – 55,0±11,3.

Выводы: 1. Агрегация тромбоцитов у больных с ИБС, принимавших аспирин снижается после второй ВЭМ. 2. В 3 гр. пациентов параметры спонтанной АТ и ФСП уменьшаются после ДИАП.

0183 РЕФРАКТЕРНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Ганиева Н.П.Абдуллаев Т.А. Курбанов Н.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Ташкент, Узбекситан

Цель исследования: Оценка взаимосвязи различных клинико-функциональных показателей у больных с рефрактерной сердечной недостаточностью (РСН) с неишемическим генезом основного заболевания.

Методы исследования: Клинический осмотр, ЭКГ, ЭхоКГ, ХМЭКГ. Обследовано 70 больных с РСН, из них 30 больных мужского пола, перенесших инфаркт миокарда (ПИКС) (средний возраст 59,7±1,8лет) и 40 больных обоего пола с идиопатической дилатационной кардиомиопатией (ИДКМП) (средний возраст 40,73±1,6 лет). Оценивали возрастные, клинико-анамнестические и инструментальные показатели (КТИ, ЭКГ, ЭХОКС).

Результаты: Выявлено, что у больных с неишемическим генезом РСН развивается в более молодом возрасте (p<0,0001). При этом конечно-диастолический размер ЛЖ (КДР ЛЖ) не имел статистически значимых различий между группами (7,35±0,24 и 7,4±0,1 см, соответственно, ПИКС И ИДКМП), однако, конечно-систолический размер (КСР) у больных с неишемическим генезом превышал аналогичный показатель сравниваемой группы (6,2±0,1 и 5,7±0,19 см, p=0,024), а фракция выброса (ФВ) в группе с ПИКС была выше, чем у больных ИДКМП (43,4±2.2% и 31,7±1,6%, p<0,001) При этом показатели

Tesis_006_end.indd 83 24.08.2006 22:24:53
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

дисфункции обоих желудочков имели статистически-значимые различия между группами: так показатель, характеризующий дисфункцию ЛЖ (АДср/КСО) составлял 0,565±0,02 и 0,45±0,01 в группе ИКМП и ИДКМП, а ПЖ/КДР, характеризующий дисфункцию ПЖ, составил 0,52±0,01 и 0,59±0,02 (p<0,011), соответственно. Показатели толщины стенок ЛЖ больных ИКМП статистически-значимо превышали аналогичные показатели у больных ИДКМП: ТМЖП = 1,17± 0,05 см и 1,05±0,03 см (p<0,008), ТЗСЛЖ = 1,25±0,06 и 1,11±0,03 (p<0,006), а индекс ОТС 0,34±0,02 и 0,16 ±0,0(p< 0,0001). Некороногенный характер кардиопатии достоверно чаще ассоциировался с наличием ЖНРС высоких градаций (II-Vкласс по B. Lown). При анализе ЭКГ у больных ИДКМП достоверно чаще определялось наличие отрицательного зубца Т в двух и более отведения, а частота регистрации соотношения Rv6/R max >3,0 составило 78%.

Таким образом, у больных с ИДКМП РСН развивается в более молодом возрасте и сопровождается более низкими показателями сократимости миокарда. В развитии РСН у больных ПИКС, возможно, особую роль играют и другие факторы – «оглушения» и « гибернация» миокарда («myocardial stunning» and «miocardial hibernating»).

0184 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ТЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ И ЧАСТОТУ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ганиев Т.Г.

Центральная Клиническая больница №1 Медико-Санитарного Объединения, МЗ Узбекистана, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования являлся сравнительный анализ влияния различных терапевтических стратегий лечения острого инфаркта миокарда на течение заболевания, госпитальный прогноз и частоту осложнений. С этой целью изучено 281 больной инфарктом миокарда, поступившие в реанимационное отделение за период с 1990 по 2005 год. Учитывая особенности стандартов лечения, ОИМ изучены больные, поступившие в период 1990-1995гг (нитраты внутривенные формы+гепарин+аспирин+метаболики) – 1 группа (n-88), 1995-2000гг (+бетаблокаторы+ИАПФ+низкомолекулярные гепарины) – 2 группа (n-105), 2000-2005гг (+клопидогрель+статины) – 3 группа (n-88).

В возрастном плане группы достоверно не различались(71,9+10,0, 69,0+12,0 и 65,7+5,6 соответственно). Отмечается увеличение удельного веса инфарктов миокарда без Q 59% в 1 группе 61% и 62,5%. По частоте сопутствующих заболеваний группы не различаются. Изучаемые группы по количеству больных, госпитализированных в первые сутки, также не различались. Сравнительный анализ течения заболевания показал, что в 1 группе признаки острой сердечной недостаточности встречались в 36% случаев, то во 2 и 3 группах этот показатель колеблется на уровне 21-23% (p<0,05), частота развития фибрилляции желудочков в 1 группе составила 30,2%, во 2 группе 13,3%, а в 3 группе 9,1% (p<0,05), хотя количество вторичной ФЖ в всех группах не различалось. Летальность снизилась с 25% до 10,4% во 2 группе и 5,7% в 3 группе (p<0,01). Так же значимо уменьшилось количество рецидивов и ранней постинфарктной стенокардии. Обращает внимание отсутствие достоверных различий между показателями 2 и 3 групп. Для уточнения этих данных изучена стандартная терапия в группах. 100% больных получали нитраты внутрь. 83,8% больных первой группы и 100% больных второй группы получали бета-блокаторы. 100% больных 2 и 3 группы получали ИАПФ. В 3 группе больные получавшие низкомолекулярные гепарины составили 55,6%, против 20% во 2 группе (p<0,01). Из 36 больных ОИМ 7 больных получили тромболитическую терапию (19,4%). Статины получали 46,5% больных 3 группы, а клопидогрель 18,18% больных. Таким образом, можно сделать вывод, что в снижении тяжести ИМ и количества осложнений важную роль играют широкое использование бета-блокаторов. Для дальнейшего сдвига ситуации необходимо большее применение реперфузионной терапии и клопидогреля.

0185 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР У БОЛЬНЫХ С РАЗВИВШИМСЯ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ 15 ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Ганиев Т.Г.

Центральная Клиническая больница №1 Медико-Санитарного Объединения, МЗ Узбекистана, Ташкент, Россия

На базе ограниченного контингента больных ИБС, состоящих на учете в 4 управлении МЗ оценена эффективность различных мер профилактики у больных с развившимся инфарктом миокарда. Изучено 281 больной ОИМ, поступивший в стационар за период с 1990 по 2005 гг. Условно составлены группы с пятилетним промежутком, учитывая особенности терапевтических стратегий: 1 группа (n-88), 2 группа (n-105), 3 группа (n-88). Изучались особенности анамнеза и догоспитального профилактического приема препаратов. Стенокардия в анамнезе отмечалась у 52% больных 1 группы, 74,2% во 2 группе и 69% в 3 группе. Неожиданное начало ОИМ наблюдалось в 25-28% случаев. 14,2-14,7% имели в анамнезе сердечную недостаточность. Таким образом, по тяжести состояния в догоспитальном периоде группы не различались. Однако частота летальных исходов (25% против 10,4% и 5,7%; p<0,01), первичной фибрилляции желудочков (30,4% против 13,3% и 9,1%; p<0,05), острой сердечной недостаточности (ОСН) (71,1% против 30,2 и 50,0%) указывает на значимое улучшение прогноза жизни больных во 2 и 3 группах. Дальнейший анализ показал примерно одинаковое число больных получавших нитраты и аспирин до поступления (57,3-62,1%) во всех группах. Ни один больной первой группы не получал бета-блокаторы, и статины на догоспитальном этапе, тогда как во 2 группе 53,3% больных получали бета-блокаторы и 24,8%- статины. В третьей группе бета-блокаторы получали 47,7% больных, а статины 48,9%. Тем не менее, тяжесть ОИМ и количество осложнений во 2 и 3 группах не различались, а по показателю ОСН 3 группа была даже хуже. По данным работы можно сделать вывод о высокой значимости профилактического лечения больных групп повышенного риска развития острого инфаркта миокарда, в особенности это касается профилактического назначения бета-блокаторов.

0186 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И НЕКОТОРЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Гапон Л.И., Середа Т.В., Коржова Н.Н.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Адаптация человека, проживающего в северных регионах, достигается в результате сложной перестройки функционирования систем, в том числе и сердечно-сосудистой системы.

Целью нашего исследования было сравнить показатели спектрального анализа вариабельности ритма сердца и геометрические параметры миокарда у больных с артериальной гипертензией.

Обследовано 84 пациента в возрасте от 25 до 55 лет, мужского и женского пола, из них 52 пациента с АГ I-II степени и 32 пациента контрольной группы – практически здоровые пациенты, постоянно проживающие в условиях Тюменского Приобья. Всем пациентам проведено эхокардиологическое исследование на аппарате Toshiba SSH 140-A и регистрация вариабельности ритма сердца в условиях «чистого» фона на аппарате фирмы

Tesis_006_end.indd 84 24.08.2006 22:24:54
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

«Nerv Express» (США) в амбулаторных условиях г.Пыть-Ях.

Анализируя показатели вариабельности ритма сердца (ВРС), были получены следующие результаты: общая мощность спектра ВРС (TP) у пациентов с АГ по сравнению с контрольной группой пациенты с АГ 4643,07±583,82 и 7682,43±1065, 30 мс/Гц (p=0.006); высокочастотные (HF) колебания 1994,73±360,10 и 3865,72±774,4 мс/Гц (p=0,004); низкочастотные (LF) колебания 1534,5±235,7 и 2192,05±321,5 мс/Гц (p=0,019); очень низкочастотные (VLF) колебания 1024,49±121,63 и 1537,37±220,88 мс/Гц (p=0,011).

Как видно из представленных данных, при сравнении двух общих групп общая мощность спектра ВРС (TP), а также показатели спектрального анализа – высокочастотные (HF), низкочастотные (LF) и очень низкочастотные (VLF) колебания достоверно ниже у больных с АГ по сравнению с группой контроля.

При сравнении некоторых эхокардиографических параметров миокарда у больных АГ и контрольной группы были получены достоверные различия – развитие гипертрофии миокарда ЛЖ (увеличение МЖП: 1,07±0,019 и 1,34±0,030 мм (p<0,001), ЗСЛЖ: 0,96±0,018 и 1,07±0,020 мм (p<0,001); ММЛЖ: 201,73±11,026 и 267,00±10,011 мм (p<0,001) у пациентов с артериальной гипертензией.

Таким образом, у пациентов с развитием артериальной гипертензии наблюдается снижение общей волновой структуры вариабельности ритма сердца, которое сопровождается изменением эхокардиографических показателей и развитием гипертрофии миокарда ЛЖ, что может говорить и снижении текущего функционального состояния организма и его адаптационных возможностях на фоне органического изменения миокарда. При проведении корреляционного анализа была получена слабая положительная корреляционная связь между МЖП и VLF r=0.280, p=0,049, что говорит об увеличении нейрогуморального влияния на синусовый узел на фоне развития ГМЛЖ.

0187 ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Гапон Л.И, Гультяева Е.П., Полковникова Т.Г.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования. Изучить прогностическую значимость показателей суточного профиля артериального давления (АД) в клиническом течении нестабильной стенокардии (НС).

Материалы и методы. В исследование было включено 119 пациентов мужского пола в возрасте 36-65 лет (средний возраст 51,3±7,2 лет). Все пациенты были госпитализированы по экстренным показаниям с диагнозом ИБС. Нестабильная стенокардия. На 1-3 сутки пребывания в стационаре всем пациентам проведено суточное мониторирование АД (СМАД) портативной системой Cardio Tens 01 (“Meditech”, Венгрия). Оценивались среднесуточные показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления, индекс времени (ИВ), суточный индекс (СИ). Дальнейшее наблюдение пациентов проводилось в амбулаторных условиях с контрольными осмотрами и проведением СМАД через 6 и 12 месяцев после выписки. Всем пациентам были назначены коронароактивные и гипотензивные препараты в соответствии с нозологическими стандартами в индивидуально подобранных дозах.

Результаты. Все больные до госпитализации страдали хронической ИБС (средняя длительность заболевания 4,3 года). 23 пациента (19,3%) перенесли ранее ИМ, 16 пациентам (13,3%) была ранее выполнена операция транслюминальной баллонной ангиопластики (ТБКА). 78 пациентам (65,5%) ранее был выставлен диагноз артериальной гипертонии (АГ), средняя длительность АГ составила 12,8 лет. У 82 пациентов (68,9%) была отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. На основании проведенного СМАД выделено 2 группы: 1 – пациенты с повышенным АД (n=100), 2 – пациенты с нормальным АД (n=19). При проспективном наблюдении в течение года у 50% больных в обеих группах наблюдались сердечно-сосудистые осложнения, причем наибольшее число осложнений пришлось на последние месяцы наблюдения. В 1 группе ИМ перенесли 14,0% больных, у 2% – развился мозговой инсульт, 1 человек (2%) – умер, у 82% госпитализации по поводу НС. Во 2 группе 1 человек перенес ИМ (11,0%), у 89% – НС. Таким образом, частота таких осложнений, как эпизоды НС и нефатальный ИМ, в группах достоверно не различалась. Однако комбинированный показатель (эпизоды НС и сердечно-сосудистые осложнения) в группе АГ оказался достоверно выше по сравнению с группой без АГ (p<0,005), причем все случаи ИМ и коронарная смерть зарегистрированы у лиц с суточным профилем АД в диапазоне non-dipper. По результатам дискриминантного анализа наряду с наличием в анамнезе АГ выявлены следующие независимые предикторы развития нефатального ИМ: СИ САД, СИ ДАД, ИВ гипертензии в ночное время и САД максимальное в течение суток.

Выводы. Таким образом, у больных ИБС, нестабильной стенокардией как с наличием сопутствующей АГ, так и без нее, наиболее существенным гемодинамическим параметром, обладающим большой прогностической ценностью и достоверно предсказывающим риск сердечно-сосудистых осложнений является нагрузка АД, а именно «ночная» артериальная гипертензия (non-dipper).

0188 ВЛИЯНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Гарбузова О.Г., Сейидов В.Г., Воронина Н.В., Евсюков В.В., Любчук И.В., Бобырев С.Е., Арутюнов Э.В.

ДВГУ, Хабаровск; ВГМУ, Владивосток; Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; РГМУ им И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель. Сравнить отдаленные результаты коронарного шунтирования и консервативного лечения. Оценить влияние диабетической нефропатии на рецидив стенокардии и летальность в течение 5 лет наблюдения.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год обследовано 793 пациента в течение 5 лет после коронарного шунтирования и 81 больной, который лечился консервативно.

Результаты исследования. До коронарного шунтирования пациенты имели в основном III-IV ФК стенокардии – 74,2% и были статистически сопоставимы с группой консервативного лечения. Через 1 месяц после коронарного шунтирования у подавляющего большинства больных отсутствовали симптомы стенокардии – 74,8%, стенокардия I-II ФК наблюдалась у 18,8%, стенокардия III-IV ФК – у 6,4%. По сравнению с результатами годичного наблюдения, через 5 лет после операции отмечалось уменьшение числа больных без симптомов стенокардии с 48,9% до 25,7%, увеличение числа больных со стенокардией I-II ФК с 38,1% до 52,1%, а также достоверное увеличение количества больных III-IV ФК с 13,0% до 22,2% (p<0,05). В группе консервативного лечения отмечалось значительное преобладание лиц с III-IV ФК стенокардии – 82,7% (p<0,05), увеличение числа перенесенных инфарктов – 18,5% и 7,4% (p<0,05), выше 5-летняя летальность – 33,9% и 9,4% (p<0,05). Из всех пациентов, которым была выполнена оперативная реваскуляризация миокарда, сахарный диабет наблюдался у 22%. Мы оценили влияние диабетической нефропатии на течение ИБС у больных в отдаленном периоде после коронарного шунтирования у 131 пациента через 1 год и у 96 больных через 5 лет после операции. 45,8% больных имели доклиническую нефропатию с суточной микроальбуминурией 30-300 мг/сут, 47,3% – стадию нефропатии с суточной потерей белка более 300 мг/сут и 6,9% – имели хроническую почечную недостаточность 1 стадии с уровнем креатинина выше 115 мкмоль/л. Через 1 год после операции в группе пациентов с диабетической нефропатией чаще наблюдалась стенокардия III-IVФК – 27% и 11% (p<0,05). Через 5 лет после операции клинические проявления ИБС с диабетичес-

Tesis_006_end.indd 85 24.08.2006 22:24:54
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

кой нефропатией ухудшаются ещё в большей степени. Количество пациентов с рецидивом стенокардии III-IV ФК у них было больше – 36% и 21%, чаще наблюдался инфаркт миокарда – 14,6% и 6,1%. Также у них была выше летальность – 23,8% и 6,7% (p<0,05). В течение года 52 больных с сопутствующей артериальной гипертензией принимали ингибитор АПФ рамиприл (хартил, «Эгис») в средней дозе 8,4 мг/сут. При этом у 78% удалось достичь целевых цифр АД (<140/90) в монотерапии и не было побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Заключение. Наличие у пациентов диабетической нефропатии после коронарого шунтирования ухудшает отдаленный прогноз в плане увеличения рецидива стенокардии, частоты повторных инфарктов миокарда и летальности.

0189 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Семке В.Я., Штарик С.Ю., Глущенко Т.Э.

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

Цель: Изучить взаимосвязь факторов риска (ФР) различной природы в прогнозировании развития и течения ишемической болезни сердца (ИБС), ассоциированной с артериальной гипертонией (АГ), сахарным диабетом (СД) типа 2 у пациентов с расстройствами невротического и аффективного уровня.

Материалы и методы: В исследование включены 82 пациента отделения пограничных состояний с астеническими, тревожными и депрессивными расстройствами и верифицированным диагнозом ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III, прогрессирующей стенокардией (средний возраст 52,78±7,49 года). В 92% случаев ИБС сочеталась с АГ, в 24% с СД типа 2 или нарушением толерантности к глюкозе, в 58% с атерогенной дислипидемией (ДЛП) и ожирением. Методом логистической регрессии были установлены статистически значимые взаимосвязи соматических, психических и психосоциальных ФР, оказывающих влияние на развитие и течение ИБС, ассоциированной с АГ, СД типа 2.

Результаты: Изучалось отношение больного ИБС к своему заболеванию и степень участия психогенных факторов в формировании психопатологических расстройств (ПР) невротического и аффективного уровня с оценкой значимости психосоциальных стрессоров (жизненные события, медицинские, производственные, семейно-бытовые). Прогностическими признаками соматического и психического состояния больных ИБС, ассоциированной с АГ, СД типа 2 (Concordant = 92,7%; Somers' D = 0,881), являлись: уровень гликемии (p=0,0001); давность ПР (p=0,0002); индекс массы тела (p=0,0001); ДЛП (p=0,0001) и гипоальфахолестеринемия (p=0,0001); стрессорные факторы (жизненные события) (p=0,0001); вегетативные расстройства (p=0,0005); возраст начала ПР (p=0,0118); пограничные ПР (астенические, тревожные, тревожно-фобические, депрессивные) (p=0,0029); отягощенность семейного анамнеза (p=0,0437); субъективное отношение пациента к своему заболеванию (p=0,0046). Пациенты отличались чрезмерной, недифференцированной тревожностью в отношении здоровья. При этом у больных часто обнаруживался страх смерти, низкая самооценка собственных возможностей, снижение активности, неудовлетворенность своим состоянием, анозогнозия по отношению к явным признакам соматического заболевании. Психологическое состояние больных характеризовалось наличием высокого уровня тревожности (p=0,0215), ипохондрической фиксацией (p=0,0024), нарушений социальной адаптации (p=0,0015). По мере прогрессирования ФК стенокардии и развития невротических, связанных со стрессом расстройств в рамках расстройств адаптации, аффективных нарушений, общее состояние таких пациентов усугублялось ипохондрической, сенестопатической, истероформной симптоматикой. У этих больных часто наблюдались внекардиальные проявления (p=0,0067).

Выводы: Для оценки прогнозирования ИБС, степени риска сосудистых осложнений, наряду с выявленными ассоциированными заболеваниями (ИБС, АГ, СД типа 2, ожирение), метаболическими нарушениями липидного и углеводного обменов, следует учитывать психологические и психосоциальные факторы риска при разработке реабилитационных программ и выборе терапевтической тактики.

0190 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНИПРИЛА® В АМБУЛАТОРНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Гарганеева Н.П., Зяблов Ю.И., Ефимова Е.В., Смирнова Т.А., Харитонова О.А.

ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», Томск; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Фармакологическое лечение артериальной гипертонии значительно уменьшает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, в то же время значительно повышает требования к современным антигипертензивным средствам. Класс ингибиторов АПФ производства компании ООО «Фармстандарт, Россия» представлен препаратами – рениприл® и рениприл ГТ®. Рениприл ГТ® является первым из отечественных ингибиторов АПФ с фиксированной комбинацией двух лекарственных средств (эналаприла малеата и гидрохлортиазида).

Цель: Оценка клинической эффективности и переносимости антигипертензивных препаратов рениприла® и рениприла ГТ®, используемых в амбулаторной кардиологической практике у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы: В группу исследования включены 25 пациентов амбулаторно-поликлинического отделения с верифицированным диагнозом ГБ (женщин – 22, мужчин – 3) в возрасте от 34 до 70 лет (средний возраст 51,84±9,56 года) в 19 случаях с ГБ II стадии, в 6 – ГБ III стадии, ассоциированной с ИБС. Динамическое наблюдение осуществлялось в течение 6-8 недель. Анализировались гемодинамические показатели уровня систолического АД (САД), диастолического (ДАД), ЧСС. Критерии эффективности антигипертензивной терапии рениприлом® и рениприлом ГТ® в адекватных дозах оценивали по достижению целевого уровня АД (САД/ДАД<140/90 Мм рт. ст.), а также снижению исходного офисного уровня АД. В протоколе отмечена эффективность и переносимость препаратов.

Результаты: В соответствии с протоколом исследования показатели исходного уровня АД составили: САД 160,0±11,73 Мм рт. ст., ДАД 95,88±6,17 Мм рт. ст., ЧСС 69,36±10,72 в Мин. Рениприл® назначался всем больным ГБ в дозах от 10 до 20 мг/сут. Подбор дозы начинался с 10 мг/сут, в случае неэффективности терапии через 2 недели – доза увеличивалась до 20 мг/сут или назначался комбинированный препарат рениприл ГТ®. В11 случаях (44%) рениприл® в дозе 10 мг/сут получали больные ГБ II стадии (9 чел.) и ГБ III стадии (2 чел.). У 7 пациентов (28%) с ГБ II стадии (5 чел.) и с ГБ III стадии (2 чел.) с уровнем АД, превышающим 170/110 – 180/110 Мм рт. ст., рениприл® назначался в дозе 20 мг/сут. Средняя доза рениприла® в виде монотерапии составила 13,88±5,02 мг/сут. В 7 случаях для усиления гипотензивного эффекта использовался рениприл ГТ®. В ходе динамического наблюдения через 6-8 недель при контрольном измерении показатели АД составили: САД 129,68±10,43 мм рт.ст, ДАД 81,0±5,95 мм., ЧСС 68,84±7,71 в Мин. Зарегистрировано снижение уровня САД на 19,4% и ДАД на 15,6% по отношению к исходным значениям. ЧСС существенно не изменилась. В 92% случаев пациенты отметили отличную и хорошую переносимость препаратов рениприла® и рениприла ГТ®. Стойкий положительный гипотензивный

Tesis_006_end.indd 86 24.08.2006 22:24:54
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

эффект наблюдался у 80% больных, которые принимали ренаприл® или ренаприл ГТ® в дозах, соответствующих клиническим проявлениям ГБ. Таким образом, представленные отечественным производителем ООО «Фармстандарт» антигипертензивные препараты класса ингибиторов АПФ ренаприл® и ренаприл ГТ®, получили высокую клиническую оценку при их использовании в амбулаторной кардиологической практике у пациентов с гипертонической болезнью.

0191 ПРИМЕНЕНИЕ КОРТЕКСИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Штарик С.Ю., Попова Л.А.

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

Действие кортексина® (ГЕРОФАРМ, Россия), природного нейропептида, на различные структуры головного мозга осуществляется посредством вегетативно-висцеральной и психовегетативной регуляции уровня ключевых нейромедиаторных систем через гипоталамо-лимбико-ретикулярный комплекс. Нейропротективные и нейротрофические эффекты кортексина вызывают интерес к более широкому использованию данного препарата в клинической практике, в частности, у больных гипертонической болезнью и расстройствами невротического уровня.

Цель: изучение эффективности применения кортексина в комплексной терапии гипертонической болезни (ГБ) у пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами. Материал и методы: В отделении пограничных состояний обследовано 30 пациентов (43,5±7,4 года) с эссенциальной гипертонической болезнью I-II стадии, в клинической картине которых преобладали невротические расстройства, послужившие причиной обращения пациентов к психиатру. Оценка психического состояния проводилась с использованием клинико-психопатологического метода и оценочных шкал уровня тревоги Гамильтона (HARS), Цунга. В психическом состоянии больных выявлялась выраженная астеническая соматогенно обусловленная симптоматика с вегетативными нарушениями. Кортексин назначался в дозе 10 мг/сут. для в/м введения, курсом в течение 10 дней. В комплексной терапии применялись психотропные препараты (анксиолитики, антидепрессанты) и антигипертензивные средства (ингибиторы АПФ, диуретики, бета-адреноблокаторы в виде моно- или комбинированной терапии) в адекватных дозах. Контрольная группа: 10 пациентов, не получавшие кортексин.

Результаты: гемодинамические показатели уровня офисного артериального давления (АД) регистрировались в виде среднеарифметических значений после двух или трехкратного измерения. Формирование ГБ I стадии с повышением среднего уровня САД 144,81±12,48 Мм рт.ст., ДАД 93,34±7,75 происходит на фоне предшествующих невротических (расстройств адаптации и реакций на тяжелый стресс, тревожно-фобических) и соматоформных расстройств. У больных ГБ II стадии (средний уровень САД 162,88±17,69 Мм рт.ст., ДАД 101,51±8,93 Мм рт.ст.) сопровождается развитием астенических и депрессивных расстройств, возникновению которых способствует декомпенсация соматического состояния при провоцирующем влиянии хронических психосоциальных стрессорных факторов.

Выводы: Редукция сопутствующей вегетативной и астенической симптоматики при комплексном методе лечения, включающем кортексин, наряду с препаратами анксиолитического и антигипертензивного действия, наблюдалась в более короткие сроки в сравнении с группой контроля. Высокая эффективность кортексина в терапии коморбидной патологии, вероятно, обеспечивается его регулирующим влиянием на уровень надсегментарных отделов вегетативной нервной системы, что препятствует формированию соматоформных дисфункций в структуре психопатологических расстройств и соматовегетативных проявлений у больных гипертонической болезнью.

0192 РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО И АФФЕКТИВНОГО УРОВНЯ В ГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Гарганеева Н.П.

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

Нейрогенная концепция патогенеза гипертонической болезни (ГБ), обоснованная Г.Ф. Лангом, в качестве ведущих механизмов рассматривает нарушения высшей нервной деятельности, приводящие к стойкому возбуждению вегетативных центров регуляции кровообращения и повышению артериального давления (АД), тип реакции человека на эмоциональные стрессы, психическую травматизацию, личностные особенности, наследственность и другие факторы. Актуальным является изучение роли психосоциальных факторов на формирование психосоматических соотношений у больных артериальной гипертонией (АГ).

Цель: изучение психосоматических соотношений у больных АГ, ассоциированной с психическими расстройствами (ПР) невротического и аффективного уровня, для разработки интегративных подходов к терапии и профилактике.

Материал и методы: в отделении пограничных состояний НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН обследовано 1350 пациентов с расстройствами невротического и аффективного уровня, которые ранее наблюдались в терапевтических, кардиологических клиниках, диспансерах, поликлиниках города. Из них 700 больных (269 мужчин, 431 женщина, средний возраст 45,95±9,41 года) с верифицированной эссенциальной ГБ I стадии (20,4%); ГБ II стадии (31,4%), а также 224 пациента (16,6%) с диагнозом НЦД с повышением АД. У 426 пациентов группы сравнения (31,6%) уровень АД<140/90 Мм рт.ст.

Результаты: встречаемость АГ составила 68,4% у пациентов с невротическими и аффективными расстройствами. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства, были выявлены у 49,8% больных АГ общей группы и в 56,4% – у женщин. Методами многомерной статистики было установлено, что формирование начальных стадий ГБ происходит на фоне предшествующих невротических расстройств (тревожно-фобических, реакций на тяжелый стресс, расстройств адаптации, соматоформных расстройств, неврастении), а также расстройств личности. У больных ГБ II-III стадии психическое состояние отличалось преобладанием выраженной депрессивной и астенической симптоматики. Выявленные в 18,4% случаев аффективные (депрессивный эпизод, дистимия), в 28,3% органические расстройства, в 24,8% – пролонгированная депрессивная реакция, нозогенные реакции, были тесно сопряжены и ассоциировались с более тяжелым течением АГ. У мужчин преобладали астенические расстройства, тогда как депрессивные расстройства в 2,3 раза чаще встречались у женщин (p=0,001). Для изучения взаимосвязей соматических, психических и психосоциальных факторов был использован метод логистической регрессии с оценкой прогностической значимости совокупности признаков (Concordant=87,5%; Somers'D=0,751). В число предикторов вошли: ангиопатии, гипертрофия левого желудочка, сахарный диабет или НТГ, уровень офисного АД, индекс массы тела, ЧСС и ее вариабельность. Кроме того, алгоритм включил предикторы: возраст начала ПР; давность ПР; психосоциальные стрессорные факторы, гипотимия; паническое расстройство; вегетативные нарушения, которые необходимо учитывать в ка-

Tesis_006_end.indd 87 24.08.2006 22:24:54
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

честве факторов риска и дополнительных критериев в оценке клинических особенностей течения АГ.

0193 ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ГУ НИИ терапии, Новосибирск; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск; Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень); ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия); Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния жизненного истощения на риск возникновения инсульта в течение 6 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994 г. обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет, жителей одного из районов г. Новосибирска. В течение 6-летнего периода (1994-2000 гг.) в когорте были изучены все случаи возникновения инсульта. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ “SPSS-10”. Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения инсульта.

Результаты. Распространённость жизненного истощения у лиц с инсультом была 58,8%. Относительный риск развития инсульта у мужчин 25-64 лет за 6-летний отрезок времени оказался в 3,2 (p=0,05) раз выше у мужчин с жизненным истощением, чем без него. Наиболее высокий относительный риск развития инсульта наблюдался у мужчин с жизненным истощением и относящихся к группам: вдовых и разведенных, с незаконченным средним – начальным уровнем образования, а также к рабочим тяжелого, среднего физического труда, пенсионерам.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что риск возникновения инсульта связан с наличием жизненного истощения, которое напрямую связано с социально-экономическим статусом населения.

0194 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ: РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)

Гафаров В.В., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В., Екимова Ю.С.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ГУ НИИ терапии, Новосибирск; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск; Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень); ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия); Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния враждебности на риск возникновения артериальной гипертензии (АГ), инфаркта миокарда (ИМ), инсульта в популяции мужчин 25-64 лет.

Материал и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994г. было проведено скринирующее исследование населения. Обследована случайная репрезентативная выборка мужчин в возрасте 25-64 лет (657 лиц), жителей одного из районов г. Новосибирска. Респонс составил 82,1%. В течение контрольного периода (1994-2000гг., 1994-2002гг.) определялась частота новых случаев артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, инсульта. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ “SPSS-10”. Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска возникновения артериальной гипертензии, инфаркта миокарда, инсульта.

Результаты. Распространённость враждебности в популяции мужчин 25-64 лет оказалась довольно высокой (76,9%). OR развития ИМ в течение 8-летнего периода оказался выше в 4,65 раза у мужчин с враждебностью, чем без нее. Не получено влияния враждебности на риск возникновения АГ и инсульта. Наибольшая распространённость враждебности встречалась среди мужчин, относящихся к группам с незаконченным средним – начальным уровнем образования, а также среди рабочих и пенсионеров. В этих же группах получен и наибольший риск возникновения инфаркта миокарда. В связи с тем, что в настоящий момент, Россия находится в состоянии эпидемиологического перехода, враждебность выступает как фактор, увеличивающий риск возникновения ИМ.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что враждебность влияет на риск возникновения инфаркта в нестабильных обществах, но не влияет на риск возникновения артериальной гипертензии и инсульта.

0195 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Гафурова З.Р., Закирова А.Н.

ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа, Россия

Цель исследования. Изучить изменения функционального состояния почек у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС).

Методы исследования. Обследовали 102 больных с АГ I и II степени, из них 48 (47,1%) человек с АГ I степени и 54 (52,9%) – с АГ II степени. Среди обследованных были 71 женщина и 31 мужчина. Средний возраст больных составил 54,2±3,8 лет, средняя продолжительность заболевания- 7,2±4,8 лет. Больные АГ были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 33 (32,4%) больных АГ без проявлений МС, во 2-ю – вошли 35 (34,3%) пациентов АГ с МС; в 3-ю группу включены 34 (33,3%) больных АГ с МС и сахарным диабетом (СД) 2 типа. В контрольную группу вошли 25 здоровых добровольца, из них 15 женщин, 10 мужчин (средний возраст 52,9±6,4 лет).

Функциональный почечный резерв (ФПР) определяли методом острой пероральной белковой нагрузки (из расчета 5 г отварной говядины на 1 кг массы тела) по процентному приросту клиренса эндогенного креатинина. Экскрецию β2-микроглобулина (β2-МГ) в суточной моче исследовали радиоиммунным методом с помощью стандартного набора. Уровень микроальбуминурии (МАУ) изучали радиоиммунным методом с использованием стандартного набора для определения альбумина в моче человека. Оценивали показатели креатинина, мочевины, скорости клубочковой фильтрации.

Результаты исследования. При оценке функционального состояния почек установлено, что ФПР достоверно снизился на 22,2% уже на стадии АГ и прогрессивно уменьшался по мере нарастания тяжести МС (45,2; 61,0). Нарушения ФПР были обнаружены у 31% больных АГ без МС, у 56,5% – при АГ с МС и у 92% – при АГ с МС в сочетании с СД 2 типа. При анализе концентрации β2-МГ у больных АГ с МС выявлено, что его экскреция значимо повышается уже при АГ без проявлений МС (30.3) и достигает максимальных значений у больных АГ с МС в сочетании с СД 2 типа, отличаясь от контроля в 1,7 раза.

Нами показано, что уровень МАУ уже при АГ без МС возрастает более чем в 3 раза по сравнению с контролем. По мере прогрессирования тяжести МС показатели МАУ у больных АГ достоверно увеличивались: почти в 6 раз у больных АГ с МС и в 9 раз – при АГ в сочетании с СД 2 типа. Важно отметить, что при сочетании АГ с МС и СД 2 типа выраженность МАУ до-

Tesis_006_end.indd 88 24.08.2006 22:24:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

стигала максимума и его параметры существенно отличались не только от данных контроля, но и превышали более чем в 2 раза значения у больных АГ без МС.

Выводы. Нарушения функционального состояния почек, проявляющиеся снижением функционального почечного резерва, микроальбуминурией и повышением экскреции с мочой 2-микроглобулина, установлены уже на ранних стадиях артериальной гипертензии и достигают максимума у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2 типа.

0196 ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНЫХ СОЧЕТАНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ

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

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава», Махачкала, Россия

Цель: оценить значимость параметров ЭКГ высокого разрешения – поздних потенциалов желудочков (ППЖ) в оценке прогноза у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Методы исследования: Мы наблюдали 112 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 42 до 69 лет (мужчин – 108, женщин – 4), со дня их выписки из стационара и в течение 1 года. 53 из них страдали артериальной гипертензией, у 37 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 3 мес от начала ИМ. Больные были рандомизированы методом случайной выборки на 2 группы: 1-я группа (контрольная) из 58 пациентов получала стандартную терапию: аспирин, метопролол (эгилок фирмы Эгис, Венгрия») в дозе 50-100 мг/сут. , нитросоединения и другие средства – по показаниям; 2-я группа (основная) из 54 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, – эналаприл (эднит фирмы Гедеон Рихтер, Венгрия ») в дозе 5-10 мг/сут и триметазидин (предуктал МВ фирмы Servier, Франция) в дозе 70 мг/сут. в сочетании со стандартной терапией. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в основной группе проводили в течение 3 мес сразу после стационарного этапа, в дальнейшем в обеих группах применяли только стандартную терапию.

Полученные результаты: В основной группе частота регистрации ППЖ через 3 мес лечения составила 7% (до лечения – 15%), , 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 ПА ст, ФК П. В контрольной группе в течение года зарегистрирован один случай внезапной смерти, и у 2 пациентов имели место пароксизм желудочковой тахикардии и частая желудочковая экстрасистолия.

Выводы: Более высокая частота регистрации ППЖ у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, на фоне стандартного лечения сопровождалась увеличением риска развития злокачественных желудочковых аритмий и внезапной сердечной смерти. В то же время сочетание стандартной терапии с эднитом и предуталом МВ приводило к уменьшению риска развития этих осложнений почти в 2 раза.

0197 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН) У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ (АТП)

Гендлин Г.Е., Тронина О.А, Жидкова Д.А, Ким И.Г., Томилина Н.А

Кафедра госпитальной терапии № 2 ГОУ ВПО РГМУ «Росздрава», Москва, Россия; МГНЦ, НИИТиО, Москва, Россия

Цель: изучить показатели систолической и диастолической функции ЛЖ у реципиентов почечного трансплантата, их роль в развитии симптомов ХСН.

Методы: 99 пациентов после АТП – 59 мужчин (45 лет, от 19 до 59) и 40 женщин, (46 лет, от 24 до 61). Медиана срока после пересадки у мужчин 48 мес, у женщин 48,5. Стандартное эхокардиографическое исследование проводилось всем больным в В- и М-режимах фазовым датчиком 3,5 мГц. Диастолическая функция левого желудочка (ЛЖ) исследовалась с помощью оценки отношения пиков скоростей в трансмитральном потоке VE\VA. Дополнительно рассчитывалась фракция расслабления (ФР) – отношение разницы объема ЛЖ за первую треть диастолы и его систолического объема к объему за первую треть диастолы. Изучение качества жизни (КЖ) пациентов после АТП проводилось с использованием опросника SF-36.

Результаты: Наличие одышки отмечали 68% больных, при этом у 71% из них она соответствовала I ФК по классификации NYHA, у 27% II ФК и у 2% III ФК. Присутствие одышки статистически значимо коррелировало с возрастом больных ($r=0,45$, $p<0,000003$) и, в меньшей степени, со временем после пересадки ($r=0,31$, $p<0,002$). Обращал внимание параллелизм между наличием одышки и отношением пиков в трансмитральном потоке ($r=0,38$, $p<0,0002$), а также размерами левого предсердия ($r=0.23$, $p<0,05$). Имелся параллелизм между исследуемым показателем и данными всех шкал опросника SF-36. Более выраженная корреляция определялась с показателями, характеризующими физический ($p<0,0001$), нежели психический ($p<0,05$) компонент здоровья. Медианы показателей, характеризующих размеры полости ЛЖ (109 (58,26-212,6) у мужчин и 86,45 (45-126,8) у женщин), а также фракция выброса (66,6 (32-183,3) у мужчин и 71,6 (55,2-87,4) у женщин) находились в пределах нормы. Лишь у двух мужчин из 99 обследованных больных (2%) была выявлена систолическая дисфункция ЛЖ, признаком которой было снижение ФВ менее 40%. У мужчин медиана отношения пиков VE/VA соответствовала норме. У женщин, учитывая, что медиана возраста составила 46 лет (менее 50), мы были вынуждены констатировать наличие тенденции к формированию 1 типа диастолической дисфункции. За время исследования умерло 4 пациента. Статистически достоверно в группе живых были выше отношение пиков в трансмитральном потоке (1,16, от 0,46 до 2,61 и 0,69, от 0,55 до 0,82, $p<0,05$) и податливости аорты (0,66, от 0 до 0,22 и 0,024, от 0,19 до 0,029, $p<0,05$). Таким образом, нетяжелая ХСН является нередкой патологией после АТП. То, что показатели качества жизни в группах пациентов с одышкой и без различались не только статистически, но и клинически значимо, говорит о том, что даже нетяжелая ХСН с одышкой в рамках I ФК у больных после АТП может достоверно снижать качество жизни и требует пристального внимания и адекватной терапии. Клиника ХСН у больных после АТП является чаще всего следствием диастолической дисфункции. Причинами того, что в нашей работе симптомы ХСН чаще выявлялись у больных с большим сроком после АТП, по нашему мнению являются недостаточный контроль АД, персистирование гипертрофии миокарда ЛЖ и его ремоделирования, а также наличие ишемии миокарда.

Tesis_006_end.indd 89 24.08.2006 22:24:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0198 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КВАДРОПРИЛА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Герасимова А.С., Томашевская Ю.А., Матросова И.Б., Олейников В.Э.

Медицинский институт ПГУ, кафедра терапии, Пенза, Россия

Цель: исследование антигипертензивного эффекта ИАПФ квадроприла у больных метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: обследовано 37 больных: 24 – с МС (20 женщин и 4 мужчины в возрасте от 40 до 64 лет, средний возраст 54,4±5,8 года), длительность АГ от 1 до 28 лет, в среднем 10,9±3,5 года; и 13 – с АГ 1 и 2 степени (6 женщин и 7 мужчин в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст 48,4±7,6 лет), длительность заболевания от 1 до 30 лет, в среднем 9,2±2,2 года. Все пациенты в течение 24 недель получали спираприл (квадроприл, фирма «Pliva») в дозе 6 мг/сут. При недостаточном эффекте монотерапии добавляли гипотиазид в дозе 12,5-25 мг/сут. До лечения и через 16 и 24 недели определяли офисное АД по Н.С. Короткову, а также проводили суточное мониторирование АД (СМАД) портативным монитором «Bp Lab» («Петр Телегин», Россия) с последующей компьютерной обработкой данных. Определяли суточное, среднедневное и ночное САД и ДАД, индекс времени гипертензии, суточный индекс, пульсовое АД и вариабельность АД.

Результаты: на фоне 24 недель лечения целевой уровень АД при офисном измерении достигнут у 71% больных МС и у 84% пациентов с АГ. Цифры САД и ДАД снизились в группе МС с 157,5±2,5/94,3±1,6 до 130,2±1,5/82,1±0,7; в группе АГ с 149,9±3,2/90,9±1,7 до 124,2±1,4/79,9±1,6 ($p<0,001$ в обеих группах). У больных МС отчетливый антигипертензивный эффект усиливался на протяжении 4-х месяцев с тенденцией к дальнейшему снижению на 24 неделе лечения. Это заключалось в достоверном снижении САД и ДАД за 24 часа на 9,3 и 6,2 мм рт. ст., в дневные часы на 8,2 и 5,9 мм рт. ст., ночь – на 12,3 и 6,5 мм рт. ст. ($p<0,0001$ во всех случаях). Группа с АГ характеризовалась более выраженным, по сравнению с группой МС, снижением среднедневного и суточного САД и ДАД к 4 месяцу лечения ($p<0,001$), стабилизацией этих показателей без тенденции к дальнейшему снижению и незначительной ночной динамикой.

На фоне лечения отмечено достоверное снижение индекса времени гипертензии по САД и ДАД за 24 часа, день и ночь в группе МС; в меньшей степени у больных АГ ($p<0,001$). Через 24 недели значительно увеличилось количество больных с нормальным суточным профилем («дипперов»): в группе МС с 25% до 62,5% (в 2,5 раза), в группе АГ – с 38,5% до 69,2% (в 1,8 раза), в обеих группах отсутствовали «найт-пикеры» и уменьшилось количество «гипер-дипперов».

Выводы: полученные данные свидетельствуют о том, что лечение квадроприлом позволяет в большинстве случаев достигать целевых значений САД и ДАД как в дневные, так и в ночные часы в обеих группах больных, а также нормализует суточный ритм. Длительное применение препарата приводит к усилению гипотензивного эффекта, более выраженного у больных МС, что не исключает влияние препарата на инсулинорезистентность.

0199 ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ) ПРИ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ: ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ

Германов А.В., Вачев А.Н., Германова О.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель исследования. Изучить влияние операции каротидной эндартерэктомии на течение артериальной гипертензии.

Материал и методы. Обследовано 324 пациента с гемодинамически значимым стенозом каротидной бифуркации, выявленным с помощью ультразвукового исследования. Всем больным была выполнена операция каротидной эндартерэктомии. Возраст пациентов колебался от 39 до 79 лет. У 114 (35,2%) больного до операции был ишемический инсульт, а у 54 (16,7%) в анамнезе инфаркт миокарда. До операции при суточном мониторировании повышение артериального давления (АД) было отмечено у 281 (86,7%) больных, которым при направлении в стационар был поставлен диагноз: «Гипертоническая болезнь». У 188 (58,0%) пациентов длительность гипертензии составляла более 5 лет, а 282 (87,1%) пациента вынуждены были регулярно принимать комбинированную антигипертензивную терапию. Результаты. Заслуживает внимания сам факт столь высокой частоты обнаружения повышенного АД у этой категории больных при отсутствии других поражений, которые могли бы на это активно повлиять. Снижение артериального давления в послеоперационном периоде наблюдалось у 238 (73,5%) больных и происходило чаще всего на 2-10 сутки, у 78 (24,1%) – существенно не изменилось, и только у 8 (2,4%) была отмечена тенденция к его повышению. Такие результаты требовали полного пересмотра ранее применяемой антигипертензивной терапии как по группам препаратов, так и по дозировкам, вплоть до перехода к монотерапии или ее полной отмены у 25% больных. Эта явная тенденция к стабилизации уровня давления и более мягкое течение гипертензии прослеживалось нами как Минимум около года. Мы считаем целесообразным выделение трех основных типов вторичной артериальной цереброваскулярной гипертензии: I тип («латентный») характеризуется постепенным нарастанием уровня артериального давления по мере увеличения степени выраженности стеноза каротидной бифуркации. Факт высокого артериального давления и сам стеноз чаще обнаруживаются случайно. II тип («ундулирующий») развивается на фоне транзиторной ишемической атаки и характеризуется резким кратковременным повышением артериального давления с яркой клинической картиной. III тип: на фоне ишемического инсульта при тромбозе, тромбоэмболии (в том числе кардиогенные эмболии при мерцательной аритмии, пороках сердца, эндокардитах) гипертензия развивается быстро и становится практически не корригируемой медикаментозно.

Выводы. Необходимо выделить цереброваскулярную гипертензию в самостоятельную форму вторичной артериальной гипертензии. Основанием для этого служит факт развития гипертензии при гемодинамически значимом стенозе каротидной бифуркации и ее обратное развитие после каротидной эндартерэктомии. Распространенность цереброваскулярной гипертензии гораздо выше, чем это предполагается. Оперативное лечение позволяет: резко снизить интенсивность антигипертензивной терапии вплоть до ее полной отмены, уменьшить риск инсульта, выраженность сердечной и коронарной недостаточности. Наиболее эффективны антигипертензивные препараты центрального действия, ганглиоблокаторы и антагонисты кальция в сочетании с тиазидовыми мочегонными средствами.

0200 КОМПЬЮТЕРНАЯ СФИГМОГРАФИЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Германов А.В., Бухвалова Л.П.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Исследование количественных параметров кинетики артерий эластического и мышечного типов стало возможным благодаря разработанному алгоритму математического анализа сфигмограмм. Закономерности формирования второй производной сфигмограмм позволили в автоматизированном режиме производить деление исходной сфигмограммы на периоды, отражающие различные этапы функционирования магистральных

Tesis_006_end.indd 90 24.08.2006 22:24:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

артерий, давать их количественную оценку с помощью экстремальных и средних значений скорости, ускорения, мощности, а также работы за каждый период. Это сделало возможным эффективно контролировать работу мышечного слоя, всей эластомоторной спирали артериальной стенки, активное сокращение которой обеспечивает с одной стороны присасывающий, с другой стороны – проталкивающий кровь эффект. В результате происходит сохранение силовых характеристик сердца при перемещении изгнанного ударного объема в магистральные артерии и существенно дополняется пропульсивная деятельность сердца.

Цель. На основе оценки параметров кинетики артериальной сосудистой стенки выявить характер, направленность и меру адаптации магистральных артерий у здоровых людей во время физических нагрузок, а также при заболеваниях системы кровообращения.

Материал и методы исследования. Обследованы практически здоровые люди до и во время субмаксимального уровня физической нагрузки; группы больных постинфарктным кардиосклерозом, облитерирующим атеросклерозом магистральных артерий нижних конечностей, больные с анемическим синдромом, со стенозом устья аорты. Проведены фармакологические тесты с ингибиторами АПФ, антагонистами кальция при гипертензии, нитратами короткого действия при стенокардии. Всем обследованным регистрировались сфигмограммы сонной, локтевой, лучевой, бедренной, задней артерии голени.

Результаты и заключение. Полученные результаты позволили количественно характеризовать степень участия магистральных артериальных сосудов в пропульсивной деятельности сердца и активном перемещении и распределении изгнанного ударного объема крови. Закономерности силовых характеристик сердца сохраняются по мере продвижения пульсовой волны в артериях эластического и мышечного типов, обеспечивая преемственность и физиологическую связь между сердцем и артериальными сосудами, что позволяет поддерживать адекватное кровообращение в тканях и органах. Во время физической нагрузки в группе здоровых отмечено увеличение параметров кинетики сосудистой стенки, что связано с усилением пропульсивной деятельности сосудов. Выявлены адаптационные реакции, позволяющие компенсировать снижение сердечного выброса при постинфарктном кардиосклерозе и стенозе устья аорты, механизмы гипердинамии всей системы кровообращения при анемическом синдроме, и дезадаптация артериальных сосудов при облитерирующем атеросклерозе. Исследование кинетики артерий при фармакологических пробах позволяет обоснованно осуществлять индивидуальных подбор терапии при гипертензиях и прогнозировать эффективность ее применения, а также судить о степени выраженности сердечно-сосудистой недостаточности.

0201 КОМПЬЮТЕРНАЯ СФИГМОГРАФИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

Германов А.В., Борзенкова Г.А., Терешина О.В., Пискунов М.В.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель исследования. На основе анализа количественных параметров кинетики магистральных артерий выявить степень их активного участия в переносе и распределении изгнанного ударного объема при экстрасистолической аритмии.

Материал и методы. Больные с нарушением сердечного ритма в виде экстрасистолии с различной локализацией эктопического центра, возникающей до момента открытия митрального клапана и в фазы быстрого наполнения и медленного наполнения желудочков. Использован метод компьютерной сфигмографии совместно с ЭхоКС и УЗДГ магистральных артерий. Производилась регистрация сфигмограмм предэкстрасистолического, экстрасистолического и первого постэкстрасистолического комплексов сонной, локтевой, лучевой, бедренной артерий, а также задней артерии голени и свода стопы. В автоматизированном режиме производился контурный анализ сфигмограмм, включающий нормировку зарегистрированной сфигмограммы от нуля до единицы с целью исключения влияния аппаратного усиления сигнала, калибровка по уровню артериального давления. Рассчитывались первая и вторая производные, производилось деление исходной сфигмограммы на периоды по экстремумам и переходу через ноль значений второй производной. В каждый выделенный период, который соответствует определенному моменту функционирования артериального сосуда, определялись основные параметры кинетики сосудистой стенки: скорость, ускорение, мощность (средние и экстремальные величины), а также работа за выделенный период. ЭхоКС использовалась для уточнения момента возникновения экстрасистолического сокращения в кардиоцикле. УЗДГ магистральных артерий – для оценки эффективности работы артериальной стенки в формировании кровотока.

Результаты и выводы. Изучение количественных параметров кинетики артерий эластического и мышечного типов стало возможным благодаря разработанному алгоритму математического анализа сфигмограмм. Закономерности формирования второй производной сфигмограмм позволили в автоматизированном режиме производить выделение предэкстрасистолического, экстрасистолического и первого постэкстрасистолического комплексов, деление каждого из них на периоды, отражающие различные этапы функционирования магистральных артерий и произвести количественную оценку степени их участия в распределении изгнанного ударного объема. Экстрасистолическое сокращение, сопровождающееся малым сердечным выбросом, приводит к резкому снижению параметров кинетики артерий эластического типа. В то же время усиливается активное сокращение стенки артерий мышечного типа во время внеочередной и первой постэкстрасистолической пульсовых волн, что позволяет поддерживать кровообращение в тканях. Ранняя предсердная экстрасистолия сопровождается появлением кровотока и пульсовой волны только на артериях мышечного типа, что может указывать не только на механическую, но и электрическую связь сердца и артериальной системы Использование компьютерной сфигмографии позволило создать классификацию экстрасистолии, в основе которой лежит степень участия преждевременных и постэкстрасистолических сокращений в пропульсивногй деятельности сердца и магистральных артерий

0202 ИНТЕРФЕРОН-γ И АУТОАНТИТЕЛА К КОЛЛАГЕНУ I ТИПА ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Гладких Н.Н., А.Б. Байбанова

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: определить экспрессию интерферона-γ (ИФ-γ) и уровень аутоантител к коллагену I типа при недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материал и методы. Обследовано 100 пациентов (53 мужчины и 47 женщин) в возрасте от 16 до 32 лет с малыми аномалиями сердца, без сопутствующей патологии. По данным эхокардиографии наиболее часто регистрировалось сочетание пролапса митрального клапана (ПМК) с аномально расположенной хордой (АРХ) (46,4%) и изолированный ПМК (41,4%), реже изолированная АРХ и комбинация ПМК, АРХ с аневризмой межпредсердной перегородки (или пролапсом трикуспидального клапана) – по 6,1%. Во внешнем фенотипе больных доминировали высокое небо, арахнодактилия, крыловидные лопатки, сколиоз, синдром гипермобильности суставов, продольное плоскостопие. Выявленные во всех случаях сердечных

Tesis_006_end.indd 91 24.08.2006 22:24:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

микроаномалий внешние соединительнотканные стигмы позволили верифицировать недифференцированную форму ДСТ.

Иммуноферментным методом в сыворотке крови определяли уровень ИФ-γ («Цитокин», Россия), в плазме – содержание аутоантител к коллагену I типа («Имтек», Россия). Контрольную группу составили 25 практически здоровых людей, сопоставимых по полу, возрасту, без внешних и эхокардиографических признаков ДСТ. Статистический анализ результатов проводили с помощью критериев χ^2, Ньюмена-Кейсла, коэффициента корреляции Пирсона.

Результаты. Сывороточная концентрация ИФ-γ была сниженной в 68,2% случаев недифференцированной ДСТ ($p<0,05$), повышенной – в 8,5% ($p>0,05$). У большинства больных ДСТ снижение уровня ИФ-γ носило умеренный характер (в 1,5-3 раза по сравнению с контролем). Выявлена обратная зависимость между концентрацией ИФ-γ в крови и количеством внешних диспластических стигм ($r=-0,22$, $p<0,05$). Уровень аутоантител к коллагену I типа при недифференцированной ДСТ был выше контрольных значений ($5,32\pm0,30$ и $3,29\pm0,37$ мкг/мл, $p<0,05$).

Снижение сывороточного уровня интерферона-γ, ассоциированного с повышенным уровнем аутоантител к коллагену I типа у молодых пациентов с недифференцированной ДСТ без сопутствующей патологии свидетельствует о нарушении (возможно, генетически детерминированном) иммунной регуляции и позволяет рассматривать аутоиммунитет к коллагену I типа у данной категории больных как процесс изменения гомеостаза коллагенов, являющийся пограничным между нормальным самораспознаванием и аутоиммунной патологией. Установленная обратная корреляция ИФ-γ с уровнем внешней стигматизации может быть обусловлена способностью рассматриваемого цитокина модулировать процессы синтеза коллагена I типа.

0203 ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕНАГРУЗОЧНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА, ОЧАГОВОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ ПОВЕРХНОСТНОГО МНОГОПОЛЮСНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ

Глазунов А.Б., Струтынский А.В., Банзелюк Е.Н., Виноградова Д.В., Жильцова Т.М., Ряузова Е.Г., Антонов Д.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Целью исследования явилось изучение структурных и функциональных изменений миокарда левого желудочка (ЛЖ), коронарного кровотока у больных с постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) и стабильной стенокардией (СС).

Материал и методы. Методом поверхностного многополюсного ЭКГ-картирования с субмаксимальной физической нагрузкой, ЭХОКГ обследовано 52 больных СС и 33 больных ПИКС, перенесших документированный трансмуральный и нетрансмуральный инфаркт миокарда (ИМ).

Результаты исследования. У пациентов СС в 18 случаях (34,6%) на моментных и интегральных картах QRS покоя по сравнению с нормальными картограмами (здоровых людей), выявлялись локальные нарушения проведения в различных сегментах ЛЖ, нечетко связанные с зоной индуцируемой ишемии миокарда. В то же время, на моментных и изоинтегральных картограммах QRS, зарегистрированных после физической нагрузки, на фоне диффузного снижения электрической активности ЛЖ, у 50 из 52-х больных СС (96,2%) отмечалось локальное увеличение амплитуд кардиосигналов и замедление распространение возбуждения в этой области, что указывало на формирование посленагрузочной ишемии миокарда.

У больных ПИКС, на моментных и интегральных картах QRS покоя по сравнению с нормальными картограммами, определялась область отрицательных значений, со сниженной электрической активностью, которая топографически соответствовала зоне постинфарктного рубца и участку нарушенной локальной сократимости, выявленной с помощью ЭХОКГ. У части пациентов на картограммах зарегистрированных после субмаксимальной физической нагрузки, значимых изменений в постинфарктной зоне не происходило, однако у 6 из 15 больных (40%), перенесших Q-ИМ, и у 17 из 18 (94,4%) — перенесших не Q-ИМ, индуцировалась ишемия в периинфарктной зоне.

У больных с нетрансмуральными рубцовыми изменениями миокарда, локальные увеличения электрической активности также регистрировались в области постинфарктного рубца, что свидетельствовало о визуализации участков миокарда с сохраненной жизнеспособностью.

Выводы. Получены данные, позволяющие с помощью метода поверхностного многополюсного ЭКГ-картирования с субмаксимальной физической нагрузкой выявлять преходящую ишемию ЛЖ, индуцированную физической нагрузкой, а также оценивать жизнеспособность сердечной мышцы после перенесенного инфаркта миокарда.

0204 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ МНОЖЕСТВА АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ НА РАЗВИТИЕ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Глотов А.С. [1,2], Иващенко Т.Э.[1], Образцова Г.И.[3], Наседкина Т.В.[2], Баранов В.С.[1]

[1]ГУ Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта Российской академии медицинских наук, Санкт-Петербург, Россия; [2]Институт молекулярной биологии им. В.А. Энгельгардта Российской академии наук, Москва, Россия; [3]Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

В исследованиях роли генов ренин-ангиотензиновой и кинин-брадикининовой систем в развитии и формировании стабильной гипертензии у детей применен новый комплексных подход к оценке результатов, основанный на подсчете “суммы баллов”. Два варианта такого подхода апробированы в данной работе при анализе полиморфизма в генах REN (I9-83G>A), AGT (M235T), ACE (I/D), AGTR1 (1166A>C), AGTR2 (3123C>A), BKR2 (-58T>C и I/D) у детей, больных артериальной гипертензией, с использованием как стандартного метода ПЦР анализа, так и с помощью разработанных биочипов. В обоих вариантах («сумма баллов генотипов» и «сумма неблагоприятных баллов») установлено, что гены ренин-ангиотензиновой и кинин-брадикининовой систем играют важную роль в развитии артериальной гипертензии у мальчиков и в формировании стабильно повышенного артериального давления у девочек.

0205 ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Глущенко Т.Э., Гарганеева Н.П., Белокрылова М.Ф., Жеребцова А.Г., Мордвинова Н.И.

ГКУЗ Алтайский краевой кардиологический диспансер, Барнаул; ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», Томск; ГУ НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Устранение проявлений коронарной декомпенсации обеспечивает достаточные условия для восстановления функциональных возможностей пациентов, однако, наличие психических нарушений и особенности личностного реагирования на болезнь затрудняют адаптацию даже в отдаленный период после оперативного вмешательства. Психологические аспекты реабилитации больных, перенесших аортокоронарное шунтирование

Tesis_006_end.indd 92 24.08.2006 22:24:56
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(АКШ), относятся к числу наименее изученных. Цель: изучение качества жизни больных перенесших АКШ, взаимосвязь с психопатологическими расстройствами. Материалы и методы: на базе кардиологического диспансера были обследованы 43 пациента с верифицированным диагнозом ИБС в возрасте 44–65 лет (35 мужчин, 8 женщин) на этапе подготовки к АКШ. У 34 из них была диагностирована стенокардия напряжения ФК III, у 8 – прогрессирующая стенокардия, у одного – безболевая форма ИБС. У 26 пациентов в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда. Использовались клинико-психопатологического метод, оценочные шкалы (HARS; MADRS), «опросник Сердюка для изучения самооценки социальной значимости болезни».

Результаты: В 82% случаев оперативному вмешательству предшествовали длительно существующие психопатологические нарушения (астенические, тревожно-депрессивные, депрессивные). Несмотря на тягостность психопатологических нарушений, пациенты были фиксированы на состоянии сердечно-сосудистой системы, причине предстоящей операции, а проявления тревоги и депрессии воспринимали как естественную реакцию на проблемы с соматическим здоровьем. По данным «опросника Сердюка» были значимы ограничения ощущения силы и энергии (в 90,6% случаев); удовольствий (83,7%); свободного времени (55,8%); материальный ущерб (83,7%), обусловленный ограничениями потенциальной возможности обеспечивать достаточный заработок. В 51,2% случаев отмечалось формирование чувства ущербности, в 25,6% – ухудшения отношений к больному в семье и на работе. Через полгода после операции АКШ больные (23 чел.), прошедшие комплексную программу реабилитации, включающую медикаментозную коррекцию соматических и психопатологических расстройств и курс поддерживающей психотерапии, могли продолжить свою профессиональную деятельность, считали состояние здоровья удовлетворительным, с пониманием преодолевая и соблюдая необходимые ограничения, связанные с физическим напряжением. У 20 пациентов, не участвовавших в программе, на момент катамнеза, несмотря на увеличение толерантности к нагрузке (по данным ВЭМ), часто отмечались жалобы на слабость, повышенную утомляемость, плохой сон, сохранялась убежденность, что причиной неудовлетворительного состояния является заболевание сердца.

Выводы: Полученные данные отражают сложные процессы реабилитации больных ишемической болезнью сердца после перенесенной операции АКШ и указывают на необходимость коррекции коморбидных психопатологических нарушений для повышения качества жизни больных.

0206 ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С УЧЕТОМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Говорин А.В., Суворова И.А., Зайцев Д.Н., Виноградова О.А

Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Цель. Изучение частоты и тяжести тревожно-депрессивных расстройств в зависимости от функционального класса стенокардии и сердечной недостаточности и их взаимосвязь с показателями вариабельности ритма сердца.

Материалы и методы. Обследовано 40 больных постинфарктным кардиосклерозом, средний возраст 54±6 лет. Диагностировались клинические признаки тревоги и депрессии, их выраженность оценивалась по шкалам Гамильтона, Бека, Спилбергера-Ханина. Проводилось суточное холтеровское мониторирование при помощи мониторного комплекса “Astrocard” с одноименным программным обеспечением. Изучались спектральные (Tp, LF, HF, VLF,LF/HF) и временные(SDNN, SDANN, PNN50, RMSSD) показатели вариабельности ритма сердца (ВРС).

Результаты. У больных постинфарктным кардиосклерозом в 100% случаев имели место тревожные расстройства умеренной и тяжелой степени. Тяжелая тревога выявлена у 23 пациентов (57,5%). У больных 1-2 функционального класса стенокардии тяжелые тревожные расстройства встречались в 50% случаев, 3-4 функц. класса – в 75%. Выраженность сердечной недостаточности не влияла на степень тревожных расстройств. Депрессивные расстройства различной степени тяжести были выявлены у 35 (87,5%).Степень выраженности депрессии имела прямую корреляционную связь с тяжестью функционального класса стенокардии и сердечной недостаточности. Так, тяжелая депрессия регистрировалась в 20% случаев при 1-2 функц. классе стенокардии и при хронической сердечной недостаточности 1-2 функц. класса. У пациентов 3-4 функц. класса стенокардии тяжелая депрессия регистрировалась в 77% случаев, а при возрастании сердечной недостаточности до 3-4 функц. класса – у 80% больных.

При анализе показателей ВРС установлено, что у пациентов с тяжелой тревогой и депрессией абсолютное число электрофизиологических параметров было достоверно ниже, чем в группе с тревожно-депрессивными нарушениями средней степени тяжести. Так, параметры LF, HF, RMSSD у больных с тяжелой тревогой и депрессией составили 5,7±1,1, 3,9±1,4 и 18,7±4,3 соответственно, что было достоверно ниже аналогичных показателей лиц с тревожно-депрессивными расстройствами средней тяжести (6,7±0,6, 4,8±1,02, 32,1±17,6 соответственно).

Выводы. У пациентов с постинфарктным кардиосклерозом в 100% случаев выявляются тревожные и в 87,5% случаев депрессивные расстройства. Выраженность психопатологических расстройств зависит от тяжести стенокардии и функционального класса сердечной недостаточности. У всех пациентов с постинфарктным кардиосклерозом имеет место нарушение вегетативной регуляции сердечного ритма, которое зависит от степени тяжести психопатологических нарушений. Это диктует необходимость включения в комплексную терапию данных пациентов современной психофармакотерапии.

0207 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ МАНИФЕСТНОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА

Говорин А.В., Серебрякова О.В., Просяник В.И., Бакшеева Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить вариабельность ритма сердца у больных манифестным гипотиреозом.

Методы исследования: обследовано 19 пациентов с гипофункцией щитовидной железы, средний возраст которых составил 39,5±11,89 лет. Контрольная группа представлена 11 здоровыми лицами, сопоставимыми по возрасту и полу. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, верификация диагноза (путем УЗИ щитовидной железы и определение тиреоидного статуса (ТТГ>5,0 мкед/мл)), исследование вегетативного статуса проводилось на аппарате «Кардиотехника-4000» фирмы ИНКАРТ, С-Петербург, путем анализа ВРС по 10-15 Минутным записям кардиоинтервалограммы, в положении лежа на спине, в затемненной комнате, после 15-минутной адаптации. Рассчитывались следующие показатели: Тр, мс2 – общая мощность колебаний длительности интервалов, LF, мс2 – медленные волны II порядка, VLF, мс2 – медленные волны I порядка, HF, мс2 – быстрые волны, LF/HF–показатель баланса симпатической и парасимпатической активности, SDNN, мс – стандартное отклонение величин нормальных интервалов RR, pNN 50,% – доля последовательных интервалов NN, различия между которыми превышает 50 мс, rMSSD, мс – квадратный корень из суммы квадратов последовательных интервалов RR. Статистическая обработка данных проводилась с применением программы «Biostat» и расчетом критерия Манна-Уитни.

Tesis_006_end.indd 93 24.08.2006 22:24:56
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Полученные результаты: у больных гипотиреозом выявлено значительное снижение всех исследуемых показателей ВРС. Общая мощность колебаний (Тр) составила 1232±614,7 мс2, при контрольном значении – 2952±194 мс2. Показатель, отражающий влияние симпатического отдела вегетативной нервной системы на сердце (LF) был меньше в группе больных на 27% ($p<0,05$), по сравнению с контролем. У пациентов с гипотиреозом отмечалось достоверно более низкое значение показателя высокочастотных колебаний (HF), в среднем на 32% ($p<0,01$). При оценке коэффициента LF/HF значимых различий не получено, у больных это соотношение в среднем составило – 3,72, в группе контроля – 3,02. Полученный результат можно объяснить одновременным снижением как симпатического, так и парасимпатического влияния на ритм сердца у больных с гипофункцией щитовидной железы. В группе больных выявлены более низкие цифры показателя SDNN – 41,22±17,40 мс по сравнению с контрольным результатом – 66,36±16,64 мс, который характеризует общий тонус вегетативной нервной системы. Наиболее значимое изменение выявлено во временных показателях, характеризующих парасимпатическое влияние на сердечный ритм. Так pNN 50% составил всего 1/3 от контрольного значения ($p<0,05$), а значение показателя rMSSD было ниже на 48,7% по сравнению с контрольным результатом, полученным у здоровых лиц ($p<0,05$).

Выводы: у больных манифестной формой первичного гипотиреоза констатировано снижение общей вариабельности ритма сердца. Отмечается относительное преобладание симпатикотонии за счет угнетения влияния вагуса на сердечный ритм.

0208 НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРИЗОВОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОГО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Голиков[1] А.П., Лукьянов[1] М.М., Руднев[1] Д.В., Лисин[2] А.Е., Полумисков[2] В.Ю., Стажадзе[2] Л.Л.

[1]НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, [2]УНМЦ УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования – определить новые возможности лечения и профилактики кризового течения гипертонической болезни (ГБ), осложненного сердечной недостаточностью (СН).

Методы. Группу 1 составили 49 больных ГБ 2-3 стадии с гипертоническими кризами (ГК), осложненными острой СН (сердечная астма, отек легких). В группу 2 включены 58 больных с ГК и высоким риском развития острой СН (наличие хронической СН 2-3 степени по NYHA). В группах 1 и 2 возраст больных (66,1±1,9 и 64,5±1,8 лет), длительность ГБ (18,2±1,7 и 15,7±1,4 лет), частота наличия ИБС (91,8% и 84,5%) и постоянной формы мерцательной аритмии (44,9% и 27,6%) были больше, чем у 95 больных с неосложненными ГК (соответственно: 57,1±1,6 и 10,2±1,4 лет; 46,3% и 4,5%). Купирование криза проводили эналаприлатом (1,25 мг в/в за 5 Минут). При развитии острой левожелудочковой недостаточности дополнительно применяли: нитроглицерин 1% в/в 20-100 мкг/мин, в/в лазикс 40-120 мг. Последующая комбинированная гипотензивная терапия ингибитором АПФ и диуретиком при необходимости (в 47,0% случаев) дополнялась антагонистом кальция и/или малыми дозами бета-адреноблокаторов. Суточное мониторирование АД выполнялось на 1-е, 10-е и 40-50-е сутки лечения. Больным основных подгрупп 1а (n=22) и 2а (n=24) дополнительно проводилась терапия цитопротектором-антиоксидантом мексикором в дозе 300 мг/сутки в/в капельно (7 суток), а затем per os (до срока 6 недель после выписки из стационара). Кроме того, постгоспитальное самомониторирование АД у больных подгрупп 1а и 2а осуществлялось под еженедельным врачебным контролем (по телефону) с динамической коррекцией схемы лечения. В контрольные подгруппы 1в (n=27) и 2в (n=34) были включены больные с ГК, не получавшие терапию мексикором и со стандартной схемой самоконтроля АД.

Результаты. После введения эналаприлата АД снижалось в группах 1 и 2 соответственно с 192±5,1/104±3,7 и 197±4,9/107±3,2 Мм рт. ст. до 158±4,0/94±2,6 и 160±3,8/95±2,3 Мм рт. ст. Значения систолического/ диастолического среднесуточного АД на 10 сутки лечения были соответственно 130 и 133 / 81 и 82 Мм рт. ст. в основных подгруппах и 132 и 134 / 82 и 84 Мм рт. ст. в контрольных подгруппах. Гипертонический индекс площади систолического АД при мониторинге на 10 сутки в подгруппах больных, получавших мексикор (соответственно 98+11 Мм рт. ст.*час и 117+15 Мм рт. ст.* час) был меньше, чем в контроле (147+18 Мм рт. ст.*час и 161+19 мм рт. ст.*час; $p<0,05$). Нормализация среднесуточного АД (130/80 Мм рт. ст.) на 40-50-е сутки достигалась чаще в подгруппах 1а и 2а (86,4% и 83,3% случаев), чем в подгруппах 1в и 2в (70,4% и 67,6%). Частота повторных ГК в постгоспитальном периоде была меньше у больных основных подгрупп (4,5% и 4,2%), чем в контрольных подгруппах (7,4% и 8,8%).

Заключение. Применение мексикора в комплексной терапии больных с ГК, осложненными острой СН и с высоким риском ее возникновения приводило к дополнительному гипотензивному эффекту в госпитальном периоде. Самомониторирование АД под врачебным контролем с динамической коррекцией схемы лечения в сочетании с применением мексикора приводило к уменьшению частоты возникновения повторных ГК в постгоспитальном периоде.

0209 СРАВНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 2001, 2005 ГГ.)

Головенкин С.Е., Радионов В.В., Парфенова Т.М., Шульман В.А.

КрасГМА, Красноярск, Россия

В октябре 2001 года были опубликованы Российские рекомендации «Лечение острого коронарного синдрома без стойких подъемов сегмента ST на ЭКГ» в которых четко сформулированы основные принципы диагностики и лечения пациентов с данной патологией. Каким образом повлиял этот документ на диагностику, лечение и исходы острого коронарного синдрома в практическом здравоохранении? Для ответа на этот вопрос мы поставили перед собой цель – сравнить терапию и исходы заболевания больных острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST(ОКСБПST), проходивших лечение в городском кардиологическом центре г.Красноярска в 2001 и 2005 годах.

Материал и методы. В год в отделение реанимации и интенсивной терапии кардиоцентра поступает от 300 до 350 пациентов ОКСБПST. В наше исследование были включены 300 последовательно поступивших больных ОКСБПST в 2001 году и 300 последовательно поступивших больных ОКСБПST в 2005г. Достоверных различий по возрасту в 2001 и 2005гг. не было. Средний возраст пациентов составил 64,4±11,8 и 63,7±10,9 соответственно. Не было также достоверных различий в 2001 и 2005гг. по наличию в анамнезе артериальной гипертензии (79,7% и 78,2% соответственно), сердечной недостаточности (21,3% и 20,8%), инфарктов миокарда (39,7% и 42,1%), сахарного диабета (13,7% и 14,1%).

Результаты. При анализе лечения пациентов в 2001г. в сравнении с 2005г. наблюдалась одинаковая частота назначения таблетированных бета-блокаторов (190 (63,3%) и 197 (65,7%)), инъекционных бета-блокаторов (10 (3,3%) и 16 (5,3%)), таблетированных нитратов (294 (98%) и 291 (97%)), инъекционных нитратов (28 (9,3%) и 34(11,3)%), ингибиторов АПФ (197 (65,7%) и 202 (67,3%)), проведения ангиопластики (6(2%) и 10(3,3%)). В тоже время, достоверно увеличилась частота назначения аспирина (с 207 (69%) до 271 (90,3%) ($p<0,05$), клопидогреля (с 1 (0,3%) до 28 (9,3%)) ($p<0,01$), низкомолекулярных гепаринов (с 48 (16%) до 184 (61,3%))

Tesis_006_end.indd 94 24.08.2006 22:24:56
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(p<0,01), статинов (с 6(2%) до 41(13,7%)) (p<0,01). При анализе госпитального периода были получены следующие результаты. В 2005г., в сравнении с 2001г., достоверно уменьшилась частота летальных исходов с 14 (4,7%) до 5 (1,7%) (p<0,05), (ре)инфарктов с 49 (16,3%) до 23 (7,7%) (p<0,01), снизилась частота возобновления стенокардии в стационаре с 72 (24%) до 47 (15,7%).

Выводы. За счет увеличения частоты назначения низкомолекулярных гепаринов, антиагрегантов, статинов пациентам острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST в 2005 году, в сравнении с 2001 годом, удалось снизить частоту летальных исходов, (ре)инфарктов и частоту возобновления стенокардии в стационаре. В тоже время, по прежнему необоснованно редко используются бета-блокаторы (особенно инъекционные), «жидкие» нитраты, крайне редко проводятся чрескожные коронарные вмешательства.

0210 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ В КАЧЕСТВЕ ТРОМБОЛИТИКА СТРЕПТОКИНАЗУ И АКТИЛИЗЕ

Головенкин С.Е., Радионов В.В., Шестерня П.А., Шульман В.А.

КрасГМА, Красноярск, Россия

Цель: сравнить течение острого инфаркта миокарда у пациентов, которым тромболитическая терапия была проведена стрептокиназой и актилизе.

Методы исследования: Все пациенты были разделены на две группы: Группа А, где тромболитическая терапия выполнена актилизе (внутривенно болюсом 35 мг, затем 50 мг в течение 30 Минут, далее 35 мг в течение 60 Минут), составила 116 пациентов (98 мужчин и 18 женщин; возраст 50,7±0,9 лет, время от начала симптомов острого инфаркта миокарда 2,6±0,1 часа). Группу S составили 211 больных острым инфарктом миокарда, тромболизис которым проводился внутривенной инфузией стрептокиназы (1,5 млн Ед за 30 Минут) (160 мужчин и 51 женщина; возраст 57,1±0,9; время от начала симптомов 2,3±0,1 часа). Проводилось сравнение течения госпитального периода у пациентов выделенных групп.

Результаты. Течение острого периода инфаркта миокарда протекало благоприятнее в группе пациентов, где тромболитическая терапия проведена актилизе. В группе А реже возникали пароксизмы фибрилляции предсердий, в сравнении с группой S (3,4% и 6,2% соответственно), фибрилляция желудочков (4,3% и 7,1% соответственно), перикардит (12,9% и 15,6% соответственно), отек легких (4,3% и 9,5% соответственно), соматогенный психоз (0,9% и 5,2%, соответственно, p≥0,05). После проведения тромболитической терапии в группе А, в сравнении с группой S, значительно меньше развилось внутрижелудочковых блокад (9,5% против 24,2%, p≥0,05).

На момент выписки из стационара в группе А, в сравнении с группой S, было достоверно больше пациентов, у которых не сформировалась Q волна на ЭКГ (39,7% против 11,4%, p≥0,05), меньше пациентов с аневризмой (8,9% и 17,3%, p≥0,05). Достоверная разница была получена при анализе фракции выброса (в группе А она составила 55,8±0,8%, а в группе S – 51,1±0,7, p≥0,001).

Заключение. Пациенты, тромболитическая терапия которым проводилась актилизе имели лучшее течение госпитального периода. У них достоверно реже возникали внутрижелудочковые блокады, соматогенный психоз, формировалась аневризма и патологический Q. В тоже время на момент выписки фракция выброса была достоверно выше.

0211 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Голубев А.Д., Щёкотов В.В., ЖижелевЮ.В., Жижелев Е.В., Янкина Т.И.

Кафедра госпитальной терапии №2 ГОУВПО ПГМА, Пермь, Россия

Цель: проанализировать частоту встречаемости синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) у больных метаболическим синдромом (МС), изучить соотношение между компонентами СОАС и параметрами суточного мониторирования артериального давления (АД).

Методы: у 234 больных МС оценивали избыточную массу тела (ИМТ), объём талии (ОТ), данные суточного мониторирования АД, с использованием монитора ВР. 005.000.РЭ (Россия), суточный калораж, потребление жира в сутки, углеводный, липидный обмен. Кроме того, пациенты заполняли анкету для диагностики апноэ сна, а у 40 человек из них было проведено кардиреспираторное ночное мониторирование с использованием монитора SC2O (Breas Modicae, Швеция).

Результаты: согласно полученным данным у всех пациентов зарегистрировано увеличенное потребление жира в среднем до 78,25±13,28 гр\сутки. У 87% обследованных выявлено нарушение углеводного обмена, а у 63% липидного с атерогенной направленностью. По данным анкетирования СОАС встречается у 51,8% с висцеральным и у 35,9% с глютеофеморальным. ожирением, причём частота встречаемости нарастает по мере увеличения ИМТ и особенно ОТ. Эти данные отчётливо подтверждаются при кардиореспираторном ночном мониторировании. Так, коэффициент корреляции между ИМТ с одной стороны и индексами гипопноэ и апноэ с другой составил (r=0,54, p=0,001), между ОТ и индексами гипопноэ-апноэ корреляция ещё выше – (r=0,76, p=0,001). Коэффициенты корреляции между средней сатурацией гемоглобина кислородом в течение ночи и ИМТ и ОТ соответственно (r=0,5, p и r=0,86, p). Кроме того, чем выше индекс респираторных нарушений, тем меньше вариабельность систолического артериального давления (САД) днём (r=- 0,74, p=0,03), а чем больше индекс апноэ-гипопноэ, тем меньше вариабельность САД ночью (r=-0,74, p=0,03) Аналогичные данные получены при исследовании десатурации гемоглобина кислородом и вариабельностью АД.

Выводы: обнаружена очень частая встречаемость апноэ сна при МС и его зависимость от величины ИМТ и особенно ОТ. Установлено, что чем больше респираторные нарушения, тем меньше вариабельность АД, что имеет неблагоприятное прогностическое значение и требует специальной терапии.

0212 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ЭТАПАХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Голухова Е.З., Чеботарева Г.Е., Магомедова Н. М. Завалихина Т.В.

НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель: выработка тактики наиболее рационального подхода к проведению инсулинотерапии на различных этапах реваскуляризации миокарда на основании данных, полученных как с помощью рутинных методов определения гликемии, так и с помощью новейших систем непрерывного мониторирования глюкозы (СНМГ).

Методы: обследовано 98 пациентов в возрасте 48-69 лет, страдающих ИБС в сочетании с СД 2, которым проведена реваскуляризация миокарда. У всех пациентов исследовались объем поражения коронарного русла, индекс массы тела, уровень прандиальной и постпрандиальной гликемий (ППГ), гликозилированный ге-

Tesis_006_end.indd 95 24.08.2006 22:24:57
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

моглобин HbA1c, реологические свойства крови, электролиты, газовый состав крови, уровень молочной кислоты и гликемии в дооперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах. Коррекция гликемии осуществлялась с помощью инфузий инсулина в сочетании с калием, изотоническим раствором хлорида натрия, растворами глюкозы различной концентрации.

Результаты: при сахарном диабете 2 типа уровень ППГ полностью отражает нарушения в свертывающей системе, электролитном обмене, полностью коррелирует с показателями HbA1C, но по сравнению с ним более лабилен и позволяет контролировать качество компенсации углеводного обмена в процессе подбора терапии. По изменяющемуся уровню ППГ можно с высокой достоверностью судить о степени нормализации метаболических показателей, показателей свертывающей системы, электролитного обмена, прогнозировать вероятность развития периоперационных осложнений. Предоперационная коррекция нарушений углеводного обмена под контролем ППГ позволяет значительно снизить риск интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений, сократить количество дней, проводимых пациентом в стационаре. Установлено также, что развитие лактацидоза в интраоперационном периоде не связано напрямую с наличием СД 2, однако наличие некомпенсированных нарушений углеводного обмена утяжеляет его течение. Установлено также, что определение уровня ППГ, HbA1C для решения вопроса о ведении пациентов периоперационно неравноценно и наиболее показательным является ППГ. СНМГ обеспечивает получение исчерпывающих данных гликемического профиля во время операции и послеоперационном периоде, а инсулиновая помпа дает возможность провести адекватную коррекцию нарушений углеводного обмена на этапах реваскуляризации, не связанных с ИК.

Выводы: динамическое определение уровня постпрандиальной гликемии дает возможность судить об уровне метаболических нарушений, степени их коррекции и спектре вероятных периоперационных осложнений, что позволяет использовать его как наиболее доступный маркер качества предоперационной подготовки для пациентов, страдающих ИБС в сочетании с СД 2.

0213 ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Голухова Е.З., Полякова И.П., Круглова М.В., Чукович З.Р. Бокерия Л.А.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Диагностика острой ишемии миокарда является одной из важнейших проблем современной кардиологии. Баллонная окклюзия коронарной артерии во время эндоваскулярных кардиологических процедур представляет собой уникальную модель острой ишемии. Одномоментная регистрация множественных отведений ЭКГ или поверхностное многоканальное ЭКГ-картирование (ПК) расширяет возможности традиционного электрокардиографического исследования.

Цель: Определить значимость метода ПК в ранней диагностике, оценке локализации и объема острой ишемии миокарда на ее модели – баллонной окклюзии коронарной артерии во время проведения ангиопластики.

Методы: В исследование включено 60 пациентов, которым выполнялось мониторирование ЭКГ с 12 и 80 электродами с поверхности грудной клетки до проведения ТЛБАП и стентирования коронарных артерий, во время и после процедуры (через 1ч и 24ч). Использовалась система «PRIME ECG» с рентген-прозрачными электродами. Анализировались параметры изопотенциальных и изоинтегральных поверхностных карт реполяризации до и во время операции: локализация зон элевации ST сегмента, реципрокных зон и значения экстремумов. Объем поражения миокарда оценивали по числу отведений с выявленными изменениями. Дооперационный план диагностического обследования включал также сцинтиграфию миокарда с нагрузочной пробой. До и после операции определялись кардиоспецифические маркеры поражения в плазме крови (КФК МБ, Миоглобин, Тропонин Т).

Результаты: Выявлены зоны ишемии, локализация которых характерна для разных вариантов поражения крупных коронарных артерий. Чувствительность ПК превышает традиционную ЭКГ: на ЭКГ 80 изменения были в 62-67%, а на ЭКГ 12 – от 15-29%. Учитывая, что изменения были менее выражены у больных с многососудистым поражением, можно говорить о связи развитости коллатерального русла и объема зоны поражения. Выявлена зависимость повышения кардиоспецифических маркеров повреждения и количества пораженных сосудов. Параметры процедуры: время и максимальное давление раздутия баллона не влияли на уровень маркеров повреждения. Сопоставление данных стандартной ЭКГ и ЭКГ-80 во время окклюзии артерии баллоном выявило достоверное преимущество метода ПК.

Выводы: Многоканальное поверхностное ЭКГ-картирование позволяет оптимизировать неотложные лечебные и организационные мероприятия при ОКС, так как выявляет очаговые изменения в тех отделах миокарда, которые не проецируются напрямую на стандартно используемые ЭКГ-отведения.

0214 КОМПЛЕКСНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С АНЕВРИЗМОЙ ЛЖ

Голухова Е.З., Кузнецова Е.В.

НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева, РАМН, Москва, Россия

Материалы: обследовано 35 пациентов страдавших ИБС, осложненной формированием постинфарктной аневризмы ЛЖ (ПИАЛЖ).

Методы: ЭКГ, ЭХО-КГ, поверхностное многоканальное ЭКГ-картирование (ПК), стресс-ЭХО-КГ с малыми дозами добутамина (5-15 мкг/кг/мин) (ДСЭ), однофотонная эмиссионная компьютерная томография миокарда с технецием (ОФЭКТ), левая вентрикулография (ЛВГ),

По результатам ЛВГ данные за наличие аневризмы ЛЖ были получены у 30-ти пациентов (86%). Чувствительность, специфичность и точность ЭКГ в выявлении аневризмы ЛЖ составила 83%, 50% и 80%. ПК проведено 33 пациентам. При анализе разностных QRS и QRST карт с последующим построением дискриминантных уравнений данные за аневризму ЛЖ получены у 30 пациентов. Чувствительность, специфичность и точность метода ПК составила 90%, 72% и 88%. ЭХО-КГ выявила аневризму у 31 пациента. Чувствительность, специфичность и точность ЭХО-КГ в выявлении аневризмы ЛЖ составила 95%, 79% и 92% соответственно. При анализе сцинтиграмм в покое аневризма ЛЖ выявлена у 31 пациента. Чувствительность ОФЭКТ с технецием в выявлении аневризмы ЛЖ составила 93%, специфичность 70% и точность 92%. При сопоставлении результатов оценки площади аневризмы, полученной при проведении ОФЭКТ, и объемом, который занимают значения индекса разности (DI) меньше Минус 4 (DI< –4) от всей развертки грудной клетки при ПК выявлена хорошая согласованность результатов. Коэффициент корреляции между измерениями составил 0,8.

При сопоставлении данных ДСЭ с малыми дозами добутамина и ОФЭКТ миокарда (проведенной по протоколу нагрузка-покой) выявлено, что сочетание этих методов повышает их диагностическую надежность в выявлении жизнеспособного миокарда до 93,7%.

Выводы: использование неинвазивных методов позволяет с высокой точностью диагностировать постинфарктную аневризму ЛЖ, а также определять ее объем по отношению к неповрежденному миокарду и выявлять жизнеспособный миокард в зонах дисфункции миокарда, что имеет большое значение в отборе больных для хирургической коррекции.

Tesis_006_end.indd 96 24.08.2006 22:24:57
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0215 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА

Голухова Е.З., Кочладзе Н.Г., Макаренко В.Н., Александрова С.А.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

В основе рецидивирования фибрилляции предсердий (ФП) лежит процесс ремоделирования предсердий, который является следствием ее существования и формирует «порочный круг», обусловливающий все большие трудности лечения ФП с течением времени. Целью данной работы было изучение прогностического и клинического значения маркеров ремоделирования предсердий, а также определение алгоритма отбора пациентов, которым показан «агрессивный подход» в лечении ФП, в т.ч. выполнение дополнительных вмешательств на предсердиях при хирургической коррекции пороков митрального клапана.

Материалы и методы: В исследование включено 124 пациента с ФП, осложняющей течение ревматических митральных пороков сердца. Пациенты были разделены на 2 группы: с пароксизмальной (65) и хронической (59) ФП. Среди пациентов с хронической ФП были выделены 2 подгруппы: с длительностью ФП менее (20) и более (39) 1 года. Всем пациентам выполняли комплекс неинвазивных методов обследования, включающий электрокардиографию – стандартную и сигнал-усредненную; холтеровское мониторирование ЭКГ, трансторакальную и трансэзофагеальную эхокардиографию, спиральную компьютерную томографию (СКТ) с контрастированием ЛП. 26 пациентам (40%) с пароксизмальной ФП и 50 (85%) с хронической ФП была выполнена операция протезирования митрального клапана, в 40% случаев дополненная пликацией левого предсердия (ЛП).

Результаты: Наиболее значимыми маркерами ремоделирования предсердий являются длительность и дисперсия Р-волны для пароксизмальной ФП, размер ЛП и скорость кровотока в ушке левого предсердия (СКУЛП) для хронической ФП. Наиболее достоверными показателями, прогнозирующими восстановлением синусового ритма после хирургической коррекции порока без дополнительных вмешательств по поводу аритмии, являлись: длительность ФП менее 1 года, СКУЛП более 50 см/с, размер ЛП менее 5 см, ФВ ЛЖ более 50%, возраст менее 60 лет. Частота восстановления синусового ритма была значительно выше у пациентов, которым выполнялась пликация ЛП, но только в тех случаях, когда она приводила к уменьшению ЛП до нормальных размеров.

0216 НОВЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ

Гольберг Я.С., Бокк А.А., Струбовщикова Е.В., Черникова И.В.

Алтайский Государственный Медицинский Университет, Алтайский Краевой Кардиологический Диспансер, Барнаул, Россия

Гипертоническая болезнь (ГБ) служит ведущим фактором риска возникновения хронической сердечной недостаточности (ХСН). Учитывая результаты крупномасштабных исследований, установлено, что у российских пациентов с ХСН преобладает сохранённая систолическая функция левого желудочка (ЛЖ), а одним из ранних проявлений поражения сердца является нарушение диастолической функции ЛЖ. Частота развития диастолической дисфункции ЛЖ (ДД ЛЖ) у больных ГБ достигает 60%, но изучению ДД ЛЖ в настоящее время уделяется недостаточно внимания.

Целью настоящей работы явилась оценка диастолической функции ЛЖ у больных ГБ I-III стадии (ВНОК, 2004г.) с клиническими признаками ХСН (I группа) и без признаков ХСН (II группа); оценка медикаментозного воздействия на выявленную ДД ЛЖ.

ДД ЛЖ устанавливали новым допплер-эхокардиографическим методом по ускорению скорости кровотока в легочной артерии с определением основных скоростных и временных показателей, по специальной формуле определяли конечное диастолическое давление в полости левого желудочка (КДД ЛЖ). Традиционным методом определяли: ТМЖП, ТЗСЛЖ, КДР ЛЖ, КСР ЛЖ, ММ ЛЖ, ИММ ЛЖ,ФВ ЛЖ. Клиническое состояние пациентов оценивалось по шкале В.Ю. Мареева.

Под наблюдением находились больные ГБ (n=32) с нарушенной диастолической функцией ЛЖ. Критерием нарушения диастолической функции ЛЖ явилось повышение КДД ЛЖ >12 Мм рт. ст., определяемое по формуле Storc et al., а также по предложенной нами формуле.

В течении 3-х месячного курса регулярного лечения ГБ, с учетом рекомендаций ВНОК, 2004 г., показатели диастолической функции оставались стабильными у 23пациентов, у 7-ми пациентов они улучшились; у двух – ухудшились. После 6-ти месячного курса лечения диастолическая функция ЛЖ улучшилась уже у 13 пациентов, в том числе у 2-х больных, у которых диастолическая функция ухудшалась за предыдущие 3 месяца лечения. В группе с начальными признаками ХСН отмечено значительное улучшение клинического состояния. В группе без клинических признаков ХСН за время лечения не зафиксировано появления симптомов ХСН. У больных с более выраженной диастолической дисфункцией ЛЖ (КДД ЛЖ>16 Мм рт. ст.) прослеживается более быстрое и отчётливое улучшение показателей диастолической функции ЛЖ и клинической симптоматики ХСН.

Таким образом, допплер-ЭхоКГ позволяет осуществлять раннюю диагностику ДД ЛЖ у больных ГБ как традиционным, так и новым, предложенным нами методом, посредством определения КДД ЛЖ как до, так и в процессе медикаментозного лечения. Своевременное медикаментозное воздействие предупреждает развитие и прогрессирование ХСН у больных ГБ.

0217 ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ АНЕМИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ

Гончарова Е.В., Говорин А.В., Минина Л.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить уровень селена в крови больных хронической железодефицитной анемией, осложненной анемической миокардиодистрофией.

Методы исследования: нами был изучен уровень селена в крови 36 больных хронической постгеморрагической железодефицитной анемией I-III степени тяжести, осложненной миокардиодистрофией (3 группы по 12 человек) и у 12 практически здоровых лиц. Средний возраст больных составил 40,5 года, средний уровень гемоглобина крови – 80,3±9,7 г/л. Всем больным проводилось полное клинико-гематологическое обследование, анемическая миокардиодистрофия диагностировалась на основании жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, данных ЭКГ, эхокардиографии с проведением допплерографии. Уровень селена в крови исследовали по методу определения массовой концентрации ГОСТ 19413-89 и выражали в мкг/л. Метод основан на способности селена образовывать флуоресцирующий комплекс с 2,3-диаминонафталином (И.И. Назаренко, 1974). Максимум светопоглощения лежит при длине волны 378 нм, а максимум флуоресценции – при длине волны 520 нм. Интенсивность флуоресценции определяли с помощью флуориметра «Флуорат 03М».

Результаты: уровень селена в группе больных с I степенью анемии составил 79,67±24,53 мкг/л, что составило 66,4% от по-

Tesis_006_end.indd 97 24.08.2006 22:24:57
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

казателя в контрольной группе. У здоровых лиц уровень селена в крови оказался 119,91 мкг/л. В группе больных со II степенью железодефицитной анемии был выявлен уровень селена 53,67±15,81 мкг/л (44,8% от указанного показателя контрольной группы). У больных с тяжелой степенью анемии (III степенью) уровень селена составил 40,08±19,01 мкг/л, что составило 33, 4% от уровня селена контрольной группы. При изучении достоверности выявленных различий было установлено, что у всех больных хронической постгеморрагической железодефицитной анемией, независимо от степени её тяжести, имеется выраженный дефицит селена в крови по сравнению с контрольной группой (P<0,05). При изучении различий между группами больных, установлена достоверная разница уровней селена у больных с I степенью анемии по сравнению со II степенью и у больных с I степенью анемии по сравнению с III степенью (P<0,05), при этом достоверной разницы между уровнями селена у больных со II и III степенями анемии выявлено не было.

Выводы: у больных хронической железодефицитной анемией, осложненной анемической миокардиодистрофией имеется глубокий дефицит уровня селена в крови по сравнению со здоровыми лицами, при этом наиболее низкий уровень селена, выявлен у больных со средне-тяжелой и тяжелой степенями анемии. Вероятно, дефицит селена играет определенную роль в формировании как самой железодефицитной анемии, так и в патогенезе анемической миокардиодистрофии, что требует дальнейшего изучения данной проблемы.

0218 ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ «НЕОСЕЛЕНОМ» И СОРБИФЕРОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ АНЕМИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ

Гончарова Е.В., Говорин А.В., Минина Л.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить влияние комплексной терапии «Неоселеном» и сорбифером на показатели перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у больных хронической постгеморрагической железодефицитной анемией, имеющих анемическую миокардиодистрофию.

Методы исследования: нами было проведено полное клинико-гематологическое обследование, исследование уровня ТБК-активных продуктов в эритроцитах крови с помощью теста с тиобарбитуровой кислотой (Л.И. Андреева и соавт., 1988), измерение активности каталазы эритроцитов методом, основанным на способности пероксида водорода образовывать с солями молибдена стойкий окрашенный комплекс (М.А. Королюк и соавт., 1988) у 26 больных (женщины) с хронической постгеморрагической железодефицитной анемией 3 степени, имеющих анемическую миокардиодистрофию. Средний возраст больных составил 46,5 года, средний уровень гемоглобина крови – 57,6±8,4 г/л. Анемическая миокардиодистрофия диагностировалась на основании жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы, данных ЭКГ, эхокардиографии с проведением допплерографии. Повторное клинико-гематологическое обследование проводилось пациентам после 4 недель комплексной терапии препаратом Сорбифер Дурулес в дозе 2 таблетки в сутки (200 мг Fe2+) и «Неоселеном» (регистрационное удостоверение МЗ РФ № 000585/01-2001) по 500 мкг в сутки. В контрольную группу вошли 15 практически здоровых женщин.

Результаты. Уровень ТБК-активных продуктов в эритроцитах крови в группе больных составил 66,18±2,13 мкмоль/л, в то время как в контрольной группе этот показатель оказался 57,06±0,88 мкмоль/л (P<0,05). Активность каталазы эритроцитов в группе больных составила 11,14±0,47 мкмоль*с/мг белка, а в группе контроля – 14,15±0,35 мкмоль*с/мг белка (P<0,05). Через 4 недели лечения препаратами Сорбифер Дурулес в дозе 2 таблетки в сутки (200 мг Fe2+) и «Неоселеном» по 500 мкг per os в сутки на фоне нормализации гематологических показателей уровни ТБК-активных продуктов и каталазы эритроцитов оказались 58,08±1,13 мкмоль/л и 13,80±0,32 мкмоль*с/мг белка, соответственно, что говорит о нормализации указанных показателей, достоверно не отличающихся от группы контроля.

Выводы: учитывая нарушения в системе показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, в лечении больных хронической постгеморрагической железодефицитной анемией, имеющих анемическую миокардиодистрофию, кроме препаратов железа, следует применять антиоксиданты, например, препарат селена «Неоселен», благоприятно влияющие на выявленные нарушения.

0219 СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Гончаров П.Н., Слободяник В.В., Саитгареев Р.Ш., Лукава М.Г., Шумаков Д.В.

ФГУ НИИ Трансплантологии и искусственных органов Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования. Продемонстрировать высокую эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы. СРТ была применена у 18 пациентов с ХСН. Из них 14 пациентов с ДКМП и 4 пациентов с ИКМП. Четырем пациентам с предшествующими пароксизмами желудочковой тахикардии были имплантированы СРТ с функцией дефибрилляции (InSyncIII Protect и впервые в России InSyncIII Sentry пациенту с нарушением предсердного и желудочкового ритмов). В нашем исследовании 15 пациентов имели синусовый ритм и у 3 пациентов – постоянная форма мерцательной брадиаритмии (срок мерцательной аритмии от 3 до 5 лет). Всем больным в дооперационном периоде проводились исследования по принятой в НИИТ и ИО схеме, кроме этого осуществлялась коронаро-вентрикулография, зондирование полостей сердца и сцинтиграфия миокарда, определялся показатель Pro-BNP. Показатель Pro-BNP во всех случаях превышал верхний показатель и достигал 2000 пг/мл.

Результаты исследования. Во всех случаях были имплантированы электроды по принятой схеме: ушко правого предсердия, верхушка правого желудочка, латеральная вена сердца. Восстановление синусового ритма было отмечено у одного пациента через 6 месяцев после имплантации СРТ. Все пациенты имели традиционные показания к СРТ (дилатация полостей сердца, низкая фракция выброса, блокада ЛНПГ и QRS комплекс больше 130 мс, межжелудочковая асинхрония). Четверо из них находились в листе ожидания к трансплантации сердца и имели IV ФК, в том числе троим осуществлялась инфузионная инотропная поддержка в связи с тяжестью состояния. Остальные пациенты имели III ФК. Одному больному выполнена ОТТС. У всех пациентов клиническое улучшение отмечалось на 2-3 сутки после имплантации и стойко сохранялось в течение всего срока послеоперационного наблюдения (уменьшилась одышка, снизился функциональный класс ХСН по NYNA, улучшилась контрактильность миокарда).

Заключение. Представленные данные демонстрируют высокую эффективность СРТ в лечении ХСН. Все наблюдаемые пациенты имели положительную динамику. Результаты были подтверждены объективными данными клинико-инструментального обследования.

0220 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНОНИМО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ ПОНЯТИЙ «СТЕНОКАРДИИ» В ЗАНЯТИЯХ ПО КАРДИОЛОГИИ

Горбанёв Е.А.

ГОУ ВПО Медицинская академия, Астрахань, Россия

Tesis_006_end.indd 98 24.08.2006 22:24:57
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Со времён Гебердена грудная жаба (грудное сжатие) претерпела несколько терминологических характеристик. С уточнением патофизиологии различных форм ишемии миокарда появилась новая терминология. Возникла потребность и необходимость оперировать многообразной характеристикой одного и того же понятия – «стенокардия».

Цель – расширение знаний патогенеза и клиники ИБС, используя разнообразные определения термина «стенокардия».

Методы. Собрано 130 определений (по данным литературы), связанных с характеристикой стенокардии, включая стабильную, нестабильную, острый коронарный синдром (ОКС), особые формы стенокардии. Проведение занятий по ИБС предполагает знание и умение пользоваться логическими характеристиками родственных определений стенокардии.

Результаты. Стабильная стенокардия включает такие ассоциированные характеристики как например – первичная, классическая, гебердеровская ангина пекторалис, специфическая, атерогенная, атеротромботическая, со стабильным порогом ишемии, малых напряжений, бледная грудная жаба, стенокардия «кормящего кармана» и другие. С определением нестабильной стенокардии и ОКС связан промежуточный, интермедиарный коронарный синдром, коронарный срыв, нераспознанная, ухудшающаяся, тяжёлая, прогрессирущая, вариабельная, ночная, покоя, постинфарктная, впервые возникшая, с вариабельным порогом ишемии, госпитализируемая, тропонин + или отрицательная стенокардия. Синдром стенокардии включает следующие разновидности – вторичная, рефлекторная, интригованная, неатерогенная, дисциркуляторная, гемодинамическая, постпрандиальная, дисметаболическая, нитратрезистентная, абдоминальная, синяя грудная жаба и другие. К особым формам стенокардии отнесены: декубитас, микроваскулярная, стенокардия-Х, синдром Горлина, Кавасаки, Принцметалла, спонтанная, вазомоторная и др.

Все характеристики имеют между собой логически-смысловую связь. Участвующие в занятиях по кардиологии имеют несколько карточек с термином-синонимом. Первый начинающий игру может положить сразу сходные по понятиям карточки. К нему присоединяют карточки, содержащие тождественные смысловые определения, другие участники. Кто первым вовремя использовал все свои карточки для характеристики различных форм стенокардии – считается выигравшим.

Вывод: использован логически-смысловой подход тождественности понятий стенокардии, рассчитанный на широкий круг от студента – до специалиста – кардиолога.

0221 ДИНАМИКА ИНДЕКСА НАРУШЕНИЙ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ (ИНЛС) МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ЛЖ) У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ (ТЛАП) КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ

Гордеев И.Г., Бекчиу Е.А., Люсов В.А., Лебедева А.Ю., Клыков Л.Л.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить ИНЛС миокарда ЛЖ у пациентов, подвергшихся ТЛАП на фоне добавления к стандартной антиангинальной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдронат или предуктал МВ.

Методы: после проведения коронароангиографии (КАГ) в исследование включено 104 пациента (79 мужчин и 25 женщин) стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, которым было показано проведение ТЛАП. Односсудистое поражение выявлено у 49 пациентов, двухсосудистое у 55. По данным КАГ все пациенты имели высокий риск развития ишемических осложнений при проведении ТЛАП. Критериями исключения из исследования: инфаркт миокарда в анамнезе менее чем за 30 дней до рандомизации, гемодинамически значимые поражения клапанного аппарата сердца, аневризма миокарда ЛЖ, сложные нарушения ритма и проводимости, аллергические реакции на исследуемые препараты, женщины детородного возраста, отсутствие письменного согласия на участие в исследовании. Пациенты были рандомизированы в три группы, сопоставимые по полу, возрасту и наличию сопутствующих заболеваний. В I группе (n=39) пациенты на фоне стандартной антиангинальной терапии получали милдронат по 750 мг в день в течение 3-х дней, далее 750 мг 2 раза в неделю. Во II группе (n=33) пациентам был добавлен предуктал МВ 70 мг в день. III группа (n=32) получала стандартную антиангинальную терапию. Всем больным за 10-12, 2-3 суток до ТЛАП и через 3-5 суток после проводилась эхокардиография в покое, на которой оценивался ИНЛС миокарда ЛЖ по рекомендациям Американской ассоциации эхокардиографии.

Результаты: в I группе исходный ИНЛС составил 1,395±0,08. На фоне лечения милдронатом отмечалось достоверное уменьшение ИНЛС до 1,1875+0,05 ($p<0,001$). После проведения ТЛАП отмечено недостоверное уменьшение ИНЛС до 1,1145±0,04. Новые участки гипокинеза после ТЛАП выявлены у 4 пациентов. Во II группе исходный ИНЛС составил 1,312±0,08. На фоне лечения триметазидином отмечалось достоверное уменьшение ИНЛС до 1,15±0,03. После проведения ТЛАП отмечено также достоверное уменьшение ИНЛС до 1,05±0,02 ($p<0,001$). Новые участки гипокинеза после ТЛАП выявлены у 2 пациентов. В III группе на фоне лечения отмечалось недостоверное уменьшение ИНЛС. После проведения ТЛАП отмечено достоверное уменьшение ИНЛС до 1,17±0,18 ($p<0,001$). Новые участки гипокинеза после КШ выявлены у 15 пациентов.

Выводы: добавление к стандартной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдроната или предуктала МВ приводит к достоверному уменьшению ИНЛС уже до проведения ТЛАП, а так же предотвращает развитие оглушенного миокарда после проведения реваскуляризации. Появление новых участков гипокинеза после проведения ТЛАП у больных в I и II группах отмечено у 4 и 2 пациентов соответственно, а в III у 15 пациентов. При добавлении к стандартной терапии предуктала МВ ИНЛС достоверно уменьшается и до и после проведения ТЛАП. Рекомендовано добавление к стандартной терапии перед проведением КШ милдроната по 750 мг три дня, затем 750 мг 2 раза в неделю или предуктала МВ 70 мг в сутки.

0222 ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ

Гордеев И.Г., Ильина Е.Е., Люсов В.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить фракцию выброса (ФВ) левого желудочка у пациентов подвергшихся коронарному шунтированию (КШ) на фоне добавления к стандартной антиангинальной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдронат или предуктал МВ.

Методы: после проведения коронароангиографии в исследование включено 119 пациентов стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, которым было показано проведение операции коронарного шунтирования. Критериями исключения из исследования являлись: инфаркт миокарда в анамнезе менее чем за 30 дней до рандомизации, гемодинамически значимые поражения клапанного аппарата сердца, аневризма миокарда левого желудочка, сложные нарушения ритма и проводимости (мерцательная аритмия, блокада левой ножки пучка Гиса), аллергические реакции на исследуемые препараты, женщины де-

Tesis_006_end.indd 99 24.08.2006 22:24:58
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

городного возраста, отсутствие письменного согласия на участие в исследовании.

Пациенты были рандомизированы в три группы. В первой группе (n=40) пациенты на фоне стандартной антиангинальной терапии получали милдронат по 750 мг в день в течение 3-х дней, далее 750 мг 2 раза в неделю. Во второй группе (n=41) пациентам был добавлен предуктал МВ 70 мг в день. Третья группа (n=38) получала стандартную антиангинальную терапию.

Всем больным за 10-12, 2-3 суток до коронарного шунтирования и через 10-12 суток после проводилась эхокардиография миокарда в покое, на которой оценивалась фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Simpson.

Результаты: в первой группе исходная ФВ составляла 52,96±2,25%. На фоне лечения милдронатом отмечалось недостоверное увеличение ФВ до 56,6±2,8%. После проведения КШ отмечено достоверное увеличение ФВ до 59,56±2,28% (p<0,05) по сравнению с исходными значениями. Увеличение ФВ на фоне лечения милдронатом произошло у 33 из 40 пациентов (84,61±5,04%) до КШ и у 32 пациентов (82,05±4,34%) после КШ. Во второй группе исходная ФВ составляла 54,17±1,13%. На фоне лечения триметазидином отмечалось недостоверное увеличение ФВ до 57,09±2,13%. После проведения КШ отмечено достоверное увеличение ФВ до 58,5±1,72% (p<0,05) по сравнению с исходными значениями. Увеличение ФВ на фоне лечения предуталом МВ произошло у 31 пациента (73,8±10,10%) до КШ и у 25 пациентов (59,52±11,074%) после КШ.

В третьей группе исходная ФВ составляла 52,17±2,64%. На фоне лечения отмечалось недостоверное увеличение ФВ до 52,81±3,03%. После проведения КШ отмечено недостоверное увеличение ФВ до 54,16±2,96% (p>0,05).

Выводы: Добавление к стандартной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдроната или предуктала МВ приводит к улучшению ФВ левого желудочка уже на дооперационном этапе. На фоне лечения милдронатом ФВ достоверно увеличилась на 6,4% (p<0,05), предукталом МВ на 4,3% (p<0,05). В контрольной группе достоверного увеличения ФВ выявлено не было.

Рекомендовано добавление к стандартной терапии перед проведением КШ милдроната по 750 мг три дня, затем 750 мг 2 раза в неделю или предуктала МВ 70 мг в сутки.

0223 ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СН) У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ

Гордеев И.Г., Ильина Е.Е., Люсов В.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить изменения функционального класса сердечной недостаточности у пациентов подвергшихся коронарному шунтированию (КШ) на фоне добавления к стандартной антиангинальной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдронат или предуктал МВ.

Методы: после проведения коронароангиографии в исследование включено 119 пациентов стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, которым было показано проведение операции коронарного шунтирования. Критериями исключения из исследования являлись: инфаркт миокарда в анамнезе менее чем за 30 дней до рандомизации, гемодинамически значимые поражения клапанного аппарата сердца, аневризма миокарда левого желудочка, сложные нарушения ритма и проводимости (мерцательная аритмия, блокада левой ножки пучка Гиса), аллергические реакции на исследуемые препараты, женщины детородного возраста, отсутствие письменного согласия на участие в исследовании. Пациенты были рандомизированы в три группы. В первой группе (n=40) пациенты на фоне стандартной антиангинальной терапии получали милдронат по 750 мг в день в течение 3-х дней, далее 750 мг 2 раза в неделю. Во второй группе (n=41) пациентам был добавлен предуктал МВ 70 мг в день. Третья группа (n=38) получала стандартную антиангинальную терапию. Всем больным за 10-12, 2-3 суток до коронарного шунтирования и через 7-10, 20-25 суток после проводилась оценка функционального класса сердечной недостаточности по NYHA.

Результаты: В первой группе исходно признаки СН выявлялись у 32 пациентов (II ФК – у 19 и III ФК – у 13 пациентов). На фоне лечения милдронатом признаки СН выявлялись у 25 пациентов (II ФК – у 18 и III ФК – у 7 пациентов). После проведения КШ признаки СН выявлялись у 8 пациентов (II ФК – у 3 и III ФК – у 5 пациентов) на 20-25 сутки у 3 пациентов ФК II. Во второй группе исходно признаки СН выявлялись у 33 пациентов (II ФК – у 20 и III ФК – у 13 пациентов). На фоне лечения предуталом МВ признаки СН выявлялись у 24 пациентов (II ФК – у 20 и III ФК – у 4 пациентов). После проведения КШ признаки СН выявлялись у 11 пациентов (II ФК – у 2 и III ФК – у 9 пациентов). На 20-25 сутки признаков сердечной недостаточности у пациентов второй группы выявлено не было. В третьей группе исходно признаки СН выявлялись у 32 пациентов (II ФК – у 21 и III ФК – у 11 пациентов). На фоне лечения милдронатом признаки СН выявлялись у 33 пациентов (II ФК – у 24 и III ФК – у 9 пациентов). После проведения КШ признаки СН выявлялись у 17 пациентов (II ФК – у 9 и III ФК – у 8 пациентов) на 20-25 сутки у 9 пациентов ФК II.

Выводы: Добавление к стандартной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдроната или предуктала МВ приводит к уменьшению проявлений сердечной недостаточности у пациентов уже до проведения коронарного шунтирования. После проведения КШ, в этих группах, также отмечается отчетливая тенденция к уменьшению числа пациентов с признаками СН и снижение ФК СН, в сравнении с контрольной группой. Рекомендовано добавление к стандартной терапии перед проведением КШ милдроната по 750 мг три дня, затем 750 мг 2 раза в неделю или предуктала МВ 70 мг в сутки.

0224 ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ (ТЛАП) КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ

Гордеев И.Г., Бекчиу Е.А., Люсов В.А., Лебедева А.Ю., Клыков Л.Л.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить фракцию выброса (ФВ) левого желудочка у пациентов подвергшихся ТЛАП на фоне добавления к стандартной антиангинальной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдронат или предуктал МВ.

Методы: после проведения коронароангиографии в исследование включено 104 пациента (79 мужчин и 25 женщин) стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, которым было показано проведение ТЛАП. Односсудистое поражение выявлено у 49 пациентов, двухсосудистое у 55. По данным ангиографии все пациенты имели высокий риск развития ишемических осложнений при проведении ТЛАП. Критериями исключения из исследования являлись: инфаркт миокарда в анамнезе менее чем за 30 дней до рандомизации, гемодинамически значимые поражения клапанного аппарата сердца, аневризма миокарда левого желудочка, сложные нарушения ритма и проводимости (мерцательная аритмия, блокада левой ножки пучка Гиса), аллергические реакции на исследуемые препараты, женщины детородного возраста, отсутствие письменного согласия на участие в исследовании. Пациенты были рандомизированы в три группы, сопоставимые по полу возрасту и наличию сопутству-

Tesis_006_end.indd 100 24.08.2006 22:24:58
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ющих заболеваний. В первой группе (n=39) пациенты на фоне стандартной антиангинальной терапии получали милдронат по 750 мг в день в течение 3-х дней, далее 750 мг 2 раза в неделю. Во второй группе (n=33) пациентам был добавлен предуктал МВ 70 мг в день. Третья группа (n=32) получала стандартную антиангинальную терапию. Всем больным за 10-12, 2-3 суток до ТЛАП и через 3-5 суток после проводилась эхокардиография миокарда в покое, на которой оценивалась фракция выброса (ФВ) левого желудочка по Simpson.

Результаты: в первой группе исходная ФВ составляла 51,6±1,88%. На фоне лечения милдронатом отмечалось достоверное увеличение ФВ до 56,6±2,1% (p<0,001). После проведения ТЛАП отмечено недостоверное увеличение ФВ до 58±2,2% . Во второй группе исходная ФВ составляла 53±2,7%. На фоне лечения предукталом МВ отмечалось достоверное увеличение ФВ до 58,37±2,4% (p<0,001). После проведения ТЛАП отмечено недостоверное увеличение ФВ до 60,9±2,3%. В третьей группе исходная ФВ составляла 51,6±2,7%. На фоне лечения отмечалось недостоверное увеличение ФВ до 52,8±2,8%. После проведения ТЛАП отмечено достоверное увеличение ФВ до 58,08±3,4% (p<0,05).

Выводы: добавление к стандартной терапии цитопротекторов милдроната или предуктала МВ перед проведением ТЛАП приводит к достоверному улучшению ФВ левого желудочка уже на дооперационном этапе. После проведения ТЛАП отмечается невыраженная тенденция к увеличению ФВ в этих группах, которая носит недостоверный характер. На фоне лечения милдронатом ФВ достоверно увеличилась на 5% (p<0,001), предукталом МВ на 5,37% (p<0,001). В контрольной группе достоверное увеличение ФВ выявлено только после проведения реваскуляризации миокарда. ФВ увеличилась на 5,02% (p<0,05).

Рекомендовано добавление к стандартной терапии перед проведением КШ милдроната по 750 мг три дня, затем 750 мг 2 раза в неделю или предуктала МВ 70 мг в сутки с целью улучшения ФВ.

0225 ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СН) У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ (ТЛАП) КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ

Гордеев И.Г., Бекчиу Е.А., Люсов В.А., Лебедева А.Ю., Клыков Л.Л.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить изменения функционального класса сердечной недостаточности (СН) у пациентов подвергшихся ТЛАП на фоне добавления к стандартной антиангинальной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдронат или предуктал МВ.

Методы: после проведения коронароангиографии в исследование включено 104 пациента (79 мужчин и 25 женщин) стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, которым было показано проведение ТЛАП. Однососудистое поражение выявлено у 49 пациентов, двухсосудистое у 55. По данным ангиографии все пациенты имели высокий риск развития ишемических осложнений при проведении ТЛАП. Критериями исключения из исследования являлись: инфаркт миокарда в анамнезе менее чем за 30 дней до рандомизации, гемодинамически значимые поражения клапанного аппарата сердца, аневризма миокарда левого желудочка, сложные нарушения ритма и проводимости, аллергические реакции на исследуемые препараты, женщины детородного возраста, отсутствие письменного согласия на участие в исследовании. Пациенты были рандомизированы в три группы, сопоставимые по полу, возрасту и наличию сопутствующих заболеваний. В I группе (n=39) пациенты на фоне стандартной антиангинальной терапии получали милдронат по 750 мг в день в течение 3-х дней, далее 750 мг 2 раза в неделю. Во II группе (n=33) пациентам был добавлен предуктал МВ 70 мг в день. III группа (n=32) получала стандартную антиангинальную терапию. Всем больным за 10-12, 2-3 суток до ТЛАП и через 3-5 суток после проводилась оценка функционального класса СН по NYHA.

Результаты: в I группе исходно признаки СН выявлялись у 25 пациентов (II ФК – у 22 и III ФК – у 3 пациентов). На фоне лечения милдронатом признаки СН выявлялись у 11 пациентов (II ФК – у 10 и III ФК – у 1 пациента). После проведения ТЛАП признаки СН выявлялись у 2 пациентов (II ФК – у 2 и III ФК – 0). Во II группе исходно признаки СН выявлялись у 27 пациентов (II ФК – у 19 и III ФК – у 8 пациентов). На фоне лечения предукталом МВ признаки СН выявлялись у 11 пациентов (II ФК – у 10 и III ФК – у 1 пациента). После проведения ТЛАП признаки СН II ФК выявлялись у 5 пациентов, пациентов с СН III ФК не выявлено. В третьей группе исходно признаки СН выявлялись у 28 пациентов (II ФК – у 23 и III ФК – у 5 пациентов). На фоне лечения антиангинальными препаратами признаки СН выявлялись у 17 пациентов (II ФК – у 17 и III ФК – у 0 пациентов). После проведения ТЛАП признаки СН выявлены у 8 пациентов (II ФК). Пациентов с сердечной недостаточности III ФК не выявлено.

Выводы: добавление к стандартной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдроната или предуктала МВ приводит к уменьшению проявлений СН у пациентов уже до проведения транслюминальной баллонной ангиопластики. После проведения ТЛАП в этих группах, также отмечается тенденция к уменьшению числа пациентов с признаками СН и снижение ФК СН. Наиболее отчетливое уменьшение проявлений СН отмечается в группе пациентов, получающих на фоне стандартной антиангинальной терапии препарат милдронат. Рекомендовано добавление к стандартной терапии перед проведением ТЛАП милдроната по 750 мг три дня, затем 750 мг 2 раза в неделю или предуктала МВ 70 мг в сутки.

0226 НАРУШЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ – ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Гордеев О.Л., Красильникова Е.И., Степанов А.В.

СПбГМУ им. акад. И.П.Павлова, НИИЦ (МБЗ) ГНИИИВМ МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Основное значение в развитии алкогольной кардиомиопатии имеет прямое токсическое действие этанола на кардиомиоциты и клетки проводящей системы сердца. В последнее время высказывается предположение о значительной роли в этих процессах нарушений регулирующих функций центральной нервной системы, возникающих у больных хроническим алкоголизмом. Кроме того, важное значение придается влиянию этанола на иммунный статус, изменения со стороны которого могут способствовать развитию алкогольной кардиомиопатии, однако последнее положение еще нуждается в доказательстве.

Цель настоящего исследования заключалась в оценке состояния иммунной системы у больных хроническим алкоголизмом, имеющих и не имеющих в анамнезе признаки алкогольной кардиомиопатии.

Было обследовано две группы больных по 30 пациентов в каждой. Все пациенты были лицами мужского пола в возрасте от 25 до 45 лет, страдающие хроническим алкоголизмом (употребляли алкоголь в течение 10-14 лет). У части обследованных больных (30 пациентов – опытная группа) имелись в анамнезе указания на частые боли в области сердца, особенно развивающиеся в абстинентном периоде. Помимо этого за наличие кардиомиопатии свидетельствовали и данные ЭКГ-обследования, характеризовавшиеся, в частности, наличием предсердного комплекса (расширенные, расщепленные зубцы PI,II) и изменениями конечной части желудочкового комплекса (снижение

Tesis_006_end.indd 101 24.08.2006 22:24:58
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сегмента ST ниже изоэлектрической линии, появление патологически высокого зубца Т). Для характеристики иммунной системы оценивали функциональное состояние клеток фагоцитарной системы, количественные характеристики иммунокомпетентных клеток (различных субпопуляций Т-лимфоцитов), а также уровни гуморальных факторов иммунной системы (лизоцим, миелопероксидаза, ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-4, циркулирующие иммунные комплексы, основные классы Ig A, M, G).

Оказалось, что у больных алкоголизмом с проявлениями кардиомиопатии в сравнении с аналогичными больными, но не имеющими проявлений кардиомиопатии, выявлено более выраженное: повышение поглотительной и переваривающей активности фагоцитов крови (P<0,05), снижение количества CD4+- и повышение количества CD8+-лимфоцитов в крови (P<0,05), значительное снижение количества CD28+/CD8(hi) Т-клеток (P<0,05) и CD80+ В-клеток (P<0,01), а также повышение в крови концентраций изучены гуморальных факторов иммунной системы, за исключением основных классов Ig, которые существенных отклонений не претерпевали, и уровня ИЛ-2, который снижался. Выявленные изменения в большинстве своем находились в прямых, либо обратных сильных корреляционных зависимостях с изменениями со стороны функционирования сердечно-сосудистой системы, что позволяет высказать предположение о том, что в развитии алкогольной кардиомиопатии иммунотропные эффекты этанола играют существенную роль и что иммунореабилитация таких больных не менее важна, чем специфическая терапия.

0227 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ И ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИИ

Горохова С.Г., Атаманова М.А., Акимова О.А., Феночка О.Н.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; Центральная поликлиника ФСБ РФ, Москва, Россия; ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО РЖД, Москва, Россия

Цель: оценка показателей гемоглобина (Hb) крови и обмена железа у пациентов со стенокардией без сопутствующей анемии, в том числе при наличии сопутствующего сахарного диабета. Основанием для этого стали данные о влиянии изменений Hb эритроцитов на развитие ишемии миокарда, а также о повышении уровня ферритина сыворотки при атеросклерозе коронарных артерий. Ранее было определено закономерное возникновение ишемии и нарушений функции миокарда при анемии, но работы, в которых бы оценивались указанные показатели у пациентов без сопутствующей анемии, единичны, и полученные в них результаты противоречивы.

Методы: В исследование включено 186 пациентов (125 мужчин и 61 женщина, средний возраст – 60,5 лет) с различными формами хронической ишемической болезни сердца: стенокардией напряжения, постинфарктным кардиосклерозом, в том числе с постинфарктной аневризмой левого желудочка. Пациенты с инфарктом миокарда в острейшем и остром периодах (менее 2-х недель), клапанными пороками сердца, кардиомиопатиями в исследование не включались. В зависимости от наличия или отсутствия сахарного диабета 2 типа (СД2) выделены 2 группы: 1-ю составили 140 пациентов без СД2 на момент исследования (100 мужчин, 40 женщин, средний возраст 59,1 лет); 2-ю – 46 пациентов с сопутствующим СД2 легкой и средней степени тяжести в стадии компенсации и субкомпенсации (25 мужчин и 21 женщина, средний возраст 64,5 лет). Обследование проводилось по единому алгоритму, включавшему наряду с традиционным осмотром больного, ЭКГ, ЭхоКГ, ВЭМ, клинический анализ крови, определение сывороточного железа, ОЖСС, ферритина плазмы, исследования углеводного и липидного обмена.

Результаты: Параметры Hb, гематокрита, среднего содержания Hb в эритроците в изучаемых группах пациентов в целом были в норме. Однако, будучи в нормальном диапазоне, средние значения этих показателей оказались достоверно ниже у пациентов с ЭКГ-признаками ишемии (депрессия ST, отрицательный Т), чем без таковой: Hb – 119,1±2,3 и 127,4±2,0 г/л, p = 0,011, гематокрит – 364,2±6,3 и 382,4±5,7 %, p=0,04, среднее содержание Hb в эритроците – 326,8±2,1 и 333,0±2,1 пг, p=0,018, соответственно. У пациентов без СД2 отмечалось достоверное снижение уровня среднего содержания Hb в эритроците по мере увеличения функционального класса стенокардии: r=-0,333, p=0,04 для мужчин и r =-0,34, p=0,03 для женщин. В группе с сопутствующим СД2 такая зависимость не прослеживалась. Показатели ферритина были выше в группе пациентов без диабета. Различий между средними показателями сывороточного железа, трансферрина, ОЖСС не выявлено.

Выводы: Полученные результаты указывают на связь Hb и эритроцитов кровяного русла с ишемией миокарда даже при отсутствии анемии. Выявленная корреляция между функциональным классом стенокардии и показателем среднего содержания Hb в эритроците у пациентов без диабета и отсутствие таковой при сопутствующем СД2 требует дальнейших исследований.

0228 ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЕ СОПРЯЖЕНИЕ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИО-СТИМУЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Горохова С.Г.[1,2] , Попова Е.Ю.2, Аракелянц А.А.[1,2], Баранович В.Ю.[2,3], Быстров В.И.[2], Ковражкин А.А.[2]

[1]ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия; [2]ЦКБ №2 им. Н.А.Семашко ОАО РЖД, Москва, Россия; [3]РУДН, Москва, Россия

Цель данного исследования: изучение электромеханического (ЭМ) сопряжения миокарда желудочков до и после имплантации двухкамерного электрокардиостимулятора (ЭКС) пациентам с мерцательной аритмией (МА), и оценка влияния ЭКС на ЭМ асинхронию миокарда. Основанием для этого служат данные о нарушении при МА синхронности сокращений миокарда, являющейся предиктором и фактором утяжеления течения и прогноза хронической сердечной недостаточности.

Методы: обследовано 13 пациентов с МА в возрасте от 66 до 80 лет, которым был установлен двухкамерный ЭКС; проводились поверхностная электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) в стандартных режимах (B, M, D), тканевая импульсноволновая допплер-ЭхоКГ, оценка электромеханических свойств миокарда (ультразвуковая система HDI5000 SonoCT фирмы Philips). В качестве показателя ЭМ сопряжения желудочков считали интервал (QS) от начала желудочкового комплекса ЭКГ (Q) до начала волны “S” спектральной кривой тканевой допплерограммы. Рассчитывали максимальные и Минимальные значения ЭМ интервала на уровне фиброзного кольца митрального клапана (LVmax и LVmin), средние значения ЭМ сопряжения обоих желудочков (RVm и LVm), максимально продолжительный ЭМ интервал правого желудочка (RVmax) и на их основании вычисляли выраженность ЭМ внутрижелудочковой и межжелудочковой гетерогенности. Исследования проводили в среднем за 3 дня до и через 5 дней после имплантации ЭКС. Для статистической обработки использовали критерий Вилкоксона для сопряженных числовых значений.

Результаты: обобщены данные об 11 пациентах с МА с двухкамерными ЭКС; 2 пациента с ЭКС в неактивном режиме из анализа были исключены. В ранний период после имплантации ЭКС внутрижелудочковая гетерогенность достоверно уменьшилась у 9 (w=45, P<0,02), межжелудочковая гетерогенность – у 8 из 11 пациентов (w=36, P<0,02); у 6 пациентов было параллельное уменьшение обоих показателей. Значительное различие значений внутрижелудочковой и межжелудочковой гетероген-

Tesis_006_end.indd 102 24.08.2006 22:24:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ности до и после имплантации ЭКС (на 25% и более) отмечено у 6 и 7 пациентов, соответственно.

Выводы: ЭМ внутри- и межжелудочковая асинхрония миокарда достоверно уменьшается после имплантации двухкамерного ЭКС в раннем послеоперационном периоде. Положительное влияние ЭКС на ЭМ внутрижелудочковую гетерогенность особенно важно, так как именно она приводит к снижению ударного объема, нарастанию хронотропной активации – неэкономного режима функционирования сердечно-сосудистой системы и является гемодинамически более значимым показателем, чем межжелудочковая гетерогенность. Сравнительная оценка динамики этого показателя в до- и послеоперационном периоде может рассматриваться как показатель эффективности имплантации ЭКС как физиологического метода немедикаментозного лечения МА.

0229 МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Гофман Я.Б., Магнитский А.В., Поляев Б.А., Полунина Н.В., Шостак Н.А.

ГОУВПО «Государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Москва, Россия

Цель: создание эффективной научно-обоснованной медицинской технологии оптимального применения методов комплексной реабилитации в процессе восстановительного лечения больных острым инфарктом миокарда в стационаре на основе организации работы врачей различных специальностей.

Методы: обследован 271 больной с острым инфарктом миокарда, в том числе 181 больной составил основную группу больных, обследованных междисциплинарным методом, и 90 больных – группу контроля.

В исследовании состояния сердечно-сосудистой системы использовался комплекс функциональных проб, в том числе электрокардиография с 12 – отведениями (Nicon Khoden, Япония), Эхо-КГ с допплеровским анализом (Sim-5000, Белоруссия – в условиях блока интенсивной терапии, и на ультразвуковом сканере SSD-1700, Aloka, Япония), ВЭМ («Кардистест», Россия), суточное мониторирование ЭКГ («Медиком», Россия: «Икар- ИН 22») и «Дон» для суточного мониторирования АД. В лабораторной диагностике применялись методики определения «кардиоспецифических» ферментов крови (КФК, ЛДГ, Тропонин I).

Результаты: использование междисциплинарного метода позволило:

1. Ускорить расширение двигательной активности на 2-3 дня ($p<0,05$).
2. Отметить отсутствие приступов стенокардии у 82% больных ($p<0,05$).
3. Сократить регоспитализацию больных в блок интенсивной терапии до 5% ($p<0,05$).
4. Сократить применение наркотических препаратов до 3 % больных ($p<0,05$).
5. Сократить сроки возвращения сегмента ST к изолинии до 11 суток ($p<0,05$); отклонение сегмента ST от электрической линии осталось только у 6% больных ($p<0,05$).
6. Достичь более выраженный гипотензивный эффект применения препаратов. Разница с группой контроля 12 мм рт. ст. ($p<0,05$).
7. Конечно-диастолический объем левого желудочка в основной группе по окончании стационарного лечения уменьшить до 131 мл – по данным Эхо-КГ. Различия с группой контроля достоверны.
8. Достичь у 42 % больных первой и второй функциональные классы сердечной недостаточности (по классификации NYHA) при выписке из стационара ($p<0,05$).
9. Достичь при выписке из стационара ступень двигательной активности 3Б у 90% больных ($p<0,05$).
10. Сократить сроки стационарного лечения на 2 суток ($p<0,05$).

Выводы: организация работы врачей различных специальностей по междисциплинарному методу позволила оптимизировать применение различных методов реабилитации, повысить качество восстановительного лечения больных острым инфарктом миокарда.

0230 РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Грачев С.П., Шилов А.М., Коник В.А.

ММА им. Сеченова, Москва, Россия

Цель: оценить влияние неинвазивной вентиляции легких у больных ОИМ, осложненным СН III-IV класса (Killip), на показатели центральной гемодинамики и газовый состав крови.

Методы: неинвазивную вентиляцию легких (NIPPV) проводили респиратором Puritan Bennet 7200 (USA) у 57 пациентов. Использовались режимы: CPAP (постоянное положительное давление в дыхательных путях) 4-10 см H2O и поддержка давлением (PSV) до 20 см H2O с ПДКВ (PEEP) до 4,5-8,5 см H2O? FiO2 – 0,21, продолжительность ИВЛ – от 1 часа до 7 суток. У 17 пациентов проводилось зондирование правых отделов сердца.

Результаты: все пациенты имели выраженные клинические проявления отека легких. В среднем по группе СИ составил 2,0±0,1 л/мин/м кв., ДЗЛА составило 24,6±3,1 мм рт. ст. У всех пациентов отмечалась гипоксемия: p02 артериальной крови в целом по группе составило 57,4±3,2 мм рт. ст. (от 33 до 86,4). Под влиянием неизвазивной вентиляции улучшалось клиническое состояние пациентов и достоверно изменялись следующие параметры: уменьшалась одышка, ЧД (до 27,3 после 18,8 $p<0,001$), ЧСС (до 110,8 после 99,0 $p<0,05$), при этом происходило повышение давления в ПП Мм рт. ст. (с 9,5 до 11,5 $p<0,05$), ОЛС дин/сек/см5 (с 302,0 до 364,1 $p<0,05$), на фоне снижения ДЗЛА Мм рт. ст. (с 24, 6 до 19,7 $p<0,05$). Другие параметры центральной гемодинамики изменялись недостоверно. Достигалось достоверное уменьшение гипоксемии артериальной крови pO2 мм рт. ст. (с 57,4 до 69,1 $p<0,001$), HвO2% (с 88,4 до 93,2 $p<0,001$), при неизменной фракции кислорода (FiO2-0,21).

Выводы: неинвазивная вентиляция легких хорошо переносится пациентами с ОИМ, осложненным отеком легких и\или кардиогенным шоком. Под влиянием NIPPV у этих пациентов происходило достоверное снижение гидростатического легочного капиллярного давления без угнетения насосной функции сердца. Неинвазивная вентиляция легких позволяла достоверно уменьшить степень гипоксемии без увеличения фракции выдыхаемого кислорода. На фоне неинвазивной вентиляции происходило быстрое клиническое улучшение состояния пациентов за счет купирования или уменьшения степени отека легких.

0231 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Григорьева Н.Ю., Егорова А.Е., Бойкова И.В.

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Целью настоящего исследования явилось выявление особенностей стресс-эхокардиографического (стресс-ЭхоКГ) исследования с физической нагрузкой у больных стенокардией напряжения (СН) II–III ФК в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Обследовано 26 человек. 13 пациентов СН II–III ФК в сочетании с ХОБЛ в возрасте 58,23±5,44 лет (8 мужчин и 5 женщин),

Tesis_006_end.indd 103 24.08.2006 22:24:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

длительностью СН от 1 года до 20 лет (3,77±1,69лет), ХОБЛ – от 10 до 25 лет (15,0±6,12лет). Сердечная недостаточность не превышала III ФК (по NYXA). Трое больных в анамнезе имели неQ инфаркт миокарда. И 13 больных СН II–III ФК без сопутствующей ХОБЛ сопоставимые по полу и возрасту.

Стресс–ЭхоКГ проводилась по стандартной методике. В качестве стресс-агента использовалась физическая нагрузка на велоэргометре в положении лежа. На всем протяжении регистрировалась ЭКГ, до нагрузки и на ее пике выполнялась ЭХОКГ.

Результаты исследования. При СН с ХОБЛ типичный ангинальный синдром явился причиной прекращения пробы лишь в 15,4% случаев, при СН без ХОБЛ в 53,8%. У 36,5% больных СН с ХОБЛ проба прекращена из-за одышки. Разграничение сердечного и легочного компонентов в механизме одышки представляет большие сложности. Она может быть как проявлением легочного заболевания, так и эквивалентом стенокардии. Условно у этих больных можно выделить три причины одышки: как эквивалент стенокардии, как проявление левожелудочковой недостаточности, как симптом легочной недостаточности. У 15,4% больных с сочетанной патологией проба прекращена в связи с развитием аритмии, у 7,7% из-за появления безболевой депрессии сегмента ST до 3 мм, зарегистрированной на ЭКГ. Возможно, одним из факторов безболевого течения ИБС у больных ХОБЛ является хроническая гипоксемия, повышающая порог болевой чувствительности. При СН без ХОБЛ нарушений ритма и жалоб на одышку зарегистрировано не было. В обеих группах отмечался прирост ФВ на пике нагрузки (на 4,85% при СН с ХОБЛ и на 5,49% при СН без ХОБЛ) и гипертоническая реакция на нагрузку.

Таким образом, при стресс-ЭхоКГ у больных СН II-III ФК в сочетании с ХОБЛ причиной прекращения пробы, наряду с типичным болевым синдромом, по нашим данным может быть одышка, различного рода аритмии, а также регистрация безболевой депрессии сегмента ST на ЭКГ, которые могут встречаться чаще, чем при СН без сопутствующей легочной патологии.

0232 НЕБИВОЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Григорьева Н.Ю.

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Целью настоящего исследования явилась оптимизация терапии больных стенокардией напряжения (СН) II-III ФК в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) легкого и среднетяжелого течения путем применения кардиоселективного β-адреноблокатора с вазодилатирующими свойствами небиволола (небилет, фирма «Берлин Хеми», Германия).

Методы исследования: суточное ЭКГ-мониторирование (СМЭКГ), эходопплеркардиография (ЭХОДПКГ), исследование функции внешнего дыхания (ФВД).

В течение 4 недель небилет по 5 мг в сутки получали 16 пациентов (средний возраст 57,7±1,18 лет), среди которых 6 мужчин и 10 женщин, страдающих СН II ФК – 11 чел. и СН III ФК – 5 чел. в сочетании с ХОБЛ. 2 больных перенесли в прошлом мелкоочаговый инфаркт миокарда. В период лечения небилетом больные пользовались лишь нитроглицерином для купирования приступов стенокардии. В результате лечения среднее количество приступов стенокардии уменьшилось на 71,2% (p≥0,001), потребность в нитроглицерине – на 66,4% (p≥0,01). По данным повторного СМЭКГ отмечено снижение общего количества эпизодов депрессии сегмента ST на 61,9% (p≥0,01), в том числе безболевой, общей продолжительности депрессии – на 24,7% (p≥0,05). Имелась тенденция к уменьшению частоты сердечных сокращений. На фоне лечения уменьшилось количество различного рода наджелудочковых и желудочковых экстрасистол. По данным повторной ЭХОДПКГ наблюдалось достоверное снижение конечного систолического и диастолического объемов левого желудочка. Фракция выброса увеличилась на 14,1% (p<0,05). Достоверно улучшились показатели диастолической функции левого желудочка. Также достоверно снизилось СрДЛА (p<0,001), что вероятнее всего связано с тем, что небилет модулирует синтез NO эндотелием сосудов и вызывает эндотелий-зависимую вазодилатацию. Высокая селективность небилета обеспечила его хорошую переносимость. Отменить препарат потребовалось лишь у одного пациента из-за выраженной артериальной гипотонии.

Таким образом, суперселективный β-адреноблокатор и вазодилататор небилет обладает выраженным антиангинальным, антиишемическим, а также антиаритмическим действием. Кроме того он приводит к благоприятным гемодинамическим эффектам, улучшая показатели системной и внутрисердечной гемодинамики. Серьезных побочных реакций при его приеме, в том числе со стороны дыхательной системы, по нашим данным, не наблюдается. Все это позволяет рекомендовать небилет больным не только СН, но и при ее сочетании с ХОБЛ.

0233 БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК

Григорьева Н.Ю., Колова М.А., Котова М.А.

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Целью настоящего исследования явился анализ частоты встречаемости безболевой ишемии миокарда (ББИМ) у пациентов стенокардией напряжения (СН) II-III ФК, а также выявление особенностей течения ишемической болезни сердца (ИБС) у лиц с сочетанием эпизодов болевой и безболевой ишемии.

Материалы и методы. В 2005 году в 4 кардиологическом отделении городской клинической больницы № 5 г. Нижнего Новгорода находились на госпитализации 724 пациента с диагнозом СН II-III ФК. Больным, наряду с общеклиническим обследованием, проведено суточное ЭКГ-мониторирование по Холтеру. Изменение сегмента ST расценивалось как ишемическое при его горизонтальном снижении не менее чем на 1 мм относительно точки j продолжительностью 1 Мин. и более. Одновременное ведение пациентами дневников самоконтроля позволило оценить форму ишемии – болевую или безболевую.

Результаты. При ЭКГ-мониторировании, наряду с болевыми, эпизоды ББИМ были выявлены у 18 больных СН II-III ФК, что составило 2,5%. Средний возраст пациентов составил 58±2,69 лет. Это 15 мужчин и 3 женщины. Далее методом случайной выборки нами была определена группа сравнения из 18 больных СН II-III ФК, не имеющих эпизодов ББИМ (средний возраст 56,73±2,12 лет), из них 11 мужчин и 7 женщин. По данным ЭКГ–мониторирования максимальный показатель депрессии сегмента ST у лиц СН II-III ФК, имеющих эпизоды ББИМ, составил в среднем 1,64±0,21 мм, а у лиц СН II-III ФК без эпизодов ББИМ – 1,43±0,22 мм (p<0,001). Анализ показателей липидного обмена показал следующее. Уровень общего холестерина при СН II-III ФК с ББИМ составил 5,24±0,29 ммоль/л, триглицеридов – 1,67±0,25 ммоль/л, что достоверно выше (p<0,05), чем при СН II-III ФК без ББИМ (4,95±0,44 ммоль/л и 1,05±0,33 ммоль/л соответственно). Уровень липопротеидов высокой плотности, которые являются антиатерогенной фракцией, оказался сниженным в обеих группах, однако при СН II-III ФК с ББИМ достоверно ниже (0,38±0,095 ммоль/л и 0,58±0,13 ммоль/л соответственно; p<0,001).

Таким образом, по нашим данным у пациентов СН II-III ФК при ЭКГ–мониторировании в 2,5% случаев выявляется ББИМ, которая, как известно, является плохим прогностическим признаком. Для лиц, имеющих наряду со СН II-III ФК эпизоды ББИМ, характерны более выраженные ишемические

Tesis_006_end.indd 104 24.08.2006 22:24:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

изменения и нарушения липидного обмена, что может свидетельствовать о более агрессивном течении атеросклероза.

0234 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ МЕРА СИНХРОНИЗОВАННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ

Гриднев В.И., Пономаренко В.И., Прохоров М.Д., Киселев А.Р., Бодров М.Б., Караваев А.С., Безручко Б.П., Посненкова О.М., Струнина А.Н., Шевченко О.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский госуниверситет, кафедра динамического моделирования и биомедицинской инженерии, Саратов, Россия; Саратовский филиал института радиотехники и электроники РАН, Саратов, Россия

Для живых организмов характерно существование различных сложных ритмических процессов, многие из которых взаимодействуют между собой. Ярким примером такого взаимодействия между различными физиологическими ритмами является функционирование сердечно-сосудистой системы (ССС). Колебательными процессами, определяющими ее динамику, в частности являются процесс с частотой дыхания (у человека ~0.25 Гц), и процесс, связанный с центральными механизмами вегетативной регуляции ССС (частота ~0.1 Гц). Фазовая синхронизация между этими процессами является важным регуляторным фактором, а степень синхронизованности может отражать состояние взаимодействующих систем и силу взаимодействия между ними.

Нами предложен метод количественной оценки степени фазовой синхронизации по экспериментальным временным рядам, применимый для исследования этих систем.

Математически строго понятие фазы можно ввести только для гармонических (синусоидальных) сигналов. Для любых периодических сигналов значение фазы в любой момент времени характеризует пройденную к этому моменту долю периода колебаний системы. Для непериодических сигналов (каковыми в общем случае являются ритмы ССС) строго определить понятие фазы затруднительно. В нашей работе исследуемые сигналы подвергались преобразованию Гильберта, которое в некотором смысле “пытается сделать их как можно более похожими на гармонические”, что облегчает процедуру “выделения” фаз сигналов. Если на некотором временном интервале для фаз и , выделенных из анализируемых сигналов выполняется соотношение , где n и m – целые числа, а C – константа, то на этом интервале констатируется наличие фазовой синхронизации порядка n:m. Нами предложена мера синхронизованности сигналов – “суммарный процент фазовой синхронизации” – представляющая собой сумму длин временных интервалов, на которых наблюдалась фазовая синхронизация всевозможных порядков, выраженную в процентах относительно длины анализируемых рядов.

Выводы. В работе была предложена методика оценки степени синхронизованности взаимодействующих систем, в основе которой лежит расчет предложенной авторами численной меры синхронизованности. Разработана компьютерная программа, реализующая предложенный подход. Ведется работа по внедрению предложенного метода в медицинскую диагностику для анализа взаимодействия ритмов ССС.

Работа выполнена при поддержке РФФИ (грант №05-02-16305), программы РАН «Фундаментальные науки – медицине» и Фонда некоммерческих программ “Династия”.

0235 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В., Губич С.Г., Шаргина С.С.

Государственная Медицинская Академия, Кардиологический санаторий «Енисей» Красноярск, Россия

Цель. Оценка эффективности систематических физических тренировок, частоты основных коронарных событий и качества жизни у больных ИБС, перенесших острый инфаркт миокарда (ОИМ) с различными видами реваскуляризации коронарных артерий.

Методы исследования. В исследование было включено 141 больных перенесших ОИМ, мужского пола, возрастом 54,2+2,7 года. Группу №1 (n=50) составили пациенты с ОИМ без реваскуляризации коронарных артерий, группа №2 (n=47) – пациенты с ОИМ и реваскуляризацией коронарных артерий (ЧТКА, стентирование), группу №3 (n=44) – пациенты с ОИМ и медикаментозной реваскуляризацией коронарных артерий. Больные прошли курс физической реабилитации по программе длительных дозированных физических тренировок, в том числе в домашних условиях. Оценка качества жизни проводилась по опроснику «Качество жизни» разработанному проф. Ароновым Д.М. и проф. Зайцевым В.П., 2002г. и определялась в баллах.

Полученные результаты. В группах отмечался прирост нагрузки при ВЭМ: на 21,5%, 25,8% и 17,5% соответственно в конце санаторного периода и сохранялся в течение 12 месяцев. Число обострений ИБС составило в группе №1 – 40%, в группе №2 – 29,7%, в группе №3 – 38,6%. Повторный инфаркт миокарда развился в группе №1 у 14%, в группе №2 у 2,1%, в группе №3 у 9%. Показатели КЖ в начале исследования в группах не отличались ($p>0,05$) и составили – 11,00+5,3 в группе №1, – 8,4+5,2 в группе №2, – 10,8+5,44 в группе №3. Через 6 месяцев отмечался подъем качества жизни во всех группах, но достоверно больший в группе с реваскуляризацией коронарных артерий – 4,08+4,1 ($p<0,05$). В группе №1 КЖ составило – 11,6+2,4, в группе №3 – 7,09+2,31. Через 12 месяцев в группе №1 отмечается снижение качества жизни. Снижение КЖ отмечалось за счет пациентов с участившимися ангинозными болями, повторными ИМ и частыми госпитализациями в стационар.

Выводы. Таким образом, дозированные систематические физические тренировки в совокупности с реваскуляризацией миокарда достоверно ($p<0,05$) повышают толерантность к физической нагрузке, снижают частоту развития острых коронарных событий у больных с острым инфарктом миокарда и повышают качество жизни после инвазивной реваскуляризации. У больных с ОИМ без реваскуляризации коронарных артерий, несмотря на активное проведение физической реабилитации в течение 12 месяцев, частота повторных коронарных событий остается достоверно высокой, а КЖ сниженным ($p< 0,05$).

0236 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИНРАОКУЛЯРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И РЕОЛОГИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Гринштейн Ю.И.[1], Осетрова Н.Б.[1], Макеева М.А.[1] Ивлиев С.В.[1], Сутоцкий А.С.[1], Терешонок О.Н[1], Ланин С.Н.[2], Боровик О.В.[3]

Государственная медицинская академия,[1] Межрегиональный центр микрохирургии глаза,[2] Краевая клиническая больница[3], Красноярск, Россия

Цель: изучить состояние интраокулярной гемодинамики и реологии крови у больных с артериальной гипертонией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением находилось 57 больных. Из них 47 – основная группа с СД 2 типа и АГ, 10 – контрольная группа-больные с гипертонической болезнью (ГБ) без СД. Пациенты с СД разделены на 2 группы. 1-ю группу составили 30 больных с СД 2 типа и АГ вследствие диабетической нефропатии (ДН): у 15 человек ДН на стадии микроальбуминурии (МАУ), у 12 на стадии протеинурии, у 3 – на стадии хронической почечной недостаточности (ХПН). Во 2-ю группу вошли 17 человек с СД 2 типа и ГБ, преимущественно II стадии с высоким риском сосудистых осложнений. С

Tesis_006_end.indd 105 24.08.2006 22:24:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

целью изучения состояния интраокулярной гемодинамики применялась реоофтальмография (В.И.Лазаренко, С.С.Ильенков, 2000г.), позволяющая выделить основные типы нейроваскулярных реакций (НВР) глаза и дать количественную оценку состояния внутриглазных сосудов (определение реографического коэффициента-РК). Исследование проводилось на аппарате МК-453 с применением компьютерной программы «WinReo» (В.И.Лазаренко, И.М.Корниловский, 1992г.). Реологию крови оценивали посредством изучения деформирующей способности эритроцитов по методу Ю.И. Гринштейна, С.В.Ивлиева (патент № 2204137 от 08.02.2001 г.), где получали количественные показатели деформируемости эритроцитов (ПДЭ).

Полученные результаты: в результате нашего исследования у больных с СД 2 типа и АГ выделены следующие особенности функционального состояния интраокулярных сосудов: У пациентов с МАУ: у 5-нормотонический тип НВР с (РК) =1,88±0,06, у 3 пациентов гипертонический тип НВР с РК = 1,97±0,01, у 6-гипотонический тип с РК = 1,51±0,06 ($p<0,05$). У 5 больных с протеинурией – гипотонический тип НВР с РК = 1,26±0,08 и у 7 ареактивный тип НВР с РК = 1,14±0,13 ($p<0,05$).У 3 больных с ХПН определен ареактивный тип НВР с РК = 1,08±0,1 ($p<0,05$). В группе пациентов с СД 2 типа и ГБ – у 8 больных гипотонический тип НВР при РК = 1,73±0,07, у 5 – гипертонический тип НВР с РК = 1,84±0,06 и у 4–ареактивный тип с РК = 1,14±0,014 ($p<0,05$). При исследовании ПДЭ среднее значение в 1-ой группе составило 0,755±0,09, во 2-ой группе 0.763±0,06 ($p<0,05$), что свидетельствует о недостаточной эластичности эритроцитов (в норме ПДЭ = 0,833±0,017 у.е.).

Выводы: Таким образом, у больных с СД 2 типа и АГ имеет место нарушение системной микроциркуляции, на что указывает снижение ПДЭ периферической крови, а также преимущественно гипотонический тип НВР. По мере прогрессирования поражения почек у больных с СД 2 типа и ДН отмечается преобладание гипотонического типа и появление ареактивного типа НВР, что возможно обусловлено снижением резерва вазодилятации вследствие развития спазма органического характера, а также выраженными склеротическими изменениями в сосудистом русле.

0237 ЗАВИСИТ ЛИ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ?

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

Государственная медицинская академия, Государственный университет, Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия

Цель: изучить влияют ли изменения метаболической активности тромбоцитов, их способность к агрегации на формирование резистентности к аспирину у больных с коронарной болезнью сердца (КБС).

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 62 пациента мужского пола со стенокардией II-IV функционального класса в возрасте от 38 до 73 лет. Контрольная группа состояла из 30 доноров. Проведены стендовые испытания, в которых тромбоциты крови больных инкубировались с ацетилсалициловой кислотой с последующим определением агрегации. Всем больным до и после операции аорто-коронарного шунтирования (АКШ), а также на 12-14 сутки и спустя 4-6 месяцев определялась спонтанная и индуцированная агрегация тромбоцитов, изучался их метаболический профиль на фоне терапии аспирином в дозе 75-150 мг/сутки. Изучалась активность в тромбоцитах глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), малик-фермента (НАДФМДГ), НАД и НАДН-зависимой реакции лактатдегидрогеназы (ЛДГ и НАДН-ЛДГ), НАД и НАДН-зависимой реакции малатдегидрогеназы (МДГ и НАДН-МДГ), НАДФ и НАДФН-зависимой глутаматдегидрогеназы (НАДФ-ГДГ и НАДФН-ГДГ), НАД и НАДФ-зависимых изоцитратдегидрогеназ (НАД-ИЦДГ и НАДФ-ИЦДГ) и глутатионредуктазы (ГР). Активность ферментов измерялась в мкЕ/мг белка.

Результаты: в стендовых испытаниях установлено наличие резистентности к аспирину у ряда больных с КБС. Выявлены особенности метаболического статуса тромбоцитов позволяющие диагностировать аспиринорезистентность у данной категории больных. После операции АКШ отмечается дисбаланс в ферментативной активности тромбоцитов в виде повышения активности Г3ФДГ, НАДФ-НЦДГ, МДГ и НАД-НЦДГ свидетельствующей об увеличении интенсивности метаболических процессов в митохондриях тромбоцитов. Наряду с этим, на фоне тромбоцитопении, отмечается высокий уровень спонтанной агрегации тромбоцитов сохраняющийся до 12-14 суток после АКШ.

Выводы: наблюдающаяся у части больных с КБС аспиринорезистентность создает угрозу тромботической окклюзии шунтов после АКШ. Существует зависимость между ферментативным состоянием тромбоцитов, их рецепторной активностью (способность к агрегации) и резистентностью к аспирину. После АКШ происходит как изменения агрегации тромбоцитов, так и изменения метаболического статуса красных кровяных пластинок. Эти изменения преодолеваются к 12-14 суткам после АКШ. Необходимо учитывать ферментативную активность тромбоцитов и их способность к агрегации при подборе дезагрегантной терапии (аспирин, клопидогрель).

0238 ИНКОРПОРАЦИЯ 137CS И ПАТОЛОГИЯ МИОКАРДА

Грицук А.И., Коваль А.Н., Грицук Н. А

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Белоруссия

Болезни миокарда и системы кровообращения занимают особое место среди лиц проживающих в регионах, загрязненных 137Cs в результате аварии на ЧАЭС. Цель: изучить влияние инкорпорации 137Cs на ультраструктуру и энергетический метаболизм миокарда белых крыс и оценить его возможную роль в формировании патологии миокарда. Методы исследования: белым крысам самцам массой 180-220 г. скармливали загрязненный радионуклидами корм (мясо кабана с активностью 600 кБк/кг) и получали группы с уровнем инкорпорации от 60 до 66000 Бк/кг, который определяли методом гамма-спектрометрии. Методом полярографии исследовали параметры тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования кусочков миокарда животных контрольных и опытных групп с различным уровнем инкорпорации радионуклида. Результаты: Обнаружена высокая чувствительность митохондриального окисления миокарда к инкорпорации 137Cs, которая проявлялась в виде фазной реакции и зависела от количества радионуклида в организме и соответственно величины полученной дозы внутреннего облучения. При накоплении 137Cs в интервале от 60 до 600 Бк/кг наблюдалось резкое (1,5 –2 кратное) увеличение дыхательной активности миокарда на эндогенных субстратах и на экзогенном глутамате. Обнаружены признаки деэнергизации миокарда за счет угнетения активности креатинфосфатного энергетического «буфера» и лабилизации системы сопряжения окислительного фосфорилирования. Изменения ультраструктуры проявляются в виде массового набухания митохондрий, редукции крист и просветления матрикса. При более продолжительном поступлении и больших накоплениях 137Cs до 1500- 17000 Бк/кг обнаружены менее выраженные морфо-функциональные изменения, которые проявлялись в виде незначительного, но достоверного снижения дыхательной активности, наличия разобщения в системе окислительного фосфорилирования и менее выраженных ультраструктурных изменений митохондрий. Совокупность представленных

Tesis_006_end.indd 106 24.08.2006 22:25:00
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

данных могут быть расценены как признаки первой доморфологической стадии апоптоза (митоптоза). Выводы: 137Cs, являясь аналогом и антагонистом калия, обладает выраженной кардиотропностью, которая обусловлена способностью радионуклида накапливаться в матриксе митохондрий. Высокий уровень кровоснабжения и оксигенации миокарда при накоплении 137Cs в митохондриях увеличивает вероятность образования активных форм кислорода, вызывающих повреждение системы митохондриальных мембран и всего мембранного комплекса кардиомиоцитов, что является важнейшим патогенетическим механизмом в развитии и усугублении патологии миокарда. Авторы считают, что при кратковременном поступлении радионуклида в миокард, часть кардиомиоцитов, наиболее чувствительных к данному воздействию, элиминируются путем апоптоза. В результате при более длительном поступлении и соответственно большем уровне накопления наблюдается менее выраженная реакция, которую можно расценивать как проявления адаптации миокарда к данному воздействию. Представленные данные позволяют считать инкорпорацию 137Cs дополнительным фактором риска, который увеличивают риск появления сердечно-сосудистой патологии, что может объяснить наблюдаемый прирост (в 3,5 раза) распространенности ИБС в Гомельской области, наиболее пострадавшей от аварии на ЧАЭС, по сравнению с доаварийным 1986г.

0239 ОЦЕНКА СРЕДНЕСУТОЧНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Гришаева Е.Е.

Медицинский институт ПГУ, кафедра терапии, Пенза, Россия

Изменения гемодинамики у беременных с нормальным уровнем артериального давления в I, II и III триместрах имеют некоторые особенности. Анализ этих изменений по среднесуточным значениям позволяет детальнее оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы.

Целью исследования явилось изучение изменений среднесуточных показателей центральной и периферической гемодинамики при физиологически протекающей беременности.

Материалы и методы: для достижения поставленной цели синхронно проводились суточное мониторирование артериального давления (СМАД) и сфигмография с помощью аппарата МнСДП-2, BPIab (Россия). По известным формулам Бремзера-Ранке в модификации Н.Н.Савицкого, Карпман-Абрикосовой, Грольмана, Пуазейля производился расчет среднесуточных параметров центральной и периферической гемодинамики: ударного объема сердца (УОС), Минутного объема сердца (МОС), общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), сердечного индекса (СИ), ударного индекса (УИ).

Обследовано 50 здоровых беременных в возрасте от 18 до 41 (средний – 28,8±7,1 года). В первую группу вошли 10 беременных I триместра, во вторую – 13 женщин II триместра и в третью – 27 беременных III триместра.

Результаты: оценка колебаний среднесуточных показателей в нашем исследовании позволила выявить изменения в динамике параметров кровообращения в зависимости от сроков беременности. При отсутствии существенных различий результатов исследования у беременных I и II триместров, выявлено достоверное увеличение значений артериального давления (АД) (среднее гемодинамическое давление возросло от 77,5±5,7 до 82,4±2,6 мм.рт.ст.), а также – повышение УОС (от 155,7±40 до 166,8±32,4 мл), МОС (от 12,8±3,7 до 13,6±2,1 л) и частоты сердечных сокращений (ЧСС) (от 83±4,5 до 83,1±7,3 уд/мин) у обследованных III триместра в сравнении со II. У беременных в III триместре среднесуточные показатели гемодинамики имели существенные изменения сравнительно с женщинами I триместра. Установлено достоверное увеличение показателей АД, ЧСС, УОС (от 150±42,4 до 166,8±32,4 мл), МОС (от 11,6±2,8 до 13,6±2,1л), СИ (от 6,6±1,4 до 7,3±1,2), УИ (от 86,7±20,8 до 89,1±13) и снижение ОПСС (от 624±158 до 561±114 дин□с□см-5).

Выводы: таким образом, у женщин с физиологически протекающей беременностью среднесуточные показатели центральной и периферической гемодинамики повысились, кроме ОПСС (понижение). В целом, при неосложненной беременности с возрастанием срока гестации определяется увеличение объема крови, проходящего через сердце (рост МОС, ЧСС), и повышение АД в пределах нормальных границ.

0240 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Грищенко Е.В., Наумова Е.А

Саратовский Государственный университет, Саратов, Россия

Цель исследования: выявить наличие и определить степень клинической выраженности депрессии и тревоги у пациентов в стационаре нашей клиники.

Материалы и методы: в течение одного дня проводилось тестирование всех пациентов, находящихся в палатах 2-го порядка и реабилитации кардиологического отделения клинической больницы Саратовского Государственного медицинского университета. Для скринингового исследования пациентам предлагалась госпитальная шкала тревоги и депрессии. На основании результатов тестирования были выделены 3 группы пациентов: 1-я группа – пациенты с наличием симптомов депрессии; 2-я группа – пациенты с симптомами тревоги; 3-я группа – пациенты с наличием симптомов и депрессии, и тревоги. В этих группах было проведено повторное тестирование для определения степени клинической выраженности имеющихся расстройств. При этом для оценки степени выраженности депрессии использовалась шкала оценки депрессии Бека. По сумме баллов диагностируется либо состояние без депрессии, либо (по нарастающей сумме баллов) легкая депрессия (субдепрессия); умеренная депрессия; выраженная депрессия (средней тяжести); тяжелая депрессия. У пациентов с выявленными симптомами тревоги проводилось тестирование с использованием шкалы самооценки тревоги Цунга, включающей 20 пунктов, 5 из которых оценивают аффективные симптомы, остальные 15 – соматические симптомы тревоги. Уровни тревоги по данной шкале в зависимости от суммы баллов подразделяются на низкий, средний и высокий.

Результаты и обсуждение: в скрининговом тестировании согласились принять участие 40 пациентов (54% женщин и 46% мужчин, возраст колебался от 29 до 87 лет). Было возвращено 81% анкет. У 18 пациентов (60%) выявлены симптомы тревоги или депрессии. При этом у 4 пациентов (13%) были обнаружены изолированно симптомы депрессии (1-я группа). У 8 пациентов (44%) выявлены изолированно симптомы тревоги (2-я группа). У 6 пациентов (33%) – 3-я группа – обнаружены одновременно и симптомы депрессии, и симптомы тревоги. При прицельном тестировании пациентов 1-й группы у 2 из них (50%) было диагностировано состояние субдепрессии, у 2 других – тяжелая депрессия. При тестировании 2-ой группы пациентов у 5 пациентов (62,5%) был выявлен низкий уровень тревоги, у 3 пациентов (25%) – средний, а у 1 (12,5%) – высокий. В 3-ей группе 3 пациента (50%) страдает выраженной депрессией (средней тяжести) в сочетании со средним уровнем тревоги, остальные 3 пациента (50%) равнозначно распределились по вариациям: субдепрессия и низкий уровень тревоги, выраженная депрессия (средней тяжести) и высокий уровень тревоги, тяжелая депрессия и высокий уровень тревоги

Заключение: столь широкая распространенность тревоги и депрессии среди пациентов общесоматического (кардиологического) профиля заставляет задуматься о необходимости включения в тактику ведения подобных больных коррекции (в том числе и медикаментозной) их психо-эмоционального статуса.

Tesis_006_end.indd 107 24.08.2006 22:25:00
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0241 ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ АЛЛИКОРА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ

Громнацкий Н.И., Середицкая Ж.Е., Лазарева Н.В., Анненкова Г.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель исследования: оценить влияние алликора (препарата чеснока) на показатели липидтранспортной системы и содержание продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у пациентов с атерогенными дислипопротеидемиями.

Материалы и методы: в исследование включены 62 пациента в возрасте от 40 до 60 лет (30 женщин старше 55 лет или с ранней менопаузой, 32 мужчины), у которых после 8 недель гиполипидемической диеты на основании определения показателей липидного спектра крови диагностированы атерогенные дислипопротеидемии (IIа и IIв типов). Больные были подразделены в соответствии с категориями риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ): группа 1 – лица с установленной ИБС и/или клиническими проявлениями атеросклероза другой локализации (стенозирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, атеросклероз мозговых сосудов), группа 2 – лица без клинических проявлений ИБС и ее эквивалентов, но с наличием нескольких факторов риска (т.е. с высоким риском развития ССЗ в течение 10 лет по шкале SCORE). Пациенты продолжали соблюдать гиполипидемическую диету наряду с приемом алликора (300 мг/сут. , фирма «ИНАТ-Фарма») на протяжении следующих 12 недель. В исходном состоянии и через 12 недель приема алликора определялись показатели липидного обмена и содержание продуктов ПОЛ по общепринятым методикам. У 30 пациентов (15 – из группы 1, 15 – из группы 2) методом «ракетного» иммуноэлектрофореза определялся уровень липопротеида(а) (ЛП(а)).

Результаты: у больных группы 1 в исходном состоянии отмечены достоверно более высокие значения атерогенных фракций липидов крови (ОХС, ТГ, ХСЛПНП, ХСЛПОНП) и параметров ПОЛ (первичных – ДК и вторичных – МДА), повышение коэффициента атерогенности и достоверно более низкий уровень ХСЛПВП по сравнению с пациентами группы 2. Под влиянием алликора через 12 недель приема в группе 1 отмечено снижение уровня ОХС на 13,7% ($p \geq 0,05$), ТГ-на 21,2% ($p \geq 0,05$), ХСЛПНП – на 18,4% ($p \geq 0,05$), ХСЛПОНП – на 21,1% ($p \geq 0,05$), коэффициента атерогенности – на 26,6% ($p \geq 0,05$), повышение ХСЛПВП – на 8,15% ($p \geq 0,05$). В группе 2: снижение ОХС на 15,5% ($p \geq 0,05$), ТГ – на 23,6% ($p \geq 0,05$), ХСЛПНП – на 22,7% ($p \geq 0,05$), ХСЛПОНП – на 23,6% ($p \geq 0,05$), коэффициента атерогенности – на 30,9% ($p \geq 0,05$), повышение ХСЛПВП- на 10,6% ($p \geq 0,05$). Кроме того, на фоне 12 недель приема алликора наблюдалось снижение содержания ДК и МДА по сравнению с исходным состоянием у больных 1 группы на 18,2% ($p \geq 0,01$) и 22,8% ($p \geq 0,05$) соответственно, 2 группы – снижение ДК на 23,3% ($p \geq 0,05$), МДА – на 29,8% ($p \geq 0,05$). В исходном состоянии у 5 пациентов (33,3%) группы 1 (из 15 обследованных) и 1 пациента (6,7%) группы 2 (из 15) выявлено повышение уровня ЛП(а) >20 мг/дл. После 12 недель приема алликора в дозе 300 мг/сут. достоверного снижения уровня ЛП(а) не отмечалось.

Заключение: полученные данные позволяют считать алликор достаточно эффективным антиатерогенным средством и рекомендовать его применение для первичной и вторичной профилактики обусловленных атеросклерозом сердечно-сосудистых заболеваний.

0242 ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АКТИВИРОВАННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СПОСОБ ЕЕ ПОЛНОЙ КОРРЕКЦИИ

Громнацкий Н.И., Медведев И.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы: оценить состояние внутрисосудистой активности тромбоцитов (ВАТ) у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом (МС) и найти способ его полной коррекции.

Велось наблюдение в динамике за 25 больными среднего возраста, имеющими АГ 1-3 степени с риском сердечной патологии 1-3 и МС. Коррекция обменных нарушений велась гипокалорийной диетой, дозированными физическими нагрузками и метформином в дозе 500 мг. 2 р. после еды. Обследование больных проводили через 4,12,24нед. лечения и через 4нед. после его отмены. Контрольную группу составили 21 здоровых человек. Определялись количество тромбоцитов в крови, длительность кровотечения, адгезивно-агрегационная активность тромбоцитов (ААТ) ретенционным тестом и ВАТ по Шитиковой А.С. (1999). Результаты обработаны критерием Стьюдента (t).

У лиц АГ с МС установлено сокращение времени кровотечения – 84,0±0,36 с. (в контроле –139,0±1,5 с.) при нормальном количестве тромбоцитов в крови. ААТ у больных превышала контрольные значения (52,0±0,4% и 36,0±0,32%, соответственно). ВАТ больных характеризовалась повышением. Дискоциты в крови составили 54,5±0,30% (у здоровых 84,0±0,10%). Количество дискоэхиноцитов и биополярных форм тромбоцитов также значительно превышало контрольные значения. Суммарное количество активных форм тромбоцитов составляло у больных 45,5±0,30%, у здоровых – 16,0±0,10%, малых и больших агрегатов в кровотоке пациентов содержалось 18,5±0,18 и 6,0±0,07 (в контроле–3,2±0,01 и 0,16±0,002, соответственно). При этом количество тромбоцитов в агрегатах у больных достигло 13,3±0,08 против 6,6±0,03% у здоровых. Терапия гипокалорийной диетой, физическими тренировками и метформином способствовала улучшению показателей тромбоцитарного гемостаза. К 24 нед. терапии кровоточивость достигла 135,0±0,30 с., ААТ составила 36,0±0,14%, количество дискоидных форм тромбоцитов увеличилось до 83,1±0,12%, а дискоэхиноцитов, сфероцитов, сфероэхиноцитов и биополярных форм тромбоцитов достоверно уменьшилось (12,2±0,15%, 2,4±0,02%, 1,8±0,01% и 0,4±0,006%, соответственно). Суммарное количество активных форм тромбоцитов к моменту завершения лечения (17,0±0,12%) достоверно не отличалось от контроля. Число малых и больших агрегатов у пациентов, на лечении (1,4±0,02 и 0,28±0,005), также соответствовало уровню у здоровых с нормализацией в них количества тромбоцитов. Через 4 нед. после отмены лечения достигнутые положительные изменения ВАТ нивелировались.

Состояние тромбоцитарных функций под влиянием диеты, физических тренировок и метформина у лиц с АГ и МС характеризовалась их полной коррекцией, что позволяет считать примененный способ лечения эффективным средством коррекции ВАТ у данной категории больных при длительном и контролируемом его использовании.

Tesis_006_end.indd 108 24.08.2006 22:25:00
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0243 НАРУШЕНИЯ СНА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)

Громова Е.А., Екимова Ю.С., Гафаров В.В., Гагулин И.В.

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН (ГУ НИИ терапии, Новосибирск; ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск; Филиал ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень); ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск и ЯНЦ РАМН и Правительства Республики Саха (Якутия); Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучение влияния нарушения сна на риск возникновения инфаркта миокарда в течение 8 лет у мужчин в возрасте 25-64 лет.

Материалы и методы. В рамках программы ВОЗ «MONICA – психосоциальная» в 1994 г. было проведено скрининговое исследование мужского населения в возрасте 25-64 лет. жителей одного из районов г. Новосибирска. Когорта отслеживалась в течение 8 лет (1994-2002 гг.) для определения конечных точек (инфаркт миокарда), Статистический анализ проводился с помощью пакета программ “SPSS-10”. Кокс-пропорциональная регрессионная модель использовалась для оценки относительного риска.

Результаты. Только 1/3 мужчин в возрасте 25-64 лет с вновь возникшим ИМ, расценивали свой сон как «хороший», а 2/3 имели нарушения сна. Относительный риск развития инфаркта миокарда у мужчин в возрасте 25-44 лет в течение 8-летнего периода был в 9,25 раза выше с оценкой сна «плохо», чем «хорошо», т.е. в этой возрастной группе нарушения сна являются одним из важнейших факторов, приводящим к возникновению ИМ; в возрасте 45-64 лет эти различия не значимы. Риск возникновения инфаркта миокарда у лиц с нарушениями оказался выше у мужчин вдовых, разведенных, у лиц с низким уровнем социальной поддержки, с начальным уровнем образования, относящихся к группе рабочих профессий и к пенсионерам.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушение сна, прежде всего, проблема социальная и вносит весомый вклад в риск возникновения инфаркта миокарда у мужчин, причем молодой возрастной группы.

0244 ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ СОХРАНЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИИ: РОЛЬ СОПУТСТВУЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Гросу А.А., Склярова Л.В.

Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель исследования: оценка длительности сохранения синусового ритма (СР) у пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) после кардиоверсии (КВ), значение сопутствующей сердечной патологии.

Методы: группу обследованных лиц составили 118 пациентов (47 женщин) средний возраст 50,3±0,6 года с персистирующей ФП: из них 67 – с ишемической болезнью сердца (ИБС), 64 – с артериальной гипертонией (АГ), у 23 была документирована дилатационная кардиомиопатия (ДКМП). У 64 пациентов установлена изолированная форма ФП. Средняя длительность последнего эпизода составила 5,3±0,5 месяцев. В исследование были включены пациенты с длительностью ФП более 48 часов и поперечным размером левого предсердия ≥60мм.

Трансторакальная электрическая кардиоверсия (КВ) проводилась через 3 недели приема непрямых антикоагулянтов с достижением и поддержанием уровня международного нормализационного отношения (МНО) в пределах от 2 до 3, который продолжался в течение 1 месяца после восстановления СР. Профилактическая антиаритмическая терапия после проведения КВ не назначалась до момента следующего рецидива аритмии.

С целью анализа длительности удержания СР и оценки влияния сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) пациенты были разделены на 2 группы: I группу (n=29) составили пациенты с изолированной формой ФП, II группу (n=89) составили пациенты с сопутствующими ССЗ.

Результаты: эффективность электрической КВ была неодинакова в зависимости от сопутствующих ССЗ. Более высокий процент восстановления СР был отмечен в группе пациентов с изолированной формой ФП (93,8%), АГ (95,3%) и ДКМП (97,7%). В группе пациентов с ИБС СР был восстановлен лишь в 86,4%.

Частота рецидивов в течение первого месяца после восстановления СР составила 20,7% у пациентов I группы и 19,1% у пациентов II группы. Через 6 месяцев 31% пациентов I группы и 39,3% II группы вернулись к ФП. К концу первого года наблюдения СР сохранили 53% пациентов с изолированной формой ФП и 43,1% пациентов в группе с сопутствующими сердечными заболеваниями.

Выводы: в группе с сопутствующими ССЗ более длительное сохранение СР в первый год после кардиоверсии отмечено у пациентов с АГ. ИБС является неблагоприятным фактором и предполагает низкий процент успеха электрической КВ и ранние рецидивы ФП в течение первого года (сохранение СР к концу первого года наблюдения лишь у 33,3% пациентов).

Наличие ССЗ не влияло на сохранение СР в первые 6 месяцев после электрической КВ.

0245 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Гросу А.А,Склярова Л.В, Казаку В.И,

Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель: изучение особенностей клинического течения изолированной формы фибрилляции предсердий (ФП) при длительном наблюдении.

Методы: группу обследованных лиц составили 45 пациентов с изолированной формой ФП (18 женщин), средний возраст 45±1,5 лет. У всех пациентов были документированы эпизоды ФП без клинических или эхокардиографических признаков сердечно-легочного заболевания, средняя длительность пароксизмов составила 42,1±2,3 часов. Во всех случаях эпизоды купировались самостоятельно. Пациенты наблюдались в течение 9,8 ± 0,67 лет. При динамическом обследовании один раз в год определяли частоту и длительность рецидивов, регистрировали ЭКГ.

С помощью эхокардиографического исследования определяли размеры полостей сердца, оценивали систолическую функцию левого желудочка

Результаты: к концу периода наблюдения у 29 (64,4%) пациентов сохранился синусовый ритм, из них у 17 (58,6%) отмечались короткие рецидивы ФП (длительностью менее одного часа). У 9 (31%) пациентов рецидивы ФП отмечались еженедельно, у 12 (41,4%) – ежемесячно и у 8 (27,6%) пациентов один раз в год. Персистирующая форма ФП была документирована у 6 (13,3%) пациентов в среднем через 5,7±1,2 лет наблюдения, в 4 случаях для восстановления синусового ритма использовалась трансторакальная элекрокардиоверсия. Постоянная форма ФП развилась у 5 (11,1%) пациентов в среднем через 13,1±2,1 лет от первого эпизода аритмии, из них у 4 были зафиксированы повышенные цифры артериального давления (систолическое АД 162,1±4,3 mm Hg). Из общего числа обследованных, 5 (11,1%) пациентам потребовалась имплантация электрокардиостимулятора в среднем через 6,5 лет от начала заболевания. Показанием для имплантации явилась дисфункция синусового узла с синусовой брадикардией, эпизоды сино-атриальной блокады II степени. Анализ эхокардиографических показателей выявил

Tesis_006_end.indd 109 24.08.2006 22:25:00
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тенденцию к увеличению размера левого предсердия (ЛП) в группе пациентов с пароксизмальной и персистентной формой ФП (от 35,9±1,7 до 38,8±1,1 mm и от 37,0±1,1 до 40,9±1,2 mm, соответственно, p<0,005). Значительное увеличение размера ЛП к концу периода наблюдения отмечено в группе пациентов перешедшие в хроническую форму ФП (от 37,8±0,8 до 44,9±1,2 mm, p<0,005). Ухудшение клинических признаков сердечной недостаточности было отмечено у 6 пациентов, 5 из них были в группе пациентов с хронической формой ФП.

Выводы: артериальная гипертония и увеличение размера ЛП являются факторами определяющие развитие постоянной формы ФП.

0246 НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НЕ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Гросу А. А., Давид Л. А., Цуркану В.И.
Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Целью исследования было изучение распространенности нарушений углеводного обмена у больных с острым коронарным синдромом (ОКС).

Методы и результаты: в исследование включили 184 больных с ОКС (нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда с или без зубца Q) госпитализированных в клинику Института Кардиологии с ноября 2004 года по январь 2006 года, которым перед выпиской из больницы был проведен тест толерантности к глюкозе (ТТГ) с 75 граммами глюкозы. Критериями исключения служили присутствие в анамнезе сахарного диабета, а также выявление у больного в период госпитализации уровня глюкозы натощак >7 ммоль/л.

Средний возраст больных включенных в исследование был 62,5±11 лет, 73% составили мужчины. У 41% пациентов установили диагноз нестабильной стенокардии, а у 59% был диагностирован острый инфаркт миокарда (в том числе 33% с зубцом Q и 26% без зубца Q).

По результатам ТТГ у 66,3% больных определили нормальные показатели уровня глюкозы натощак и через 2 часа после нагрузки 75 граммами глюкозы. У остальных 33,7% обследованных выявили нарушения метаболизма глюкозы, в том числе у 27,2% констатировали нарушение толерантности к глюкозе, а у 6,5% диагностировали сахарный диабет. Больные с нарушениями гомеостаза глюкозы были старше (63,6±1 vs 60±1 лет p<0,05), положительный ТТГ чаще наблюдали у женщин (45,6% и 29,7% p=0,05). Не отметили достоверных различий в частоте выявления нарушений обмена глюкозы у больных с разными клиническими формами ОКС.

Показатели массы тела и окружности живота были значительно выше у больных с нарушениями гомеостаза глюкозы чем у пациентов без таковых (27,8±3,3 vs 29,8±4,4 кг/м 2 и 80,6±0,9 vs 104±10,6 см, соответственно). У первых чаще наблюдали гипертриглицеридемию. У пациентов с положительным ТТГ была также отмечена тенденция более частого развития осложнений болезни (сердечной недостаточности и снижения фракции выброса< 45%) в период госпитализации.

Выводы: использование у больных с острым коронарным синдромом теста толерантности к глюкозе позволяет выявить 33,7% новых лиц с раннее не диагностированными нарушениями метаболизма глюкозы (нарушение толерантности к глюкозе, сахарный диабет). Выявление нарушений углеводного обмена у больных с острым коронарным синдромом имеет большое клиническое значение, т.к. дает возможность правильно выбрать тактику их дальнейшего ведения и лечения, что обеспечивает потенциальную возможность улучшения прогноза у этой категории пациентов с высоким риском.

0247 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST- ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ У МУЖЧИН И У ЖЕНЩИН

Гросу А. А., Давид Л. А., Калдаре Л.Д.
Институт Кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель: изучали особенности клинического течения острого коронарного синдрома (ОКС) у мужчин и женщин при длительном наблюдении

Методы: в исследование включили 141 больных поступивших в Клинику кардиологии с ОКС и депрессией сегмента ST, 65% мужчин, средний возраст 61±0,9 лет. Диагноз ОКС (нестабильная стенокардия (НС), острый инфаркт миокарда (ИМ)) основывался на: наличии приступа стенокардии продолжительностью >10 Минут, появлении депрессии сегмента ST≥1 мм в не менее 2 отведениях ЭКГ и /или соответствующем увеличении в крови уровня КФК-МВ, а также перенесенном раннее ИМ. После выписки больных наблюдали в течение 17±0,7 месяцев. Изучали смертность, приверженность больных к лечению, развитие нефатального ИМ, сердечной недостаточности (СН).

Результаты: женщины были старше по возрасту (63,8±1,3 vs 59±1 лет, p<0,01), половина из них имели >65 лет. Они чаще мужчин страдали артериальной гипертонией, анемией, избыточным весом (p< 0,05), реже курили, имели в анамнезе ИМ, процедуры реваскуляризации миокарда, а также страдали перемежающей хромотой (p<0,05). Большинство пациенток (89%) были в менопаузе. У женщин чаще выявили гиперхолестеринемию. У каждой третьей женщины (vs у одного из 5 мужчин) данный приступ боли возник впервые и они чаще обратились за скорой медицинской помощью (65% vs 43% p 0,05), в то время как мужчины посетили врача в поликлинике (41% vs 21% p<0,05). Диагноз НС и острого ИМ встречались с одинаковой частотой не зависимо от пола. Не выявили также существенных различий по полу в клиническом течении болезни в период госпитализации. Коронарография была чаще проведена мужчинам (45% vs 23% p<0,01). Отсутствие гемодинамически значимых сужений (<50%) коронарных сосудов наблюдали чаще у женщин, в то время как выраженные изменения (≥75%) встречались с одинаковой частотой у обоих полов. За время наблюдения умерли 11,3% пациентов, зависимости смертности от пола не отмечено. В то же время, внезапную смерть чаще регистрировали среди мужчин (81% vs 25% p<0,01), а фатальный ИМ – среди женщин (50% vs 9% p<0,01). Нефатальный ИМ после выписки перенесли 21% включенных в исследование, вне зависимости от пола. Нарастание или появление СН наблюдали у 31% больных, несколько чаще у женщин (42% vs 25% p 0,05) Процент лиц которые продолжили прием назначенных лекарств после выписки из больницы был несколько больше среди женщин.

Выводы: таким образом, ОКС с депрессией сегмента ST встречается в реальной популяции больных в 2 раза реже у женщин, чем у мужчин. Женщины были старше по возрасту, чаще страдали артериальной гипертонией, избыточным весом, анемией, гиперхолестеринемией. Частота постгоспитальной смертности в последующие 1,5 года после перенесенного ОКС не различалась среди мужчин и женщин, но первые чаще умирали от внезапной смерти, а последние – от инфаркта миокарда. У женщин чаще отметили развитие сердечной недостаточности при длительном наблюдении.

0248 ЧАСТОТА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Гросу А.А, Диакону Н.В., Давид Л.А., Склярова Л.В.
Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Tesis_006_end.indd 110 24.08.2006 22:25:01
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования: анализ клинических факторов, влияющих на летальный исход у больных перенесших ишемический инсульт (ИИ), роль сопутствующей мерцательной аритмии (МА).

Материал и методы: из общего числа больных (n=731) госпитализированных с ИИ в неврологическое отделение муниципальной больницы г. Кишинева, в течении одного года, были выбраны все истории болезни умерших пациентов вследствие ИИ (n=133), что составило 18,2%.

Средний возраст этих больных составил 71±4,6 лет, из них 64,4% женщины. Анализировали данные анамнеза, наличие сердечно-сосудистой патологии, изучали ЭКГ, а также результаты патоморфологического исследования. Больные были разделены на две группы: в I группу вошли 62 пациента с документированной на ЭКГ мерцательной аритмией, во II группу –71 пациента без МА.

Результаты: в I группе преобладали лица старше 70 лет (41,9%), средний возраст мужчин составил 72,3±5,2 лет, женщин 73,7±4,5 лет. У этих больных был отмечен более длительный период госпитализации у мужчин (6,26 дней) в сравнении с женщинами (5,36 дней). Среди этих больных выявили более высокую смертность у мужчин возрастной группы 70-79 лет. Средний возраст мужчин II группы составил 70,1±4,1 лет, женщин 71,8±3,9 лет. Характеристика по полу и возрасту не отличалась от I группы. Во II группе длительность пребывания в больнице была больше у женщин (6,1 дней vs 5,0 дней). Здесь констатирована более высокая смертность среди мужчин возрастной группы 60-69 лет. Сердечно-сосудистая патология присутствовала у 99,2% изученных больных. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) присутствовала у больных I группы (82,2% vs 64,7%). Артериальная гипертензия (АГ) встречалась с одинаковой частотой в обеих группах больных (90,3% и 91,5% соответственно). Сочетание ИБС и АГ чаще отмечали среди пациентов I группы (72,6% vs 56,9%), а ревматические пороки только у больных первой группы (6,5%). Инфаркт миокарда в анамнезе чаще отмечен в I группе (50% vs 32,4%), а ИИ в анамнезе преобладал у пациентов II группы (38% vs 33,8%). Клинические признаки сердечной недостаточности, чаще присутствовали у пациентов I группы (86% vs 72%). Сахарный диабет встречался с одинаковой частотой в обеих группах (45,1% и 44,9%). Анализ данных патоморфологического исследования проведенного у 103 умерших в группе пациентов с МА выявил: гипертрофию левого желудочка (ГМЛЖ) (толщина стенки ЛЖ>1,5 см) у 58% больных, постинфарктный кардиосклероз у 43,5%.

Выводы: большинство смертельных исходов у больных с ИИ отмечены при наличии МА (46,9%) в сочетании с сердечно-сосудистой патологией. Возраст >70 лет, женский пол, ГМЛЖ и сопутствующая МА являются факторами, определяющие более высокую смертность при ишемическом инсульте.

0249 ПОИСК ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КАК ОРГАНА-МИШЕНИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II СТЕПЕНИ

Грязнов А.В., Савельева Н.Ю., Жержова А.Ю., Гапон Л.И., Криночкин Д.В., Вдовенко С.В.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Введение. Проблема нефропротекции при эссенциальной артериальной гипертонии (ЭАГ) остается малоизученной, в частности по срокам начала активного медикаментозного вмешательства.

Целью данного исследования явился анализ показателей почечной гемодинамики и лабораторных тестов функции почек у больных с ЭАГ II степени в сравнении с группой здоровых лиц для выявления наиболее ранних маркеров их поражения.

Материалы и методы. В исследование включено 57 пациентов с АГ II степени. Средний возраст 40,2±1,8 лет, средний стаж АГ – 5,82±1,04 лет. Средние показатели систолического АД (САД) офисного – 143,68±3,25 Мм рт.ст., диастолического АД (ДАД) 95,76±1,68 Мм рт.ст. В группу контроля вошло 20 здоровых лиц в возрасте 35,7±2,6 лет; САД офисное – 116,4±2,4 Мм рт.ст., ДАД – 77,6±2,1 Мм рт.ст.

Изучение параметров почечной гемодинамики проводилось с помощью ультразвуковой допплерографии почечных артерий на аппарате Agilient Image Point HX (Hewelett Packard, США). Для количественного определения уровня микроальбуминурии (МАУ) использовался нефелометрический метод на иммунохимическом анализаторе белков «Turbox plus» (Orion Corporation Orion Diagnostica, Финляндия). Скорость клубочковой фильтрации рассчитывалась по формуле Кокрофта-Гаулта.

Результаты исследования. Показатели суточной экскреции альбумина с мочой не отличались в обеих группах: в исследуемой группе – 17,4±1,7 мг/сут. , в контрольной – 15,9±2,7 мг/сут. ; скорость клубочковой фильтрации также не отличалась в группе АГ II степени (116,7±4,6 мл/мин) и группе контроля (116,5±5,9 мл/мин).

У больных АГ II степени выявлены достоверно большее значение индекса резистентности междолевых почечных артерий 0,61±0,01, чем в контрольной группе 0,58±0,01 (p=0,041) и, напротив, достоверно значимое снижение скоростных показателей внутрипочечного кровотока на уровне междолевых артерий по сравнению с группой контроля по данным допплерогрфии: в анализируемой группе систолическая (0,34±0,02 м/с, p=0,017) и диастолическая (0,12±0,01 м/с; p=0,019) скорости кровотока, у здоровых лиц – 0,38±0,02 м/с и 0,15±0,01 м/с соответственно.

Заключение. Гемодинамическая перестройка регуляции функций почек с активным включением их в патогенез ЭАГ наблюдается уже на ранних стадиях заболевания, когда общепринятые маркёры поражения органов-мишеней, в т.ч. достаточно чувствительные, такие, как МАУ, ещё «молчат». Это проявляется в снижении скоростных показателей и повышении индекса резистентности на уровне междолевых почечных артерий, что, вероятно, требует наиболее раннего начала лекарственной нефропротекции.

0250 ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСНОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПО ПОЛИМОРФИЗМУ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ

Губаев К.И., Насибуллин Т.Р., Карамова И.М., Закирова А.Н., Мустафина О.Е.

Институт Биохимии и генетики УНЦ РАН; ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»; ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Хроническая сердечная недостаточность ишемической этиологии (ХСН) является одним из самых распространенных, быстро прогрессирующих и прогностически неблагоприятных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Исследование молекулярно-генетических основ ХСН представляет значительный интерес для понимания ее этиопатогенеза.

Цель проведенного исследования состояла в анализе ассоциаций с ХСН аллельных вариантов генов, кодирующих компоненты ренин-ангиотензин-альдостероновой системы: генов ангиотензин-превращающего фермента (ACE, полиморфизм I/D в интроне 16), рецептора ангиотензина II первого типа (AT1R, 1166A/C), химазы (CMA, –1903G/A), альдостеронсинтазы (CYP11B2, –344T/C) в этнических группах русских и татар.

Материалы и методы. Материалом исследования служили образцы ДНК, полученные от 216 мужчин с ХСН, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (из них 134 татарина, 82 русских по этнической принадлежности). Полиморфизм генов анализировали методами ПЦР и ПЦР-ПДРФ. Контрольная

Tesis_006_end.indd 111 24.08.2006 22:25:01
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

группа состояла из 259 мужчин (137 татар и 122 русских). Для оценки функционального класса (ФК) у всех пациентов проводился тест с 6-минутной ходьбой. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование в М- и В-режимах. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2003, Statistica (v 6.0). Попарное сравнение частот аллелей и генотипов проводили с использованием точного двухстороннего теста Фишера. Относительный риск заболевания рассчитывали как соотношение шансов (OR – odds ratio).

Результаты и выводы. Обнаружены ассоциации полиморфизма –1903A/G гена CMA с ХСН в возрасте старше 45 лет у русских и татар по этнической принадлежности. Полиморфизм –344T/C гена CYP11B2 вносит вклад в развитие ХСН у татар в возрасте 45 лет и моложе. С риском развития ХСН у татар соотносятся полиморфизмы 1166A/C гена AT1R и –1903G/A гена CMA. Дилатация полости ЛЖ (КДР≥5.7 см.) у татар ассоциирована с генотипом CYP*T/*T и аллелью CYP*T (OR=2.54 и OR=1.69, соответственно). У этнических русских полиморфизм –1903G/A гена CMA ассоциирован с риском развития ХСН и более тяжелым течением заболевания ФК III-IV. Для русских старше 50 лет риск развития ХСН выше для носителей генотипа ACE*D/*D (OR=3.19) и аллели ACE*D (OR=2.10). С риском дилатации полости ЛЖ (КДР≥5.7 см.) для русских соотносится генотип CMA*A/*G (OR=3.85). Смешанный морфофункциональный тип ремоделирования ЛЖ (ИОМ 0.7-1.0) в группе русских пациентов характерен для носителей генотипа ACE*I/*D (OR=3.56). Дезадаптивное ремоделирование (ИОТ≥0.30) в группе русских пациентов чаще встречается у носителей генотипа CYP*T/*C (OR=3.13).

0251 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ, КОДИРУЮЩИХ КОМПОНЕНТЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Губаев К.И., Насибуллин Т.Р., Карамова И.М., Закирова А.Н., Мустафина О.Е.

ИБГ УНЦ РАН, Уфа, Россия; БГМУ, Уфа, Россия; ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

В последние годы молекулярно-генетические исследования играют значительную роль в изучении этиопатогенеза ХСН. Особый интерес представляет полиморфизм генов, кодирующих компоненты ренин-ангиотензин-альдостероновой системы – ангиотензин-превращающий фермент (ACE), рецептор ангиотензина II первого типа (AT1R), химаза (CMA), альдостеронсинтаза (CYP11B2). Цель: анализ ассоциаций полиморфизмов генов кодирующих компоненты РААС (полиморфизмы I/D гена ACE, 1166A/C гена AT1R, –1903G/A гена CMA, –344T/C гена CYP11B2) у больных с ХСН русских и татар по этнической принадлежности.

Материалы и методы: анализ генетического полиморфизма методом ПЦР и ПЦР-ПДРФ проведен у 216 мужчин (134 татарина и 82 русских), перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда. Контрольная группа состояла из 259 мужчин (137 татар и 122 русских). Для оценки функционального класса (ФК) у всех пациентов проводился тест с 6-минутной ходьбой. Всем больным проводилось эхокардиографическое исследование в М- и В-режимах. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2003, Statistica (v 6.0). Попарное сравнение частот аллелей и генотипов проводили с использованием точного двухстороннего теста Фишера. Относительный риск заболевания рассчитывали как соотношение шансов (OR – odds ratio).

Результаты и выводы. Полиморфизм –1903G/A гена химазы вносит вклад в формирование молекулярно-генетических основ развития ХСН у русских и татар в возрасте старше 45 лет. Полиморфизм –344T/C гена CYP11B2 повышает риск развития ХСН у этнических татар в возрасте 45 лет и моложе. С риском развития ХСН у татар соотносятся полиморфизмы 1166A/C гена AT1R и –1903G/A гена CMA. Дилатация полости ЛЖ у татар ассоциирована с генотипом CYP*T/*T и CYP*T полиморфизма –344T/C гена CYP11B2. У этнических русских полиморфизм –1903G/A гена CMA ассоциирован с риском развития ХСН и более тяжелым течением заболевания ФК III-IV. Для русских, старше 50 лет, риск развития ХСН выше у носителей генотипа ACE*D/*D полиморфизма I/D гена ACE. С риском дилатации полости ЛЖ у русских связан генотип CMA*A/*G полиморфизма –1903G/A гена химазы. Также у русских с процессами ремоделирования ассоциированы генотип ACE*I/*D полиморфизма I/D гена ACE и генотип CYP*T/*C полиморфизм –344T/C гена CYP11B2.

0252 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Губанова Т.Г., Баталин В.А., Баталина М.В.

ОрГМА, Оренбург, Россия

Результаты многоцентровых исследований свидетельствуют, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) является основной этиологической причиной развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). Причем по распространенности АГ Россия превосходит среднеевропейский уровень более чем на 25%. Медикаментозное лечение ХСН у пациентов с низкой фракцией выброса (ФВ) мало эффективно, а проведение хирургической реваскуляризации сопряжено с высокой вероятностью возникновения различных видов осложнений на всех этапах проведения оперативного вмешательства.

Цель исследования: определение эффективности аортокоронарного шунтирования (АКШ) у пациентов постинфарктным кардиосклерозом, осложненным ХСН с низкой ФВ, в зависимости от наличия или отсутствия АГ.

Под наблюдение, длившееся 19,9±1,101 мес, были взяты 40 мужчин в возрасте 40 – 60 лет с постинфарктным кардиосклерозом и ФВ<50%, проходивших стационарное лечение в кардиологическом и кардиохирургическом отделениях ГУЗ ОКБ № 1 г. Оренбурга. Всем пациентам было проведено АКШ с последующей медикаментозной терапией в соответствии с формулярной системой РФ. Среди наблюдаемых нами больных АГ страдали 32.

Проспективное послеоперационное наблюдение за пациентами включало проведение эхокардиографического исследования в динамике с целью контроля показателей сократительной способности миокарда и оценки основных параметров центральной гемодинамики. Исследование выполнялось на аппарате «ACUSON 128 XP/10» (США). Для оценки состояния коронарных артерий проводилась селективная полипозиционная коронарная ангиография. Оценку клинического состояния в динамике проводили с использованием шкалы оценки клинического состояния (ШОКС) при ХСН В.Ю. Мареева, 2000.

У прооперированных больных, страдающих АГ, отмечено достоверное увеличение ФВ с 41,00±0,852% до 49,97±1,158% (p<0,01), уменьшение конечного систолического размера с 5,00±0,108 см до 4,75±0,163 (p<0,05) и конечного систолического объема – со 126,44±4,920 до 104,52±7,450 (p<0,05). При этом выявлено уменьшение функционального класса ХСН с 2,69±0,363 до 1,09±0,164 (p<0,01).

У пациентов, не страдающих АГ, после реваскуляризации миокарда произошло увеличение ФВ с 39,50±1,991% до 46,63±2,471% (p<0,05), уменьшение конечного диастолического объема – с 221,29±8,944 мл до 190,25±3,400 мл (p<0,05), а функциональный класс ХСН уменьшился с 3,00±0,598 до 2,25±1,114 (p<0,05).

Tesis_006_end.indd 112 24.08.2006 22:25:01
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Таким образом, аортокоронарное шунтирование является эффективным методом лечения ХСН у больных постинфарктным кардиосклерозом с низкой ФВ независимо от наличия или отсутствия АГ, приводящим к улучшению основных параметров гемодинамики и клинического состояния.

0253 ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Гультяева Е.П., Бердинских С.Г., Гончаревич М.Ф., Гапон Л.И., Плюснин А.В.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы. Изучить влияние агонистов ангиотензиновых рецепторов телмисартана и эпросартана на гипертрофию миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) и некоторые показатели центральной гемодинамики при монотерапии у больных с сочетанием артериальной гипертонии (АГ) и хронической ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов мужского пола в возрасте 39-69 лет с верифицированным диагнозом АГ I-II степени в сочетании с ИБС, типичной стабильной стенокардией напряжения преимущественно II ФК по Канадской классификации. Проводилось простое параллельное исследование. Все пациенты после 1-недельного обследования в условиях стационара на фоне отмены предшествующей терапии были распределены на 2 группы. Пациенты 1 группы (31 человек, средний возраст 53,7 ±7,0 лет) получали телмисартан (микардис, производства фирмы “Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals”) в дозе 40-80 мг/сут, 2 группы (25 человек, средний возраст 51,9±2,0 г) – эпросартан (теветен, производства фирмы “Solvey Pharma”) в дозе 300-600 мг/сут. Показатели гемодинамики изучали по результатам ЭхоКГ: определяли конечный систолический (КСР) и диастолический (КДР) размеры, толщину межжелудочковой перегородки (МЖП), задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), измеренных в М-режиме по критериям PENN. По формуле Devereux R.B. и Reicher N. определяли массу миокарда (ММЛЖ). Дополнительно определяли фракцию выброса. Изучаемые параметры оценивались исходно (“чистый фон”) и через 8 недель монотерапии.

Результаты. При ЭХОКГ до назначения терапии у большинства пациентов обеих групп (75%) выявлены признаки ГМЛЖ.: концентрической – у 39% – 1 группа, у 30% – 2 группа, эксцентрической – у 13% и 6,7%, концентрического ремоделирования ЛЖ (КРЛЖ) – у 16% и 10 33,3% соответственно. В обеих группах на фоне терапии достоверно уменьшились уровни САД (на 14,7% и 21,6%) и ДАД (на 15,5% и 16,3%), и снизилось число приступов стенокардии в неделю (с 2,9±0,3 до 1,2±0,2 – в 1 группе, с 2,5±0,4 до 0,9±0,2 – во 2 группе). Телмисартан оказывал более выраженное влияние на ЭХОКГ параметры: достоверно уменьшились КДР, ММЛЖ, индекс ММЛЖ, толщина МЖП. На фоне терапии эпросартаном достоверно уменьшилась лишь МЖП. В обеих группах значительно уменьшилось число пациентов с концентрической (на 25% в 1 группе и на 6,7% во 2 группе) и эксцентрической ГЛЖ (на 6% и 2,1%). Соответственно, возросло число пациентов с признаками КРЛЖ (на 25% в 1 группе и 4,8% во 2 группе) и нормальной геометрией миокарда (на 6% и 3,3%).

Выводы. Таким образом, телмисартан и эпросартан наряду с выраженным гипотензивным действием и улучшением клинического течения стенокардии, оказывают положительное влияние на показатели центральной гемодинамики и уменьшают выраженность ГМЛЖ у больных с сочетанием АГ и ИБС, стабильной стенокардией напряжения и могут быть рекомендованы для терапии данной категории пациентов.

0254 МОДУЛЯЦИЯ ФИЗИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ И АДАПТАЦИИ К СТРЕССУ (ПРОДОЛЖЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ)

Гуляева С.Ф., Спицын А.П., Магомедов М.А., Гуляева О.В., Червоткина Л.А., Гуляев В.Г.

КГМА, санаторий «Нижне-Ивкино», Киров, Россия

Цель: Раскрытие механизмов адаптации к стрессу у больных ишемической болезнью (ИБС) в процессе занятий физическими тренировками.

Методы: проведено исследование у 50 больных ИБС, перенесших острый коронарный инцидент. Программа тренировок проводилась в соответствии Российского многоцентрового исследования «Физические тренировки на постстационарном этапе реабилитации после коронарных инцидентов» под руководством ГНИЦ ПМ МЗ СР РФ (Аронов Д.М). Реакции адаптации оценивались по данным кардиоинтервалографии, психофизиологические показатели по шкале Ридера, Айзенка. Толерантность к нагрузкам – по данным ВЭМ, и шаговым методом.

Результаты: исследования показали, что в процессе занятий физическими тренировками нормализация показателей кардиоинтервалографии отмечена у 67% больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда. Данная позитивная динамика сопровождалась нормализацией психофизиологических показателей у 79% больных. Полученные данные находятся в соответствии с результатами предыдущих исследований, свидетельствующих о том, что в основе позитивного действия физических тренировок (ФТ) лежит коррекция эндогенной вегетативной реактивности и психофизиологических характеристик (r=0,71). Полученные данные сопровождаются улучшением клинического состояния больных в большинстве процентов случаев.

Выводы: выявлена взаимосвязь между показателями кардиоинтревалографии, психофизиологическим статусом и клиническим течением ИБС. Физические тренировки можно рассматривать как модулирующий фактор вегетативной реактивности организма и процессами адаптации больных ИБС.

0255 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Гуничева Е.А., Логачева И.В., Ожегов А.М.

Ижевская государственная медицинская академия, ГУЗ “РКДЦ”, Ижевск, Россия

Цель: изучение влияния исходного вегетативного статуса на показатели суточного мониторинга артериального давления (СМАД).

Методы: обследовано 28 подростков предпризывного возраста с артериальной гипертензией (АГ) I степени, в возрасте 16-18 лет (средний возраст 16,6±0,12). Проведен анализ данных СМАД в трех группах подростков: ваготоников, дистоников, симпатотоников. Диагноз АГ верифицирован на основании данных артериального давления (АД), значения которых превышали 95 перцентиль для соответствующего возраста, пола и роста. Исследование вегетативного статуса включало обязательный анализ исходного вегетативного тонуса по методике А.М. Вейна и соавт. (1986), модифицированной с учетом детского и подросткового возраста. Все исследуемые имели клинические проявления вегето-сосудистой дистонии, в связи с чем были разделены на 3 группы: дистоники (10 человек – 36%), ваготоники (9 человек – 32%), симпатотоники (9 человек – 32%). Различия в соотношении групп оценивались с помощью метода 2.

Результаты: индекс времени систолического АД в дневное время превалировал у симпатотоников и дистоников над данным показателем у ваготоников (на 9,3±1,71), что свидетельствовало о стабильной форме АГ у этих двух категорий боль-

Tesis_006_end.indd 113 24.08.2006 22:25:02
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ных. Индекс времени диастолического АД в дневное и ночное время значительно превалировал у симпатотоников (15,7±1,59 против 7,7±0,74 у ваготоников), что указывало на недостаточное снижение сосудистого тонуса в ночное время у этой группы подростков. Привлекают внимание данные суточного индекса в группе ваготоников: 44,4% больных имели недостаточную степень снижения АД в ночное время суток, что соответствовало гиперсимпатикотонической реактивности подростков с преобладанием исходной ваготонии.

Выводы: у симпатотоников и дистоников регистрируется стабильное повышение АД в дневное время суток. В группе симпатотоников обнаружены отклонения, свидетельствующие о повышении сосудистого тонуса. Ваготоники с гиперсимпатикотонической реактивностью со стойким повышением АД в ночное время суток имеют неблагоприятный прогноз в отношении сердечно-сосудистых осложнений. Зарегистрированные показатели СМАД у подростков с вегето-сосудистой дистонией предполагают последующую адекватную медикаментозную терапию.

0256 РЕЗИСТЕНТНЫЕ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ)

Гуревич М.А.

МОНИКИ, Москва, Россия

Обследовано 56 больных с резистентной артериальной гипертонией (АГ). К причинам резистентности относятся: отсутствие рациональных медикаментозных мер по снижению АД; неадекватная диуретическая терапия; низкие дозы антигипертензивных препаратов; неадекватные комбинации антигипертензивных средств; использование лекарственных препаратов, повышающих АД; отсутствие приверженности к назначенному лечению. Основную группу пациентов со злокачественной АГ составляли (более 80%) больные с вторичной (симптоматической) АГ, осложненной злокачественным гипертензивным синдромом. К основным критериям злокачественной АГ относятся: уровень системного АД 220/130 Мм рт. ст., наличие офтальмоскопических признаков нейроретинопатии III-IV стадии, признаки фибриноидного артериолонекроза почек по данным пункционной биопсии. Лечение практически всегда включало использование 3-4 и более антигипертензивных средств, целесообразно шире использовать АРА II, агонисты центральных 2 адренорецепторов или имидазолиновых рецепторов, инфузии простагландина, экстракорпоральные методы детоксикации.

Выделены варианты лекарственной и алкогольной АГ, особенности их терапии.

0257 ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Гуревич М.А., Тазина С.Я., Кабанова Т.Г.

МОНИКИ, Москва, Россия

Цель: разработка клинических, электрокардиографических, эхокардиографических, морфологических критериев поражения миокарда при инфекционном эндокардите (ИЭ), оценка прогностической значимости миокардиальной патологии.

Методы: обследовано 47 больных ИЭ: 30 мужчин, 17 женщин. Больные 20-40 лет составили 55,3%. Изучались две группы: I – 22 пациента с выраженным поражением миокарда, II – 25 с невыраженным поражением сердечной мышцы. Для разработки диагностических критериев тяжелого поражения сердечной мышцы изучены анамнестические, клинические, электрокардиографические, эхокардиографические признаки, имеющие достоверные отличия у больных с разной степенью поражения миокарда до лечения. Наличие выраженного поражения миокарда подтверждено с помощью электронно-микроскопического исследования интраоперационных биоптатов ушка правого предсердия.

Результаты: Отмечено достоверное отличие длительности ИЭ у больных с разной степенью поражения миокарда ($p<0,05$). Средняя длительность заболевания у больных с выраженной патологией сердечной мышцы составила 24,03±10,22 месяца, с невыраженной 7,5±2,09, что указывает на необходимость ранней диагностики ИЭ и адекватной терапии. У пациентов с невыраженным поражением сердечной мышцы они были близки к нормальным значениям. Тяжелая патология миокарда характеризовалась существенным увеличением конечного систолического объема (КСО) – 123,4±10,39 см3, конечного диастолического объема (КДО) – 268,9±13,32 см3, конечного систолического размера (КСР) – 4,7±0,18 см., конечного диастолического размера (КДР) – 7,1±0,19 см., размеров левого предсердия – 4,8±0,19 см. Отмечено достоверное повышение давления в легочной артерии – 44,5±3,40 мм.рт.ст., что почти в 3 раза превышает нормальные показатели. У больных с выраженным поражением миокарда достоверно чаще встречались электрокардиографические признаки перегрузки предсердий и желудочков, желудочковая экстрасистолия ($p<0,05$), суправентрикулярная тахикардия ($p<0,01$), атрио-вентрикулярная блокада ($p<0,05$), очаговые и очагово-подобные изменения на электрокардиограмме.

По данным электронной микроскопии при выраженном поражении миокарда обнаружено большое количество кардиомиоцитов с существенными изменениями миофибрилл, саркоплазматического ритикулума, разрушением ядерной мембраны, часто встречались крупные вторичные лизосомы, участвующие в разрушении клетки.

При выраженном поражении миокарда отмечен менее благоприятный прогноз заболевания ($p<0,05$).

Выводы: У больных ИЭ необходимо исследование состояния сердечной мышцы с целью выбора тактики лечения, определения прогноза заболевания. Наиболее информативными критериями поражения миокарда при ИЭ являются изменение структуры и геометрии левого желудочка, желудочковая экстрасистолия высоких градаций, очаговые изменения, атрио-вентрикулярная блокада различных степеней. При выраженной патологии сердечной мышцы отмечаются глубокие дистрофические изменения кардиомиоцитов.

0258 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Гуревич М.А., Мравян С.Р., Григорьева А.М.

МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Цель: изучение клинической картины, тиреоидного статуса и содержания липидов в сыворотке крови у женщин с развитием ишемической болезни сердца (ИБС) в постменопаузальном периде.

Методы: Обследовано 25 женщин в возрасте от 53 до 75 лет (средний возраст 63,3±9,8 года) с ИБС, проявляющейся стенокардией напряжения II-III функционального классов. Диагноз был верифицирован проведением нагрузочных проб и ангиокоронарографии. У всех пациенток определяли содержание в сыворотке крови липидов и гормонов щитовидной железы.

Результаты: наиболее четким признаком развития ИБС и сердечно-болевого синдрома у женщин явилась связь стенокардии с физической нагрузкой. Выраженность электрокардиографических проявления ИБС не коррелировала с наличием и тяжестью коронарного атеросклероза по данным ангиокоронарографии. Признаки атеросклероза коронарных артерий отмечены у 7 пациенток (28%).

Наиболее информативным показателем липидного обмена являлось содержание липопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Снижение содержания ЛПВП отмечено у 23 женщин (92%), а абсолютные значения составили 0,92±0,2 ммоль/л. Важным показателем, коррелирующим с развитием атероск-

Tesis_006_end.indd 114 24.08.2006 22:25:02
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

лероза коронарных артерий, явилось отношение общего холестерина к концентрации ЛПВП. Абсолютные значения, превышающие 8 ед., определялись у 6 из 7 женщин с признаками коронарного атеросклероза.

У 10 женщин (6 – в возрасте до 60 лет и 4 – более 60 лет) отмечено развитие субклинического гипотиреоза, проявляющегося повышением уровня тиреотропного гормона при нормальном содержании свободного тироксина (5,2±1,3 мкЕд/мл и 17,5±3,8 нмоль/л соответственно). Корреляция между нарушением липидного спектра и признаками субклинического гипотиреоза отмечались лишь у женщин в возрасте до 60 лет, причем при развитии гипотиреоза чаще и в большей степени изменялось содержание триглицеридов, а также изменялось отношение общего холестерина и ЛПВП. У этих больных чаще отмечалось развитие диастолической артериальной гипертензии.

Выводы: для женщин в перименопаузальном периоде характерно развитие микрососудистой формы ИБС. Показанием к коронарографии является наличие типичной коронарной боли вне зависимости от результатов нагрузочного тестирования и изменений ЭКГ в покое. Диагностика ИБС носит комплексный характер, а результаты коронарографического исследования лишь служат подтверждением диагноза или рассматриваются с точки зрения дальнейшего хирургического лечения. Субклиническое течение гипотиреоза с увеличением окисления холестерина, потенцированием эндотелиальной дисфункции и развитием диастолической артериальной гипертензией является важным фактором прогрессирования атеросклероза у женщин среднего возраста в постменопаузальном периоде. У женщин пожилого возраста развитие ИБС чаще отмечается на фоне систолической артериальной гипертензии, выраженности атеросклеротического поражения различных сосудистых бассейнов и сахарного диабета.

0259 СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЕТВЕЙ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Гуревич О.В.

Кафедра госпитальной терапии СГМА, Смоленск, Россия

Актуальность проблемы ТЭЛА в настоящее время обусловлена тяжестью течения заболевания, высокой летальностью и трудностями своевременной диагностики этого осложнения из-за полиморфизма развивающихся клинических синдромов и большого разнообразия фоновой патологии.

Для изучения особенностей современного течения тромбоэмболии ветвей лёгочной артерии и методов её диагностики, обследовано 85 больных, поступивших в клинику с подозрением на данное осложнение. Для диагностики оценивались клинические данные, результаты электрокардиографии, эхокардиографии, ультразвукового исследования периферических вен.

Анализ клинических проявлений ТЭЛА показал, что у 90% пациентов среди жалоб была одышка, различной интенсивности, у 49 (58%) боли в грудной клетке, у 27 (31,6%) синкопальные состояния, у 13 человек (15%) кровохарканье. Кашель отмечен у 18 (21%). По ЭКГ: тахикардия у 74%, признаки перегрузки правых отделов у 47%. Наиболее информативными в диагностике ТЭЛА явились данные эхокардиографии: лёгочная гипертензия (выше 35 мм рт.ст) у 100%, дилатация правых камер сердца у 90%, парадоксальное движение МЖП в 80%, тромбы в полостях сердца у 20% больных. У 55% при УЗИ периферических вен найдено нарушение кровообращения и тромбы в просвете сосудов.

В диагностике ТЭЛА важна комплексная клиническая и параклиническая оценка данных: наличие факторов риска, особенности клиники, ЭКГ, ЭхоКГ, УЗИ вен нижних конечностей. Наиболее информативными являются показатели эхокардиографии. Данные методы доступны, позволяют достаточно точно диагностировать тромбоэмболию ветвей лёгочной артерии и выбрать оптимальные методы лечения.

0260 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Гурфинкель[1] Ю.И., Кудуткина[1] М.И., Орлов[2] В.А

[1]Центральная клиническая больница № 1 ОАО РЖД, Москва.
[2]Кафедра Клинической фармакологии и терапии РМАПО, Москва, Россия

В условиях сниженного сердечного выброса создаются предпосылки для вовлечения в патологический процесс микроциркуляторного звена кровообращения (Atterhog и соавт., 1971; Беленков Ю.Н., 1994; Флоря Г.В., Мареев В.Ю.,1995; Маколкин В.И., 2000). Предварительные исследования (Гурфинкель Ю.Г., Кудуткина М.И., 2003) показали высокую значимость параметров микроциркуляции (МЦ) у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) для оптимального подбора медикаментозной терапии.

Цель исследования: количественная оценка параметров микроциркуляции у здоровых и больных с ИБС, осложненных ХСН.

Материал и методы: Обследованы восемь мужчин (54,7±3,1) без сердечно-сосудистой патологии и 39 пациентов (25 мужчин и 14 женщин), ср. возраст 62,2±9,3 с ИБС и ХСН ФК-1-3 (по NYHA). У 34 пациентов в анамнезе инфаркт миокарда (ИМ). Первую группу составили 26 человек с ИБС и артериальной гипертензией (АГ): 17 – со стенокардией ФК-2 и 9 со стенокардией ФК-3 . У 7 пациентов ХСН ФК-1 , у 16 пациентов ХСН ФК-2, у 3 пациентов ХСН ФК-3. Вторую группу составили 8 человек с ИБС без АГ: 4 – со стенокардией ФК-2 и 4 – со стенокардией ФК-3. У 1 пациента ХСН ФК-1, у 5 пациентов ХСН ФК-2, у 2 пациентов ХСН ФК-3 . В третью группу вошли пациенты с фракцией выброса (ФВ) менее 40%. У всех исследуемых проводилось Эхо-КГ. Определялись конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), ударный объем (УО) мл, фракция выброса (ФВ)%. Капиллярный кровоток исследовался в эпонихии пальцев левой руки с помощью компьютерного капилляроскопа (Гурфинкель Ю.И. и соавт., патент РФ № 2129266 от 15.05.98 г.). Программное обеспечение позволяет определять линейный размер периваскулярной зоны (ПЗ) мкм, скорость капиллярного кровотока (СКК) мкм/с. В процессе исследования три группы больных получали традиционное медикаментозное лечение, включая диуретики (фуросемид 40 мг 2 раза в неделю) и ацетилсалициловую кислоту 0,25 мг в день.

Результаты исследования и их обсуждение: во всех трех группах до и после лечения СКК мкм/с оказалась достоверно ниже по сравнению со здоровыми добровольцами, а ПЗ у тех же трех групп оказалась достоверно выше, чем у здоровых добровольцев. При проведении медикаментозного лечения отмечено уменьшение ПЗ, по всей вероятности, за счет уменьшения тканевого отека. Применение компьютерной капилляроскопии у кардиологических больных позволяет оценить состояние микроциркуляторного русла, помогает оптимизировать медикаментозную терапию, количественно оценить ее эффективность в динамике.

0261 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Гурченок А.Г., Округин С.А., Зяблов Ю.И.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: изучить заболеваемость нестабильной стенокардией (НС) и острым инфарктом миокарда (ОИМ) населения Томска в возрасте 20-70 лет за 2003-2004 гг.

Tesis_006_end.indd 115 24.08.2006 22:25:02
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Методы исследования: исследование проводилось в рамках программы ВОЗ «Регистр острого инфаркта миокарда». Обследовались все больные, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров был выставлен диагноз «Нестабильная стенокардия». Были выделены следующие клинические формы (КФ) НС: 1-впервые возникшая стенокардия, 2-учащение приступов стенокардии без изменения их характера, 3-учащение приступов стенокардии с изменением их характера, 4-затянувшийся приступ стенокардии длительностью более 20 Минут. Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней с момента появления соответствующей симптоматики. За два года было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Обследовано 2139 (77,5%) больных. Наличие НС подтвердилось у 1477 (69,1%) из них. Одновременно зарегистрировано 1458 больных ОИМ.

Результаты: в 2003 году уровень заболеваемости НС составил 1,90 случаев на1000 жителей, у мужчин – 2,70 и у женщин – 1,21 случай на 1000 жителей. В 2004 году отмечен достоверный рост данного показателя до 2,40 (P<0,05), за счет женщин (до 1,78, P<0,05). Статистически недостоверный рост заболеваемости отмечен и у мужчин (2,70 и 3,10 соответственно). В возрастно-половом аспекте для заболеваемости НС оказались характерными те же известные закономерности, что и для ОИМ. В динамике тенденция к ее росту просматривалась практически во всех возрастных группах и у мужчин и у женщин, однако статистически достоверный рост данного показателя отмечен только у женщин в возрасте 60-70 лет. За два года наблюдения показатель заболеваемости ОИМ существенно не изменился составив соответственно 2,03 и 1,92 случая на 1000 жителей и был недостоверно выше, чем при НС в 2003 году, но достоверно ниже (P<0,05) в 2004 году. Заболеваемость ОИМ у мужчин и у женщин так же не изменилась и составила 3,21 и 3,05 и 1,01 и 0,94 случая на 1000 жителей соответствующего пола. Если у мужчин различия в показателях заболеваемости ОИМ и НС достоверно не различались и в первый и во второй год исследования, то у женщин в 2004 году его уровень при НС оказался выше, чем при ОИМ (1,78 и 0,94 P< 0,05). В отдельных возрастных группах различия в заболеваемости НС и ОИМ были недостоверными за исключением возрастной группы 60-70 лет, где заболеваемость НС оказалась достоверно выше, чем при ОИМ (P>0,05). Во второй год исследования ситуация не изменилась.

Заключение: Уровень заболеваемости НС и ОИМ в Томске оказался практически идентичным. В возрастно-половом аспекте для НС оказались характерными те же закономерности, что и для ОИМ. Рост ее уровня при НС отмеченный в 2004 году связан вероятно с улучшением выявляемости случаев заболевания, а не с ростом числа заболевших.

0262 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Гусейнова Р.К., Казанбиев Н.К., Атаева З.Н., Османова А.В., Магомедов А.З., Ахмедова Д.А., Амбоян А.С., Эзиляева М.Р., Алиева М.Г., Османова Н.А.

Дагестанская Государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Качество жизни (КЖ) является неотъемлемым элементом современной медицины. Традиционное медицинское заключение, сделанное врачом, и оценка КЖ, данная самим больным, доставляет полную и объективную характеристику состояния здоровья больного.

Цель исследования: оценка влияния антигипертензивных препаратов на КЖ больных гипертонической болезнью (ГБ) I-II ст., высокого и очень высокого риска сердечно – сосудистых осложнений (классификация ВОЗ/МОГ – 1999г.)

Материалы и методы: нами обследовано 82 больных в возрасте 37–70 лет (средний возраст 56 лет), длительность ГБ 9–13 лет. С целью гипотензивной терапии был использован Амлодипин в с/д 5–10 мг.(А), Верапамил 9RO с/д 120–240 мг.(В), Престариум с/д 2–4 мг.(П). Доза препарата подбиралась индивидуально по мере снижения артериального давления (АД) и по эффективности.

Больные были разделены на 3 группы: группа А – 29 больных, группа В – 26 больных, группа П – 27 больных. До лечения и на второй неделе стационарного режима лечения определяли АД и КЖ по опросникам VAS (шкала визуальных аналогий) и DISS (шкала недееспособности). На третьей неделе терапии больным, у которых не был достигнут эффект нормализации АД к терапии А и В добавляли П, а к П – А или В. В результате сформировали три новые группы: группа АП – 35 больных, группа ВП – 33 больных, группа монотерапии (МТ)- 14 больных. Также проводился контроль АД и КЖ на амбулаторном этапе лечения – 15+1 неделя.

Результаты: На фоне проводимой монотерапии АД снизилось со 195/107 Мм рт. ст. до 140/84 Мм рт. ст. (p....0,01). В группе В отличный эффект в 29%, хороший – 50%; в группе А – соответственно по 35%; в группе П – 11% и 78% соответственно. На фоне сочетанной терапии через 15 недель, в среднем, АД снизилось со 191/109 Мм рт. ст. до 125/83 Мм рт. ст. (p<0,001). В группе ВП – отличный эффект – 30%, хороший – 53%; в группе АП – 23% и 60% соответственно, в группе МТ – 33% и 43% соответственно. Исходная оценка КЖ по опросникам была низкой. В группе В по шкале DISS выявлено достоверное улучшение во всех областях ежедневной деятельности и по шкале VAS – самочувствие (p<0,05). А в группе А и П улучшение показателей КЖ лишь по шкалам работа и семейная жизнь. На фоне комбинированной терапии в группе ВП улучшение всех показателей КЖ (p<0,001-0,024), в группе АП (p<0,01-0,001), в группе МТ – достоверное улучшение лишь по шкалам самочувствие и работа.

Заключение. Таким образом, проводимая терапия сопровождалась эффективным снижением АД и, одновременно, улучшением КЖ. Вместе с тем, в группах сочетанной терапии гипотензивный эффект был выше и достигал целевого АД 125/83 Мм рт. ст. и показатели КЖ по всем шкалам были достоверно выше, что показывает преимущество комбинированной терапии.

0263 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Дезорцева С.П., Шахова Е.Б.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности методов реваскуляризации миокарда у больных стенокардией, ассоциированной с сахарным диабетом 2 типа. Подвергнуты анализу результаты эндоваскулярной коррекции атеросклеротического поражения коронарных артерий и повторных вмешательств после их рестенозирования у 403 пациентов, из них 69 страдали сахарным диабетом 2 типа.

Возраст больных составил в среднем 54,7±3,3 года. Инфаркт миокарда в анамнезе отмечался у 39,1% больных с сахарным диабетом 2 типа и у 17,1% больных без диабета; сопутствующая артериальная гипертония – у 87,5% и 44,4% пациентов соответственно. По данным коронароангиографии многососудистое поражение было выявлено у 92,3% больных с сахарным диабетом 2 типа и у 65,7% больных без диабета. У больных диабетом отмечалось также более частое (71,3% против 38,4%) поражение проксимальных отделов коронарных артерий. В группе больных стабильной стенокардией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа суммарное количество пораженных артерий составило 161, или 2,33 сосуда на 1 пациента. В группе больных стабильной стенокардией без СД 2 типа суммарное количество пораженных артерий составило 659, или 1,97 сосуда на 1 пациента. Эти данные

Tesis_006_end.indd 116 24.08.2006 22:25:02
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

подтверждают более обширный и множественный характер поражения коронарного русла у больных стабильной стенокардией в сочетании с сахарным диабетом 2 типа, чем у пациентов без СД.

Коронарная баллонная ангиопластика как первичное вмешательство была проведена 126 пациентам (из них 20 с диабетом 2 типа), стентирование коронарных артерий – 277 пациентам (из них 49 с диабетом) с ангиографическим результатом 97,8% в группе без диабета и 93,7% в группе с диабетом. Все пациенты находились под наблюдением в течение 15 месяцев. Срок развития рестеноза коронарных артерий, подвергшихся эндоваскулярной коррекции, в группе больных с сахарным диабетом составил 8,5±0,3 мес, в группе без диабета – 12,2±0,7 мес. Последующее вмешательство включало: повторная ангиопластика коронарных артерий – у 98 пациентов (из них 33 с сахарным диабетом 2 типа), ангиопластика в сочетании со стентированием – у 20 больных (из них 9 с диабетом). Летальности в обеих группах пациентов не было.

В группе больных, которым при первичном интервенционном вмешательстве были установлены стенты с лекарственным покрытием «Cypher», как при наличии сахарного диабета 2 типа, так и без него, за время наблюдения рестенозов не отмечено.

Таким образом, данные исследования подтверждают более тяжелое течение ИБС у больных с СД 2 типа, а эффективность интервенционного лечения коронарной патологии демонстрирует хорошие ангиографические результаты, особенно при использовании стентов с лекарственным антипролиферативным покрытием.

0264 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Демин А.А., Дробышева В.П., Зарбуева Ю.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Обоснование исследования. Современный диагноз инфекционного эндокардита (ИЭ) базируется на вероятностной оценке диагностической значимости клинических, инструментальных и лабораторных критериев с тщательным анализом данных анамнеза, физического обследования, эхокардиографии (ЭхоКГ) и микробиологических исследований. Для мониторинга эволюции клинической картины и течения ИЭ необходимо сравнение новых и архивных баз данных с выявлением степени соответствия новых и прежних диагностических критериев.

Цель: проведение сравнительной оценки соответствия различных диагностических критериев ИЭ.

Методы: база данных последовательно поступивших в клинику 300 больных ИЭ (1985-2005 гг.) была проанализирована для оценки соответствия различных (новых – Duke-Li, 2002, и прежних – А.А. Дёмин, Ал.А. Дёмин, 1978) диагностических критериев. В работе использованы клинические, ЭхоКГ, микробиологические и морфологические методы исследования.

Результаты. Из 300 больных ИЭ, диагностированным по прежним критериям, согласно новым диагностическим критериями достоверный ИЭ был выявлен у 90%, вероятный – у 10% больных. Два больших клинических критерия были обнаружены у 114 (42%) из 270 больных достоверным ИЭ. Из 114 больных достоверным ИЭ у 52 (45%) диагноз был подтвержден на аутопсии, у 23 (20%) – при хирургической коррекции порока. Обнаружение одного большого и трех малых Duke-Li критериев позволили диагностировать достоверный ИЭ у 156 (58%) больных: вегетации при ЭхоКГ + 3 малых критерия – у 38 (14%), более чем двукратная положительная гемокультура + 3 малых критерия – у 118 (44%). Из них у 14 (9%) больных диагноз был подтвержден на аутопсии, у 13 (8%) – при хирургическом лечении. Больных ИЭ с наличием 5 малых критериев не наблюдали. Вероятный ИЭ диагностировали у 30 (10%) больных. У них отмечены следующие сочетания диагностических Duke-Li критериев: вегетации при ЭхоКГ + 1 малый признак – у 7 (23%), двукратная положительная гемокультура + 1 малый признак – у 9 (30%), 3 малых признака – у 14 (47%) больных. При динамическом наблюдении у 3 (10%) больных с вероятным ИЭ диагноз последнего подтвержден на аутопсии. Чувствительность диагностических Duke-Li критериев при ИЭ составила 91%.

Заключение. Выявленная высокая степень соответствия новых и прежних диагностических критериев ИЭ делает правомочным сравнение современных и архивных клинических баз данных при мониторинге эволюции клинической картины и течения ИЭ.

0265 НОВЫЙ АЛЛЕЛЬНЫЙ ВАРИАНТ T-4661C В 5'ФЛАНКИРУЮЩЕЙ ОБЛАСТИ ГЕНА ABCA1

Демина Е. П[1]., Родыгина Т.И.[1], Шейдина А.М.[1], Курьянов П.С.[2], Вавилов В.Н.[2], Пчелина С.Н.[1,2], Шварцман А.Л.[1]

[1] Петербургский институт ядерной физики РАН, Ленинградская обл., Гатчина, Россия [2] Санкт- Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

На сегодняшний день первое место в мире занимает смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, морфологическим субстратом которых является атеросклероз артерий (АА). Многочисленные исследования показывают, что снижение уровня липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) в крови и, как следствие, уменьшение эффективности процесса обратного транспорта холестерина (ОТХ), опосредуемого ЛПВП, ассоциировано с увеличением риска развития АА. ABCA1 транспортер является основным белком ОТХ и представляет ключевое звено в процессе формирования частиц ЛПВП, обеспечивающих антиатерогенный эффект. В промоторной и 5'-фланкирующей области гена ABCA1 имеются сайты посадки ядерных рецепторов (в частности LXR), через которые происходит регуляция транскрипции. Возможно, что полиморфные аллели в данной области могут быть ассоциированы с изменением уровня экспрессии гена ABCA1.

Цель работы: Поиск новых полиморфных аллелей в 5'-фланкирующей области гена ABCA1 и оценка вклада найденных вариантов гена ABCA1 в риск развития АА.

При анализе 5'-фланкирующей области гена ABCA1 методом SSCP (конформационный полиморфизм однонитевых фрагментов ДНК) анализа и прямого секвенирования среди пациентов с уровнем ЛПВП меньше 25 мг/дл была выявлена ранее не описанная однонуклеотидная замена: T(-4661)C гена ABCA1 (NCBI, GeneBank, AF275948).

Для идентификации выявленного аллельного варианта был разработан метод на основе ПЦР и последующего рестрикционного анализа с использованием эндонуклеазы TaaI.

Была определена частота встречаемости выявленного аллельного варианта T(-4661)C гена ABCA1: I) В группе пациентов с верифицированным ангиографическим методом АА (N=91, клиническая манифестация АА – 47,87±7,05 лет). Локализация атеросклероза у каждого пациента была Минимум в одной артерии одного из трех артериальных бассейнов (церебральный, коронарный, нижних конечностей). II) В контрольной группе (N=268, средний возраст 40,33±6,31 лет).

Частоты встречаемости генотипов TT(-4661), CT(-4661) и CC(-4661) составили 81,32%, 17,58%, 0,00% и 78,35%, 21,64%, 0,75% в группе I и в группе II, соответственно. Статистически значимых различий в распределении генотипов и аллелей в группе I по сравнению с группой II не обнаружено.

Полученные результаты позволяют заключить, что аллельные варианты T(-4661)C гена ABCA1 не вносят вклад в риск развития АА. Однако для оценки влияния выявленной однонуклеотидной замены на экспрессию гена ABCA1 требуются дальнейшие исследования.

Tesis_006_end.indd 117 24.08.2006 22:25:03
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0266 ВЛИЯНИЕ ТРОМБО АСС 50 НА ПОКАЗАТЕЛИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И РЕЗИСТЕНТНЫХ К АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Демьяненко О.В., Вишневский В.И., Дюсьмикеева Н.Б., Пахомова Л.В.,Милешкина Л.И., Бердников С.В.

Медицинский институт Орловского государственного университета, Орел, Россия

В Российской Федерации ацетилсалициловая кислота (АСК) на сегодняшний день остается наиболее широко применяемым антиагрегантным препаратом. Однако, у 5-60% больных, определяется полная или частичная устойчивость к АСК. Существует корреляция между резистентностью и клиническими исходами: более чем в 3 раза возрастает вероятность развития ишемических осложнений в будущем. В связи с чем, дальнейшее изучение взаимосвязи резистентности к АСК и клинической эффективности препаратов АСК остаются очень актуальными.

Цель: оценить эффективность антиагрегантной терапии Тромбо АСС 50 мг/сут. и влияние эффективности антиагрегантной терапии (ААТ) на толерантность к физической нагрузке у больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения.

Методы: проведено обследование 29 больных ИБС: стабильной стенокардией напряжения II-III ФК (средний возраст 51,9), получающих Тромбо АСС 50 мг/сут. Исследована агрегация тромбоцитов в плазме крови по методу Борна с помощью анализатора агрегации тромбоцитов АР 2110 фирмы "SOLAR". В качестве индуктора агрегации использован раствор АДФ в конечной концентрации 5,0 мкмоль/л, так как при этом наблюдается двухфазная агрегация тромбоцитов, до назначения ААТ. Определялся коэффициент чувствительности к дезагрегантной терапии (Ra%). Ra%=(Amax(At2)-At5)/Amax(At2))*100%, где Amax – максимальное значение агрегации (при отсутствии второй волны), At2 – степень агрегации на 2 Минутах (при сохранении второй волны агрегации), At5- степень агрегации на 5 Минутах. Если Ra% > 15% – чувствительные, если Ra%-[0 – 15]% – недостаточно чувствительные, если Ra%< 0% – резистентные к ААТ больные. Проводилась парная велоэргометрия (ВЭМ) по стандартной методике.

Результаты: выявилась чувствительность к Тромбо АСС 50 у 11 (37,9%), недостаточная чувствительность у 10 (34,5%) и резистентность у 8 (27,6%) больных. При сравнении динамики показателей ВЭМ в группах «чувствительных» и «резистентных» больных отмечалось увеличение выполняемой нагрузки на 11,5% и 10,5% соответственно ($p<0,05$), снижение глубины депрессии на 38% и 17% ($p<0,02$) и времени депрессии в восстановительном периоде на 43% и 22% ($p<0,05$ и $p<0,02$ соответственно). При оценке глубины депрессии и времени депрессии в восстановительном периоде между «чувствительными» и «резистентными» больными было выявлено более выраженное снижение этих показателей в группе «чувствительных» больных ($p<0,05$).

Выводы: выявлена абсолютная резистентность к Тромбо АСС 50 мг/сут. у 27,6% больных, улучшение реологических свойств крови при применении ААТ способствует повышению толерантности больных к физическим нагрузкам и в большей степени у больных «чувствительных» к АСК.

0267 УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У БОЛЬНЫХ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Демьянкова Ю.О., Углов Е.С., Кратнов А.Е., Третьяков С.В.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Ярославль, ОАО "РЖД", Ярославль, Россия; Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования – изучить состояние антиоксидантной защиты и уровень липидов крови у больных со смертельным исходом острого коронарного синдрома (ОКС).

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с ОКС среднего возраста 63,7±9,4 года, среди которых 46 больных были с инфарктом миокарда и 54 – с нестабильной стенокардией. Дополнительные исследования включали определение глутатионредуктазы в нейтрофилах, каталазы, супероксиддисмутазы и малонового диальдегида в крови. Конечной точкой исследования считалось наступление кардиальной смерти в течение года с момента поступления больного в стационар.

Результаты. За время наблюдения у больных ОКС зарегистрировано 6 (13,6%) случаев кардиальной смерти. При поступлении в стационар у умерших впоследствии пациентов выявлялся достоверно более низкий уровень активности глутатионредуктазы в нейтрофилах (14,8±11,7 < 47,6±43,9 нмоль•л-1•сек-1; $p=0,04$) на фоне роста содержания в крови вторичных продуктов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид 93±25,5 > 57,6±16,7 мкмоль/л; $p=0,00009$). У данных больных, по сравнению с показателями пациентов с благоприятным исходом, наблюдался более низкий уровень триглицеридов (129±11,3 < 223,4±99,8 мг/дл) в крови. Содержание триглицеридов в крови прямо достоверно коррелировало с активностью в нейтрофилах глутатионредуктазы ($r = 0,99$; $p = 0,02$).

Заключение. У больных со смертельным исходом острого коронарного синдрома снижение активности антиоксидантной защиты фагоцитов ассоциируется с уменьшением содержания липидов в крови.

0268 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Денисова И.Д., Закирова А.Н., Карамова И.М., Николаева И.Е.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Одной из причин прогрессирования хронической сердечной недостаточности (ХСН) является доминирование активации вазоконстрикторных нейрогормонов, в том числе эндотелина-1 (ЭТ-1), над вазодилататорами, приводящее к увеличению пред- и постнагрузки. Коррекция нейрогуморальной активации у больных ХСН в настоящее время рассматривается как основа патогенетической терапии. Большое внимание исследователей привлекает возможность регулирования повышенной активности САС с помощью -адреноблокаторов (БАБ).

Цель исследования: определить возможность коррекции нарушений функции эндотелия у больных ХСН, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) с помощью селективного БАБ небиволола.

Материалы и методы: обследовано 52 мужчин, больных ХСН II-III ФК в возрасте 57,1±5,3 лет). Группу сравнения составили 36 здоровых мужчин в возрасте 35-65 лет (средний возраст 53,6±9,2 лет) без гиперлипидемии и ИБС. Пациентам был назначен (в составе комплексной терапии) небиволол ("Берлин-Хеми") в начальной дозе 2,5 мг/сутки, а через 10-14 дней в поддерживающей дозе 5 мг/сутки. Контрольное исследование проводилось через 16 недель.

Для характеристики функции эндотелия анализировали уровень ЭТ-1 иммуноферментным методом с применением тест-систем фирмы «Biomedica» (Австрия) и исследовали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту расширения диаметра плечевой артерии при проведении пробы с реактивной гиперемией.

Обсуждение: длительный прием небиволола привел к существенному снижению уровня ЭТ-1 в плазме крови и увеличению величины ЭЗВД. Анализ сопряженности эффекта БАБ с функциональным классом (ФК) заболевания показал, что у больных ХСН II ФК на фоне длительной терапии небивололом содержание ЭТ-1 снизилось до 0,6 фмоль/мл (в 2,5 раза,

Tesis_006_end.indd 118 24.08.2006 22:25:03
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

p<0,001), но эта величина осталась выше контроля (на 50,0%, p<0,01). Показатель ЭЗВД возрос на 18-19% (p<0,05) у данной категории пациентов.

Терапия небивололом способствовала значимому уменьшению содержания ЭТ-I и у больных ХСН III ФК, однако его значения остались достоверно выше данных здоровых лиц (в 2,0 раза, p<0,001) и больных ХСН II ФК (на 33,3%, p<0,01). Лечение БАБ в течение 16 недель не оказало достоверного влияния на показатели ЭЗВД у пациентов с ХСН III ФК.

Прием небиволола вызвал уменьшение уровня ЭТ-1 при ИМ без зубца Q в анамнезе в среднем до 0,5 фмоль/мл (в 2,9 раза, p<0,001), при ИМ с зубцом Q до 0,8 фмоль/мл (в 3,7 раза, p<0,001). Величина ЭЗВД не зависела от глубины перенесенного ИМ и увеличилась на 14% по сравнению с исходными значениями (p<0,05).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют об улучшении функционального состояния сосудистого эндотелия, связанного с подавлением небивололом секреции ЭТ-1, и благоприятном влиянии данного БАБ на вазомоторную функцию эндотелия.

0269 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА АПОПТОЗ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Джаиани Н.А., Терещенко С.Н.

ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение влияния триметазидина (ТМ) на иммунологический фенотип и апоптоз у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) и застойной сердечной недостаточностью (ЗСН).

Методы исследования: включено 18 мужчин с ишемической болезнью сердца (ИБС), из них у 10 (средний возраст 61,4+3,8 лет) имел место ОИМ, у 8 больных была ЗСН III ФК по NYHA (средний возраст 70,4+4,0 лет). Контрольную группу составили 8 здоровых мужчин (средний возраст 32,1+1,2 года). Течение ОИМ у всех больных осложнилось острой левожелудочковой недостаточностью II-III класса по Killip. У больных ЗСН причиной недостаточности кровообращения являлся перенесенный инфаркт миокарда, давностью от 2 до 7 лет. Всем больным проводилась стандартная терапия ОИМ и ЗСН. Для изучения состояния клеточного иммунитета и апоптоза производили забор 15 мл крови из локтевой вены в пробирку с гепарином (25 Ед./мл.). Лейкоциты периферической крови выделяли осаждением в 1% растворе желатине. Определяли экспрессию антигена CD3 зрелых Т-клеток, антигена CD4 Т-хелперов, антигена CD8 Т-супрессоров, В-клеточных антигенов (CD22; CD24; CD72), антигена CD16 естественных киллеров, антигена CD25 против рецептора интерлейкина-2, антигена CD71 (рецептор трансферрина), антигена Fas/APO-1 (CD95). Исследование проводилось трижды - до назначения ТМ, через 3 дня и через 7 дней приема препарата в суточной дозе 60 мг. Больные с ОИМ были разделены на две группы: I группа (n-6) - леченая ТМ, II группа (n-4) - без ТМ.

Полученные результаты: у больных ОИМ и ЗСН показатели экспрессии антигенов CD3; CD4; CD8; CD16, CD72; CD71 не отличались от значений в группе здоровых доноров. Однако у больных ОИМ в 1-й день заболевания имелись отклонения от нормы в экспрессии антигенов CD22, CD24, CD25. В процессе лечения ТМ уровень CD22, CD24 этих пациентов снижался. У больных с ЗСН эти показатели не отличались от здоровых доноров. Экспрессия Fas/APO-1(CD95) антигена на лимфоцитах больных ОИМ и ЗСН не отличалась от показателей у здоровых доноров. Однако у больных с ЗСН на фоне лечения ТМ выявлено снижение экспрессии данного антигена на лимфоцитах.

Исследование апоптоза показало достоверное повышение процента апоптотических клеток у больных ОИМ и ЗСН на фоне терапии ТМ. У больных ОИМ с 2,35+0,30% на 1-й день до 38,0+9,16% на 3-й и до 72,03+9,47% на 7-й день лечения; у больных ЗСН прослеживалась такая динамика: 3,16+0,84%, 24,14+5,24% и 34,97+11,06% в соответствующие дни. В группе больных ОИМ, не леченых ТМ, процент апоптотических клеток не изменялся и оставался на уровне здоровых доноров - 1,6+0,7%.

Выводы: ТМ позитивно влияет на иммунологический фенотип клеток у больных ОИМ и ЗСН, а также увеличивает количество апоптотических клеток, что дает основания предполагать, что препарат не только уменьшает накопление полиморфноядерных нейтрофилов в миокарде, но и приводит их к программированной гибели.

0270 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛИПИДНЫХ И ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ РАННЕЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ ГМГ-КОА-РЕДУКТАЗЫ РОЗУВАСТАТИНОМ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО И ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Джаиани Н.А., Ильина Е.В., Терещенко С.Н.

ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение влияния динамики показателей липидного спектра и воспалительных маркеров на фоне терапии ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы розувастатином на ближайший и отдаленный прогноз больных острым инфарктом миокарда (ОИМ).

Методы исследования: в исследование включено 60 больных обоего пола в возрасте 29-75 лет с Q-позитивным ОИМ в первые 24 часов. Пациенты методом случайной выборки разделены на две группы: I группа (n=30) помимо базисной терапии в первые сутки после включения в исследование получает ингибитором ГМГ-КоА-редуктазы розувастатин в дозе 10 мг\сут, II группа (n=30) – стандартную терапию ОИМ без применения статинов. Период наблюдения составит 6 месяцев. Эффективность проводимой терапии будет оцениваться по следующим показателям: клиническое течение постинфарктного периода и развитие сердечно-сосудистых осложнений у больных ОИМ в ближайшем и отдаленном периодах; динамика показателей липидного спектра (ЛПНП, ЛПВП, триглицериды, общий холестерин) и маркеров воспаления (С-реактивный белок, фактор некроза опухоли, интерлейкин-1, интерлейкин-6, макрофагальный белок воспаления) на фоне раннего назначения розувастатина у больных ОИМ.

Результаты: низкая частота встречаемости сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие и отдаленные сроки после ОИМ и более благоприятное течение заболевания у пациентов, принимавших розувастатин в отличие от больных, не получавших статины. Эффективная коррекция уровней маркеров воспаления на фоне терапии розувастатином у лиц, перенесших ОИМ. Высокая гиполипидемическая эффективность розувастатина у больных ОИМ.

Выводы: применяемый в ранние сроки ОИМ розувастатин, коррегируя показатели маркеров воспаления и уровни липидов крови, обладает позитивными эффектами в отношении течения заболевания и прогноза у больных, перенесших ОИМ.

0271 ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Джанашия П.Х., Крылова Н.С., Стерлигов А.А., Огмрцян Л.С., Николенко С.А., Назаренко В.А.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра общей терапии ФУВ, Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 119 24.08.2006 22:25:03
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования: изучить влияние физической нагрузки на диастолическую и систолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы: обследовано 29 больных ГКМП, среди них 19 мужчин (65,5%) и 10 (34,5%) женщин в возрасте от 16 до 75 лет (средний возраст – 54,2±2,7 лет). Обструкция выносящего тракта ЛЖ имела место у 14 больных (48,3%). Комплекс исследований включал в себя эхокардиографию (ЭхоКГ) в одно- и двухмерном режимах, допплер-ЭхоКГ, тест с дозированной физической нагрузкой (ФН) на велоэргометре (ВЭМ). ЭхоКГ проводили больным в состоянии покоя, а затем в течение 1-1,5 Минут после прекращения нагрузки в положении лежа.

Результаты: по данным ВЭМ больные были разделены на 2 группы. В I группу вошли пациенты с низкой толерантностью к ФН (пороговая мощность 25-50 Вт), во II группу – со средней толерантностью к ФН (мощность 75-100 Вт). При ЭхоКГ у пациентов I группы отмечен более высокий коэффициент асимметрии ЛЖ, более высокая масса миокарда ЛЖ, однако различия не были достоверны. Скорость пика Е в покое была ниже в I группе по сравнению со II (0,42±0,03 и 0,55±0,02 соответственно, p=0,04). Конечно-диастолические размеры у больных I группы при нагрузке уменьшились по сравнению с исходными (КДР 4,5±0,13 см и 4,1±0,16 см, p=0,5; КДО 100,1±4,3 мл и 76,0±8,2 мл, p<0,05), в то время как у пациентов II группы эти параметры практически не изменились (КДР 4,6±0,14 см и 4,6±0,12 см, p=0,9; КДО 98,9±6,7 мл и 94,9±10,2 мл, p=0,7). Ударный объем у больных I группы при ФН уменьшился с 65,8±3,8 мл до 50,7±4,4 мл (p<0,05), а у пациентов II группы практически не изменился (66,4±6,1 мл и 66,6±3,9 мл, p=0,9). Выявлена прямая корреляция между ударным объемом ЛЖ и продолжительностью ФН. (r=0,6, p=0,04). Фракция выброса ЛЖ (ФВ) у больных II группы увеличилась с 66,5±1,2% до 71,5±1,7% (p=0,04), в то время как у пациентов I группы этот параметр не изменился (67,1±1,5% и 66,3±2,2%, p=0,8). Время замедления Е-волны (DT) у больных II группы при ФН закономерно уменьшилось с 244,3±20,1 мс до 183,5±9,2 мс (p=0,01), тогда как у больных I группы отмечена тенденция к увеличению данного показателя (262,5±14,6 и 280,0±24,5; p=0,6). Скоростные показатели потока в выносящем тракте ЛЖ при ФН у пациентов II группы несколько возросли, а у пациентов I группы отмечалось их некоторое уменьшение (p>0,05).

Выводы. Толерантность к ФН у больных ГКМП в значительной мере определяется степенью нарушения диастолической функции ЛЖ. У больных с низкой толерантностью к ФН более выраженные нарушения процесса расслабления миокарда влекут за собой нарушение систолической функции, что проявляется снижением ударного объема ЛЖ в ответ на ФН.

0272 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕРАПАМИЛА И АТЕНОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ

Джанашия П.Х, Стерлигов А.А., Крылова Н.С., Огмрцян Л.С., Николенко С.А., Назаренко В.А.

ГОУ ВПО «Российский государственный медицинский университет Росздрава», кафедра общей терапии ФУВ, Москва, Россия

Цель исследования: сравнить эффективность верапамила и атенолола с помощью тестов с физической нагрузкой (ФН) на велоэргометре у больных гипертрофической кардиомиопатией (ГКМП).

Материал и методы. Обследован 31 больной ГКМП (5 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 18 до 79 лет (средний возраст 57,6±15). У 14 пациентов была обструктивная, а у 17 – необструктивная форма ГКМП. Толерантность к ФН определяли с помощью стандартной непрерывной ступенчато – возрастающей нагрузки на велоэргометре до и на фоне медикаментозной терапии в индивидуально подобранных дозах препаратов. Верапамил назначали по 120-240 мг в сутки (в среднем 134,2±38,9 мг), атенолол – по 12,5 – 100 мг в сутки (в среднем 62,3±39,9 мг).

Результаты. По данным исходной велоэргометрии (ВЭМ) больные были разделены на 2 группы. В I группу вошли 14 больных с низкой толерантностью к ФН (пороговая мощность 25-50 Вт), во II группу – 17 больных со средней толерантностью к ФН (75-100Вт). Критерии прекращения ФН у больных I и II групп существенно различались. В I группе 50% больных прекратили ФН в связи со снижением АД ≥ 20 Мм рт. ст. в сочетании с головокружением и одышкой. Во II группе снижение уровня АД при ФН было констатировано лишь у 1 больного; преобладающими критериями прекращения ФН были одышка и усталость. В I группе продолжительность ФН составила 4,1±1,6 Мин. и увеличилась на фоне терапии верапамилом до 7,0±1,7 Мин. (p<0,01), а атенололом – до 8,8±1,5 Мин. (p<0,001). Прирост продолжительности ФН на фоне приема атенолола (115%) был более значительным по сравнению с верапамилом (71%, p<0,01). Важно отметить, что терапия атенололом предупреждала снижение уровня АД при ФН у всех 7 больных, у которых данный феномен имел место. Аналогичный эффект верапамила наблюдался только у 1 из 7 больных с неадекватной реакцией АД. Во II группе продолжительность ФН составила 9,3±1,7 Мин. и увеличилась на фоне терапии верапамилом до 11,7±1,7мин., (p<0,01), и атенололом – до 12,7±1,8 Мин. (p<0,001). Прирост продолжительности ФН на фоне приема атенолола (37%) был несколько более значительным по сравнению с верапамилом (26%, p>0,05). Различия по продолжительности ФН на фоне атенолола и верапамила были статистически значимы (p<0,01). Оба препарата были достоверно более эффективными у больных I группы (p<0,01).

Выводы: у больных ГКМП как атенолол, так и верапамил являются эффективными препаратами и позволяют значительно увеличить толерантность пациентов к ФН. При этом эффект атенолола выражен в значительно большей степени по сравнению с верапамилом. В отличие от верапамила, терапия атенололом в подавляющем большинстве случаев позволяет предупредить гипотензивную реакцию АД на ФН.

0273 РОЛЬ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОРЕОЛОГИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ

Джанашия П.Х., Селиванова Г.Б.

Кафедра общей терапии ФУВ РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучить роль параметров гемореологии в патогенезе артериальной гипертензии (АГ) у больных тиреотоксикозом.

Материалы и методы: обследовано 84 больных тиреотоксикозом и АГ (12 мужчин и 72 женщины, 36-75 лет). Причиной тиреотоксикоза у 68 (80,95%) больных явился диффузный токсический зоб, у 6-ти (7,14%) – аутоиммунный тиреоидит и у 10-ти (11,91%) – многоузловой зоб. Длительность тиреотоксикоза составила 5 мес.-1,6 лет, длительность АГ – 3 мес.-1,5 лет. АГ эндокринного генеза (вследствие тиреотоксикоза) диагностирована у 66,7% пациентов (1-й степени – у 46,42%, 2-й – у 53,58% больных). АГ смешанного генеза при наличии в анамнезе гипертонической болезни (ГБ) выявлена у 33,3% больных (57,14% – 2-ой и 42,86% – 3-ей степени). Комплексное лабораторно-инструментальное обследование включало: суточное мониторирование АД, изучение активности ренина плазмы крови и концентрации альдостерона, липидного спектра. На безмедикаментозном фоне при поступлении в стационар определяли параметры гемореологии: предел текучести (ПТ), кажущуюся вязкость (КВ), время быстрой, средней и медленной агрегации эритроцитов, гидродинамическую прочность агрегатов (ГПА), коэффициент деформируемости (КДЭ), коэффициент когезии (ККЭ) и амплитуду агрегации эритроцитов (ААЭ).

Результаты: при АГ вследствие тиреотоксикоза, выявлено достоверное превышение нормальных значений гематокрита

Tesis_006_end.indd 120 24.08.2006 22:25:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0,46±0,02 ед., кессон. вязкости – 4,25±0,25 сП, ПТ – 0,054±0,01 дин/см², КВ – 34,3±2,44 сП, ККЭ – 0,79±0,13 дин/см², ГПА – 61,75±4,08 сек-1 и ААЭ – 204,28±19,78 усл.ед. Достоверно ниже нормы был КДЭ – 0,122±0,03 усл.ед. При АГ смешанного генеза наблюдалось достоверное превышение значений гематокрита – 0,45±0,01 ед., времени быстрой агрегации – 18,80±1,36 сек., ККЭ – 0,74±0,17 дин/см2, ГПА – 59,4±5,85 сек-1, КВ – 36,81±3,28 сП и ААЭ – 229,0±20,98 усл.ед. Достоверно ниже нормы был КДЭ – 0,13±0,02 усл.ед. Сравнительный анализ реологических параметров при АГ вследствие тиреотоксикоза и смешанного генеза не выявил достоверных различий. В обеих группах пациентов выявлена средняя положительная корреляция между концентрацией Т4 св. крови и гематокритом: r=0,61, p<0,001; временем быстрой агрегации и альдостероном: r=0,58, p<0,001; ПТ, КВ и Ср.САД сут.: r=0,46, p<0,01 и r=0,52, p<0,01; средняя отрицательная корреляция между концентрацией общего холестерина и ГПА: r=-0,47, p<0,01; липопротеидов низкой плотности и ГПА: r=-0,53, p<0,01.

Заключение: в патогенезе АГ при тиреотоксикозе участвуют изменения параметров гемореологии: повышение гематокрита, предела текучести, кажущейся и кессоновской вязкости, коэффициента когезии и амплитуды агрегации эритроцитов, коррелирующие с концентрацией Т4 свободного, повышенной активностью РААС и средними значениями САД.

0274 КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Джаруллаев Р.З.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: изучение особенностей взаимосвязи величин артериального давления (АД) с показателями центральной внутрисердечной и периферической гемодинамики у пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и показать их клиническое значение.

Материал и методы. Обследовано 96 пациентов с АГ, средний возраст 42,93±0,75 лет, 64 мужчин и 32 женщин. Эхокардиография проводилась на сканере SIM 5000 Plus, по стандартной методике. Расчёт показателей осуществляли по компьютерной программе «COR». Оценивались следующие показатели: диаметр аорты, конечные систолические и диастолические объёмы, ударный объём, Минутный объём, масса миокарда, индекс массы миокарда, фракция выброса, сердечный индекс, общее периферическое сопротивление (ОПС), удельное периферическое сопротивление (УПС), индекс эластичности артерий (Са), внутримиокардиальное напряжение ЛЖ (Qm), индексы функционирования структур миокарда (ИФС1, ИФС2), нагрузка на единицу массы миокарда давлением и объемом (NKM1, NKM2), миокардиальный стресс, давление заклинивания легочных капилляров (ДЗЛК), фракция заполнения ЛЖ в фазу быстрого наполнения (Ф31), фракция заполнения ЛЖ в фазе медленного наполнения (Ф32), фракция заполнения ЛЖ в систолу ЛП (Ф33), предсердно-желудочковое отношение (РЖО), диастолическая упругость (жёсткость) (ДУЖ), скорость нарастания пульсового давления (VАДп). Объёмные показатели рассчитывались по формуле Teicholtz, фазовый анализ диастолы по методике Шхвацабая. Измеряли САД, ДАД, рассчитывали пульсовое АДп, структурную точку АД. Статистическую обработку осуществляли в компьютерной системе статистического анализа statgraphics 3,0 Plus for Windows.

Результаты. Величина САД зависит от VАДп, $ИФС_1$, Qm, NKM_1, NKM_2, Мсс, ДУЖ, УПС. У пациентов с АГ величина САД определяется, в первую очередь Са и скоростью нарастания давления в аорте. На величину ДАД при АГ большее влияние оказывает волемический фактор поддержания АД, Qm и миокардиальные особенности левого желудочка на фоне снижения эластичности аорты и крупных сосудов. Отрицательная корреляционная связь с величиной ДАД выявляется у структуры диастолы ЛЖ (показатель Ф33) и РЖО. Таким образом, высокие значения морфообъемных показателей является показанием к назначению диуретиков, повышенная жесткость миокарда является показанием к назначению β-блокаторов и антагонистов Са, высокое периферическое сопротивление – препаратов улучшающих реологические свойства крови и периферических вазодилататоров.

Заключение. 1. САД и ДАД находятся в сложной, непрямой зависимости от гемодинамических показателей. 2. Полученные в ходе исследования эхокардиографические данные свидетельствуют о клинической обоснованности применения комбинированных препаратов при артериальной гипертензии.

0275 СТРАТИФИКАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ

Джаруллаев Р.З.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: стратификация показателей эхокардиографии (ЭхоКГ) у нормотензивных лиц в зависимости от гемодинамического обеспечения системы поддержания артериального давления (АД).

Материал и методы. Обследовано 235 человек с нормальным АД, средний возраст 42,23±0,75 лет, из них 157 мужчин и 78 женщин. ЭхоКГ проводилась на ультразвуковом сканере SIM 5000 Plus, по стандартной методике. Расчёт показателей осуществляли по компьютерной программе «COR». Оценивались следующие показатели: конечный систолический объём, конечный диастолический объём, ударный объём, Минутный объём, масса и индекс массы миокарда левого желудочка (ЛЖ), фракция выброса, сердечный индекс, общее периферическое сопротивление, удельное периферическое сопротивление, эластичность артерий, внутримиокардиальное напряжение ЛЖ, два индекса интенсивности функционирования структур миокарда, давление заклинивания легочных капилляров, фазовую структуру диастолы ЛЖ, диастолическая упругость (жесткость) ЛЖ. Объёмные показатели рассчитывались по формуле Teicholtz, фа-

Показатель ь	Среднее значение е	Сигма ( )	По казатель л	Среднее значение и	Сигма ( ) а
ЛП	3,13	0,53 3	Qm	276,47	84,28
КСО	39,54	17,11	ИФС1	3,15	0,97
КДО	135,55	30,64	ИФС2	1,64	0,42
УО	90,24	21,29	ДЗЛК	8,93	3,46
МОЛЖ	6082,51	1450,6	Д/Ц	0,60	0,05
ММЛЖ	134,42	41,87	V1/Vи	1,62	0,65
ИММЛЖ	83,89	19,50	Vc1/Vcf	2.56	0.92
ИОМ	0,78	0,24	ДУЛЖ	0,93	0,27
ФВ	70,39	7,5	Ф31	54,45	14,76
Vcf	1,39	0,30	Ф32	22,55	14,51
САД/КСО	4,25	1,43	Ф33	23,14	12,91
Vи	313,86	100,44	Vc1	2,98	1,08
СИ	3268,23	792,51	V1	552,97	233,44
ОПСС	1249,55	301,19	V2	69,34	56,20
УПС	29,61	7,25	ФБН	0,10	0,04
Са	2,03	0,61	ФБН/Д	0,21	0,10

Tesis_006_end.indd 121 24.08.2006 22:25:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

зовый анализ диастолы осуществляли по методике Шхвацабая. Всем пациентам проводилось измерение АД. Для стратификации пациентов применили кластерный анализ. Использовали гибкую стратегию Варда. По полученной дендрограмме определяли количество кластеров, на которое разбивается группа. Кластерный анализ проводили в среде Statgraphics Plus 3.0 for Windows.

Результаты исследования. По данным дендрограммы вся группа разделена на 2 кластера. По механизмам поддержания АД группы с нормальным артериальным давлением неоднородны. В первой подгруппе (1 кластер) доминируют объемные показатели (ударный объем, конечный систолический объем, конечный диастолический объем), масса миокарда ЛЖ и большая перегрузка миокарда давлением. Во второй подгруппе (2 кластер) преобладают общее периферическое сопротивление, удельное периферическое сопротивление, диастолическая упругость (жесткость) ЛЖ и эластичность артерий.

Выводы. Кластерный анализ демонстрирует многообразие гемодинамических вариантов у лиц с нормальным АД, описанные в многомерном пространстве признаков, они дают картину мозаичности гемодинамики.

0276 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ

Джаруллаев Р.З.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить эхокардиографические (ЭхоКГ) показатели центральной внутрисердечной и периферической гемодинамики у нормотензивных лиц.

Материал и методы. Обследовано 235 нормотензивных лиц, средний возраст 42,23±0,75 лет, из них 157 мужчин и 78 женщин. ЭхоКГ проводилась на сканере SIM 5000 Plus, по стандартной методике. Оценивались следующие показатели: диаметр левого предсердия (ЛП), конечный систолический объём (КСО), конечный диастолический объём (КДО), ударный объём (УО), Минутный объём (МО), масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекс ММЛЖ, индекс объём – масса ЛЖ (ИОМ), фракция выброса (ФВ), скорость циркулярного укорочения волокон миокарда (Vcf), показатель сократимости (САД/КСО), объёмная скорость изгнания крови из ЛЖ в систолу (Vи), сердечный индекс (СИ), общее периферическое сопротивление (ОПС), удельное периферическое сопротивление (УПС), индекс эластичности артерий (Са), внутримиокардиальное напряжение (Qm), индексы функционирования структур миокарда (ИФС1, $ИФС_2$), давление заклинивания легочных капилляров (ДЗЛК), фракция заполнения ЛЖ в фазу быстрого наполнения (ФБН) (Ф31), фракция заполнения ЛЖ в фазе медленного наполнения (ФМН) (Ф32), фракция заполнения ЛЖ в систолу ЛП (Ф33), скорость циркулярного удлинения волокон миокарда в ФБН (Vcl), скорость наполнения ЛЖ в ФБН (V1), скорость наполнения ЛЖ в ФМН (V2), отношение (V1/Vи), отношение (Vcl/Vcf), продолжительность ФБН, отношение диастолы (Д) к сердечному циклу (Д/Ц), отношение ФБН/Д, диастолическая упругость (ДУЛЖ). Объёмные показатели рассчитывались по формуле Teicholtz, фазовый анализ диастолы по методике Шхвацабая.

Результаты. Нормативы показателей, рассчитанных по ЭхоКГ, приведены в таблице.

Заключение. ЭхоКГ является информативным методом, позволяющим рассчитывать большое количество показателей центральной внутрисердечной и периферической гемодинамики, которые могут служить как основными, так и дополнительными критериями в оценке состояния сердечно-сосудистой системы.

0277 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Дзизинский А. А., Протасов К. В., Куклин С. Г., Синкевич Д. А.

ГОУ ДПО «ИГИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель. По морфофункциональным и клиническим критериям изучить и сопоставить процессы ремоделирования сосудов и миокарда при изолированной систолической (ИСАГ) и систоло-диастолической артериальной гипертонии (СДАГ).

Методы исследования. У больных ИСАГ (n=58) и СДАГ (n=44) определяли и сравнивали параметры ремоделирования сосудов и миокарда левого желудочка, а также распространенность ассоциированных клинических состояний – перенесенных инфаркта миокарда (ИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), стенозирующего атеросклероза нижних конечностей (АСНК). Исследовали взаимосвязи клинико-инструментальных признаков поражения сердца (индекс массы миокарда левого желудочка – ИММЛЖ) и сосудов (толщина комплекса интима-медиа – ТИМ и лодыжечно-плечевой индекс – ЛПИ) с факторами риска – возрастом, уровнями офисного и среднесуточного АД, индексом массы тела (ИМТ), показателями липидного спектра, эндотелиальной дисфункцией и скоростью распространения пульсовой волны (СРПВ).

Результаты. В подгруппе ИСАГ средняя частота сердечных сокращений была ниже, чем при СДАГ (64,2±8,6 и 70,2±10,0 Мин-1, p<0,05). Перенесенный ИМ встречался у 19,0% пациентов с ИСАГ и у 9,1% больных СДАГ, ОНМК в 10,3% и 4,5% случаев, а АСНК – у 17,2% и 15,9% обследованных (p>0,05). У больных ИСАГ индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) положительно коррелировал с пульсовым и систолическим АД (r=0,42, p=0,002 и r=0,35, p=0,02, соответственно). В подгруппе СДАГ взаимосвязи данного показателя с факторами риска не обнаружено. Морфологические критерии поражения сосудов (ТИМ и ЛПИ) при ИСАГ коррелировали с уровнями эндотелийзависимой (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД) и коэффициентом атерогенности, при СДАГ – с возрастом и СРПВ на каротидно-радиальном сегменте. В обеих подгруппах сосудистое ремоделирование было связано с уровнями холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и триглицеридов. Логистический регрессионный анализ показал, что у больных ИСАГ независимым фактором риска развития ИМ, ОНМК и АСНК является ИММЛЖ. При СДАГ данные ассоциированные клинические состояния были связаны с ИМТ, уровнем пульсового АД, концентрациями холестерина ЛПОНП и триглицеридов.

Заключение. Подгруппы ИСАГ и СДАГ были сходными по выраженности морфофункциональных изменений сосудов, их взаимосвязи с липидным спектром, а также по распространенности ассоциированных клинических состояний.

Различия заключались в более выраженной хронотропной активации при СДАГ, а также во взаимосвязях поражения органов-мишеней с факторами риска. При ИСАГ изменения сердца и сосудов ассоциировались с уровнями систолического и пульсового АД, степенью ЭЗВД и ЭНЗВД, ИММЛЖ. У больных СДАГ сосудистое ремоделирование было связано с возрастом пациентов и жесткостью сосудов среднего калибра, а наличие ИМ, ОНМК и АСНК – с избыточной массой тела, повышением пульсового АД, гипертриглицеридемией и высоким уровнем холестерина ЛПОНП.

0278 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Домницкая Т.М., Ерохина М.Г., Куприянова О.О.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 122 24.08.2006 22:25:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Некомпактный миокард левого желудочка (НМЛЖ) является редким вариантом врожденной кардиомиопатии, проявляющимся гипертрофией миокарда левого желудочка, его чрезмерной трабекулярностью с образованием глубоких межтрабекулярных пространств. В соответствии с определением и классификацией кардиомиопатий ВОЗ (1995г.) относится к числу "неклассифицируемых кардиомиопатий".

Целью настоящего исследования явилось изучение процессов ремоделирования у больных НМЛЖ и идиопатической дилатационной кардиомиопатией (ИДК) а также сравнительная характеристика нарушений функции левого желудочка при данной патологии.

Материал и методы исследования. Исследовано 29 больных с ИДК и 6 пациентов с НМЛЖ, которым проводилось ЭКГ, ЭхоКГ, допплер-ЭхоКГ с определением функционального состояния левого желудочка, локализации и распространенности некомпактных сегментов. Диагноз НМЛЖ ставился при отношении некомпактного слоя к компактному слою левого желудочка равному более 2.

Результаты. Повышенная трабекулярность у больных с НМЛЖ преимущественно определялась в области передне-боковых и задне-боковых сегментов у 3 больных с распространением на область верхушки. При ЭхоКГ исследовании в области базального отдела боковой стенки у 3 пациентов регистрировалась гипокинезия миокарда. Ни в одном случае у больных НМЛЖ не было обнаружено вовлечения в патологический процесс миокарда правого желудочка. Достоверные различия выявлены диастолического размера полости левого желудочка у больных НМЛЖ – 4,6 см, против 6,7 см у больных ИДК, толщины миокарда в области некомпактных сегментов ЛЖ – 1,8 см против толщины миокарда в области боковой стенки, составившей 1,0 см и задней стенки 1,1 см при ИДК. Параметры глобальной функции левого желудочка были ниже в группе больных ИДК 31%, против 49%. Ни в одном случае больных с ИДК не было выявлено четкий зон некомпактного миокарда левого желудочка.

Таким образом, сравнительная характеристика больных с НМЛЖ и ИДК показала достоверно значимые различия с преобладанием толщины миокарда левого желудочка в зонах некомпактного миокарда, которые преимущественно локализовались в области боковой стенки левого желудочка, а также более сохранную глобальную функцию у больных с НМЛЖ.

0279 ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСА НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Домницкая Т.М., Еремина Н.В., Авилов Д.А., Мозжухина Е.В.

Центральная клиническая больница с поликлиникой Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

В настоящее время в литературе отсутствуют данные о сравнительной оценке применения методов стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) и цветового дуплексного сканирования (ЦДС) с использованием высоких доз дипиридамола для выявления 70%-90% стенозов маммарокоронарных шунтов (МКШ), при отсутствии изменений кровотока по шунту в состоянии покоя.

Цель: оценить возможности методов стресс-эхокардиографии и цветового дуплексного сканирования с использованием высоких доз дипиридомола в выявлении гемодинамически значимых стенозирующих поражений МКШ в отдаленные сроки после операций коронарного шунтирования.

Материал и методы: методом ЦДС обследовано 272 пациента (средний возраст 63,4±6,2 лет) в сроки от 5 дней до 5,5 лет после операции: 234 пациента (86%) после операции маммарокоронарного и аортокоронарного шунтирования, 38 пациентов после операции малоинвазивного коронарного шунтирования. У 70 пациентов (средний возраст 59,8±4,5 лет), проведено мониторирование кровотока по МКШ на фоне внутривенного введения эндотелий-независимого вазодилататора дипиридамола в дозе 0,84 мг/кг массы тела за 10 Минут с подсчетом индексов резерва кровотока. Результаты неинвазивных методов исследования сравнивались с данными коронарографии.

Результаты: у 8 пациентов (2,9%) без клиники стенокардии на уровне II и III межреберных промежутков были выявлены С- и S-образные деформации МКШ; во всех 8 случаях не было зарегистрировано достоверных изменений линейных и объемных показателей кровотока по МКШ дистальнее извитости, что позволило расценить эти извитости как гемодинамически незначимые. Для преодоления этого ограничения у 70 пациентов (средний возраст 59,9±4,6 лет) кровоток по МКШ мониторировался на фоне внутривенного введения дипиридамола.

Выявлена высокая информативность ЦДС в диагностике окклюзий и субтотального стенозирования МКШ. Данный метод в сочетании с введением дипиридамола в высокой дозе позволяет дополнительно в 6,6% случаев диагностировать стенозы шунтов. ЦДС обладает более высокой чувствительностью и специфичностью по сравнению с методом стресс-ЭхоКГ в диагностике ишемии миокарда в бассейне передней нисходящей артерии при поражении МКШ. Анализ полученных результатов показал, что чувствительность стресс-ЭхоКГ у больных после операции коронарного шунтирования составила 84%, специфичность у больных с ИБС без инфаркта миокарда в анамнезе – 87%, у больных с постинфарктным кардиосклерозом – 77%. Обнаружена высокая чувствительность ЦДС МКШ у больных после операции маммарокоронарного шунтирования составившая 90%, специфичность – 97%. Появление парадоксального движения межжелудочковой перегородки после операции маммарокоронарного шунтирования не оказывало влияния на чувствительность и специфичность результатов стресс-ЭхоКГ с тредмилом.

0280 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Дородных И.А., Маль Г.С., Алыменко М.А.

ГОУ ВПО Росздрава КГМУ, Курск, Россия

В настоящее время среди приоритетных направлений развития здравоохранения России значительное место отведено службе скорой медицинской помощи. Несмотря на существование огромного количества работ, посвященных проблемам фармакоэпидемиологии лекарственного обеспечения кардиологических больных, остается малочисленными исследования, в которых рассматриваются результаты оказания экстренной помощи на догоспитальном этапе.

Цель: на основе использования важнейших фармакоэкономических методов разработать рекомендации по оптимизации лекарственного обеспечения кардиологическим больным на этапах оказания экстренной медицинской помощи выездными бригадами скорой медицинской помощи.

Методы: объектами исследования являлись больницы скорой медицинской помощи №2, подстанция скорой медицинской помощи г. Курска. Для достижения цели использовались: фармакоэкономический, социологический метод, структурный и графический анализ, метод экспертных оценок, статистические методы исследования, системный подход.

Результаты: разработано и обосновано организационно-методическое решение формирования оптимального выбора лекарственных средств для рационального обеспечения кардиологических больных на основе анализа и систематизации терапевтической и экономической эффективности лекарственных средств с использованием метода экспертных оценок, предложена система фармакоэкономических подходов лекарственной

Tesis_006_end.indd 123 24.08.2006 22:25:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

терапии гипертонического криза острой сердечной недостаточности, острого коронарного синдрома, распределенная по структурно-функциональным классам и категориям объема лекарственной помощи. Разработана организационно-экономическая модель оптимизации лекарственного обеспечения при оказании неотложной помощи кардиологическим больным выездными бригадами с учетом того, что в 2005 году в г. Курске была осуществлена 184 243 вызова из них для оказания неотложной кардиологической помощи – 111 823 вызовов, что составило 60,6%.

Выводы: исследование определило новые подходы к оптимизации лекарственного обеспечения кардиологических больных, проведение взвешенной, научно-обоснованной оценки эффективности и стоимостных характеристик медикаментозной коррекции гипертонического криза. Острого коронарного синдрома, острой сердечной недостаточности на догоспитальном этапе выездными бригадами скорой медицинской помощи. Предполагаемые подходы могут быть применены и изучены в различных ситуациях планирования лекарственного обеспечения кардиологических больных при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе.

0281 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОБЪЁМА ГИДРОТОРАКСА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Дорфман Е. Б., Иванов К. М., Чемезов С. В., Абдуллин М. Р., Сиротина Г. В.

Медицинская академия, НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Оренбург ОАО «РЖД», Оренбург, Россия

Цель: выявить особенности влияния объема гидроторакса на продолжительность жизни больных сердечной недостаточностью.

Методы исследования: проведен анализ результатов клинического и патологоанатомического исследований 45 умерших больных ИБС, осложненной конечной стадией сердечной недостаточности (классификация ОССН, 2002). Среди них 25 женщин и 20 мужчин, средний возраст – 71,3±1,3 лет. С учетом объема гидроторакса было выделено 3 группы. Первую группу составили умершие с выявленным на секции гидротораксом в объеме до 500 мл (19 случаев, 42%), вторую – от 500 мл до 1000 мл (10 случаев, 22%), третью – свыше 1000 мл (16 случаев, 36%). Ретроспективно выявленная длительность течения сердечной недостаточности послужила основой для построения «кривой дожития» Каплан-Мейера в каждой группе.

Полученные результаты: наибольшая смертность (20 случаев, 44%) наблюдалась в возрастной группе 60–69 лет. Крайне тяжелое состояние обусловило высокую летальность у 86% больных в первые 10 суток пребывания в стационаре. Средний койко-день составил 4,3±0,9. В 12 случаях был выявлен односторонний гидроторакс, у 6 больных – правосторонний, с преобладающим объемом выпота более 1000 мл (50%) и у 6 больных – левосторонний. В 83% случаев объем гидроторакса был менее 500 мл. При этом зависимость между объемом гидроторакса и продолжительностью пребывания в стационаре, а также между объемом гидроторакса и поражением других серозных оболочек не наблюдалась. Так, в первой группе сочетание с асцитом наблюдалось в 12 случаях, во второй – в 5 случаях и в третьей – в 11 случаях. «Кривые дожития» свидетельствовали об отсутствии влияния объема гидроторакса на продолжительность жизни больных с сердечной недостаточностью.

Выводы: длительное течение сердечной недостаточности, по-видимому, приводит к адаптационным изменениям, создающим условия, при которых объём гидроторакса существенно не влияет на выживаемость больных.

0282 ВОЗДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА И ИНГИБИТОРОВ АПФ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗОНЫ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА

Дрёмина Н.Н., Шурыгин М.Г., Мачхин И.Н.

ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия

Цель: изучить воздействие блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы на зону постинфарктного кардиосклероза.

Материал и методы: исследование проведено на крысах линии Wistar, весом 200–250 г в возрасте 9 мес. Животные были разделены на 3 группы: контрольная (КГ) и две основные (ОГ), по 20 животных в каждой. У животных всех групп выполняли моделирование инфаркта миокарда. Затем крысам первой ОГ вводили эналаприл per os в дозе 0,4 мг на 1 кг веса в сутки. Во второй ОГ применяли ирбесартан per os в дозе 0,1 мг на 1 кг веса в сутки. У животных КГ исследования проводили при естественном течении инфаркта миокарда. Животных выводили из эксперимента на четырнадцатые и тридцатые сутки. Миокард исследовали методом световой микроскопии с окраской срезов по Ван Гизон и гематоксилин-эозином. Для оценки выраженности грубоволокнистой соединительной ткани измеряли соотношение площади среза, занимаемой волокнами, к общей площади ткани.

Результаты: при микроскопическом исследовании в сосудах миокарда выявляли стаз эритроцитов и тромбы. На 14 сутки сохранялись обширные поля диапедеза эритроцитов. В центре участка повреждения отмечали зону, состоящую из некротизированных кардиомиоцитов с лизированными ядрами. В зоне максимальных репаративных процессов наблюдали выраженную клеточную реакцию – обилие гистиоцитов, фибробластов. Происходил активный синтез коллагена фибробластами. В пограничной с неинфарцированным миокардом зоне отмечали гипертрофию мышечных волокон. В участках миокарда, удаленных от зоны повреждения, строение миокарда практически не отличалось от нормы. При проведении анализа степени выраженности грубоволокнистой соединительной ткани мы провели измерение относительно объема коллагеновых волокон на срезе, окрашенном по Ван Гизон. Измерение проводилось в 3 зонах – максимально выраженной клеточной реакции, в зоне, пограничной с живым миокардом, и в области интактного миокарда. В КГ животных в зоне максимальной активности репаративных процессов уровень коллагенообразования был чрезвычайно высок и волокна занимали площадь от 51 до 76,5%. В группах животных, получавших с первых часов после ИМ эналаприл и апровель, плотность коллагена была значительно меньше в сравнении с контролем и составляла от 24% до 56% и от 32% до 65% соответственно. Но наибольшая разница в коллагенообразовании наблюдалась в зоне перехода от рубцовой ткани к сократительному миокарду. У контрольных животных относительный объем, занимаемый коллагеновыми волокнами, колебался от 22 до 42%, а первой основных группах коллагеновые волокна в пограничной зоне занимали от 9,7% до 28,5% (эналаприл) и от 13% до 29% (ирбесартан). В области интактного миокарда мы не выявили различий в уровне коллагенообразования ни в одной из исследуемых групп.

Выводы: На основании проведенного исследования нами выявлены изменения динамики формирования рубца в постинфарктной области под действием блокаторов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы эналаприла и апровеля. При их применении плотность коллагеновых волокон в ОГ животных достоверно ниже в сравнении с контролем. Наиболее выражено угнетение синтеза коллагена в зоне, граничащей с сохранным миокардом.

Tesis_006_end.indd 124 24.08.2006 22:25:05
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0283 ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРИЕМЕ АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Дробышева Е.С., Провоторов В.М.

ГОУ ВПО Росздрава ВГМА им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Высокая антиаритмическая эффективность амиодарона (кордарона) при Минимальных показателях аритмогенности по сравнению с другими антиаритмическими препаратами позволила расширить показания для его применения для лечения, а так же для профилактики нарушения ритма у больных с персистирующей фибрилляцией предсердий. В основе ряда электрофизиологических эффектов амиодарона лежит его действие на щитовидную железу. Препарат способен приводить к развитию тиреотоксикоза и гипотиреоза.

Цель: изучить распространенность возникновения нарушений функции щитовидной железы при длительном приеме амиодарона у лиц пожилого возраста с персистирующей фибрилляции предсердий (ПФП), оценить течение ПФП на фоне возникновения гипотиреоза и тиреотоксикоза.

Методы: в исследование были включены 20 пациентов (4 мужчины, 16 женщин), проживающих в Воронеже и Воронежской области. В возрасте от 55 до 75 лет с персистирующей фибрилляцией предсердий, принимающих амиодарон для удержания синусового ритма более шести месяцев в суточной дозе 200 мг пять дней в неделю. У всех пациентов до назначения амиодарона патологии щитовидной железы выявлено не было. На этапе формирования групп оценивалось: функция щитовидной железы (УЗИ щитовидной железы, определение уровня ТТГ, свободного Т3, свободного Т4 методом непрямого иммуноферментного анализа), так же проводилось клиническое обследование, которое включало в себя: расспрос, физикальное обследование, наблюдение за динамикой состояния в течение лечения, регистрацию ЭКГ, клинические анализы крови, мочи, кроме того проводились биохимические исследования уровня общего белка, глюкозы, общего холестерина, -липопротеидов, ЛПНП, АсАТ, АлАТ. Для оценки функции щитовидной железы использовались определения: эутиреоз- уровень гормонов щитовидной железы в пределах нормы (ТТГ- 0,25-3,5 МЕ/л, Т4 свободный 9-20пМоль/л, Т3 свободный 4,1-8,2 пмоль/л). Гипотиреоз- уровень ТТГ повышен Т4,Т3 снижен при манифестной форме, и в пределах нормы при субклинической форме. Тиреотоксикоз – снижен уровень ТТГ и повышен Т3, Т 4.

Результаты: установлено, что при приеме амиодарона более шести месяцев у 3 пациентов развился гипотиреоз (в том числе и субклинические формы), у 1 тиреотоксикоз, у 16 пациентов дисфункции щитовидной железы не наблюдалось. Кроме того, развитие дисфункции щитовидной железы сопровождалось ухудшением течения персистирующей фибрилляции предсердий.

Выводы: у пожилых пациентов с персистирующей формой фибрилляции предсердий, получающих кордарон для удержания сердечного ритма более шести месяцев, развивается дисфункция щитовидной железы. Развитие гипотиреоза или тиреотоксикоза сопровождается ослаблением антиаритмической активности препарата.

0284 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОЛИПРЕЛА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С «ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» ПРИ РАЗНЫХ РЕЖИМАХ НАЗНАЧЕНИЯ

Дроздецкий С.И., Глотова М.Е., Боряк А.М.

Медицинский институт ФСБ, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность нолипрела (периндоприл 2 мг / индапамид 0,625; «Сервье») при различных схемах лечения у больных с артериальной гипертонией на рабочем месте (АГрм).

Методы: в рамках рандомизированного краткосрочного (8 недель) пилотного исследования проведено лечение 24 человек (9 мужчин и 15 женщин), средний возраст 53,9 лет, с АГрм (критерии ЕОАГ, 2003 г.); степень АГ I (6 человек) и II (18 человек), степень риска – III (19 человек) и IV (5 человек). Нолипрел назначался в режиме монотерапии (2 т. однократно в сутки – 6 человек) и в комбинации с бета-блокаторами (ББ), ингибиторами АПФ (ИАПФ), блокаторами кальциевых каналов (БКК) (1 т. однократно в сутки – 18 человек)

Критерии оценки: частота нормализации офисного и среднесуточного (СМАД) АД, динамика суточного профиля АД, индекс времени (ИВ), суточный ритм (СР), качество жизни и динамика лабораторных показателей.

Результаты: через 8 недель лечения нолипрелом нормализация офисного САД была достигнута у 87,5% больных, ДАД – у 96%: итоговое значение САД 129,6 Мм рт.ст., ДАД – 80,0 Мм рт.ст. Нормализация среднесуточных величин САД (СМАД) наступила у 50% лиц, ДАД – у 45,8%, нормализация среднедневных величин ДАД (СМАД) – у 66,7% больных, САД – у 37,5%. Итоговый уровень САД ночью равнялся 112,7 Мм рт.ст., ДАД– 63,3 Мм рт.ст. В комбинации с ББ степень снижения офисных величин САД составила 21,7%, ДАД – 17,8%. В сочетании с ИАПФ САД снизилось на 17,2%, ДАД – на 13,4%. В режиме монотерапии степень снижения САД была 16,2%, ДАД – 13,7%. Комбинация с ББ в максимальной степени снижала средненочные величины АД (САД на 10,9 %, ДАД на 7,7 %) и средненочные значения ИВ (20,4% для ИВ САД, 22,1% для ИВ ДАД). В режиме монотерапии среднедневное САД снизилось на 7,8%, ДАД – на 6,9%, ИВ САД снизился на 28,8%, ИВ ДАД – на 15,7%, степень снижения АД ночью была сопоставимой. Сочетание с БКК группы дилтиазема восстанавливало нарушенный СР АД, группа нифедипина в отношении СР была нейтральной. У 100% больных отмечено улучшение общего самочувствия, выявлена тенденция к снижению общего ХС (на 1,9%).

Выводы: Отчетливый гипотензивный эффект нолипрела сочетался с уменьшением нагрузки давлением на органы мишени и положительным влиянием на характер СР АД. Сочетание нолипрела с ББ давало максимальный гипотензивный эффект у больных АГрм в отношении офисных и средненочных величин АД (1 место по эффективности). Монотерапия приводила к равномерному снижению АД на протяжении суток (2 место по эффективности). Положительное влияние на СР АД наблюдалось в сочетании с БКК группы дилтиазема. Переносимость нолипрела была отличной.

0285 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: ШТРИХИ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ

Дроздецкий С.И., Глотова М.Е., Ханина А.Я.

Медицинский институт ФСБ, Нижний Новгород, Россия

Цель: выявить особенности личностного профиля больных артериальной гипертонией на рабочем месте (АГрм).

Методы: проведено психологическое анкетирование, тест Р. Б. Кеттела (по 10 балльной системе оценивались 16 факторов личности) 43 человек – руководителей среднего звена (29 мужчин, средний возраст 49,5 лет и 14 женщин, средний возраст 52,7 года) с АГрм (критерии ЕОАГ, 2003 г.). Анамнез заболевания – 8,5 лет; степень АГ I (11 человек) и II (32 человек); степень риска – II (4 человека), III (34 человека) и IV (5 человек). Проводилось также измерение АД, расчет показателей массы тела, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование АД и пульса (СМАД), анализ показателей липидного спектра.

Результаты: в группе обследованных менее 5 баллов было набрано по качествам: выдержка (С) – 65,1%** лиц, доминантность (Е) – 67,4%**, взвешенность поступков (F) – 62,8%**, смелость

Tesis_006_end.indd 125 24.08.2006 22:25:05
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(H) – 58,1%**, консерватизм (Q1) – 74,4%**. В группе мужчин оценка факторов I (эмоциональность) – 12** человек из 29 и N (сдержанность) – 14** из 29 превысила 7 баллов, средний балл по фактору O (отрицание вины) составил 7,9 баллов**, по фактору Q4 (напряженность) – 7,5**. В группе женщин были развиты дисциплинированность (G) (средний балл 7,4**) и самоконтроль (Q3) (средний балл 7,1**). Доминирующими среди больных АГрм были эмоционально неустойчивые, импульсивные личности, с выраженной чувствительностью и податливостью эмоциям наряду с высокой сдержанностью и тактичностью в выражении собственных чувств (у мужчин), с высокой дисциплинированностью и самоконтролем (у женщин). Последние характерологические особенности не позволяют пациентам в полной мере выражать и реализовывать довлеющие над ними чувства и эмоции.

Выводы: у больных АГрм имеется комплекс личностных черт, определяющий их высокую уязвимость к воздействию психоэмоциональной нагрузки (в том числе профессиональной) и слабую способность к преодолению стресса. Эти пациенты тяжело справляются с жизненными трудностями, с трудом преодолевают неудачи. Они застенчивы, боятся сложных ситуаций, склонны к подчинению, не способны к риску и принятию быстрых решений. В связи с этим соответствие должности руководителя у них затруднено, достигается путем большого психологического напряжения, приводящего к формированию хронического дистресса (состояние повышенной тревожности и напряженности по фактору Q4). Внутренний психологический конфликт усугубляет стрессовое состояние. Возможно, в случаях с АГрм в состав антигипертензивной терапии следует включать немедикаментозные способы лечения, логичным было бы проведение корригирующих психосоциальных мероприятий.

0286 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШЕ 55 ЛЕТ

Дроздецкий С.И., Каулина Е.М.

Военно-медицинский институт ФСБ РФ, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Изучить тактику ведения врачами амбулаторного практики пациентов с артериальной гипертонией (АГ) старше 55 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ ведения 100 пациентов с АГ старше 55 лет по данным амбулаторных карт (АК). Проводилась выборка из АК данных о регистрации факторов риска (ФР) АГ, о назначенных антигипертензивных препаратах (АГП) и об уровне артериального давления (АД). Оценивались АК одних и тех же больных. Данные представлены в динамике за период 2000 – 2005 гг.

Результаты. При первичном анализе в АК частоты регистрации имеющихся ФР были получены следующие результаты. Регистрация гипертрофии левого желудочка изменялась следующим образом: в 69% АК (2000 г.), в 65% АК (2001 г.), в 51% АК (2002 г.), в 53,2% АК (2003 г.), в 70,9% АК (2004 г.), в 86,3% АК (2005 г.). Регистрация ангиопатии сетчатки изменялась соответственно: 50% – 53% – 44% – 73,4% – 49,4% – 49,3%. Регистрация протеинурии изменялась соответственно: 10% – 26% – 51% – 58,2% – 29,1% – 24,7%. Регистрация цереброваскулярного анамнеза: 32% – 25% – 46% – 62% – 21,5% – 84,5%. Регистрация анамнеза ишемической болезни сердца соответственно: 38% – 31% – 44% – 74,7% – 100% – 100%. Регистрация курения соответственно: 0% – 0% – 12% – 12,7% – 0% – 2,6%. Назначение анализа глюкозы крови было проведено в 54% АК (2000 г.), в 69% АК (2001 г.), в 51% АК (2002 г.), в 88,6% АК (2003 г.), в 53,2% АК (2004 г.), в 100% АК (2005 г.). Креатинина крови соответственно: 12% – 10% – 51% – 70,9% – 68,4% – 33,8%. Холестерина крови соответственно: 10% – 10% – 51% – 70,9% – 77,2% – 49,4%. При анализе назначений врачами АГП были получены следующие результаты. Пациентам с 2000г. в 100% проанализированных АК назначалась комбинированная антигипертензивная терапия. Назначение врачами диуретиков изменилось следующим образом: в 40% АК (2000 г.), в 44% АК (2001 г.), в 55,3% АК (2002 г.), в 77,2% АК (2003 г.), в 77,2% АК (2004 г.), в 89,6% АК (2005 г.). Назначение ИАПФ изменилось соответственно: 76% – 71% – 88,2% – 79,7% – 100% – 100%. Назначение b-адреноблокаторов изменилось соответственно: 75% – 63% – 84,7% – 73,4% – 77,2% – 79,2%. Назначение антагонистов кальция изменилось соответственно: 10% – 12% – 31,8% – 45,6% – 74,7% – 50,6%.

При анализе динамики уровня АД у пациентов были получены следующие результаты. За период наблюдения систолическое АД (среднее по группе) снизилось с 172,6 Мм рт. ст. (2000 г.) до 162,9 Мм рт. ст. (2005 г.), диастолическое АД (среднее по группе) снизилось с 96,4 Мм рт. ст. (2000 г.) до 91,5 Мм рт. ст. (2005 г.).

Заключение. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что врачами амбулаторного звена уделяется недостаточно внимания ФР при ведении пациентов с АГ старше 55 лет. При выборе АГП отмечена меньшая, по сравнению с другими классами, частота назначения диуретиков и антагонистов кальция, хотя доказана их эффективность в плане воздействия на конечные точки при лечении АГ у лиц пожилого возраста. За период наблюдения не у всех пациентов был достигнут целевой уровень АД, что может свидетельствовать о недостаточной интенсивности АГТ и/или низкой приверженности пациентов к назначаемой терапии.

0287 МАРКЁРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ СЕМЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Дубовик Н.В.

Кафедра педиатрии, Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Республика Беларусь

Цель: изучить маркёры метаболического синдрома у детей и подростков из семей с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии.

Методы: обследовано 105 детей и подростков (средний возраст 13,6±1,2 года): 43 пациента с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) и 62 ребенка с высоким нормальным артериальным давлением, а также 40 здоровых детей с нормальными цифрами артериального давления. Уровень инсулина и кортизола в плазме крови детей определяли радиоиммунологическим методом, а мочевой кислоты в сыворотке крови энзиматическим методом. Статистический анализ данных выполнен с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты: более половины (55,8%) детей и подростков с ЭАГ имеют наследственную отягощенность по артериальной гипертензии со стороны обоих родителей. Половина детей и подростков с ЭАГ и 20% пациентов с высоким нормальным артериальным давлением имеют избыточную массу тела. Установлено статистически достоверное увеличение уровня иммунореактивного инсулина в сыворотке крови детей и подростков из семей с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии (Me=96,2; 67,9; 124,9) по сравнению со здоровыми детьми (Me=64,4; 43,1; 86,39) (p=0,0001). При изучении уровня кортизола в плазме крови детей и подростков из семей с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии выявлено достоверное превышение его уровня в крови пациентов с ЭАГ и избытком массы тела (Me=434; 278; 606), в отличие от контрольной группы (Me=323,5; 195,6; 506,4) (p=0,0113). Также выявлены достоверные различия уровня мочевой кислоты в крови пациентов с ЭАГ (как у девочек, так и у мальчиков) (Me=297; 228; 361) по сравнению со здоровыми детьми (Me=178,5; 133; 206,5) (p=0,0001) и пациентами с высоким нормальным артериальным давлением (Me=206,5; 157; 305) (p=0,0001).

Tesis_006_end.indd 126 24.08.2006 22:25:05
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выводы:

1. Выявлена прямая корреляционная зависимость наличия эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков с наследственной отягощенностью по данному заболеванию со стороны обоих родителей (r=0,3; p<0,01)
2. Для детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией, в отличие от пациентов с высоким нормальным артериальным давлением, установлена прямая корреляционная зависимость с показателем избытка массы тела и ожирением (r=0,4; p<0,01)
3. В плазме крови пациентов с эссенциальной артериальной гипертензией и детей с высоким нормальным артериальным давлением установлено повышение уровня иммунореактивного инсулина
4. Для подавляющего большинства детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией и пациентов с высоким нормальным артериальным давлением характерно повышение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови
5. В плазме крови детей с избытком массы тела и эссенциальной артериальной гипертензией выявлено повышение уровня кортизола.

0288 ИНСУЛИН И МОЧЕВАЯ КИСЛОТА КАК ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ СЕМЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ

Дубовик Н.В., Беляева Л.М.

БелМАПО, Минск, Республика Беларусь

Цель: изучить уровни инсулина и мочевой кислоты в сыворотке крови у детей и подростков из семей с артериальной гипертензией.

Методы: обследовано 105 детей и подростков (средний возраст 13,6±1,2 года) из семей с артериальной гипертензией. Из них 43 пациента с эссенциальной артериальной гипертензией (ЭАГ) и 62 ребенка с высокими нормальными показателями артериального давления, а также 40 здоровых детей с нормальными цифрами артериального давления. Уровень иммунореактивного инсулина (ИРИ) в плазме крови детей определяли радиоиммунологическим методом, а мочевой кислоты (МК) в сыворотке крови энзиматическим методом. Статистический анализ данных выполнен с помощью пакета прикладных программ Statistica 6,0.

Результаты: установлено статистически достоверное увеличение уровня ИРИ в сыворотке крови у детей и подростков из семей с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии (Me=96,2; 67,9; 124,9) по сравнению со здоровыми детьми (Me=64,4; 43,1; 86,39) (p=0,0001).

Также выявлены достоверные различия уровня МК в крови пациентов с ЭАГ (как у девочек, так и у мальчиков) (Me=297; 228; 361) по сравнению со здоровыми детьми (Me=178,5; 133; 206,5) (p=0,0001) и с пациентами, имеющими высокие нормальные показатели артериального давления (Me=206,5; 157; 305) (p=0,0001).

Всем пациентам проведено ультразвуковое обследование сердца в М и 2D режимах на аппарате «Simens sonoline SL-450». Установлено, что для 81,4% детей и подростков с ЭАГ и для 75,8% пациентов с высоким нормальным артериальным давлением оказались характерными различные малые аномалии развития сердца. Пролабирование сердечных клапанов (митрального и/или трикуспидального, причем только I степени), регистрировалось у 48,8% детей и подростков с ЭАГ и у 38,7% пациентов с высоким нормальным артериальным давлением. Наличие ложных хорд, преимущественно в левом желудочке сердца, выявлено у 32,6% пациентов с ЭАГ и у 37% детей и подростков с высоким нормальным артериальным давлением.

Выводы:

1. У детей и подростков из семей с наследственной отягощенностью по артериальной гипертензии выявлено статистически достоверное увеличение уровня иммунореактивного инсулина в плазме крови, в отличие от здоровых детей (p=0,0001).

2. Установлено также достоверное увеличение уровня мочевой кислоты в сыворотке крови у детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией по сравнению со здоровыми детьми (p=0,0001) и пациентами с высоким нормальным артериальным давлением (p=0,0001).

3. У подавляющего большинства детей и подростков с эссенциальной артериальной гипертензией (81,4%) и у пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (75,8%) выявлены малые аномалии развития сердца.

0289 К ВОПРОСУ О РАЗМЕРНОСТИ РАСЧЁТНОГО ИНТЕРВАЛА Q-T С УЧЕТОМ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Цель исследования. Изучить размерность расчётного интервала Q-T с учётом частоты сердечных сокращений.

Материалом работы послужили некоторые общепризнанные формулы расчётного интервала Q-T:

H. Bazett:

Q-T должный = k • √R-R; (1),

L. Taran и N. Szilagy:

Q-T corrected = Q-Тизм / √R-R; (2),

L. Fridericia:

Q-TFc = k • 3√R-R, (3)

Полученные результаты. Интервал Q-T с момента своего описания находится под постоянным вниманием исследователей, а количество научных публикаций по его изучению неуклонно растет. Доказана зависимость интервала Q-T от R-R, которая носит сложный и неоднозначный характер. Ни одна из известных формул не может адекватно описать это динамическое взаимоотношение. Необходимо признать, что формула (2) является основным стандартом оценки интервала Q-T во всем мире, хотя и она не является оптимальной, но вошла в широкую клиническую практику и в 1947 году получила статус «закона Базетта». Остается открытым вопрос о показателе размерности получаемых величин, так как вычисление квадратного корня из R-R всегда приводит к показателю размерности с. В стандартизированных системах единиц нет размерности «секунда под квадратным (формула 1 и 2), либо кубическом корнем (формула 3)». В этих случаях, для указания показателя размерности в общепринятых единицах (секунды), мы должны указывать искомые величины (Q-T должный, Q-T corrected, Q-TFc) с указанием степени. Для указания размерности рассчитываемых величин по формулам 1, 2 и 3 это выглядит следующим образом:

Q-T должный^2 = ... с.,

Q-T corrected^2 =... с.,

Q-TFc^3 =... с.

Однако, это нарушает привычный стереотип понимания величин с указанием степени, так как в перечисленных случаях степень искомых величин указана для показателя размерности и только для размерности. XXI век объявлен веком биологии, так почему бы нам не отдать должное человеку, который предложил оригинальную, удобную формулу расчета интервала Q-T с учетом частоты сердечных сокращений принятую во всем мире, единственным значимым недостатком которой является отсутствие размерности.

Выводы. Учитывая постоянные трудности в правильном и понятном указании размерности для интервала Q-T с учетом частоты сердечных сокращений, предлагаю, учитывая большие заслуги H. Bazett перед медицинской общественностью, к 60-летию практического применения формулы, указывать размерность во внесистемных единицах, например базеттах (Bz).

Tesis_006_end.indd 127 24.08.2006 22:25:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0290 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА БРУГАДА СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев феномена Бругада (ФБ) среди мужчин по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Всего было выполнено 5209 ЭКГ, из них 64 – признаны, из них 64 – признаны бракованными. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. За ФБ на ЭКГ принимали характерную элевацию сегмента ST в отведениях Vi, V2, V3 на фоне полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; при этом исключали ЭКГ с признаками ИБС, мерцание/трепетание предсердий, гипертрофии левого желудочка («Миннесотекий код 1982» с 1-1-1 по 1-3-9; с 4-1 по 4-3; с 5-1 по 5-3; с 8-3-1 по 8-3-4; 3-1 и 3-3); атак же когда Svi+R-vs^O MM, Ri+Sm>20 мм, RAVL>10,1 MM, RAVF>20 MM, SVI+RV6>35 MM, Rve>22,6 мм, Sv2>30 мм, Svi>25,l мм, SAVR>14 MM, SV2+RV5>45 MM. Показатель распространенности рассчитывали как отношение зарегистрированного ФБ к общему числу обследованных мужчин на 1000. Заболеваемость оценивали по плотности новых случаев, т.к. группа мужчин постоянно менялась и время наблюдения было неодинаково для разных участников. Для того чтобы вклад разных обследованных лиц был соизмерен со сроком их наблюдения в формуле расчета плотности новых случаев мы использовали не число лиц включенных в исследование за определенный период времени, а время наблюдения каждого до возникновения ФБ. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 54,5 года (интерквартильный размах от 38 до 66 лет). Медиана возраста лиц с ФБ – 55 лет (интерквартильный размах от 44 до 64 лет). ФБ был зарегистрирован в 104 случаях (35,5 на 1000 мужчин). Плотность новых случаев ФБ составила 1,17 на 100 человеко-лет. К сожалению, в данном исследовании традиционный подход в оценке заболеваемости неприемлем. А использование показателя плотности частоты новых случаев приводит к смешиванию обследуемых с разной продолжительностью наблюдения. И результирующий показатель оказывается смещенным в ту или иную сторону. Изменения сегмента ST тип «saddleback» имел место в 94 случаях, а тип «coved» встретился среди 10 мужчин.

Выводы:

1. Распространенность феномена Бругада на ЭКГ среди мужчин составила 35,5 на
1000 обследованных.
2. Плотность новых случаев феномена Бругада на ЭКГ составила 1,17 на 100 человеко-лет.
3. Изменения сегмента ST тип «saddle-back» встретились в 9,5 раз чаще, чем тип «coved».

0291 ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ «ЭПСИЛОН» ВОЛНЫ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев «эпсилон» волны (□W) среди мужчин по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Всего было выполнено 5209 ЭКГ, из них 64 – признаны бракованными. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. За W на ЭКГ мы принимали «зазубрину» в правых прекордиальных отведениях (V1-V3) на восходящей части зубца S или начале сегмента ST, предварительно исключив ЭКГ на которых присутствовали хотя бы один из следующих признаков – «определенный» инфаркт миокарда («Миннесотский код 1982» с 1-1-1 по 1-2-7), «возможный» инфаркт миокарда («Миннесотский код 1982» с 1-2-8 по 1-3-9), хроническая коронарная недостаточность («Миннесотский код 1982» 4-1, 4-2, 5-1, 5-2), «возможная» коронарная недостаточность («Миннесотский код 1982» 4-3, 5-3); мерцание/трепетание предсердий как преходящая, так и постоянная формы («Миннесотский код 1982» с 8-3-1 по 8-3-4); желудочковая экстрасистолия 10% или более от зарегистрированных сердечных циклов («Миннесотский код 1982»); гипертрофия левого желудочка («Миннесотский код 1982» 3-1 и 3-3), а так же когда SV1+RV5>40 мм, RI+SIII>20 мм, RAVL>10,1 мм, RAVF>20 мм, SV1+RV6>35 мм, RV6>22,6 мм, SV2>30 мм, SV1>25,1 мм, SAVR>14 мм, SV2+RV5>45 мм. Показатель распространенности рассчитывали как отношение зарегистрированного W к общему числу обследованных мужчин на 1000. Заболеваемость оценивали по плотности новых случаев, т.к. группа мужчин постоянно менялась и время наблюдения было неодинаково для разных участников. Для того чтобы вклад разных обследованных лиц был соизмерен со сроком их наблюдения в формуле расчета плотности новых случаев мы использовали не число лиц включенных в исследование за определенный период времени, а время наблюдения каждого до возникновения W. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей.

Полученные результаты. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 54,5 года (интерквартильный размах от 38 до 66 лет). Медиана возраста лиц с W – 50 лет (интерквартильный размах от 36 до 62 лет). W была зарегистрирована в 109 случаях (38,6 на 1000 мужчин). Плотность новых случаев W составила 2,01 на 100 человеко-лет.

Выводы:

1. Распространенность «эпсилон» волны на ЭКГ среди мужчин составила 38,6 на 1000 обследованных.
2. Плотность новых случаев «эпсилон» волны на ЭКГ составила 2,01 на 100 человеко-лет.

0292 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА Q-T СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ

Дульский В.А.

ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Цель исследования – изучить продолжительность корригированного интервала Q-T среди мужчин (ПИQ-Tc).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Всего было выполнено 5209 ЭКГ, из них 64 – признаны бракованными. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. ПИQ-Tc мы рассчитывали по формуле Q-Tc = Q-Тизм/□R-R. Измерение интервала Q-T про-

Tesis_006_end.indd 128 24.08.2006 22:25:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

изводили 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 наслаивания на конечную часть зубца «Т» волны «U» или Р, проводили касательную по нисходящему колену зубца «Т» до пересечения с уровнем изолинии, и эту точку принимали за окончание интервала Q-T. Измерения интервала Q-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при артифициальной 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. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методов описательной статистики и таблицы частот.

Полученные результаты. Анализу подверглось 2474 ЭКГ. Медиана возраста мужчин включенных в исследование составила 53 года (интерквартильный размах от 37 до 61 года). Медиана ПИQ-Тс составила 399,10 мс (интерквартильный размах от 382,31 мс до 416,93 мс). Медиана ПИQ-Тс в возрастной группе 15-19 лет составила 388,64 мс (интерквартильный размах от 372,63 мс до 403,44 мс); в группе 20-29 лет – 389,45 мс (интерквартильный размах от 374,85 мс до 406,17 мс); в группе 30-39 лет – 389,80 мс (интерквартильный размах от 373,70 мс до 407,58 мс); в группе – 40-49 лет – 397,76 мс (интерквартильный размах от 381,57 мс до 413,70 мс); в группе 50-59 лет – 401,05 мс (интерквартильный размах от 387,70 мс до 420,75 мс); в группе 60-69 лет – 404,32 мс (интерквартильный размах от 389,94 мс до 422,49 мс); в группе 70-79 лет – 407,55 мс (интерквартильный размах от 393,88 мс до 425,52 мс) и в группе мужчин 80 лет и старше – 407,88 мс (интерквартильный размах от 391,07 мс до 423,93 мс). ПИQ-Тс более 440 мс зарегистрирована в 9,2%.

Выводы:

1. Продолжительность интервала Q-Tc среди мужчин старше 15 лет составила 399,10 мс (интерквартильный размах от 382,31 мс до 416,93 мс).
2. Продолжительность интервала Q-Tc неуклонно увеличивается с увеличением возраста мужчин.
3. У 90,8% мужчин продолжительность интервала Q-Tc не превышала 440 мс.

0293 ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ФОНЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА

Дупляков Д.В., Голева С.В. Сысуенкова Е.В., Светлакова Л.П., Глухова В.Л., Вождаева З.И.

МСЧ ОАО "АВТОВАЗ", Тольятти, Россия

Считается, что наличие на ЭКГ блокады левой ножки п.Гиса (БЛН) существенно снижает диагностическую ценность нагрузочного теста. Нами обследовано 23 пациента (15 мужчин и 8 женщин) с БЛН в возрасте 48-65 лет (ср.возраст 53.9±8,1 лет). В 12 случаях причиной появления БЛН послужил перенесенный ранее передний Q-зубцовый ИМ, у остальных 11 пациентов четких клинических данных за ИБС не было. СЭхоКГ с физической нагрузкой (ФН) на велоэргометре проводили по стандартному протоколу.

По результатам СЭхоКГ пациентов разделили на три группы, не различавшиеся по полу и возрасту. Первую составили лица с отрицательным результатом СЭхоКГ, без анамнестических данных за ИМ (n=11). Вторую группу сформировали 6 пациентов с перенесенным ИМ и отрицательным результатом тестирования. Третью – оставшиеся 6 пациентов с ПИКС и ухудшением локальной сократимости миокарда ЛЖ в ходе СЭхоКГ.

Исходно пациенты 1 группы отличались наилучшими гемодинамическими показателями. ФВ в покое составила 56,8±10,5%, против 44,0±12% и 46±10,5% для 2 и 3 групп, соответственно (в обоих случаях p<0,05). Различие между 2 и 3 группами недостоверно. КДО ЛЖ в покое у пациентов 1 группы равнялся 128±53 мл, значимо отличаясь от обеих групп пациентов с ИМ в анамнезе (192±53 мл и 170±49 мл, p=нд). В 1 группе нарушений регионарной сократимости (ИНЛС) в покое не наблюдалось, в то время как пациенты 2 и 3 групп имели выраженные регионарные нарушения сократимости (1,7±0,3 и 1,54±0,4). Толерантность к физической нагрузке была наибольшей у пациентов 1 группы. В ходе исследования они достигли следующих показателей: МЕТ (5,2±2,0), ДП (279±38) и пороговой ЧСС (155±9,3 уд/мин), значимо превышая таковые у больных с ИМ, как с положительным, так и отрицательным результатом СЭхоКГ.

Постнагрузочная ФВ недостоверно ухудшалась исключительно у пациентов 3-й группы (46±10,5% исходно против 44,2±9,4% после ФН). В 1-й группе ФВ, по сравнению с покоем, значимо увеличивалась с 56,8±10,5% до 64,7±15,4% (p<0.05). Во 2-й группе регистрировалась недостоверная тенденция к ее увеличению – с 44±12% до 48,7±9,9%. Ухудшение ИНЛС отмечалось также только у пациентов 3-й группы: он увеличился с 1,54±0,4 до 2,17±0,37 (p<0,01). В остальных группах динамики ИНЛС не было. КДО ЛЖ, по сравнению с исходными значениями, во всех трех группах стремился к уменьшению (различие недостоверно).

Из 6 случаев многососудистого поражения коронарного русла положительный результат СЭхоКГ был получен у 5 пациентов. Возможной причиной отрицательного результата у еще одного пациента послужили выраженные рубцовые изменения миокарда с исходным ИНЛС 2,0. В 1 группе ангиографически чистые коронарные артерии обнаружены у 8 из 10 пациентов.

Итак, СЭхоКГ с ФН обладает высокими возможностями в плане диагностики коронарного атеросклероза у пациентов с БЛНПГ, что позволяет рекомендовать ее в качестве метода первого ряда у пациентов этой группы.

0294 ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА С ПОМОЩЬЮ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Дупляков Д.В., Голева С.В. Сысуенкова Е.В., Светлакова Л.П.

МСЧ ОАО "АВТОВАЗ", Тольятти, Россия

СЭхоКГ с ФН была выполнена 25 пациентам со стенозом МК ревматического генеза (19Ж/6М). Протокол СЭхоКГ заключался в выполнении единственной ступени нагрузки в 25 Вт. Исходно и в течение первой Минуты восстановительного периода анализировали динамику градиентов на пораженных клапанах, объемов полостей ЛЖ (КДО и КСО), ФВ, локальной сократимости, а у ряда пациентов и систолического давления в легочной артерии (СДЛА).

В целом СЭхоКГ с Минимальной нагрузкой хорошо переносилась пациентами, и опасных осложнений отмечено не было. В зависимости от площади МК (S) пациентов разделили на 2 группы: в первую вошло 12 пациентов с S<1,4 см2, во вторую 13 пациентов с S>1,4 см2. Размер ЛП был достоверно выше в 1 группе: 4,7±0,6 см и 4,01±0,43 см (p=0,004). Площадь МК, максимальный и средний градиенты составляли, соответственно: 1,19±0,22 против 1,99±0,45 см2 (p=0,007); 13,65±5,5 Мм рт. ст. против 8,3±3,6 Мм рт. ст. (p=0,014); 7,8±3,1 Мм рт. ст. против 4,34±1,4 Мм рт. ст. (p=0,05).

С увеличением тяжести МС обнаруживалась тенденция к снижению объема выполняемой нагрузки (МЕТ 2,66±0,6 против 3,02±0,62, p=нд), и три из 12 пациентов 1 группы не смогли закончить протокол теста.

Вне зависимости от исходной тяжести МС значения максимального и среднего градиентов на клапане достоверно увеличились после выполнения физической нагрузки. Р макс. возрос до 30,25±10,5 Мм рт. ст. в 1 группе (p<0,05) и 15,8±6,5 Мм рт. ст.

Tesis_006_end.indd 129 24.08.2006 22:25:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

во 2 группе (p<0,05). Средний градиент до 16,4±6,9 Мм рт. ст. и 7,8±2,9 Мм рт. ст., соответственно. Различие достоверно.

Площадь МК после выполнения теста увеличилась в обеих группах: до 1,55±0,47 см2 в 1 группе (p<0,05) и 2,42±0,8 см2, соответственно во 2 группе (p<0,05). У пациентов с S<1,4 см2 (1 группа) Минимальная физическая нагрузка приводила к выраженному повышению СДЛА с 41±8,1 Мм рт. ст. в покое до 68,4±14 Мм рт. ст. после СЭхоКГ. В отличие от показателей покоя пороговые значения СДЛА в 1 группе значимо превышал аналогичный показатель для 2 группы: 68,4±14 Мм рт. ст. против 47,3±9,2 Мм рт. ст. (p=0,002).

После комплексного обследования оперативное лечение было проведено 6 пациентам (5 из 12 в первой группе, 1 из 13 во второй). Протезирование МК выполнили 5 пациентам, дополнительно трем проводили редукцию ЛП («Лабиринт-3») и выполнили пластику ТК по Де-Вега. Одной пациентке выполнили пластику МК. Оперативное лечение оказалось эффективным у всех пациентов. Оно привело к выраженному уменьшению размеров ЛП (p=0.02). Средний градиент на протезе достоверно уменьшился (p=0,036), такая же динамика отмечена и для СДЛА (p=0,008).

Таким образом, СЭхоКГ с физической нагрузкой малого уровня может быть рекомендована для включения в план дооперационного обследования пациентов с митральным стенозом.

0295 СТРУКТУРА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Дыхнэ Е.Т., Галявич А.С.

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», Казань, Россия

Цель: провести анализ структуры степени тяжести артериальной гипертонии у больных гипотиреозом.

Материал и методы: обследовано 58 больных с первичным гипотиреозом средней степени тяжести и артериальной гипертонией в возрасте от 44 до 77 лет: 55 женщин (94,8%) и 3 мужчин (5,2%). В исследование были включены больные с артериальной гипертонией 2,3 степени.

Контрольную группу составили 40 больных гипертонической болезнью II стадии, 2,3 степени, сопоставимые по возрасту и полу.

На каждого пациента была заведена регистрационная карта-опросник, в которой были отражены антропометрические данные, история развития заболеваний (гипотиреоза, АГ). При анализе данных медицинской документации изучалось наличие в анамнезе ранее, до развития гипотиреоза, у всех пациентов артериальной гипертонии, уточнялся ее генез. Использовались следующие методы исследования: общеклинические (осмотр, измерение АД, подсчет ЧСС и т.д.), гормональное исследование (ТТГ, Т4 св.); УЗИ щитовидной железы; биохимический анализ крови (определение глюкозы, креатинина, АСТ, АЛТ, липидограммы).

Результаты и обсуждение: среди пациентов с гипотиреозом и артериальной гипертонией, АГ эндокринного (гипотиреоидного) генеза диагностирована у 22 (37,9%) больных. При этом по данным медицинской документации, у них ранее отсутствовала гипертоническая болезнь и АГ иного симптоматического генеза в анамнезе. При анализе структуры АГ у данных больных, в зависимости от степени тяжести, АГ 2 степени диагностирована у 15 (68,2%) больных; АГ 3 степени – у 7 (31,8%) больных, что свидетельствует о преобладании количества пациентов с АГ 2 степени у лиц с АГ гипотиреоидного генеза.

АГ смешанного генеза, при наличии в анамнезе ГБ, диагностирована у 36 (62,1%) больных. При этом АГ 2 степени выявлена у 12 (33,3%) больных, АГ 3 степени – у 24 (66,7%) больных. Необходимо отметить, что при сравнении степени АГ у пациентов с наличием в анамнезе ГБ, произошло увеличение ее тяжести, преимущественно за счет диастолического АД, что анамнестически совпало с развитием симптомов гипотиреоза.

Проводилось изучение характера изменений общего холестерина, ЛПВП, ЛПНП и триглицердов. В результате исследования получены следующие данные: превышали норму значения общего холестерина (6,92±0,42ммоль/л), ЛПНП (4,56±0,18ммоль/л) и ТГ (2,8±0,27ммоль/л), уровень ЛПВП находился на нижней границе нормы(0,99±0,1ммоль/л).

Выводы: артериальная гипертония при гипотиреозе имеет следующую этиологическую структуру: АГ эндокринного генеза и АГ смешанного генеза (при наличии в анамнезе гипертонической болезни).

Присоединение эндокринного компонента повышения АД приводит к увеличению степени тяжести АГ.

0296 ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА АТЕРОГЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С АГ ВОЗМОЖНО ПОТЕНЦИРУЕТ РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД БИОАДАПТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ

Дьячкова-Рехтина Н.Н., Бондарева З.Г., Рехтина Л.В.

Санаторий "Белокуриха", Белокуриха, Алтайский край, Россия; Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Одним из слабых звеньев санаторного этапа реабилитации является слабый учет психофункционального состояния организма, его адаптационных и функциональных резервов. Эмоциональная сфера у больных ИБС, особенно у женщин, наиболее чувствительный адаптивный механизм, через который реализуется влияние комплекса факторов внешней среды, в том числе проводимых реабилитационных мероприятий. Функциональная реабилитация должна быть комплексной, направленной на устранение регуляторных нарушений и факторов риска (ФР), восстановление функциональных резервов, психоэмоциональную релаксацию и компенсацию осложнений. В связи с этим, в последнее время активно разрабатываются новые нетрадиционные подходы к функциональной терапии и реабилитации с использованием новых технологий, в том числе принципов биоадаптивного управления – биологической обратной связи (БОС).

Цель проведенного исследования: проанализировать клинико-функциональные и психологические особенности у женщин с ИБС в раннем постинфарктном периоде, изучить влияние алекситимии на течение инфаркта миокарда и оценить роль метода нейрофизиологической коррекции в повышении эффективности комплексной реабилитации и вторичной профилактики ИБС. Под наблюдением находились 152 женщины в возрасте от 40 до 60 лет, перенесшие острый ИМ. Частота встречаемости алекситимии (по шкале TAS-26) составила 68% (79 чел.). Все они были разделены на 2 группы, одной из которых (39 чел.) в дополнение к базовой реабилитации был проведен 2-х недельный курс БОС-тренинга. Третья группа (без алекситимии) была контрольной (38 чел.). В рамках проводимого исследования пациенткам с алекситимией из основной группы обеспечивалась регистрация наиболее распространенных физических параметров физиологических систем (биопотенциалов мышц, сердца, мозга, кожной температуры) под управлением программной системы "БОСЛАБ" с многоканальным интерфейсом БИ-012. С помощью технологии биоуправления "алекситимики" учились понимать и ощущать связь между физиологическими реакциями и их эмоциями, представлениям, мыслями; обучались чувствовать свое тело, обретали способность дифференцировать соматические ощущения, эмоциональные реакции. Какого-либо отрицательного влияния БОС-тренинга на показатели гемодинамики у пациенток нами не было отмечено.

Выводы: алекситимия обусловливает более тяжелое течение ИБС, острого ИМ и раннего постинфарктного периода.

Tesis_006_end.indd 130 24.08.2006 22:25:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Применение методов компьютерного биоуправления достоверно приводит к улучшению психологических и клинико-функциональных показателей у женщин с алекситимией, оказывает положительное влияние на включение компенсаторных механизмов, снижение внутренней конфликтности, повышение самооценки. Активация мотивации оказывает влияние на формирование уверенности в успешном исходе лечения, что способствует более полноценному и оптимальному проведению восстановительного лечения после острого ИМ и вторичной профилактики ИБС на санаторном этапе реабилитации.

0297 ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ ССЗ НА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

Дятлова Н.Н.

Федеральное управление медико-биологических и экстремальных проблем ЦМСЧ-15, Снежинск, Россия

Одним из основных направлений, ориентированных на снижение заболеваемости и смертности от ССЗ, являются эпидемиологические исследования, оценивающие, как правило, не только показатели популяционных частот заболеваний, но и роль ФР в развитии ССЗ. Ведущим ФР традиционно относят АГ, дислипидемию, курение и т.д.

Цель: оценка 10-летнего индивидуального и популяционного риска развития ССЗ популяции лиц, работающих на предприятии АП.

Актуальность проведения исследования определяется необходимостью разработки стратегической перспективы развития здравоохранения на предприятиях АП.

Расчет теоретического риска развития ССЗ ранее проводился по Фрамингемской методике, данное исследование проведено на основе шкалы SCORE (Systemic Coronary Rick Evaluation), разработана и внедрена компьютерная программа оценки суммарного риска развития фатальных событий ССЗ на 10-летний период для сотрудников АП.

Раннее прогнозирование ССЗ позволяет снизить последствия заболевания, смертность от инфаркта миокарда, мозгового инсульта путем контроля за ишемической болезнью сердца (ИБС), артериальной гипертензией (АГ) и факторами риска (ФР).

Материалы и методы: в основу работы положены данные, полученные при исследовании пациентов, находившихся на амбулаторном и стационарном обследовании в ЦНСЧ-15 ФУ «МедБиоэкстрем» РФ в 2005-2006г. всего обследовано 107 человек (здоровых 44 человека, 63 пациента с ГБ в возрасте от 20 до 75 лет).

Обследовалось 37 мужчин и 26 женщин – рабочих и инженерно-технических работников. У 16% ГБ I степени, у 38% ГБ II степени и у 46% ГБ II степени. Результаты исследований:

1 Общий суммарный коронарный риск среди сотрудников с ГБ по итоговой сумме условных единиц оценивался от 0 до >25. «0» риск имели 6,38%; от 2 до 5-41,3%; от 5 до 10 у.е. –30,16%; от 10 до 20-20,6%; >25-1,6%.

Проведен расчет показателей абсолютного и относительного риска развития ГЛЖ.. Абсолютный риск развития ГЛЖ находится в пределах от 30,3% до 72,97%, относительный риск (отклонение частот возможных событий) был равен 2,37, процент избыточного (атрибутивного) риска развития событий вычислялся как (ОР-1)/ОР составил 57,8%

Таким образом, 10-летний популяционный риск развития фатальных событий ССЗ у сотрудников АП не превышает соответствующий коэффициент для других популяций. Наблюдалась устойчивая взаимосвязь между ГЛЖ и увеличением риска ССЗ. Это свидетельствует о том, что повреждение органов на стадии, предшествующей клинической манифестации может иметь существенное значение для целей диагностики.

0298 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИАПФ БЕРЛИПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Евдокимова А.Г., Радзевич А.Э., Коваленко Е.В., Терещенко О.И., Кувырдина Н.О.

ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Цель: комплексное изучение эффективности применения берлиприла в составе комбинированной терапии (диуретики, М-холинолитики, сердечные гликозиды и нитраты при необходимости) у больных ХСН II-III функционального класса (ФК) по классификации NYHA на фоне ИБС и ХОБЛ.

Методы исследования: обследовано 42 больных (33 мужчин и 9 женщины) с ХСН II-III ФК, в возрасте от 50 до 75 лет, средний возраст 65,1±2,7 года, с исходной фракцией выброса левого желудочка менее 45 %. У всех обследованных больных была диагностирована ХОБЛ среднего или тяжелого течения и ИБС с постинфарктным кардиосклерозом. Первую группу составили 32 пациента, из них 20 (62,5%) – курильщики, получавшие берлиприл в дозе от 5-10 мг в сутки (в среднем 7,8±1,1 мг/с.) в дополнение к комплексной терапии. Вторая группа (контрольная) – 10 человек, из них 7 (70%) – курильщики, которым назначалась стандартная терапия ИБС и ХОБЛ без добавления берлиприла (из-за непереносимости иАПФ). Оценивались: динамика ФК ХСН; толерантность к физической нагрузке в пробе с 6-минутной ходьбой; качество жизни с использованием опросника Миннесотского университета и госпиталя Св. Георгия; результаты эхокардиографического исследования и данные суточного мониторирования ЭКГ; агрегация тромбоцитов по методу G.Born. Оценка функции внешнего дыхания (ФВД) проводилась на спирометре открытого типа Spiro USB, работающего с компьютерной программой Spida 5.

Результаты: через 4 месяца наблюдения в обеих группах отмечалось улучшение клинического течения заболевания, качества жизни, снижение ФК ХСН, увеличение толерантности к физической нагрузке, положительная динамика показателей была более выраженной в 1-ой группе и носила достоверный характер. В 1 группе отмечалось достоверное уменьшение количества и продолжительности эпизодов ББИМ на 23% и 18%, соответственно, размеров левого и правого желудочков, индекса массы миокарда на 21,5%, увеличение ФВ ЛЖ в среднем на 20,1%, по сравнению с контролем (12,5%); уменьшению степени легочной гипертензии на 16,7%, (в контрольной группе – 5,7%), прирост ОФВ1 составил 14,8% (во 2 группе – 12,6%), достоверно снижалась спонтанная и индуцированная агрегация тромбоцитов на 25,8% и 18,0%, соответственно.

Вывод: Включение иАПФ Берлиприла в состав комплексной терапии ХСН на фоне ИБС и ХОБЛ повышает эффективность лечения, улучшая клиническое состояние больных, их качество жизни, повышая толерантность к физической нагрузке, уменьшает количество и продолжительность эпизодов ишемии миокарда, способствует улучшению показателей центральной и периферической гемодинамики, параметров структурно-функционального состояния сердца, уменьшает выраженность легочной гипертензии, улучшает показатели функции внешнего дыхания.

0299 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И ОРНИТИНА НА КЛИНИЧЕСКИЕ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ, БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ХСН В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ

Евдокимова А.Г., Томова А.В., Жуколенко Л.В.

ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучение динамики клинических, гемодинамических, биохимических и реологических показателей, тромбоцитарного

Tesis_006_end.indd 131 24.08.2006 22:25:07
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

гемостаза, качества жизни у больных ИБС с ХСН в сочетании с алкогольной болезнью печени (АБП) при включении в комплексную терапию карведилола (акридилол, «Акрихин») и орнитина (гепа-мерц, «Мерц»).

Методы: ЭхоКГ, ЭКГ, СМАД, определение АСТ и АЛТ, ЩФ, ГГТП, вязкости крови на ротационном вискозиметре АКР-2, агрегации тромбоцитов по методу Born, липидного спектра крови, оценка качества жизни больных с ХСН и алкогольной болезни печени с использованием опросников (Миннесотского университета и CAGE), тест с цифровой последовательностью.

Результаты: обследовано 44 больных в возрасте 40-75 лет с ХСН II-III ФК (по NYHA), из которых 20 больных страдали ИБС с постинфарктным кардиосклерозом в сочетании с АБП. Отмечено, что течение ХСН у больных ИБС и АБП протекает более неблагоприятно, что приводит к удлинению сроков госпитализации и замедлению обратного развития клинических, гемодинамических и биохимических показателей. Начальная доза карведилола составляла 6,5 мг/сут. с этапами удвоения каждые две недели до 25-50 мг/сут. Орнитин назначался по 5 г гранулята, растворенного в 200 мл воды 2 раза в сутки. Через 4 месяца приема карведилола и орнитина отмечалось клиническое улучшение состояния больных: уменьшалась одышка, отеки, асцит, явления портальной гипертензии и печеночно-клеточной недостаточности, ЧСС снизилась на 15%, КСО на 34%, КДО на 13%, ФВ повысилась на 28%. Уменьшились безболевые эпизоды ишемии на 38%, снижались исходно повышенные показатели вязкости крови на всех скоростях сдвига, уменьшилась агрегация тромбоцитов индуцированная АДФ и адреналином. Эти изменения носили достоверный характер ($p<0,05$). Ухудшения в липидном спектре не отмечались. Суммарный показатель качества жизни улучшился на 32 балла, нормализовались исходно повышенные АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТП, отмечена положительная динамика теста с цифровой последовательностью.

Выводы: включение карведилола и орнитина в состав комплексной терапии больных ИБС с ХСН в сочетании с АБП приводит к улучшению клинических, гемодинамических, биохимических показателей, отмечается положительная динамика реологии крови, тромбоцитарного гемостаза, существенно повышается качество жизни.

0300 СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭЗЕТИМИБА И СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ

Евдокимова А.Г., Тетюхина Ю.С.
ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучение включения эзетимиба и симвастатина в комплексную терапию больных ИБС с различными типами дислипопротеидемий (ДЛП) на клиническое течение стенокардии, показатели липидного профиля, коагуологические и вязкостные свойства крови.

Методы исследования: обследовано 38 больных ИБС с ДЛП II-IV классов в возрасте 42-75 лет. Эзетимиб (10 мг) добавлялся к симвастатину (10 мг) при не достижении целевого значения ХС ЛПНП. Оценивались: клиническое течение стенокардии, липидный спектр, суточное мониторирование ЭКГ, ВЭМ, агрегация тромбоцитов по методу Born, вязкость крови на вискозиметре ротационного типа АКП-2.

Результаты: через 4 месяца приема эзетимиба и симвастатина в составе комплексной терапии отмечалось клиническое улучшение течения стенокардии: уменьшалось количество болевых и безболевых эпизодов ишемии по частоте и длительности периодов депрессии сегментов ST на 43%, увеличилась переносимость физических нагрузок при ВЭМ. Побочных эффектов от указанной липидснижающей терапии не было отмечено. Комбинация эзетимиба со статином по гиполипидемической эффективности превосходила монотерапию симвастатином. Выявлено нормализующее воздействие на липидный спектр крови: достоверное снижение общего ХС ($p<0,01$), снижение ХС ЛПНП дополнительно на 25,6%, целевого уровня ХС ЛПНП достигло 75% больных, снижение ТГ на 23%, повышение ХС ЛПВП составило 8%. Улучшалось состояние реологических свойств крови, индуцированная АДФ и спонтанная агрегация тромбоцитов, агрегация и индекс деформируемости эритроцитов.

Выводы: сочетанное применение эзетимиба и симвастатина улучшает клиническое течение ИБС, оказывает выраженный гиполипидемический эффект, нормализует реологические и агрегационные показатели крови.

0301 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНДОЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Евдокимова А. Г., Радзевич А. Э., Ольхин В. А., Копченов И. И.
МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучить влияние трандолаприла («Гоптен» фирмы Эббот Лэбориториз, США) на течение артериальной гипертонии, клинические, гемодинамические параметры, реологические свойства крови (РСК), агрегацию тромбоцитов, показатели липидного спектра, как в моно- , так и в комбинированной терапии с индапамидом у лиц среднего и пожилого возраста с избыточной массой тела в условиях индивидуального подбора препарата.

Методы исследования: в исследование вошли 99 больных с артериальной гипертонией (АГ) I–II степени. Средний возраст больных составил 62,2±2,1 лет. Среди них было 35 мужчин (35,4%) и 64 женщины (64,6%). ИМТ у пациентов, включенных в исследование, составлял >27,0 кг/м2. Больные разделены на 4 группы: монотерапия трандолаприлом (1), эналаприлом (3); комбинированная терапия трандолаприлом +индапамидом (2) и эналаприлом + индапамидом (4). Исследовались СМАД, ЭхоКГ, ИМТ. Определялись вязкость крови, агрегация тромбоцитов, липидный спектр.

Результаты: через 3 месяца лечения во всех группах отмечалось улучшение клинического состояния, хорошая переносимость препарата и отсутствие побочных эффектов. Монотерапия трандолаприлом привела к достоверному снижению среднего САД и ДАД. Во всех группах значительно снизился временной гипертонический индекс и улучшился суточный профиль АД. В результате проведенной терапии в 1 группе целевых значений АД достигли 73,0% больных, во 2 группе – 75,0%, в 3 группе – 47,9%, в 4 группе – 60,0%. В первой и второй группах выявлены более выраженные и достоверные изменения (нежели в третей и четвертой группах) показателей центральной гемодинамики: уменьшился КСО в среднем на 4,5% и 3,7%, ФВ возросла на 4,4% и 6,5%, ОПСС снизилось на 8,7% и 11%, соответственно. Под влиянием трандолаприла в первой и второй группах отмечался более выраженный кардиопротективный эффект с регрессом ИММ ЛЖ, ИМТ в среднем уменьшился на 3,2% и 3,0%. Через 3 месяца терапии во всех группах наблюдения выявлено достоверное снижение агрегационной активности тромбоцитов, улучшились показатели РСК, наблюдались благоприятные тенденции в липидном спектре крови.

Выводы: применение трандолаприла и его комбинации с индапамидом у больных с АГ I–II ст. среднего и пожилого возраста с избыточной массой тела приводит к улучшению клинического состояния больных, стойкой нормализации САД и ДАД в течение 24 часов, способствует улучшению показателей центральной и периферической гемодинамики, улучшает исходно нарушенные показатели тромбоцитарного гемостаза, реологии крови, оказывает благоприятное воздействие на липидный спектр крови.

Tesis_006_end.indd 132 24.08.2006 22:25:07
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0302 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНАЛАПРИЛА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ПРОГНОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Евдокимов Ф.А., Чукаева И.И., Орлова Н.В., Крейнина М.В., Зубанов Н.Я.

РГМУ, Москва, Россия; ГКБ №13, Москва, Россия

Цель: оценить влияние эналаприла (ингибитора АПФ) на перикисное окисление липидов и функциональную активность нейтрофилов периферической крови у больных инфарктом миокарда.

Методы: было обследовано 74 больных с Q-образующим инфарктом миокарда, без клинических признаков недостаточности кровообращения и высокой артериальной гипертонии в анамнезе. Определение содержания малонового диальдегида (МДА) проводили по методу Asakawa T. Функциональную активность нейтрофилов определяли методом люминолзависимой хемилюминесценции полиморфноядерных лейкоцитов. Проводилось лечение эналаприлом в дозе 2,5 мг/сут, назначавшиеся с 3 дня инфаркта миокарда (ИМ) на фоне традиционной терапии нитратами, b-блокаторами, аспирином, гепарином. Эналаприл получали 38 пациентов, контрольная группа – 36 человек.

Результаты: уровень МДА у больных, получавших эналаприл, на 1-е, 3-и, 4-е, 7-е, 14-е, 21-е сутки заболевания составил 6,8+0,6 усл.ед., 6,3+0,7 усл.ед, 5,9+0,4 усл.ед., 4,7+0,7 усл.ед., 3,9+0,6 усл.ед и 3,1+0,4 усл.ед. В контрольной группе соответственно 6,6+0,4 усл.ед., 6,4+0,5 усл.ед., 6,0+0,7 усл.ед., 4,8+0,8 усл.ед., 4,2+0,5 усл.ед., 4,0+0,4 усл.ед. При оценке динамики уровня МДА обнаружено закономерное снижение данного показателя в обеих группах исследования. На протяжении 1-14 суток заболевания достоверных различий в группах не наблюдается. К 21-м суткам в группе больных, получавших эналаприл, выявлено достоверно ($p<0,05$) более низкое содержание МДА в плазме крови по сравнению с контрольной группой. Интенсивность хемилюминисценции полиморфноядерных лейкоцитов (ХЛ ПМЛ) у больных, получавших эналаприл, составила на 1-е, 3-и, 4-е, 7-е и 21-е сутки: 170,8+12,6 усл.ед., 155,0+9,7 усл.ед., 134,9+7,7 усл.ед., 89,3+5,7 усл.ед., 73,5+5,7 усл.ед. и 71,6+5,5 усл.ед., а в контрольной группе соответственно: 169,2+13,4 усл.ед., 154,4+10,1 усл.ед., 135,2+7,9 усл.ед., 90,6+6,7 усл.ед., 85,5+5,9 усл.ед. и 83,2+5,3 усл.ед. При оценке динамики ХЛ ПМЛ обнаружено последовательное снижение данного показателя в обеих группах исследования. На протяжении острейшего и острого периода заболевания интенсивность свечения ПМЛ у больных обеих групп достоверно не различалась. К 14-м суткам заболевания в группе больных, получавших эналаприл, выявлено достоверно более низкое значение ХЛ ПМЛ ($p<0,05$) по сравнению с контрольной группой.

Выводы: На фоне приема ингибиторов АПФ у больных инфарктом миокарда происходила более быстрая нормализации процессов перекисного окисления липидов и показателей функциональной активности полиморфноядерных лейкоцитов. Положительное влияние ингибиторов АПФ на окислительный стресс совпадало с более благоприятным течением и прогнозом инфаркта миокарда у больных, получавших терапию эналаприлом.

0303 АССОЦИИРОВАНОСТЬ ПОЛИОРГАННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Евсевьева М.Е., Подушинский А.Ю., Кириченко О.В., Рыбалко В.И.

Ставропольская государственная медицинская академия; Гарнизонный военный госпиталь, Ставрополь, Россия

Цель: сравнить представленность дисплазии соединительной ткани (ДСТ) со стороны сердечно-сосудистой (ССС) и пищеварительной систем.

Методы: изучены 156 военнослужащих в возрасте от 18 до 40 лет на предмет наличия у них проявлений ДСТ со стороны сердечно-сосудистой и гастроэнтерологической сферы. Применялись ЭхоКГ, фиброэзофагогастроскопия и УЗИ органов брюшной полости.

Результаты: оказалось, что из 156 исследованных пациентов в процессе эндоскопии выявлен гастроэзофагальный рефлюкс различной степени у 72 (45,6%), дуоденогастральный рефлюкс – у 95 (60,1%), а скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы – у 77 (48,7%). Примечательно также, что практически третья часть обследованных отличалась сочетанием двух, а четвертая их часть – сочетанием трех указанных состояний. УЗИ показало наличие диспластикозависимой патологии желчного пузыря в виде перегиба – у 7 (4,5%), перетяжки – у 12 (7,6%), а признаки хронического воспаления выявлены у 16 человек или 10,2%.

Результаты эхокардиоскопии свидетельствовали о наличии пролапсов клапанов различной степени у 20 (12,7%), аномально расположенных хорд – у 23 (14,6%), а их сочетаний – у 21 (13,3%). Примечательно, что все случаи ДСТ сердца сочетались с теми или иными диспластикозависимыми нарушениями желудочно-кишечного тракта. В целом же следует подчеркнуть, что последние встречаются заметно чаще, чем поражения со стороны сердечно-сосудистой системы.

0304 ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Евсевьева М.Е., Алейник О.Н., Власянц Е.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Ежегодная смертность больных сердечной недостаточностью (СН) с сохраненной систолической функцией составляет от 1,3% до 17,5%. Самой частой причиной развития диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ) – до 60% является ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ). Влияние других факторов на диастолическую дисфункцию ЛЖ изучено гораздо хуже. К последним относится в частности дисплазия соединительной ткани (ДСТ), которая, как известно, встречается у 30% представителей общей популяции и имеет неуклонную тенденцию к увеличению особенно среди лиц трудоспособного молодого возраста.

Цель работы: выяснить влияние ДСТ на жесткостные свойства ЛЖ у больных постинфарктным кардиосклерозом.

Методы: обследовано 88 больных постинфарктным кардиосклерозом миокарда, в возрасте от 40 – до 60 лет, средний возраст которых составил 50,9+5,7 года. Мужчин – 53, женщин – 35. Проводился фенотипический анализ внешних стигм дизэмбриогенеза, которые, как известно, являются маркерами генетически детерминированной соединительно-тканной недостаточности. С учетом стигм и других фенотипических признаков больные разделены на 2 группы: 1 группа (37чел.) с числом 4 и более стигмами (в среднем 7,3+0,8); 2 группа (51 чел.) – контрольная со средним числом стигм 2,1+0,6. Допплер-ЭхоКГ выполняли через 6 месяцев после ИМ, при синусовом ритме в М, В, импульсном и непрерывно-волновом режимах. По спектру трансмитрального кровотока оценивали структуру диастолического наполнения левого желудочка – Е/А, (соотношение раннего и позднего диастолического наполнения), а также измеряли время замедления потока быстрого наполнения – TD, время изволюметрического расслабления (ВИВР).

Результаты: при анализе данных ЭхоКГ выявлено, что в 1-ой группе – Е/А-1,9±0,9; ВИР – 0,07±0,03сек; ДТ- 0,17±0,06 сек – зарегистрированы псевдонормальный тип и рестриктивный тип ДД ЛЖ и составляют – 78,3%; а во 2-ой группе отмечены следующие показатели ДФ ЛЖ: Е/А – 1,39±0,4, ВИР – 0,09±0,01сек, ДТ– 0,22±0,04 сек, которые соответствовали преимущественно трансмитральному кровотоку с нарушением релаксации.

Tesis_006_end.indd 133 24.08.2006 22:25:07
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выводы: таким образом, у больных постинфарктным кардиосклерозом, имеющих признаки ДСТ, преобладающим типом трансмирального кровотока является рестриктивный и псевдонормальный. В то время как у пациентов без признаков ДСТ отмечены менее выраженные нарушения диастолической функции ЛЖ, у которых обнаружен преимущественно трансмитральный поток по типу нарушения релаксации.

0305 ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Евсевьева М.Е., Алейник О.Н., Бакунова О.А.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Самой частой причиной развития диастолической дисфункции левого желудочка (ДД ЛЖ) – является ишемическая болезнь сердца (ИБС) и/или гипертоническая болезнь (ГБ). Влияние других факторов на диастолическую дисфункцию ЛЖ изучено гораздо хуже. К последним относится в частности, дисплазия соединительной ткани (ДСТ), которая, как известно, встречается у 35-40% представителей общей популяции, а в экологически неблагоприятных районах до 50%.

Цель работы: изучить влияние диспластико-зависимых наследственно-конституциональных особенностей на состояние ДФ ЛЖ у больных ИМ.

Методы: обследовано 36 больных первым передним острым крупноочаговым инфарктом миокарда, средний возраст 46+3,2 лет. Мужчин – 24, женщин – 14. Коронарный анамнез, предшествующий инфаркту миокарда был представлен в виде ГБ и ИБС. Длительность артериальная гипертензия (АГ) составила от 4 до 8 лет. Для исследования подбирались больные сопоставимые по форме, тяжести (ФК I–II) и продолжительности предшествующей ИМ стенокардии(2,2+0,8). Проводился фенотипический анализ внешних стигм дизэмбриогенеза, которые, как известно, являются маркерами генетически детерминированной соединительно-тканной недостаточности. Признаки дизэмбриогенеза в количестве 0-1-2-3 стигм расценивали как допустимую норму. С учетом числа выявленных фенотипических признаков больные разделены на 2 группы: 1 группа (19 чел.) с числом 4 и более стигмами (в среднем 7,3+0,8); 2 группа (19 чел) – контрольная со средним числом стигм 2,1+0,6. Оценка диастолической функции левого желудочка проводилась на 21-28 сутки от момента развития коронарной катастрофы, при синусовом ритме в режиме импульсной допплер-ЭхоКГ. Рассчитывались следующие показатели трансмитрального кровотока: Е/А (соотношение раннего и позднего диастолического наполнения), ВИВР (время изоволюметрического расслабления, сек), ВЗ (время замедления раннего заполнения ЛЖ, сек).

Результаты: при сопоставлении данных эхокардиографии у больных 1 – й группы отмечены следующие показатели: Е/А – 1,57±0,85; ВИВР – 0,08±0,02 сек; ДТ – 0,19±0,05 сек; в 63,2% случаев выявлены тяжелые типы ДД ЛЖ (псевдонормальный и рестриктивный). У пациентов 2 – й группы были получены следующие данные: Е/А – 0,63±0,07; ВИВР – 0,11±0,03 сек; ВЗ – 0,26±0,01 сек; зарегистрирован трансмитральный кровоток по типу нарушения релаксации.

Выводы: таким образом, под влиянием ДСТ у больных ИМ диастолическая дисфункция ЛЖ усугубляется, так как у диспластиков преобладающим типами трансмирального кровотока являются рестриктивный и псевдонормальный, в то время, как у пациентов с изолированным ИМ – нарушение релаксации.

0306 ОСОБЕННОСТИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Евсевьева М. Е., Калашникова Е. А., Орехова Н.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности пульсового давления (ПД) при изолированной систолической и систоло-диастолической артериальной гипертензии у лиц молодого возраста.

Методы: обследовано 15 молодых людей в возрасте 18 – 34 лет (средний возраст 23,4±1,1 лет) методом суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Сформировано две группы: первая группа – пациенты с изолированной систолической со среднесуточном систолическим АД (САД) выше 125 Мм рт. ст. и среднесуточным диастолическим АД (ДАД) ниже 80 Мм рт. ст., вторая – с систоло-диастолической артериальной гипертензией со средним САД выше 125 и средним ДАД выше 80 Мм рт. ст.

Результаты: в первую группу вошло 8 человек, из них у 7 (87,5%) имелось повышенное ПД; во вторую – 7 больных, из них 4 (57,1%) имели высокое ПД. Среднее ПД в первой группе равнялось 59,4±3,3 за сутки, 61,8±3,4 днём и 54,6±3,0 Мм рт. ст. ночью. Среднее же ПД во второй группе 52,4±3,1; 53±2,9; 50,9±3,0 за соответствующие временные интервалы, что не превышает установленную норму в 53 Мм рт. ст.

Выводы: таким образом, изолированная систолическая артериальная гипертензия представляется более неблагоприятной в плане поражения органов мишеней, так как на современном этапе ПД расценивается как независимый фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений. При данной патологии учёт этого фактора представляется особенно важным у изученного молодого контингента.

0307 ПРИЧИНЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Евсевьева М.Е., Григорян З.Э., Пищухина О.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить причины нефрогенной АГ с учетом дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Методы: 39 больных, наблюдавшихся в городском нефрологическом кабинете, разделены на 2 группы с учетом числа стигм дизэмбриогенеза: 1 группа (число стигм до 6) – 15 человек, 2 группа (число стигм 6 и более) – 24 человека.

Результаты: оказалось, что такие причины вторичной почечной АГ, как диабетическая нефропатия, хронический тубулоинтерстициальный нефрит, мочекаменная болезнь и хронический гломерулонефрит встречались в обеих группах наблюдения, причем встречаемость их в процентном соотношении была практически одинаковой. Вместе с тем, перечень нозологий, вызвавших развитие АГ, во 2 группе оказался гораздо более представительным, чем в 1 группе. Среди сильно стигмированных пациентов был достаточно высокий процент лиц с хроническим пиелонефритом – 33,3%. Встретился среди них и амилоидоз, а четверть таких больных отличалась наличием различных аномалий мочевыводящих путей. Возраст больных обеих групп оказался примерно одинаков и колебался в интервале от 20 до 40 лет. Средний уровень САД и ДАД при офисном определении у нефрологических больных с ДСТ был несколько ниже, чем у пациентов без соединительнотканной недостаточности.

Выводы: полученные предварительные данные указывают на роль ДСТ в формировании причин вторичной почечной АГ, а также на ее выраженность. Однако необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

Tesis_006_end.indd 134 24.08.2006 22:25:08
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0308 ТИПИРОВАНИЕ МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Евсевьева М. Е., Калашникова Е. А., Джанибекова А. Р.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности суточного профиля артериального давления (АД) у лиц молодого возраста с признаками его повышения, обратившихся за помощью по причине повышения АД.

Методы: для анализа отобраны 15 больных в возрасте от 18 до 34 лет со среднесуточным АД 125/80 Мм рт. ст. Всем больным проведено СМАД с определением целого комплекса показателей. Все отчёты СМАД визуально были разделены на две группы: 1 гр. – кривая АД монотонно повышена (5 чел.), 2 гр. – кривая АД лабильная с пикообразными повышениями (10 чел.).

Результаты: оказалось, что практически все показатели СМАД у больных в 1 группе были выше, чем во 2 группе, но особенно была заметна разница по индексу времени. Ещё более существенные различия были получены по нормированному индексу площади (НИП). В первой группе НИП САД и ДАД в среднем за сутки, день и ночь соответственно был в 2 – 4 раза выше, чем во второй группе.

Выводы: таким образом, предлагаемое нами изначальное деление молодых гипертоников на две группы, сформированные по принципу визуальной дифференцировки их суточного профиля АД, представляется вполне обоснованным, так как указанные группы различаются по большинству исследуемых признаков. Максимальные различия выявлены по такому показателю как НИП, который обязательно должен входить в протокол исследования лиц молодого возраста с АГ.

0309 ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС И АРИТМИИ СЕРДЦА ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ

Евсевьева М.Е., Сергеева О.В., Батурина М.В., Мутиева Л.М., Перегудов М.С.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: выяснить взаимосвязь между вегетативным дисбалансом и выраженностью экстрасистолии у молодых людей с признаками НЦД.

Методы: обследовано 56 пациентов мужского пола (ср.возраст 21±0,7) с диагнозом НЦД, выставленным по общепринятым критериям. Контрольную группу составили 24 здоровых молодых мужчин (ср.возраст 20±0,9). Выполнено суточное мониторирование ЭКГ, произведена оценка вегетативного статуса методом вариационной пульсометрии.

Результаты: в целом в группе больных отмечается повышение активности симпатического отдела (СО) вегетативной нервной системы (ВНС) по индексу напряжения (ИН) на 46,3% ($p<0,05$) с одновременным увеличением парасимпатических влияний – по вариационному размаху (ВР) на 16,2% (н/д) по сравнению с группой здоровых лиц.

Пациенты из группы больных НЦД по исходному вегетативному тонусу (ИВТ) распределялись следующим образом: ваготоники – 33 (58,9%), эйтоники – 18 (32,1%), симпатикотоники – 5 (8,9%). Среди здоровых лиц распределение было иным: ваготоники – 13 (54,2%), эйтоники – 11 (45,8%), симпатикотоники отсутствовали.

Неожиданным оказалось распределение среднего количества наджелудочковых экстрасистол (как наиболее часто встречаемого нарушения ритма среди этой категории пациентов) в зависимости от ИВТ и вегетативной реактивности. Наиболее часто НЖЭ встречались не в группе симпатикотоников, а среди больных ваготоников с гиперсимпатикотонической вегетативной реактивностью (0,9±0,21 и 23,3±19,2 в среднем в час соответственно). В ответ на ортостаз у ваготоников отмечалось избыточное повышение активности СО ВНС по моде (Мо) на 42% ($p<0,05$), по амплитуде моды (АМо) на 47,3%, одновременное снижение парасимпатических влияний по ВР на 91, 46% при параллельном усилении напряжения и централизации регуляторных механизмов ВНС. Последнее обстоятельство может свидетельствовать о сохранении высокой активности СО ВНС у данной категории ваготоников

Выводы: таким образом, у молодых больных НЦД в условиях высокой активности симпатического звена ВНС вагус не реализует своих защитных свойств на миокард. Высокая активность обоих отделов ВНС сочетается у этих больных с более выраженной экстрасистолией.

0310 СУТОЧНЫЙ БИФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЕЕ ДИСРЕГУЛЯЦИИ

Евсевьева М.Е., Найманова З.Н., Орехова Н.В., Батурина М.В.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Внимание клиницистов в последние годы привлекает вегетативная нервная система, дисфункция которой играет особую роль в развитии сердечно-сосудистой патологии в подростковом и молодом возрасте.

Цель: изучить взаимосвязи между суточными показателями вегетативного статуса и суточного профиля АД у лиц молодого возраста, обратившихся за медицинской помощью по поводу сердечно-сосудистых жалоб.

Методы: обследованы 94 человека (86 мужчин, 18 женщин) в возрасте от 18 до 30 лет. Случаи вторичной артериальной гипертензии исключались. Суточный мониторинг АД, ЭКГ и расчет спектральных параметров полностью проводился с использованием «Кардиотехника-4000АД» «Инкарт» (С.-Петербург). Критерием АГ явилось среднесуточное АД выше 125/80 Мм рт. ст. Выделялась также гипертензия белого халата.

Результаты: АГ выявлено у 54 человек, включая пациентов с гипертензией «белого халата» (1-я группа). 40 человек с нормальным давлением составили 2-ю группу. В 1-й группе лиц средние САД и ДАД составили 137,5+12,8 Мм рт. ст. и 85,8+7,8мм рт.ст., а во 2-й группе 114,2+6,9 Мм рт. ст. и 64,3+4,5 Мм рт. ст. соответственно. При сравнении суточных показателей ВРС между двумя группами заметной разницы в значениях общей мощности спектра не наблюдалось. При повышении АД установлено преобладание симпатикотонии в структуре спектра нейрогуморальной регуляции в течение суток за счет значительного повышения вклада симпатических влияний со сниженным или нормальным уровнем парасимпатических влияний (LF/HF>1,5). Показатели утреннего подъема АД у молодых людей с его повышением составили в среднем 52,5 Мм рт. ст. САД и 41,5 Мм рт. ст. ДАД. Во 2-й группе эти показатели равнялись САД 38,5 Мм рт. ст. и ДАД 32,5 Мм рт. ст. Изучался вегетативный статус в течение 5 Минут до и после максимальной флюктуации АД в утренние часы. При анализе спектральных компонент в 1-й группе было отмечено значительное преобладание гуморально-метаболических и эрготропных влияний (VLF>60%), за счет чего общая мощность спектра перед и в момент подъема АД повышалась с последующим снижением ее уровня и постепенным нарастанием вклада симпатических влияний в отсутствии изменений парасимпатического отдела ВНС.

Выводы: представленные данные по изучению вегетативного баланса и профиля АД у молодых в течение суток указывают, во-первых, на целесообразность использования у них подобных бифункциональных методов исследования при дисрегуляции АД, а во-вторых, подтверждают факт тесной сопряженности

Tesis_006_end.indd 135 24.08.2006 22:25:08
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нейровегетативных нарушений с развитием гипертензионных сдвигов у молодежи.

0311 ЦИРКАДНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Евсевьева М.Е., Найманова З.Н., Памукчи С.В., Мутиева Л.М.

Ставропольская Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Среди сердечно-сосудистых заболеваний одно из ведущих мест по тяжести и частоте осложнений занимает артериальная гипертензия (АГ). Известно, что ее истоки лежат в детском и молодом возрасте. Установлено, что около 50% случаев «молодежной» АГ переходят в разряд «взрослой» патологии. Однако многие аспекты «молодежной» АГ остаются малоизученными.

Цель: анализ суточной вариабельности ритма сердца и ее связи с суточными особенностями АД у молодых больных с АГ.

Изучены 30 лиц мужского пола от 16 до 25 лет, направленных в стационар в связи с АГ, выявленной при офисном исследовании (АД выше 140/90 Мм рт. ст.). Методы: проводили бифункциональное суточное мониторирование ЭКГ и АД с использованием системы ИНКАРТ (С.-Петербург) Критерий АГ по СМАД: среднее АД в течение суток – 125/80 Мм рт. ст. Случаи гипертензии «белого халата» исключены. Рассчитывали стандартные спектральные показатели в дневные и ночные периоды. Контролем служили 10 здоровых молодых людей с нормальными показателями АД. Суточный профиль АД анализировали по суточному индексу.

Результаты: полученные результаты позволили выделить следующие группы: дипперы – больные с нормальным ночным снижением АД – 19 (56,6%); нон-дипперы – с недостаточным ночным снижением АД – 8 (26,6%); овер-дипперы – с чрезмерным падением АД – 3 (10%); найт-пикеры – с ночной гипертензией, преобладающей над дневной – 2 (6,6%). У пациентов всех групп наблюдалось снижение общей мощности спектра ВРС со значительным преобладанием гуморально-метаболических и центральных эрготропных влияний (VLF>40%). У лиц с недостаточным и чрезмерным ночным снижением АД, а также ночной гипертензией на протяжение всего периода регистрации отмечалось преобладание симпатических влияний за счет повышения уровня симпатических и парасимпатических компонент, но при этом вклад симпатических влияний значительно выше (LF/HF>1,5). У пациентов с повышенным давлением и диппер-реакцией в 50% случаев наблюдался такой же вариант симпатикотонии в течение суток. У другой половины больных этой группы вегетативная регуляция характеризовалась преобладанием в дневное время симпатических влияний (LF/HF>1,5), в ночное время – эйтонией (LF/HF в среднем 1,2) за счет повышения высокочастотных составляющих.

Выводы: проведенный сравнительный анализ характера изменений суточной ВРС и циркадного профиля АД у пациентов молодого возраста с признаками АГ указывает, во-первых, на наличие у подавляющего их большинства симпатикотонии, во-вторых, на сохранение нормальной суточной ритмики колебаний АД всего у половины больных, среди которой лишь в части случаев выявляется сохраненный баланс отделов ВНС. Эти данные указывают на значимость нейровегетативных сдвигов в становлении АГ на самых ранних этапах ее развития, а также создают основу для дальнейшего совершенствования терапии АГ у лиц молодого возраста.

0312 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА РАННИХ ЭТАПАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Евсевьева М.Е., Подушинский А.Ю., Подушинская Н.М.

Ставропольская государственная медицинская академия; Гарнизонный военный госпиталь, Ставрополь, Россия

Цель: выяснить особенности некоторых показателей аппарата кровообращения при артериальной гипертензии (АГ) у лиц молодого и среднего возраста.

Методы: обследованные 83 больных АГ (все мужчины – военнослужащие) разделены на две группы: 1 группа (43 человека) в возрасте 18-34 года; 2 группа (40 человек) в возрасте 35-45 лет.

Проводилось комплексное обследование, включающее определение индекса массы тела (ИМТ), трехканальную реокардиографию («Рео-Спектр», Нейрософт) с определением ударного объема крови (УОК), ударного и систолического индексов (УИ и СИ), периферического сопротивления сосудов (ПСС), мощность левого желудочка (ЛЖ) и фактической работы сердца (W). Суточное исследование АД выполнялось на аппарате фирмы «Петр Телегин», (Нижний Новгород), эхокардиоскопия на аппарате фирмы Tshiba (Япония), с определением массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) и его индекса (иММЛЖ). Критерием диагностики АГ являлись среднесуточное АД выше 125/80 Мм рт. ст. и/или среднедневного ДАД выше 90 мм.рт.ст., и/или индекса времени выше 25%.

Результаты: сравнительный анализ указанных показателей в двух группах показал, что при наличии АГ с течением времени уже к среднему возрасту значительно увеличивается показатель ОПС – почти на 40% и достигает статистически значимого уровня ($p<0,05$). То есть гемодинамическая нагрузка на сердце заметно увеличивается и в ответ на нее происходит существенное наращивание рабочего миокарда, т.к. ММЛЖ и его индекс повышаются на 40,5% ($p<0,05$) и 34,6% ($p<0,05$) соответственно. Однако несмотря на это все показатели, характеризующие эффективность работы сердца – W,УОК,СИ и мощность ЛЖ – снижаются на 15-20% (н/д). Кстати, такая возрастная тенденция в гемодинамике сочетается со снижением нейровегетативной реактивности в ответ на нагрузку ортостазом. Указанные функциональные сдвиги происходят с увеличением ИМТ на 18,5% (н/д). Следует подчеркнуть, что у всех изученных больных выраженность сердечной недостаточности не превышала I ФК по NYHA.

Выводы: таким образом, при наличии АГ уже к 40-45 годам, даже если отсутствуют клинические признаки декомпенсации, гемодинамика характеризуется явной неэффективностью по реографическим показателям: при значительном наращивании массы миокард теряет производительность как насос из-за значительного повышения периферического сопротивления. Эти данные указывают на необходимость раннего и адекватного лечения АГ уже в молодом возрасте. Учитывая профессиональную стрессогенную специфику изученного контингента, в лечении необходимо делать акцент на активацию стресс-лимитирующих систем организма.

0313 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ГИПОСПАДИИ

Евсевьева М.Е., Деревянко Т.И., Францев И.А., Лазарев И.П.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: изучить особенности сердечно-сосудистой деятельности у больных гипоспадией с позиций системной соединительнотканной патологии.

Методы: изучено 30 больных гипоспадией в возрасте от 2 до 6 лет. Кроме специальных урологических обследований применялись эхокардиоскопия с допплер-режимом, а также суточный мониторинг ЭКГ.

Результаты: установлено, что изученная группа отличалась повышенной внешней стигматизацией, т.к. количество в среднем составило 7,1±1,2.Оказалось также, что из 32 больных с гипоспадией по данным ЭхоКГ выявлены пролапсы клапанов – у 7 (21,8%), аномально расположенные хорды – у 6 (18,7%), их сочетание – у 13 (40,6%). Миксоматозная дегенерация митрального клапана различной степени выраженности – у 11, расширение корня аорты и/или легочной артерии – у 8. Выявлена ре-

Tesis_006_end.indd 136 24.08.2006 22:25:08
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

гургитация I степени – у 5, II степени – у 11, Ш степени – у 4 больных. У одного из пациентов определена декстракардия, еще у двух обнаружены дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородок.

По данным суточного мониторирования из указанных 32 больных у 21 (65,6%) выявлены различные отклонения синусового ритма, у 14 (43,7%) – экстрасистолия, в том числе у 6 (18,7%) – желудочковая ее форма. Нарушения внутрижелудочковой проводимости обнаружены у 7 (21,8%) пациентов, атриовентрикулярной проводимости – у 4 (12,5%) больных. Синдромы ускоренного предсердно-желудочкового проведения регистрировались у 5 человек, причем синдром Клерка-Леви у четырех, а синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта – у одного. Синдром ранней реполяризации желудочков выявлен почти у половины обследованных – у 14 (43,7%) человек.

Выводы: иными словами, при проявлении явной локальной врожденной патологии урологического плана значительная часть таких пациентов отличается наличием сочетанных диспластикозависимых изменений со стороны сердечно-сосудистой системы в виде малых аномалий сердца и сопутствующих им нарушений ритма и проводимости. Эти данные следует учитывать в процессе ведения подобных больных особенно в период пред- и послеоперационной терапии.

0314 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ГРУППАХ МУЖЧИН С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ (ДАННЫЕ ПЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Евстифеева С.Е., Лупанов В.П., Самко А.Н., Ощепкова Е.В.

ФГУ «РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Цель работы: сравнительная оценка течения ИБС у больных со стабильной стенокардией, обусловленной стенозирующим коронарным атеросклерозом с мягкой артериальной гипертонией и без артериальной гипертонии в группах постоянного медикаментозного и хирургического лечения (коронарное шунтирование, баллонная ангиопластика).

Методы и материалы исследования: наблюдение проведено у 202 мужчин, средний возраст 52,6±7,7 лет, с ИБС со стенозирующим коронарным атеросклерозом 1-3 основных сосудов, по данным коронарографии, без нарушения сократительной функции левого желудочка (фракция выброса >40%). Первая группа больных ИБС (48 человек) была без артериальной гипертонии и получала антиишемическую и антиангинальную терапию. Вторая группа (154 человек) была с ИБС и мягкой артериальной гипертонией.

Результаты. Средний уровень систолического артериального давления (АД) в первой группе равнялся 117,6±8,5 Мм рт.ст., во второй группе 133,5±16,1 Мм рт.ст. (p<0,0001); диастолического АД 78,2±5,6 Мм рт.ст. и 86,0±8,2 Мм рт.ст. (p=0,003) соответственно. Среднее количество пораженных коронарных сосудов при включении в исследование в первой группе составляло 1,7±0,9 во второй группе 2,0±0,9 (p=0,025). При повторной коронарографии в различные сроки наблюдения количество пораженных коронарных артерий в первой группе равнялось 2,1±0,7, во второй группе 2,4±0,7 (p=0,039). При оценке прогрессирования атеросклероза коронарных артерий было выявлено, что в первой группе достоверных различий в характере поражений выявлено не было (p=0,075), тогда как во второй отмечалось достоверное увеличение количества пораженных артерий (p<0,0001). 5-летняя смертность от сердечно-сосудистых причин в первой группе составила 8,3% (4 чел), во второй группе 15,6% (24 чел) (p=0,004); нефатальный инфаркт миокарда перенесли 16,7% (8 чел) и 24,7% (38 чел) (p<0,01); острое нарушение мозгового кровообращения или транзиторная ишемическая атака развились у 2,1% (1 чел) и у 11,0% (17 чел) (p=0,009); тяжелые нарушения ритма сердца у 18,8% (9 чел) и 18,2% (28 чел) (p>0,05) больных соответственно. Общая частота осложнений (инфаркт миокарда + коронарная смерть) за 5-летний период наблюдения в первой группе составила 25%, во второй группе 40,3% (p<0,001).

Заключение. Результаты работы свидетельствуют, что смертность от сердечно-сосудистых причин, нефатальный инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения и транзиторные ишемические атаки в группе больных ИБС со стенозирующим коронарным атеросклерозом и с мягкой артериальной гипертонией отмечались достоверно чаще по сравнению с группой больных ИБС без артериальной гипертонии.

0315 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Евсюков В.В., Сейидов В.Г., Воронина Н.В., Гарбузова О.Г., Любчук И.В., Бобырев С.Е., Арутюнов Э.В.

ВГМУ, Владивосток; ДВГУ, Хабаровск; Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; РГМУ им И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель. Сравнить отдаленные результаты коронарного шунтирования и консервативного лечения. Оценить влияние сахарного диабета на рецидив стенокардии и летальность в течение 5 лет наблюдения.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год обследовано 793 пациента в течение 5 лет после коронарного шунтирования и 81 больной, который лечился консервативно.

Результаты исследования. До коронарного шунтирования пациенты имели в основном III-IV ФК стенокардии – 74.2% и были статистически сопоставимы с группой консервативного лечения. Через 1 месяц после коронарного шунтирования у подавляющего большинства больных отсутствовали симптомы стенокардии – 74,8%, стенокардия I-II ФК наблюдалась у 18,8%, стенокардия III-IV ФК – у 6,4%. По сравнению с результатами годичного наблюдения, через 5 лет после операции отмечалось уменьшение числа больных без симптомов стенокардии с 48.9% до 25,7%, увеличение числа больных со стенокардией I-II ФК с 38.1% до 52,1%, а также достоверное увеличение количества больных III-IV ФК с 13,0% до 22,2% (p<0,05). В группе консервативного лечения отмечалось значительное преобладание лиц с III-IV ФК стенокардии – 82,7% (p<0,05), увеличение числа перенесенных инфарктов – 18,5% и 7,4% (p<0,05), выше 5-летняя летальность – 33,9% и 9,4% (p<0,05). Из всех пациентов, которым была выполнена оперативная реваскуляризация миокарда, сахарный диабет наблюдался у 22%. В связи с этим актуальным представляется изучение отдаленных результатов оперативного лечения у этой категории пациентов. Через 1 год после операции не выявлено влияния сахарного диабета на частоту рецидива стенокардии, толерантность к нагрузке, частоту инфаркта, инсультов и летальность. Через 5 лет после операции в группе пациентов с сахарным диабетом была больше летальность. В группе больных сахарным диабетом, получающей гипогликемическую терапию уже через 1 год после операции достоверно увеличивается число больных с рецидивом стенокардии III-IVФК – 26% и 11%, а через 5 лет эта тенденция усиливается. При анализе отдаленных результатов АКШ у этой категории больных с артериальным анастомозом по сравнению с группой больных без сахарного диабета, не выявлено увеличения рецидива стенокардии и снижения толерантности к нагрузке. В течение года 52 больных с сопутствующей артериальной гипертензией принимали ингибитор АПФ рамиприл (хартил «Эгис») в средней дозе 8,4мг/сут. При этом у 78% удалось достичь целевых цифр АД (<140/90) в монотерапии и не было побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Заключение. Наличие у пациентов сахарного диабета ухудшает отдаленный прогноз после коронарного шунтирова-

Tesis_006_end.indd 137 24.08.2006 22:25:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ния в плане увеличения рецидива стенокардии и летальности. Пациентам с сахарным диабетом II типа II-III стадии и принимающим гипогликемическую терапию, при выполнении коронарного шунтирования предпочтение должно отдаваться артериальному анастомозу.

0316 СВЯЗЬ ЛИПОПРОТЕИДА(А) И НИЗКМОЛЕКУЛЯРНОГО ФЕНОТИПА АПОБЕЛКА(А) С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Ежов М.В., Камбегова А.А., Афанасьева О.И., Наумов В.Г., Лякишев А.А., Покровский С.Н.

ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить связь повышенной концентрации липопротеида (а) и фенотипов апобелка(а) с атеросклерозом коронарных артерий у пациентов молодого возраста.

Методы исследования: обследовано 636 пациентов (438 мужчин, 198 женщин) в возрасте от 18 до 82 лет (средний возраст 55±10 лет) с различной кардиальной патологией. При опросе и осмотре больных выявляли наличие классических факторов риска атеросклероза. Всем больным было проведено измерение уровня липопротеида(а), а также фенотипирование апобелка(а). Фенотипы апо(а) были разделены на низкомолекулярные (содержащие по крайней мере одну из изоформ F; B; S1; S2) и высокомолекулярные (S3; S4; S5 и 0). По стандартным методикам проводили определение концентрации общего холестерина, триглицеридов, холестерина ЛВП. Содержание холестерина ЛНП рассчитывали по формуле Фридвальда (1972). В пределах госпитализации по показаниям больным выполнялась коронарная ангиография, оценка поражения коронарного русла проводилась с учетом количества магистральных артерий (0; 1; 2; 3), имеющих сужение просвета свыше 50% по диаметру.

Результаты. Из общей группы были выделены 104 пациента моложе 45 лет: 52 больных с документированным коронарным атеросклерозом и сопоставимые по полу, возрасту 52 человека без ишемической болезни сердца (ИБС). Группу больных ИБС от группы сравнения отличали повышенный уровень общего и холестерина ЛНП (7,0+1,5 и 5,9+1,2 ммоль/л, 4,7+1,2 и 3,5+1,1 ммоль/л соответственно, $p<0,01$), липопротеида(а) (44+36 и 25+30 мг/дл, соответственно, $p<0,01$), сниженная концентрация холестерина ЛВП (1,1+0,3 и 1,3+0,4 ммоль/л, соответственно, $p<0,01$), более высокая частота курения (69 и 40%, $p<0,01$) и низкомолекулярных фенотипов апо(а) (65 и 21%, соответственно, $p<0,01$). В группе сравнения отмечена более высокая частота артериальной гипертонии, сахарного диабета и ожирения ($p<0,05$). Между группами не было отличий по семейному анамнезу ИБС, уровню триглицеридов.

При корреляционном анализе была продемонстрирована достоверная связь концентрации общего холестерина, холестерина ЛНП и ЛВП, липопротеида(а), наличие низкомолекулярного фенотипа апо(а) с индексом поражения коронарных артерий.

Вывод. Повышенный уровень липопротеида(а) и наличие низкомолекулярного фенотипа апобелка(а), наряду с концентрацией общего холестерина, холестерина ЛНП и ЛВП, достоверно связаны со значимым коронарным атеросклерозом у пациентов молодого возраста.

0317 ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Елисеева Л.Н., Бледнова А.Ю., Хуако М.Ш, Сирунянц А.А.

КГМУ, Краснодар, Россия

Цель: изучить особенности влияния моксинидина (Физиотенз, Солвей Фарма) на систему микроциркуляции у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы. Обследовано 86 больных ГБ 1-3 степени, 1-3 стадии в возрасте 54±5,3 года, длительностью заболевания 6-15 лет. Состояние периферического звена кровообращения (МЦР) оценивали методом лазерной допплерофлуографии с использованием аппарата ЛАКК-01 (ЛАЗМА, Россия). Эндотелиальную дисфункцию оценивали по разности эндотелийзависимой (при окклюзионной пробе) и эндотелийнезависимой (при нитроглицериновой пробе) вазодилатации. Физиотенз назначали после 5 дневного «отмывочного» периода в дозе 0,2-0,6 мг/сутки, при недостаточном эффекте добавляли гипотиазид 12,5 мг.

Результаты. Установлено наличие 4 микрогемодинамических типов микроциркуляторного русла: нормогемодинамический, спастический, стазический, застойно-стазический. Частота встречаемости патологических типов нарастала с усилением тяжести ГБ. Так, у пациентов с 1-2 ст. в 1 стадии ГБ преобладал нормогемодинамический тип, у больных со 2 стадией появлялся спастический тип (15%), а у пациентов со 2-3 ст. при 2-3 стадии ГБ преобладали патологические варианты микроциркуляторного русла с появлением и нарастанием доли стазического и застойно-стазического типов. Монотерапия физиотензом позволила нормализовать уровень артериального давления (АД) у пациентов с 1-2 ст. ГБ, больным с 3 ст. при 2-3 стадии и у части больных со 2 ст. в 3 стадии ГБ потребовалась комбинированная терапия. Нормализация суточного профиля АД установлена у всех больных в течение 1-го мес. с дальнейшим снижением диастолического АД в последующие 2 мес. Существенные изменения на уровне терминального русла отмечены только к концу 3 мес. Коррекция микроциркуляторных сдвигов под влиянием физиотенза заключалась в увеличении количества пациентов с нормогемодинамическим типом и одновременное снижение частоты стазического и спастического типов. Параллельно установлено достоверное уменьшение значений T1/2, косвенно отражающего снижение симпатического тонуса. Наиболее значимые изменения касались пациентов с исходным спастическим и нормогемодинамическим типами. У больных с исходным стазическим микрогемодинамическим типом ни в одном случае полной нормализации параметров терминального кровотока не выявлено. Таким образом, несмотря на стабильную нормализацию АД на фоне длительного приема физиотенза и положительные изменения на уровне МЦР в виде уменьшения выраженности спастических явлений, полной коррекции микроциркуляторного типа не зафиксировано. Мы полагаем, что сохраняющиеся сдвиги в микроциркуляторном русле могут отражать конституциональный тип строения микрососудов, приводящий к формированию артериальной гипертонии, либо необратимые процессы ремоделирования сосудистой системы. Антигипертензивная монотерапия агонистом имидазолиновых рецепторов физиотензом наряду с нормализацией уровня АД сопровождается достоверным улучшением параметров микроциркуляции у большинства больных ГБ с нормогемодинамическим и спастическим типами с максимальными изменениями в течение первых трех месяцев лечения. Дальнейшая терапия поддерживает антигипертензивный эффект, но существенно не влияет на состояние микроциркуляторного русла.

0318 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ, СТРАДАЮЩИХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Елисеева М.Р. , Хамидуллаева Г.А. , Абдуллаева Г.Ж. , Срожидинова Н.З. , Мухамедов Р.С. , Жмырко Е.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии ; Институт генетики и экспериментальной биологии растений АН РУз , Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить распространенность I/D-полиморфизма гена ангиотензин-превращающего фермента (АПФ), A1166C-полиморфизма гена ангиотензиновых рецепторов 1 типа ангиотензина II (AT1R), 4a/4b-полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы (eNOS), T-344C-полиморфизма гена альдостерон-

Tesis_006_end.indd 138 24.08.2006 22:25:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

синтазы (CYP11B2) среди больных эссенциальной гипертонией (ЭГ) узбекской национальности.

Материал и методы исследования. В исследование включены 169 этнических узбеков-мужчин, страдающих ЭГ II-III ст. Изучение полиморфизма генов проводилось путем амплификации соответствующих участков генов методом полимеразной цепной реакции с соответствующими праймерами.

Полученные результаты. Распределение генотипов и аллелей изучаемых полиморфных маркеров исследуемых генов было следующим:

Ген АПФ: II генотип – 23,1%, ID генотип – 47,3%, DD генотип – 29,6% (χ^2 =23,982; p=0.000); I-аллель- 46,7%, D-аллель-53,3% (χ^2 =2,609; p=0.106).

Ген CYP11B2: TT генотип –35,5%, TC генотип – 47,9%, CC генотип –16,6% (χ^2 = 37,935; p=0.000); T-аллель – 59,5% , C- аллель– 40,5% (χ^2 =23,485; p=0.000).

Ген AT1R: AA генотип – 72,2%, AC генотип – 26,6%, CC генотип –1,2% (χ^2 = 196,846; p=0.000); A-аллель – 85,5% , C-аллель –14,5% (χ^2 =337,994; p=0.000).

Ген eNOS: 4b/4b генотип –79,9%, 4b/4a генотип – 19,5%, 4a/4a генотип – 0,6% (χ^2 = 26,047; p=0.000); 4b-аллель-89,6%, 4/a-аллель-10,4% (χ^2 =421,828; p=0.000).

Выше описанные данные соответствовали теоретическому расчету частот генотипов и аллелей по Харди-Вайнбергу.

В соответствии с данными литературы D-аллель гена АПФ, T-аллель гена CYP11B2, 4a-алелль гена eNOS, C-алелль гена AT1R рассматривались как «повреждающие» аллели. Из 169 больных только один (0,59%) не имел «повреждающих» аллелей. Один «повреждающий» аллель был отмечен у 39 (23,1%), при этом одинаково часто встречался D–алелль гена АПФ и T- алелль гена CYP11B2– у 18 (46,2%) пациентов; 4a-алелль гена eNOS и C- аллель гена AT1R у 1 (2,6%) и 2 (5,1%) соответственно у (χ^2 =37,299; p=0.000). Носительство двух «повреждающих» аллелей отмечено у 81 (47,9%) пациентов; превалировала комбинация D-аллеля гена АПФ и T-аллеля гена CYP11B2, выявленная у 58 (71,6%), по сравнению с другими сочетаниями «повреждающих» аллелей (χ^2=172,7; p=0.000).Носительство трех «повреждающих» аллелей отмечено у 41 (24,3%) больных, при этом комбинация D-аллеля гена АПФ и T-аллеля гена CYP11B2 отмечена во всех случаях, в комплексе с 4a-аллелем гена eNOS у 18 (43,9%), C-аллелем гена AT1R у 23(56,1%) соответственно (χ^2=0,780;p=0.377). Носительство четырех «повреждающих» аллелей выявлено у 7(4,1%) пациентов.

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о накоплении «повреждающих» D-аллеля гена АПФ и T-аллеля гена CYP11B2 у мужчин-узбеков, страдающих ЭГ. Отмечена тесная связь между носительством D-аллеля гена АПФ и T-аллеля гена CYP11B2 , комбинация которых имела место в 62,7% случаев.

0319 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Емельяненко В.М., Сейидов В.Г., Воронина Н.В., Бобырев С.Е., Евсюков В.В., Любчук И.В., Гарбузова О.Г., Арутюнов Э.В.

ГИУВ МО РФ, Москва; ВГМУ, Владивосток, ДГМУ, Хабаровск; РГМУ им. И.П. Павлова, военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток, Россия

Цель исследования. Сравнить отдаленные результаты ангиопластики (АГП) и стентирования коронарных артерий (СКА) проволочными стентами без лекарственного покрытия и оценить клиническое течение ИБС в отдаленном периоде после эндоваскулярного лечения.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год в исследование было включено 228 мужчин с АГП и 184 со СКА проволочными стентами без лекарственного покрытия. Через 1 год после операции обследовано 358 больных, через 5 лет – 273.

Результаты и обсуждение. После выполнения всех видов эндоваскулярного лечения по сравнению с догоспитальным периодом произошло значительное уменьшение числа больных со стенокардией напряжения (СН) III-IV ФК с 69,5% до 7,2% и увеличение числа пациентов без симптомов СН с 6,8% до 72,7% (p<0,05). Через год после эндоваскулярного лечения по сравнению с госпитальным периодом происходит значительное снижение результатов лечения. Отмечается уменьшение числа пациентов без симптомов СН с 72,7% до 35,7%, существенное увеличение количества больных, имеющих СН I-II ФК с 20,1% до 43,1% и СН III-IV ФК с 7,2% до 21,2% (p<0,05). Через 5 лет после всех видов эндоваскулярного лечения, по сравнению с результатами годичного наблюдения происходит дальнейшее ухудшение клинических результатов, отмечается уменьшение числа пациентов без симптомов СН с 35,7% до 19,8% и увеличение количества больных, имеющих СН III-IV ФК – с 21,2% до 37,4% (p<0,05). После СКА через 5 лет после операции нуждались в выполнении повторных процедур по клиническим критериям 44,5%. Из них 29,4% больных имели СН III-IV ФК и 15,1% – СН II ФК. В группе АГП через 5 лет после операции нуждались в выполнении повторных процедур по клинически критериям 57,8%. Из них 44,2% больных имели СН III-IV ФК и 13,6% – СН II ФК. Всего нуждались в повторных эндоваскулярных вмешательствах в течение 5 лет наблюдения в обеих группах 51,7%, т.е. каждый 2-й пациент. Однако по различным объективным и субъективным причинам повторные эндоваскулярные вмешательства выполнены только у 17,2% пациентов. Среднее количество повторных эндоваскулярных процедур на одного больного в течение 5 лет составило 2,2+0,5 в группе АГП и 2,8+0,6 в группе СКА. В группе больных повторного эндоваскулярного лечения клиническое течение ИБС через 5 лет после операции было более благоприятным, чем во всей группе эндоваскулярного лечения: СН III-IV ФК наблюдалась у 23,4% пациентов, I-II ФК – у 48,9%, без симптомов СН – 27,7%.

Заключение. Несмотря на то, что через 5 лет после эндоваскулярного лечения клинические результаты значительно ухудшаются, они остаются значительно лучше по сравнению с консервативным лечением по качеству жизни, числу больных со СН III-IV ФК и летальности. Необходимо отдавать предпочтение СКА перед АГП, особенно при морфологическом С-типе поражения коронарных артерий. В течение 5 лет наблюдения повторное эндоваскулярное вмешательство по эффективности не уступает коронарному шунтированию, однако при этом необходимо предусматривать возможность выполнения 2,6 повторных процедур АГП.

0320 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Еналдиева Р.В.[1], Автандилов А.Г.[1], Ветрилэ С.Т.[2], Кулешов А.А.[2], Махакова Г.Ч.[1], Крутовцев И.А. [1], Столетова И.О.[3], Журих Е.О.[3]

Российская медицинская академия последипломного образования[1], ГУН ЦИТО им. Н.Н.Приорова[2], 81 ГКБ3, Москва, Россия

Цель: изучение легочной гемодинамики и диастолической функции правых отделов сердца у больных сколиозом методом допплер-эхокардиографии в отдаленном периоде после хирургической коррекции сколиотической деформации грудной клетки.

Материал и методы. Обследованы 57 неоперированных пациентов в возрасте 14-19 лет с IV степенью грудного сколиоза и 25 оперированных больных грудным сколиозом в отдаленные сроки наблюдения (10 лет и более после операции) в возрасте от 24 до 31 года. Проводилось исследование кардиогемодинами-

Tesis_006_end.indd 139 24.08.2006 22:25:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ки методом допплер-эхокардиографии (ДЭХОКГ) на аппарате "Vivid-3" (USA). Изучали размеры и толщину передней стенки правого желудочка (ТПС ПЖ); определяли ударный выброс (УО ПЖ) допплерографическим методом, скоростные и временные параметры диастолического транстрикуспидального потока, вычисляли систолическое, диастолическое (СДЛА, ДДЛА) и среднее давление в легочной артерии (СрДЛА).

Результаты и обсуждение. Анализ показателей легочного кровотока и диастолической функции миокарда ПЖ в отдаленном послеоперационном периоде позволил выявить у них признаки легочной гипертензии и гипертрофию передней стенки ПЖ: в контрольной группе ТСПЖ – 0,19±0,01, у оперированных больных – 0,32±0,01 (p<0,001). Диастолическая дисфункция ПЖ 1 типа и умеренная легочная гипертензия были выявлены всего у 45,5% больных сколиозом после операции против 68,3% – среди неоперированных больных с тяжелым сколиозом, что свидетельствует о положительном влиянии хирургической коррекции сколиоза на функцию сердца. У остальных оперированных больных не было выявлено признаков легочной гипертензии и диастолической дисфункции миокарда, в то время как у 17,2% нелеченых пациентов с тяжелым сколиозом было выявлено нарушение диастолической функции ПЖ по типу "псевдонормального". У всех обследованных пациентов в отдаленном периоде после операции было выявлено улучшение систолической функции правого желудочка. Вычисленный допплерографическим методом УО ПЖ у оперированных больных соответствовал 56,5±4,2 мл, у неоперированных – 49,0±5,8 мл; фракция выброса ФВ% у оперированных пациентов – 65% и у неоперированных – 62% (в контроле – 67%).

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод о наличии у больных с тяжелой степенью сколиоза легочной гипертензии и формировании у них «кифосколиотического сердца» с диастолической дисфункцией миокарда правого желудочка уже в молодом возрасте. Своевременно предпринятое хирургическое лечение по исправлению сколиотической деформации грудной клетки привело к улучшению показателей кардиогемодинамики в отдаленном периоде у большей части больных, что следует расценивать как благоприятный исход оперативного лечения.

0321 ВЛИЯНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ФОЗИНОПРИЛА И ГИДРОХЛОРТИАЗИДА НА ОФФИСНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА, Е-СЕЛЕКТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Еникеева З.Р., Закирова А.Н.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить влияние фиксированной дозы фозиноприла и гидрохлортиазида 20 мг/12.5г («Фозид 20», Бристол-Майерс Сквибб) на оффисные показатели артериального давления (АД), и уровень трансформирующего фактора роста-бета (ТФР-бета) у больных артериальной гипертонией (АГ) и сахарным диабетом (СД)II типа.

Материалы и методы: обследовано 64 человека (30 мужчин, 34 женщины; средний возраст 46,2+5,4 лет) с АГ I-II степени в сочетании с СД II типа и группа здоровых лиц, в которую вошли 29 человек (16 мужчин и 13 женщин; средний возраст 44,3+4,4 лет) без АГ I-II ст. и СД II типа. Были определены показатели плазменной концентрации общего и активного ТФР-бета, Е-селектина, а также холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ), ЛПНП и глюкозы. За 2 недели до обследования больным отменена антигипертензивная терапия. Фозид 20 был назначен в дозе 20 мг 1 раз в сутки. Терапия проводилась в течение 32 недель

Результаты: исходно АД в положении сидя равнялось: систолическое АД (САД) 156,7+6,6 Мм рт. ст., а диастолическое АД (ДАД) 93,4+5,1 Мм рт. ст. На фоне лечения уже через 4.5 недели САД снизилось на 13,1%, а ДАД на 11%. Через 32 недели терапии антигипертензивные эффекты Фозида 20 стали более выраженными: САД уменьшилось на 19,2%, а ДАД на 16,6% (p<0,001).

После проведенного анализа сыворотки крови выявлено, что у больных АГ I-II ст и СД II типа уровни активного и общего ТФР-бета были выше в 3,2 (p<0,05) и 7,5 (p<0,01) соответственно, чем у лиц с нормальным АД и без СД II типа. Уровень Е-селектина был достоверно повышен (p<0,05) и составлял 3,8+0,31 нг/мл, что в 1,5 раза превышает таковой у здоровых лиц (2,6+0,16 нг/мл). В ходе обследования у 74% больных выявлена гипергликемия 7,8+3,2 ммоль/л, гиперхолестеринемия у 38% больных 5,8+2,2 ммоль/л.

Терапия фиксированной комбинацией фозиноприла и гидрохлортиазида уже после 5 недель приема оказалась эффективной у 80,4%, а через 32 недели эффективность терапии достигла 93,6%. После 32 недель исследования было проведено повторное определение ХС, ТГ, ЛПНП и глюкозы. Достоверных изменений этих показателей не выявлено.

Заключение. Длительное применение фиксированной комбинации фозиноприла и гидрохлортиазида приводит к стабилизации артериального давления у больных АГ в сочетании с СД II типа. В ходе исследования выявлено, что Фозид 20 обладает метаболической нейтральностью. Это позволяет исключить необходимость частого лабораторного контроля за безопасностью терапии. Получены данные доказывающие, что ТФР-бета и Е-селектин играют определенную роль в развитии и прогрессировании АГ в сочетании с СД II типа.

0322 ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Енина Т.Н., Томина Е.И.*, Береснева С.Н.*, Шанаурина Н.В.*, Шалаев С.В.***

ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль»*, областной кардиологический диспансер**, Тюмень, Россия

Исследовали влияние депрессивных нарушений (Д), реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) на эффективность санаторного этапа реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

Обследовано 67 мужчин в возрасте 48±1,0 лет через 40±2,5 дней после ИМ. У 82% больных наблюдался крупноочаговый ИМ, у 49% – передний, у 51% – задний ИМ, у 25% – аневризма ЛЖ, у 36% – приступы стенокардии, у 39% – II и III стадии НК по NYHA, у 39% – АГ II и III степени. По уровню ЛТ выделено 2 группы: I группа (n=41) – с низким и умеренным уровнем ЛТ и II группа (n=26) – с высоким уровнем ЛТ.

Анализировали в динамике ЭхоКГ, ВЭМ, суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ). ЛТ, РТ и Д оценивали с помощью тестов Спилберга и Бэка. Анализировали вариабельности ритма сердца (ВРС) за сутки, при выполнении активной ортостатической пробы (АОП), пробы с контролируемой частотой дыхания (ПКЧД). Оценивали TP, VLF, LF, HF, LF/HF, VLF%, LF%, HF%, HFnu, LFnu.

По данным оценки суточной ВРС сердца среди больных I-ой группы наблюдались достоверно более высокие значения показателя LF% (25,26±0,96 против 21,34±0,87 во II-ой группе, p<0,01), тенденция к более низким значениям показателя VLF%. В I-ой группе большинство пациентов были со 2 типом реакции при проведении АОП (с увеличением показателя LF в ответ на пробу), а во II-ой группе – с 1 типом реакции (со снижением показателя LF в ответ на пробу). Повторная оценка показателей ВРС на фоне санаторной реабилитации показала, что прирост пациентов со 2 типом реакции в I-ой группе составил 17%, во II-

Tesis_006_end.indd 140 24.08.2006 22:25:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ой – лишь 4%. Т.о., более низкий уровень ЛТ, оказывая влияние на нейро-вегетативные механизмы регуляции ритма сердца, способствовал "переходу" больных на более низкий нейро-рефлекторный уровень, что сопровождалось улучшением адаптивных резервов. Результаты повторных нагрузочных тестов и ЭХОКГ свидетельствовали о лучшем функциональном состоянии больных I-ой группы. Во II-ой группе отмечено достоверное увеличение количества суправентрикулярных экстрасистол (p<0,05).

Методом корреляционного анализа Спирмена выявлена связь выраженности Д с возрастом (r=0,34, p<0,005), функциональным классом сердечной недостаточности (r=0,25, p<0,05), с LF% (r=-0,51, p<0,01) по данным СМЭКГ. Уровень ЛТ имел корреляционную связь с возрастом (r=0,24, p<0,05) и LF% (r=-0,59, p<0,001) по данным СМЭКГ.

Т.о., больные ИМ отличались неоднородностью исходного вегетативного статуса. В процессе реабилитации отмечалась положительная динамика психоэмоциональных нарушений, сопряжённая с улучшением показателей ВРС, ЭхоКГ, СМЭКГ. Результаты исследования показали целесообразность оценки и коррекции выявленных нарушений психоэмоциональной сферы для прогнозирования эффективности реабилитации больных, перенесших ИМ, на этапе санаторной реабилитации.

0323 ЭФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВОК В БАССЕЙНЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОЙ РЕАКЦИИ В АКТИВНОЙ ОРТОПРОБЕ

Енина Т.Н., Валеева В.И.*, Береснева С.Н.*, Береснева В.Л.*, Верхошапова Н.Н.*, Леушина Г.И.*, Шанаурина Н.В.*, Шалаев С.В.***

ФГУ «Центр реабилитации ФСС РФ «Тараскуль»*, областной кардиологический диспансер**, Тюмень, Россия

Исследовали эффективность тренировок в бассейне больных инфарктом миокарда (ИМ) в зависимости от исходной реакции в активной ортостатической пробе (АОП) на санаторном этапе реабилитации.

Обследовано 96 мужчин 50±0,5 лет через 44±1,6 дней после ИМ. У 80% наблюдался крупноочаговый ИМ, у 60% – передний, у 40% – задний ИМ, у 40% – аневризма ЛЖ, у 41% – приступы стенокардии, у 49% – АГ II и III степени.

Исследовали вариабельность ритма сердца (ВРС) на 5-мин. участке ЭКГ в покое, в АОП, в пробе с контролируемой частотой дыхания (ПКЧД). Анализировали TP, VLF, LF, HF, LF/HF, VLF%, LF%, HF%, HFnu, LFnu, в ПКЧД SF%=LF%+HF%, ЭхоКГ. По реакции в АОП выделено 2 группы: I гр. (n=43) – с повышением LF% в АОП, II гр. (n=53) – со снижением LF% в АОП. Группы различались только по возрасту (47±1,1 и 50±0,8, p<0,05).

Исходно во II гр. наблюдалась тенденция к более низким значениям TP. (1107,13+196,96 и 822,61+96,64, p<0,1), HF (215,37+60,68 и 121,89+17,86, p<0,1), большим значениям LF/HF (2,10+0,29 и 2,51+0,23, p<0,1), достоверно более низкие значения VLF (579,81+79,61 и 392,50+61,54, p<0,01), большие значения LF% (21,77+1,71 и 28,76+1,83, p<0,01). Т.о., во II гр. исходно в покое наблюдалась большая симпатическая активность. После курса тренировок в I гр. выявлено достоверное увеличение LF (с 250,34+58,88 до 405,12+93,90, p<0,005) и LF% (с 21,77+1,71 до 27,82+2,15, p<0,01), снижение VLF% (с 54,72+2,50 до 48,64+15,08, p<0,05), при отсутствии достоверных изменений HF-составляющей спектра. Т.о., в I группе наблюдалось увеличение симпатических, нейро-рефлекторных влияний. Во II группе достоверно увеличился TP (с 822,61+96,64 до 1346,13+269,34, p<0,001), VLF (с 392,50+61,54 до 745,36+127,46, p<0,001), уменьшился LFnu (с 64,95+2,12 до 59,09+2,23, p<0,05) и LF% (с 28,76+1,83 до 23,27+1,87, p<0,01) при относительном увеличении HFnu (с 35,06+2,12 до 40,83+2,26, p<0,05). Т.о, во II группе наблюдалось усугубление вегетативного дисбаланса. В ПКЧД во II гр. исходно выявлена тенденция к более низким значениям SF% и достоверно более низкие значения прироста SF% в пробе (42,10+3,13 и 29,75+2,58, p<0,01). В динамике во II гр. достоверно увеличился прирост SF% (с 29,75+2,58 до 42,80+3,86, p<0,05), при отсутствии достоверных изменений показателей ВРС в I гр. Динамика ЭхоКГ выявила в I-ой гр. достоверное уменьшение ЛП, ОЛП, ПП, КДРЛЖ, КСРЛЖ, КСОЛЖ, КДОЛЖ, увеличение ФВЛЖ. Во II-ой гр. достоверно уменьшились только размеры ЛП, КДОЛЖ, увеличилась ФВЛЖ. Исходно у 45% пациентов наблюдался прирост LF% в АОП, при выписке – у 47%, причем прирост в 5% наблюдался при передних ИМ и уменьшение в 3% при задних ИМ.

Т.о., большими адаптивными возможностями в ходе тренировок в бассейне обладали пациенты I гр. (с повышением LF% в АОП), с передней локализацией ИМ.

0324 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Ердакова Т.К.

ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера РАМН, Надым, Россия

Цель: изучить влияние антигипертензивных препаратов на сосудодвигательную функцию эндотелия у лиц с АГ на Крайнем Севере.

Материалы и методы. Были обследованы 90 больных АГ с уровнем ДАД в положении «сидя» 90-109 Мм рт. ст. и/или САД 140-179 Мм рт. ст. Средний возраст составил 49,0±8,2 года, длительность заболевания АГ 7,2±5,5 года, длительность проживания на Севере – 23,8±9,9 года. Всем больным до и после лечения проводилось исследование сосудодвигательной функции эндотелия. с определением базального диаметра плечевой артерии – ПА (D0,MM), диаметра ПА в фазу реактивной гиперемии – РГ (D^MM), исходной скорости кровотока (Vo, см/сек), исходного напряжения сдвига на эндотелии (то, дин/см"), напряжения сдвига на эндотелии в фазу РГ (ц дин/см), изменения скоростных параметров кровотока в покое и в фазу РГ (AV при РГ,%), эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД,%), эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД,%), коэффициента чувствительности к напряжению сдвига на эндотелии (К, у.е.). Все больные были разделены на 3 группы: I группа – получала небиволол (Небилет, Berlin-Chemie, Германия) – 30 человек; II группа – эналаприл (Энап, КРКА, Словения) – 30 человек; III группа – амлодипин (Норваск, Pfizer inc., США) – 30 человек. Длительность лечения – 3 недели.

Результаты. Во всех группах был достигнут статистически значимый гипотензивных эффект. При сравнении влияния антигипертензивных препаратов на параметры исходного диаметра ПА было получено достоверное увеличение этого показателя (Do) во всех трех группах на 7,27%, 1,74%, и 1,23%, соответственно. В фазу реактивной гиперемии достоверное увеличение диаметра ПА (Di) отмечалось только в группе небиволола. При оценке напряжения сдвига на эндотелии во всех группах отмечалась тенденция к снижению данного показателя на 5,05%, 6,43%, 3,65% от исходных значений. При оценке коэффициента чувствительности к напряжению сдвига (К) была отмечена тенденция к снижению данного показателя на 7,14% при приема небиволола, тогда как на фоне терапии эналаприлом и амлодипином происходило достоверное повышение данного показателя на 9,38% и 13,33% соответственно. На фоне лечения небивололом отмечено достоверное возрастание скорости кровотока после временной окклюзии сосуда при реактивной гиперемии на 8,52% от исходных величин, что приводило к повышению напряжения сдвига на 3,05% от исходного уровня. Тогда как, на фоне лечения эналаприлом, амлодипином, наоборот, происходило снижение разницы скоростных параметров кровотока на 7,61,% и 4,30% от исходного уровня.

Выводы. 1. У больных с АГ на Крайнем Севере, при исходно сниженной эндотелиальной функции и разной силе воздействия напряжения сдвига на эндотелий, на фоне лечения небивололом, эналаприлом, амлодипином происходит достоверное

Tesis_006_end.indd 141 24.08.2006 22:25:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

увеличение показателей эндотелийзависимой вазодилатации сосудов .2. По степени влияния на показатели эндотелийзависимой вазодилатации наибольший эффект выявлен у небиволола, на втором месте – эналаприл, на третьем – амлодипин.

0325 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АНГИО/МИОГЕНЕЗ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Еремеева М.В., Голухова Е.З., Чигогидзе Н.А.,.Асланиди И.П, Лукашкин М.А., Демидова О.А., Волковская И.В., Бокерия Л.А.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Целью нашего исследования является разработка безопасных и эффективных методов генной и клеточной терапии, которые могли бы использоваться изолированно или в дополнение к существующим традиционным хирургическим методам для лечения ряда сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы. С 1999 года в НЦССХ имени А. Н. Бакулева РАМН ведутся исследования ангиогенеза при ишемической болезни сердца (ИБС), а с 2002 года изучение потенциальных стимулирующих агентов (ген VEGF165, ген bFGF человека, аутологичные костномозговые клетки-предшественники CD133+) in vitro, in vivo и применение их для стимуляции ангио/миогенеза у больных с осложненными формами ИБС (несостоятельным дистальным руслом, низкой фракцией выброса), дилатационной кардиомиопатией, хронической ишемией нижних конечностей (ХИНК). В клиническом исследовании в качестве «терапевтического агента» использовались «ангиостимулин» – ген VEGF165 (n=59) и аутологичные костномозговые мезенхимальные клетки-предшественники CD133+ (n=50) .

Результаты. Анализ потенциала выбранной субпопуляции клеток-предшественников (CD133+) подтверждает обоснованность целенаправленного применения их для стимуляции ангио/миогенеза в ишемизированной ткани.

Нами была показана эффективность и безопасность применения вышеуказанных новых технологий, однако необходимы дальнейшие наблюдения и анализ отдаленных результатов лечения. Полученные нами предварительные данные (обследование через 3,6,12 месяцев) свидетельствуют не только об улучшении общего клинического состояния и качества жизни пациентов, но и о стимуляции развития новой сосудистой сети, что подтверждается результатами ангиографического исследования (ХИНК), улучшение перфузии миокарда – по данным SPECT в динамике

0326 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Еременко Е. Ю., Соколова Л.А.

Санкт-Петербургская медицинской академии им. И. И. Мечникова. Ленинградский областной кардиологический диспансер, Санкт-Петербург, Россия

Исследованиями последних лет установлено, что артериальная гипертензия (АГ) в сочетании с гипертрофией левого желудочка (ГЛЖ) является одной из ведущих причин развития фибрилляции предсердий (ФП).

Цель: изучение частоты возникновения ФП у больных АГ с различной степенью выраженности ГЛЖ.

Методы: обследовано 54 человека с АГ 1-2 степени с ГЛЖ без значимой сопутствующей патологии с суправентрикулярными аритмиями. Средний возраст пациентов составил 53±7,8 года, средний уровень АД в момент первичного обследования САД 175±7,2 Мм рт. ст., ДАД 95±3,5 Мм рт. ст. давность АГ 15±11,2 года. Среди обследованных было 13 мужчин (24%) и 41 женщина (76%). Всем пациентам проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), ЭКГ, ЭхоКГ с допплер КГ. В день проведения ХМЭКГ исключалась медикаментозная терапия. Статистическая обработка проведена методом ранговой корреляции (метод Спирмена).

Результаты: в группе обследованных пациентов проведен анализ структуры суправентрикулярных аритмий, в т.ч. изучены прогностически наиболее значимые предикторы возникновения ФП. Установлено, что с наибольшей частой встречалась парная, групповая предсердная экстрасистолия (у 26 человек т.е. 30% наблюдений). У 19 человек (в 25% случаев) зарегистрирована ФП. Из них: у 9 человек была пароксизмальная форма ФП, у 2-х человек персистирующая форма ФП и у 8 человек постоянная форма ФП (классификация ФП приведена в соответствии с Российскими рекомендациями по диагностике и лечению фибрилляции предсердий 2005г). Частая предсердная экстрасистолия зарегистрирована у 13 человек (в 24% наблюдений).

При проведении корреляционного анализа между различными типами ФП и степенью ГЛЖ (оценивалась по показателю толщины задней стенки левого желудочка) установлена прямая связь между этими показателями (□s=0,886) в случае постоянной формы ФП. Полученные данные могут свидетельствовать о влиянии выраженности гипертрофии миокарда левого желудочка при АГ на развитие данного типа аритмии.

Выводы:

1. ФП является одной из наиболее частых аритмий у пациентов с АГ и ГЛЖ.
2. Пароксизмальная форма ФП зарегистрирована в 47%, персистирующая форма ФП в 10%, постоянная форма ФП в 43% от общего количества пациентов с ФП.
3. Установлена прямая достоверная связь (s=0,886) между толщиной задней стенки ЛЖ и постоянной формой ФП.

0327 ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИЛОПИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЁЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ермолина В.Я., Валикулова Ф.Ю., Юрьева С.В., Королева Е.Б., Востокова А.А.

Клиническая больница № 5, Военно-медицинский институт, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценить возможности современного блокатора медленных кальциевых каналов третьего поколения амлодипина (Кардилопин, «Эгис») в комплексной терапии умеренной и тяжёлой артериальной гипертензии (АГ).

Методы: кардилопин использовался у 39 больных АГ, средний возраст составил 60,6±2,23 лет. Среди них мужчины – 48%, женщины – 36,4%. Длительность АГ – 12,3±2,25 лет. Артериальная гипертензия 1 степени (мягкая) наблюдалась у 3,6% больных, 2 степени (умеренная) у 64,3%, 3 степени (тяжёлая) – у 32,1% пациентов. Кардилопин назначался в дозе 5-10 мг/сутки после 7-дневного «отмывочного периода» у пациентов ранее использовавших блокаторы медленных кальциевых каналов. В составе 3-ех компонентной терапии, включающей ингибиторы АПФ и бета-адреноблокаторы, кардилопин применен у 33,3% больных, в составе 4-ех компонентной терапии, включающей ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы и тиазидные диуретики – у 62,9%, в составе 5-ти компонентной терапии, включающей ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, диуретики и агонисты имидазолиновых рецепторов – у 3,7% больных.

Результаты: целевое АД (140/90 Мм рт. ст. и ниже) достигнуто у 63,6% больных. В дозе 5 мг/сутки целевой уровень АД был достигнут к 10-ой неделе, а в дозе 10 мг/сутки – на 3-ей неделе терапии. В дозе 5 мг/сутки к 10-ой неделе лечения отмечено достоверное снижение АД с 160,11±3,73/85,86±1,42 Мм рт. ст. до 141,67±3,06/81,58±1,60 Мм рт. ст. В дозе 10 мг/сутки к 3-ей неделе терапии АД достоверно снизилось с 160,91±5,30/98,18±2,63

Tesis_006_end.indd 142 24.08.2006 22:25:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Мм рт. ст. до 136,82±4,87/83,18±2,16 Мм рт. ст. Отеки нижних конечностей, не требующие отмены препарата, отмечались у 9,1% больных.

Выводы: кардилопин является эффективным гипотензивным средством. У больных тяжелой и умеренной АГ в составе комплексной терапии позволяет достичь целевого АД у 72,7%. Доза 10 мг/сутки позволяет быстрее достичь целевого АД. Кардилопин хорошо переноситься, нежелательные побочные явления, требующие отмены препарата не зафиксированы.

0328 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И БЕРЛИПРИЛОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Ерченкова В.Е., Костромин А.Н.

Областной кардиодиспансер, Брянск, Россия

Цель: оценить эффективность комбинированной терапии небивололом и берлиприлом (препаратами фирмы «Берлин Хеми») у больных с артериальной гипертонией (АГ).

Методы: под наблюдением находилось 42 амбулаторных больных (18 мужчин, 24 женщины) в возрасте 30–64 лет, из них 15 (36%) больных с мягкой АГ(7 мужчин, 8 женщин), 19 (45%) больных с умеренной АГ (5 мужчин,14 женщин) и 8 (19%) больных с высокой АГ (6 мужчин, 2 женщин), в возрасте 30-64 лет. Давность гипертонии находилась в пределах от 1 до 17 лет. В ходе предварительного обследования исключалась острая сердечно-сосудистая патология, заболевания миокарда воспалительной природы, поражения клапанного аппарата, застойная сердечная недостаточность, сахарный диабет, хронические заболевания легких и печени, почечная недостаточность, анемии, выраженное ожирение. Также в исследование не включались пациенты старше 65 лет. У всех больных была отменена предшествующая антигипертензивная терапия в течение 10-14 дней до включения в исследование. Амбулаторно этим больным было назначена комбинация небиволола (в суточной дозе 2,5-10 мг) и берлиприла (в суточной дозе до 30 мг). Лечение проводилось в течение 24 недель. Контроль АД осуществлялся по уровню 3-х кратного измерения АД в положении сидя с интервалами измерений не менее 2-х Минут и данным суточного мониторирования АД (СМАД). Для проведения СМАД использовался прибор «ВР-3400» (Россия). Мониторирование проводилось в условиях «чистого фона», через 4 недели и 24 недели лечения. В ходе исследования анализировались среднесуточное, систолическое (САД) и диастолическое АД (ДАД), вариабельность САД и ДАД по величине стандартного отклонения в течение суток дня и ночи, степень ночного снижения АД и типы изменений АД; индекс времени (ИВ) днем и ночью; величины утреннего подъема САД и ДАД. “Нагрузку давлением” оценивали по двум показателям: индексу времени (ИВ) АД и индексу площади (ИП) АД. Индекс времени определялся процентом измерений, при которых значения АД превышали 140/90 Мм рт. ст. в дневные часы и 120/80 Мм рт. ст. в ночные часы. Индекс площади рассчитывали по площади между кривой суточного профиля АД и уровнем пороговых значений АД (140/90 Мм рт. ст.) для дневных часов и 120/80 Мм рт. ст. для ночных часов. Индексы “нагрузки давлением” определяли за 3 промежутка времени: сутки, день и ночь.

Результаты: на фоне проводимой терапии у 32 (76%) пациентов отмечено улучшение самочувствия, уменьшение выраженности головных болей и головокружения. К концу лечения у 21 (50%) больных АД достигло целевого уровня. У 11 (26%) больных отмечалось снижение САД и/или ДАД более 10%. У 10 23,8% больных не отмечено гипотензивного эффекта.

Заключение: комбинированная терапия небивололом и берлиприлом больных с артериальной гипертоний оказывает хороший гипотензивный эффект.

0329 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Желнов В.В., Комарова И.С., Шик М.В.

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

Цель: изучить количественные показатели функциональной митральной регургитации у больных острым инфарктом миокарда и оценить возможности уменьшения регургитации с помощью каптоприла или валсартана в комплексном лечении больных инфарктом миокарда.

Методы: обследовано 100 пациентов с диагнозом острого крупноочагового и/или трансмурального инфаркта миокарда, у 20 из них на фоне стандартной терапии изучалось влияние ингибитора АПФ каптоприла, а еще у 20 – антагониста рецепторов ангиотензина II валсартана на клиническое течение, гемодинамику и количественные показатели функциональной митральной регургитации. Полное эхокардиографическое исследование проводилось всем больным на 2 сутки, а 40 вышеупомянутым пациентам – и на 23 сутки. Степень функциональной митральной регургитации оценивалась двумя количественными методами: цветовым допплеровским картированием с использованием метода расчета площади проксимальной изоскоростной поверхности и методом количественной допплер-эхокардиографии. Измерения проводились во время одного и того же обследования в пяти сердечных циклах, результаты которых были усреднены.

Результаты: количественные показатели функциональной митральной регургитации, изученные у каждого больного с помощью 2 методов, практически полностью совпали, и между ними выявлена высокая корреляционная связь и прямая линейная зависимость. Среднее значение площади регургитационного отверстия составило 0,18±0,01см2; величина радиуса сходящегося потока – 0,52±0,01 см, объема регургитации – 22,3±1,6 мл. Выделено четыре степени тяжести функциональной митральной регургитации в зависимости от величины фракции регургитации (ФР): I-легкая – ФР до 10%; II-умеренная – ФР 10%-29%; III-средне-тяжелая – ФР 30-49%; IV-тяжелая – ФР 50% и более. После 3-х недельного курса стандартной терапии с валсартаном выявлено уменьшение количественных показателей регургитации, улучшение клинического состояния больных, снижение явлений сердечной недостаточности. В группе больных с каптоприлом была отмечена тенденция к незначительному улучшению.

Выводы: у больных острым инфарктом миокарда, осложненным функциональной митральной регургитацией, определение ее количественных показателей отражает тяжесть митральной недостаточности. Использование двух методов исследования позволяет более точно оценить выраженность регургитации и свести к Минимуму возможные ошибки. ФМР является одним из осложнений инфаркта миокарда, ее необходимо отражать в диагнозе с указанием степени тяжести и учитывать при определении тактики лечения и реабилитации. Предложенная классификация функциональной митральной регургитации позволяет выделить группу больных с тяжелой митральной недостаточностью. Применение валсартана или каптоприла на фоне стандартной терапии безопасно и способствует уменьшению количественных показателей митральной регургитации.

0330 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Желобов В.Г., Туев А.В., Некрутенко Л.А.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Росздрава», Пермь, Россия

Цель исследования – оценить глубину метаболических расстройств при опухолевых заболеваниях крови и их прогностическое значение для атерогенеза.

Tesis_006_end.indd 143 24.08.2006 22:25:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Материал и методы. Обследовано 45 больных острыми лейкозами. В 25 случаях диагностирован острый лимфобластный лейкоз (ОЛЛ). Диагноз острого миелобластного лейкоза (ОМЛ) установлен 20 больным. В группу сравнения вошли 25 практически здоровых испытуемых, сопоставимых по полу и возрасту с исследуемыми больными. Помимо стандартного обследования, позволяющего верифицировать диагноз опухолевой патологии крови, проводилась оценка липидного спектра крови. Для суждения о частоте и выраженности атеросклероза у лиц, страдающих острыми лейкозами, мы использовали результаты анализа протоколов аутопсии

Результаты. Концентрация ТГ в плазме крови у больных ОЛЛ в момент постановки диагноза составила 1,27±0,28 ммоль/л и была достоверно ниже аналогичного показателя группы сравнения (p=0,042). Содержание ХС, пре-β-ХС и β-ХС при ОЛЛ было достоверно ниже контрольных значений (p=0,0007, p=0,048 и p=0,008 соответственно).В отличие от концентрации в крови проатерогенных составляющих липидного спектра уровень антиатерогенной □-фракции при ОЛЛ не только не был уменьшен, но даже имел отчетливую тенденцию к увеличению. Закономерным итогом выявленного дисбаланса липидов при ОЛЛ было значительное снижение результирующего показателя – ИА, который был вдвое меньше этого показателя группы здоровых (1,74±0,36 ед., p=0,0007). При ОМЛ изменения липидного спектра имели аналогичную направленность.

Для оценки выраженности атеросклероза у лиц страдающих острыми лейкозами, проведен анализ 7 протоколов вскрытия при ОЛЛ и 15 при ОМЛ. При ОЛЛ отсутствие атеросклеротических поражений и Минимальные изменения в виде липидных пятен и полосок со стороны аорты и крупных сосудов зафиксированы в 6 случаях (85,7%). При ОМЛ отсутствие морфологических признаков атеросклероза обнаружено при 7 аутопсиях (46,6%), а Минимальные изменения в 4 случаях (26,6%).. Выраженные проявления в виде множественных атеросклеротических бляшек и атероматоза с изъявлением были выявлены в 1 случае при ОЛЛ (14,3%) и в 4 – при ОМЛ (26,6%).

Выводы. Развитие и прогрессирование острого лейкоза, независимо от морфологического субстрата заболевания, сопровождается формированием метаболической дезорганизацией, проявляющейся снижением концентрации проатерогенных фракций липидов, что проявляется уменьшением темпов формирования атеросклеротического процесса.

0331 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА

Желтовский Ю.В., Прокопьев М.В., Куц А.В.

Иркутский межобластной кардиохирургический центр,
Иркутский государственный медицинский университет,
Иркутск, Россия

Цель: проведение сравнительной оценки качества жизни больных с инфекционным эндокардитом, (ИЭ) до операции и отдаленном послеоперационном периоде.

Методы: в ИМКХЦ нами проведено обследование 47 пациентов, оперированных по поводу активного ИЭ клапанов сердца. Среди пациентов преобладали мужчины-33 (70,2%), женщин –14 (29,8%). Средний возраст больных составил- 44,2 года (24-65 лет). Сочетанное поражение митрального и аортального клапанов наблюдали в 10,6% случаев, трикуспидального в 12,7%, митрального в 23,5%, аортального в 53,2%. Оценка качества жизни проводилась путем: распределения больных по функциональным классам (ФК) в до- и послеоперационном периоде согласно классификации ХСН NYHY; и по анализу данных неспецифического опросника SF-36-полученных при интервьюировании пациентов в отдаленном послеоперационном периоде (через 1-3 года).

Результаты: до операции ко II ФК были отнесены 2 пациентов, к III- 16, к IV- 29 пациентов. В отдаленные сроки после операции отмечен переход в I ФК 22 больных (pF<0,0001), во II ФК – 17 пациентов (pF =0,0001), к III ФК отнесены – 4 (pF =0,00047) и к IV ФК также 4 пациента (pF<0,0001). Нами отмечено существенное уменьшение, преобладающих до операции количества пациентов, отнесенных к ограничивающим жизнедеятельность III и IV ФК (pF=0,0047). В отдаленном периоде определены следующие параметры качества жизни: физическое функционирование – 60,0 (42,5-80,0); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием – 62,5 (50,0-70,0); интенсивность боли – 57,0 (41,0-84,0); общее состояние – 45,0 (37,0-57,0); жизненная активность – 52,5 (45,0-67,5); социальное функционирование – 50,0 (45,0-67,5); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием-67,0 (34,0-100,0); психическое здоровье – 60,0 (48,0-72,0). Суммарный физический компонент здоровья – 51,0 (40,0-75,0); психологический компонент здоровья – 50,0 (40,0-69,0).

Выводы: в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов, оперированных по поводу ИЭ, отмечены существенное улучшение состояния здоровья и качества жизни, хороший уровень психологического компонента здоровья свидетельствует об удовлетворительной социальной адаптации пациентов.

0332 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Жеребцова С.В., Витковский Ю.А., Солпов А.В., Говорин А.В., Лиханов И.Д., Погребняков В.Ю., Кузник Б.И.

ГОУ ВПО ЧГМА, Чита, Россия

За последние годы накоплены сведения о том, что тромбоциты помимо участия в процессах гемостаза играют немалую роль в воспалительных реакциях, иммунитете и развитии атеросклероза. Нашими предыдущими исследованиями доказано, что лимфоциты способны вступать во взаимодействие с тромбоцитами и образовывать гетеротипичные агрегаты. Выявлено, что тромбоциты в условиях тока вызывают адгезию лимфоцитов к субэндотелиальному матриксу и участвуют в формировании лимфоцитарно-тромбоцитарных кластеров.

Лимфоциты доноров выделялись на градиенте урографин-фиколл (плотность 1,077) и после отмывки подсчитывался процент лимфоцитарно-тромбоцитарных коагрегатов (Витковский Ю.А., 1999). При ишемической болезни сердца, развивающейся на фоне прогрессирующего атеросклероза, по сравнению со здоровыми людьми, число лимфоцитарно-тромбоцитарных агрегатов (ЛТА) в венозной крови резко снижено (P<0,001). У больных ИБС в артериальной крови (бедренная артерия, бассейн коронарной артерии) число ЛТА больше чем в венозной (P<0,05). Более того, в артериальной крови к одному лимфоциту присоединяется большее число тромбоцитов (P<0,05). У больных принимавших постоянно аспирин число ЛТА в венозной крови соответствует таковому у здоровых людей.

Полученные данные свидетельствуют о том, что при прохождении тканевых капилляров происходит задержка лимфоцитарно-тромбоцитарных коагрегатов, которые, по всей видимости, уходят в ткани. Наши данные позволяют считать, что лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии принадлежит важная роль в формировании атеросклеротических бляшек. Этот процесс «безусловно» связан как с выделением цитокинов, так и реакцией высвобождения тромбоцитов.

0333 НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА

Жерлицина Е.А., Минкин С.Р., Плоткин В.Я., Мнускина М.М.

ГДЦ № 1, Санкт-Петербург, Россия

Tesis_006_end.indd 144 24.08.2006 22:25:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель и задачи: выявить взаимосвязь между повышенным уровнем натрийуретического петида (НУП) и сердечной недостаточностью (СН) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) после различных видов хирургической реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. Всего был обследован 41 пациента с ИБС, из которых 23 пациента с повышенным уровнем НУП и 18 пациентов с нормальными показателями. Всем пациентам проводилось 12-ти канальное суточное мониторирование по Холтеру (ХМ–ЭКГ), эхокардиографическое исследование сердца (ЭхоКГ) и велоэргометрия (ВЭМ).

Результаты. В группе с повышенным уровнем НУП среднее значение составляло 54,7±29,1 пкмоль/л. Средний возраст 61,5±8,3 лет. Мужчин в этой группе 15 человек (68,2%), женщин 7 человек (31,8%). Инфаркт миокарда (ИМ) до операции у 18 человек (81,8%), из них не-Q ИМ у 1 пациента (4,4%), 1 Q-ИМ у 10 пациентов (43,5%) и 2 и более Q-ИМ у 9 пациентов (39,1%). Фракция выброса (ФВ) по результатам Эхо-КГ 59,6±8%. Размеры левого желудочка (ЛЖ): конечно-диастолический размер (КДР) 55,8±6,2 мм и конечно-систолический размер (КСР) 38±6,8 мм. 20 пациентов (87%) перенесли аортокоронарное шунтирование (АКШ) и 3 человека (13%) перенесли стентирование. Сроки после операции составили от 6 месяцев до 14 лет, в среднем 3,6 лет. У 7 человек (30,4%) после операции отмечалась стенокардия 1-2 ФК, у 4 человек (17,4%) стенокардия 3 ФК и 12 человек (52,2%) без стенокардии. По данным ХМ–ЭКГ желудочковые нарушения ритма (ЖНР) выявлены у 7 человек (30,4%), наджелудочковые нарушения ритма (НЖНР) у 2 человек (8,7%). По ВЭМ высокая толерантность к физической нагрузке (ФН) у 3 человек (13%) – больше 9,6 Mets, средняя у 7 человек (30,4%) – 7,1-9,6 Mets и низкая у 13 человек (56,5%) – до 7 Mets (по протоколу Брюса).

В группе с нормальным уровнем НУП среднее значение 12,7±5,5 пкмоль/л. Средний возраст 64,6±7,4 лет. Мужчин 15 человек (83,3%), женщин 3 человека (16,7%). ИМ до операции перенесли 7 человек (38,9%), из них 1 Q-ИМ у 7 человек (38,9%), 2 Q-ИМ у 1 пациента (5,6%). ФВ в среднем 65,5±7,3%. Размеры ЛЖ: КДР 52±5,3 мм и КСР 31,9±5,3 мм.15 пациентов (83,3%) перенесли АКШ и 3 пациента (16,7%) стентирование. Сроки после операции от 1 года до 9 лет, в среднем 4,6 лет. У 7 человек (38,9%) отмечалась стенокардия напряжения 1-2 ФК, у 2 пациентов (11,1%) стенокардия 3 ФК и 9 пациентов (50%) без стенокардии. По данным ХМ–ЭКГ ЖНР выявлены у 3 человек (17,6%) и НЖНР у 2 человек(11,8%). По ВЭМ высокая толерантность к ФН у 5 человек (27,8%), средняя у 9 человек (50%), низкая у 4 человек (22,2%).

Выводы: более выраженная СН и повышенные показатели НУП отмечалась у пациентов, перенесших 2 и более Q-ИМ и с нарушениями ритма по данным ВЭМ и Эхо-КГ и ХМ-ЭКГ.

0334 ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТАЛАМО-ВЕРТЕБРОГЕННЫМ КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Жерлицина Л.И., Великанов И.И.

Кисловодская кардиологическая клиника ФГУ «Пятигорский ГНИИК Росздрава», Кисловодск, Россия

За последние годы отмечается утяжеление контингента больных приезжающих на Кисловодский курорт. До 96,2% из них имеют сочетание ишемической болезни сердца (ИБС), ишемической болезни мозга (ИБМ) и шейно-грудного остеохондроза (ШГОХ). С целью индивидуализации лечения сочетанной патологии необходимо выделять разные клинико-патогенетические ее варианты. Одним из таких вариантов является гипоталамо-вертеброгенный кардиальный синдром (ГВКС), описанный нами (1999, 2001), включающий ряд симптомов и синдромов кардиальных, церебральных, гипоталамических и др. Ведущим в клинической картине является атипичный сердечно-болевой синдром, сопровождаемый различными нарушениями ритма, носящими пароксизмальный характер. ГВКС связан с нарушением центральных регуляторных механизмов. В его формировании играют роль сосудистые нарушения мозга, а также ШГОХ, участие которого опосредуется ирритацией симпатических узлов, сплетений, спинномозговых корешков, с развитием ангиодистонических реакций позвоночных артерий, недостаточности мозгового кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ), гипоксии мозга, преходящих нарушений мозгового кровообращения или инсультов. Недостаточность кровообращения в ВББ, по которой кровоснабжаются жизненно важные в функциональном отношении структуры мозга: гипоталамус, гипофиз, ствол мозга, ретикулярная формация (РФ), вызывает дисфункцию последних, что приводит к нарушению адаптационно-трофической функции сердца, дисфункции коронарного кровообращения и еще более усиливает гипоксию мозга. Циркуляция патологической импульсации по замкнутой кольцевой системе приводит к широкому клиническому полиморфизму, носящему пароксизмальный характер. УМВ являются одним из методов патогенетического воздействия при сочетанной патологии, вызывая усиление физиологической афферентации с экстеро-, интеро- и проприорецепторов в РФ ствола и кору мозга, усиливая систему саногенеза. Наряду с этим необходимо уменьшать патологическую афферентацию. Это достигается физиотерапевтической блокадой шейных симпатических узлов и сплетений. Под наблюдением находилось 265 больных ИБС в сочетании с ИБМ и ШГОХ при наличии ГВКС, в возрасте от 30 до 60 лет, в анамнезе у которых были черепно-мозговые травмы, инфекции, интоксикации. Давность заболевания составляла 3-5 лет. Помимо общекурортного лечебного комплекса всем больным назначались УМВ с 5-7 дня и процедуры бегущего магнитного поля (БМП) воздействием на сегментарную вегетативную иннервацию сердца в разных режимах со 2-3 дня, с постепенным увеличением частоты реверсирования и экспозиции воздействия от процедуры к процедуре, во избежание привыкания к ней. Стойкое улучшение клинического состояния отмечалось с 10-12 дня. Суммарный эффект лечения был положительный у 90,5% больных, что характеризовалось регрессией клинических симптомов, повышением физической активности, уменьшением или отменой медикаментозной терапии. На разработанный способ лечения больных ИБС в сочетании с ГВКС получен патент (№ 2154507 от 20.08.2000г).

0335 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Жиров И.В., Акинина А.В., Терещенко С.Н.

ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучить дифференцированное применение карведилола, бисопролола и небиволола в составе комплексной стандартной терапии (диуретики, ингибиторы АПФ, антикоагулянты, антиагреганты и нитраты при необходимости) хронической сердечной недостаточности на фоне ишемической болезни сердца, дилатационной кардиомиопатии и артериальной гипертонии. Дифференцированное назначение различных бета-адреноблокаторов будет учитывать этиологию хронической сердечной недостаточности, гендерные различия, нейрогормональный статус (ангиотензин 2, норадреналин, мозговой натрийуретический пептид), параметры гемодинамики, степень ремоделирования и нарушение сократимости миокарда левого желудочка, переносимость физических нагрузок.

Материалы и методы: в исследование включено 90 больных с ХСН II-IV функциональных классов (ФК) по классификации NYHA. Пациенты после стабилизации клинического состояния

Tesis_006_end.indd 145 24.08.2006 22:25:11
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(без признаков декомпенсации) методом случайной выборки разделены на 3 группы, каждая из которых в течение 6 месяцев получает один из трех изучаемых бета-блокаторов: карведилол, бисопролол или небиволол, которые титруются до оптимально переносимых доз. Критерии переносимости – гемодинамические показатели – артериальное давление, частота сердечных сокращений. В начале и после завершения периода наблюдения, оценивается: толерантность к физической нагрузке в пробе с 6-минутной ходьбой, параметры эхокардиографии, показатели нейрогормонального статуса, генетический полиморфизм генов рецепторов к эстрогену, а также рутинные лабораторные анализы и электрокардиография.

Ожидаемые результаты: предполагается разработка тактики дифференцированного назначения бета-адреноблокаторов в зависимости от этиологии хронической сердечной недостаточности, а также изучаемых различных клинико-демографических показателей.

0336 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ АМЛОДИПИНА ПРИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Жиров И.В., Успенская О.В., Терещенко С.Н.
ГОУ ВПО МГМСУ Москва, Россия

Накопленные данные свидетельствуют о том, что половые различия в эффективности амлодипина во многом играют важнейшую роль в клинических исходах. В исследовании Amlodipin Cardiovascular Community Trial показано, что амлодипин достоверно более эффективно уменьшает систолическое и диастолическое артериальное давление у женщин ($p<0,0001$). Кроме того, процент больных, достигших целевого АД, также выше именно у женщин.

Еще более интригующие результаты получены при изучении пациенток с ХСН. Известно, что при ИБС у женщин более часто развивается ХСН, несмотря на относительную сохранность насосной функции левого желудочка. По результатам многочисленных клинических исследований показано, что ингибиторы АПФ (CONSENSUS, SAVE, TRACE) и бета-адреноблокаторы (CIBIS-II, COPERNICUS, MERIT-HF) более эффективны у мужчин, чем у женщин. Таким образом, женщины остаются более уязвимыми даже при наличии «стандартной» терапии ХСН. Однако, обнадеживающие результаты были получены в исследовании PRAISE. Общая смертность у пациентов с ХСН на фоне применения амлодипина достоверно различалась в зависимости от пола (-8% у мужчин и –38% у женщин).

Известны данные о том, что различия в клинических исходах при сердечно-сосудистых событиях у женщин обусловлены генетическим полиморфизмом в отношении гена эстрогеновых рецепторов ESR1, содержания эстрадиола и фолликулостимулирующего гормона.

Таким образом, изучение данных факторов в качестве возможных предикторов клинического исхода при лечении амлодипином женщин с ХСН является весьма актуальной задачей. Целью работы служит выявление генетических маркеров эффективности амлодипина у женщин с сердечной недостаточностью.

Для решения данных проблем в настоящее время проводится клиническое исследование по оценке влияния амлодипина на возможность предотвращения развития сердечно-сосудистых событий, смертности, госпитализации и качества жизни в зависимости от генетического полиморфизма генов эстрогеновых рецепторов и уровней женских половых гормонов.

0337 МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДИКТОРОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Жиров И.В., Котаева Е.А., Терещенко С.Н.
ГОУ ВПО МГМСУ, Москва, Россия

Целью нашей работы являлось определение наличия и прогностическую значимость факторов, влияющих на эффективность фармакотерапии хронической сердечной недостаточности у пациентов с дилатационной кардиомиопатией.

В исследование было включено 60 пациентов с ХСН II-IV ФК по NYHA и дилатационной кардиомиопатией (ДКМП). Наличие сочетанной кардиологической патологии (документированная коронарная болезнь сердца, артериальная гипертония, клапанные пороки) являлось критерием исключения из исследования. Все пациенты были разбиты на две группы: первая – пациенты с идиопатической и постмиокардитической ДКМП, вторая – с ДКМП токсической этиологии (этиловый алкоголь). Внутри каждой группы пациенты получали трехкомпонентную терапию: диуретики, ингибиторы АПФ, и либо кардиоселективные (бисопролол), либо неселективные (карведилол) бета-адреноблокаторы. Критериями эффективности лечения являлись улучшение эхокардиографических показателей и клинических симптомов, а также повышение качества жизни пациентов. В качестве возможных предикторов эффективности использовались демографические, исходные клинические параметры, лабораторные показатели (включая определение мозгового натрийуретического пептида и общей адренореактивности организма).

Средний возраст пациентов составил 36+4 года. Между группами не выявлено различий по демографическим (за исключением степени потребления алкоголя и других параметров наркологического статуса), клиническим, эхокардиографическим, лабораторным параметрам. Показано, что в группе токсической ДКМП качество жизни достоверно хуже, несмотря на отсутствие различий по тяжести заболевания.

После трех месяцев терапии показано, что содержание МНП в крови обладает высокой и достоверной прогностической значимостью у пациентов с хронической сердечной недостаточностью на фоне ДКМП вне зависимости от этиологии. В группе токсической ДКМП выявлена тенденция к более выраженному улучшению самочувствия на фоне использования карведилола, в группе идиопатической/постмиокардитической ДКМП различия между схемами лечения отсутствуют. Прогностическая значимость МНП сохраняется и после коррекции по ФК ХСН, фракции выброса левого желудочка, исходного уровня качества жизни.

Таким образом, в зависимости от исходного уровня МНП и динамики данного показателя в начале лечения, необходима предварительная стратификация риска пациентов с подбором наиболее эффективной лечебной стратегии.

0338 ОПЫТ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КАРДИОРЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Жук М.Ю.
ССиНМП им. А.С. Пучкова, МГМСУ, Москва, Россия

Оптимальная современная стратегия в лечении больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ) – сочетание раннего тромболизиса (ТЛТ) на догоспитальном этапе (ДГЭ) с последующими эндоваскулярными процедурами в стационаре. Целью настоящего исследования являлась оценка эффективности и

Tesis_006_end.indd 146 24.08.2006 22:25:11
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

безопасности применения ТЛТ на ДГЭ в условиях специализированной кардиореанимационной бригады (КРБ) ССиНМП г. Москвы.

Материалы и методы: за период 2003-2005гг. КРБ 21 подстанции ССиНМП г. Москвы ТЛТ на ДГЭ проводилась 103 больным 33-81 года (средний возраст больных 59+3 лет, 21 пациент старше 70 лет) с ОИМ давностью до 6 часов при отсутствии противопоказаний. У 10 пациентов наблюдалось «осложненное» течение ОИМ: кардиогенный шок и/или отек легких. 87 пациентам вводилась стрептокиназа, 16 – актилизе по схеме на фоне оксигенотерапии, адекватного обезболивания, перорального приема аспирина в дозе 325 мг, в/в болюса 5 тыс ед гепарина (при ТЛТ актилизе), по показаниям – нитратов, бета-блокаторов, допамина в условиях мониторирования ЭКГ, АД, сатурации. 58 больным в течение первого часа после поступления в стационар проведена экстренная коронароангиография (КАГ) и, при неэффективной ТЛТ – экстренная реваскуляризация миокарда. Косвенными клинико-ЭКГ критериями эффективности ТЛТ считали желудочковые нарушения ритма (включая экстрасистолию), отсутствовавшие до начала ТЛТ, снижение элевации сегмента ST в смежных отведениях, связанных с инфарцированной областью, более чем на 50% от исходной и/или возвращение к изолинии реципрокных депрессий сегментов ST. Ангиографическим критерием эффективности ТЛТ считали отсутствие полной окклюзии инфаркт-обусловливающей коронарной артерии (ИОА) через 30-60 Минут по окончании ТЛТ.

Результаты: среднее время от момента получения вызова КРБ до доставки больного в стационар составило 112+5 Мин, время начала введения тромболитика от возникновения болевого приступа – 172+16 Мин (до 3 часов после появления симптомов у 66 больных, после 3 часов – у 37 больных). Положительная динамика на ЭКГ отмечалась у 34% пациентов, реперфузионные нарушения ритма были выявлены в 30% случаев. Из 58 пациентов, которым проведена КАГ, кровоток в ИОА по классификации TIMI 1-3 достигнут у 33 из 42 больных, получивших стрептокиназу (78%), и у 12 из 16 больных после ТЛТ актилизе (75%). Таким образом, по данным КАГ, эффективность ТЛТ оказалась значительно выше, чем по клинико-ЭКГ критериям. Единственным предиктором эффективности ТЛТ на ДГЭ явилось время ее начала. Частота осложнений не превышала таковую при ТЛТ в условиях стационара. 30-дневная летальность среди всех пациентов (включая пожилых больных и больных с осложненным течением ОИМ) составила 8%, летальность на ДГЭ – 2%.

Выводы: 1) Как стрептокиназа, так и актилизе – одинаково эффективные лекарственные средства для проведения реперфузионной терапии на ДГЭ, позволяющие хотя бы частично восстановить проходимость ИОА 2) ТЛТ на ДГЭ не сопровождается увеличением числа жизнеугрожающих осложнений и должна являться первым этапом в лечении больных ОИМ.

0339 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ОСОБЕННОСТЕЙ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Журавлева О.И.

Тверская медицинская академия, Тверь, Россия

Цель. Выявить взаимосвязь эпизодов безболевой ишемии миокарда (БИМ) и особенностей факторов риска ишемической болезни сердца (ИБС) у больных сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования. Обследовано 50 больных СД 2 типа. Им проводилось общеклиническое исследование, включающее опрос, осмотр, биохимические анализы крови: уровень холестерина с фракциями, гликированного гемоглобина, гликемический профиль; бифункциональное исследование ЭКГ и артериального давления (АД) на аппарате Кардиотехника-4000 АД.

Результаты. Больные в зависимости от наличия БИМ были разделены на 2 группы: 1-ая – с наличием БИМ (27; 54% обследованных), 2-ая – без нее (23; 46%). В 1-ой группе преобладали больные с избыточной массой тела (27; 54%; ИМТ>30 кг/м2), во 2-ой – с пограничным его значением (23; 46%). Уровень общего холестерина крови в 1-ой группе составил 6,5±0,75 ммоль/л, во 2-ой 5,25±0,5 ммоль/л. Наличие артериальной гипертонии было выявлено у 60% и 42% больных 1-ой и 2-ой групп соответственно. При этом в 1-ой группе были более высокие цифры АД (>180/100 Мм рт. ст.) и длительность артериальной гипертонии (12±4 года) по данным медицинской документации, по сравнению со 2-ой группой. 17% больных 1-ой группы курили, стаж курения более 15 лет, во 2-ой группе курящих не было. Малоподвижный образ жизни (ходьба менее 3 км в день) имели 80% и 46,6% больных в 1-ой и 2-ой группах соответственно. Наследственная отягощенность по ИБС составляла соответственно 75% и 36,6%. Уровень гликированного гемоглобина был равен в 1-ой группе 9,6%,, во 2-ой – 8% (средний уровень гликемии в группах 12,5 ммоль/л и 10 ммоль/л соответственно). Больные 1-ой группы имели более тяжелую степень диабетической полинейропатии (от субкритической до критической; 7; 25%), нефропатии (10; 37%), диабетической ангиопатии сосудов нижних конечностей (6; 22% обследованных). Давность СД у больных 1-ой группы составила 15±5 лет, у 2-ой- 8±2 года. Исследование завершилось в 1-ой группе при ЧСС- 110-130 в Мин., во 2-ой- 150-160 в Мин.

Выводы. Выявляемость БИМ при бифункциональном исследовании ЭКГ и АД повышается по мере увеличения факторов риска ИБС. Среди этих факторов наиболее часто встречается артериальная гипертония (98%) избыточная масса тела (90%), гиподинамия (88%). Чем больше давность СД, выше уровень гликированного гемоглобина и гликемии, осложнений диабета, тем чаще регистрируется БИМ. При этом она возникает при более низких значениях ЧСС (110-130 в Мин), характеризуется глубокой депрессией сегмента ST и имеет значительную продолжительность.

0340 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОЖИРЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ

Завьялова Л.Г., Денисова Д.В., Симонова Г.И., Иванова М.В., Потеряева О.Н.

Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Ожирение у детей и подростков – одна из самых актуальных проблем современного здравоохранения. Почти во всем мире количество детей с избыточной массой тела неуклонно растет, удваиваясь каждые три десятилетия. Между тем, считается, что 30-50% детей с ожирением сохраняют это заболевание и во взрослом периоде жизни. Целью нашего исследования являлось изучение распространенности метаболического синдрома (МС) у подростков с избыточной массой тела и ожирением.

Объектом исследования послужила репрезентативная выборка подростков – школьников 14-17 лет обоего пола г.Новосибирска. Подростки обследованы в 2003 г., всего обследовано 667 подростков (301 мальчик и 366 девочек). Отклик составил 93,8%.

Распространенность компонентов метаболического синдрома оценивалась по следующим критериям: гипертриглицеридемия (ГТГ) – при значениях ТГ ≥110 мг/дл, гипоальфахолестеринемия (Гипо-α-ХС) при значениях ХС ЛПВП 40мг/дл, уровень глюкозы в крови натощак ≥ 110мг/дл, повышенное артериальное давление (АД) фиксировалось в случаях, если систолическое АД (САД) или диастолическое АД (ДАД) превышало 90й процентиль распределения, значения окружности талии (ОТ) считались увеличенными, если они превышали 90й процентиль распределения. При этом наличие любых трех и более компо-

Tesis_006_end.indd 147 24.08.2006 22:25:11
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нентов позволяет диагностировать метаболический синдром (Cook S 2003). Избыточная масса тела (ИМТ) учитывалась при значениях индекса Кетле (ИК) ≥85 процентиля и <95 процентиля. Ожирение диагностировалось при значениях ИК ≥95 процентиля. В качестве нормативов использовались процентили из международных рекомендаций по контролю национального здоровья (NHANES, 2000).

Результаты: распространенность ИМТ составила 5,1% (у мальчиков – 2,3%, у девочек – 4,9%), ожирение определено у 1,5% подростков (у мальчиков 2,3%, у девочек 0,8%).

Частота ГТГ в группе с ИМТ была одинаковой в обеих половых группах – 32%, в группе с ожирением ГТГ встречалась у половины у мальчиков и у 30% девочек. Распространенность Гипо-альфа ХС в группе подростков с ожирением была достоверно выше чем в группе с ИМТ (14% и 6% соответственно, P<0,01). Гипергликемия была отмечена только в группе с ожирением и составила 14%. Повышенные уровни АД чаще встречались в группе с ИМТ (8,8%) чем в группе с ожирением (5,8%). Увеличенная окружность талии встречалась у 40% подростков с ожирением.

В группе с ИМТ 2 компонента МС имели 3% подростков, в группе с ожирением подобное сочетание компонентов встречалось у половины подростков. Распространенность МС у подростков (т.е. наличие 3 или более компонентов) в группе с ИМТ составила 3,4%, в группе с ожирением достоверно выше – 10% (P<0,01).

0341 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ И ИХ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ИБС У МУЖЧИН

Зайкина А.А., Савинецкая Г.А, Авакян-Зарандия Э.И., Маршева О.В., Погода Т.В., Генерозов Э.В., Сыркин А.Л.

ММА имени И.М Сеченова, Москва, Россия, институт физико-химической медицины, Москва, Россия

Актуальность темы. Атеросклероз и его осложнения, такие как ишемическая болезнь сердца, мозговой инсульт и другие являются основной причиной инвалиизации и смертности взрослого населения во многих странах мира. В настоящее время продолжается рост этих заболеваний, в связи с чем одной из самых важных проблем, стоящих перед медициной, является выявление групп повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний и создание на этой основе эффективной системы их профилактики и лечения. В настоящее время возросла актуальность исследований в области генетики ИБС. Огромное количество работ, выполненных в мире, направлены на выявление молекулярно-генетических основ предрасположенности к атеросклерозу, ИБС, атерогенным дислипидемиям. В литературе представлены довольно противоречивые данные об ассоциации тех или иных аллельных вариантов генов-кандидатов с развитием ИБС, поэтому необходимо исследовать полиморфизмы ДНК кандидатных генов для каждой, отдельно взятой популяции.

Цель работы. Оценить вклад каждого гена-кандидата в развитие ИБС у лиц, страдающих ИБС, в сравнении с группой контроля.

Материалы и методы. У 87 мужчин в возрасте 38-58 лет, перенесших острый инфаркт миокарда (I группа) и у 37 мужчин того же возраста (без клинических признаков ИБС и отрицательным нагрузочным тредмил-тестом) выделяли ДНК методом ПЦР. В качестве генов-кандидатов были отобраны гены F2, MTHFR, F5, PAI, GPIII A, FGB, APO E. Сравнение выборочных долей проводилось параметрическими методами (с помощью критерия Стьюдента).

Результаты. Для генов F2, F5 не были выявлены мутации, коррелированные с развитием ИБС. Для гена F2 не показаны различия в полиморфизмах по сравнению с группой контроля: в 1-ой группе 87 пациентов имели полиморфизм GGF2и 1 пациент полиморфизм GA F2 по сравнению с 35 и 2 соответственно в группе 2; для гена F5 распределение составило в 1-ой группе: 82 пациента с GG F5 и 5 пациентов GAF5 против 37 пациентов, имеющих генотип GG в группе 2. При анализе полиморфизмов гена MTHFR в 1 группе были выявлены 4 пациента с полиморфизмом TT в сравнении со 2-ой группой: 3 пациента с полиморфизмом TT (t=0,8; p=0,2). Для гена PAI у 17 пациентов 1 группы выявлен полиморфизм 55 по сравнению с 7 пациентами 2 группы (различие недостоверно t=0,07; p=0,47). Для гена APOE в 1 группе у 20 пациентов был выявлен полиморфизм E3/E4 в группе 2 (t=1,22; p=0,112). Для гена FGBв 1 группе у 7 пациентов был выявлен полиморфизм гена AA ,в группе контроля не было выявлено ни одного пациента с подобным полиморфизмом. Однако при сравнении различие оказалось недостоверным: t=1,82; p=0,035

Выводы. При анализе полиморфизмов генов-кандидатов у мужчин, страдающих ИБС, по сравнению с группой контроля не была выявлена прямая корреляционная связь между полиморфизмом генов и развитием ИБС. Однако данные, полученные для генов APOE и FGB делают вероятным выявление корреляционной зависимости по мере накопления материала.

0342 ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОТИРОКСИНОМ БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА

Зайнуллина Д.А, Зайнуллина Л.К, Волкова А. Р., Дора С. В

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия; ГУЗ Псковская областная больница, Псков, Россия

Цель: провести сравнительный анализ показателей липидного спектра сыворотки крови у больных СГ до и после лечения левотироксином.

Методы: в исследование было включено 20 больных с СГ, средний возраст которых составил 47,6±17,2лет; женщин-17, мужчин-3. Средний уровень ТТГ был повышен и составил 7,0±0,9МЕ\ л.; средний уровень Т4 св. составил 0,7±0,1 МЕ\л, что соответствовало нижней границе нормы. У всех больных был повышен уровень антител к ТПО, что предполагает аутоиммунный генез выявленного СГ. У всех больных исходно оценивался уровень ТГ; ХСоб.; ЛПНП; Коофициент атерогенности. Определение липидного спектра сыворотки крови производилось ферментативным и расчетным методом на аппарате Synchron pro – 9, фирма Бекмен культер, Германия).

Результаты: из 20-ти обследованных больных, у 90% было выявлено повышение концентрации ХСоб. (средняя концентрация составила 6,5±0,9 ммоль\л); у 45% было выявлено повышение концентрации триглицеридов(средняя концентрация составила 1,5±0,1 ммоль\л); у 95% было выявлено повышение концентрации ЛПНП(средняя концентрация составила 3,4±0,3 ммоль\л); у 65% было выявлено повышение коофициента атерогенности (средний уровень 3,9±1,1). В последующем больные получали лечение левотироксином в средней дозе 37,5 мкг\сут до нормализации уровня ТТГ(2,5±0,9 МЕ\л). При повторном обследовании на фоне лечения левотироксином произошло улучшение показателей липидного спектра сыворотки крови: у всех пациентов нормализовалась концентрация триглицеридов (средняя концентрация составила 0,9±0,1 ммоль\л, P=0,04); у 74% концентрация ЛПНП снизилась (средняя концентрация составила 2,0±0,1ммоль\л, P=0,0001); у 78% отмечалась нормализация концентрации ХСоб. (средняя концентрация составила 5,2±1,6 ммоль\л, P=0,04); у 69% нормализовался коофициент атерогенности (средний уровень составил 1,6±0,4; P=0,09).

Выводы:1.В группе обследованных пациентов с СГ в 90% отмечалось увеличение концентрации ХСоб.; в 45% отмечалось увеличение триглицеридов; в 95% отмечалось увеличение ЛПНП и в 65% отмечалось увеличение коофициента атерогенности.

2.Лечение левотироксином в течении 6 месяцев приводило к достоверному снижению показателей липидного спектра сыворотки крови. На фоне лечения левотироксином у всех больных

Tesis_006_end.indd 148 24.08.2006 22:25:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нормализовался уровень триглицеридов (средняя концентрация составила 0,9±0,1 ммоль\л, P=0,043). Концентрация ХСоб. достоверно снизилась на 80% у 78% больных (средняя концентрация составила 5,2±1,6 ммоль\л, P=0,04). Концентрация ЛПНП достоверно снизилась на 64% у 74% больных (средняя концентрация составила 2,0±0,1 ммоль\л, P=0,0001). Коофициент атерогенности достоверно уменьшился на 41% у 69% больных (средний уровень составил 1,6±0,4; P=0,09)

0343 ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА

Зайцев Д.Н., Говорин А.В., Максименко Д.Ю., Мурзина Т.А.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель. Изучить характер и степень вегетативных и тревожно-депрессивных расстройств у больных хроническим простатитом.

Материалы и методы. В настоящей работе представлены результаты обследования 46 больных хроническим простатитом (ХП), средний возраст которых составил 28±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 Вейн) и вегетативного индекса Кердо. Исследование психического состояния проводили при помощи расспроса пациента и клинико-психопатологических методов обследования. Выраженность депрессии определялась при психометрическом тестировании по шкале Hamilton с 4-х бальной оценкой. Кроме того, всем больным определялся уровень личностной и ситуативной тревожности при помощи теста Спилбергера – Ханина.

Результаты исследования. По результатам анкетирования все больные хроническим простатитом были подразделены на 3 группы: больные ХП с активацией симпатического отдела вегетативной нервной системы – 28 (60%), больные ХП – ваготоники – 4 (10%), больные ХП – эйтоники – 14 (30%). При беседе с больными хроническим простатитом и проведении психометрического тестирования у 38 (82,6%) из них диагностированы различные психопатологические нарушения, которые были преимущественно представлены: депрессией различной степени выраженности и тревожным расстройствами. Депрессивная симптоматика легкой и средней степени тяжести была обусловлена наличием у пациентов болевого и дизурического синдромов, ослаблением эрекции и нарушением эякуляции. Уровень личностной тревожности у больных ХП значительно превышал данный параметр лиц контрольной группы – 38,5±5,2 и 26,2±3,7 балла, соответственно (p<0,001). Оценка уровня ситуативной тревожности свидетельствовала об устойчивом преобладании данных симптомов у пациентов с ХП. Так, количество баллов при психометрическом тестировании у исследуемой группы больных составило 37,2±4,6 балла, значительно превышая аналогичный параметр здоровых лиц 26,3±4,2 балла (p<0,001). По количеству полученных при тестировании баллов уровень личностной и ситуативной тревоги относился к показателю умеренной тревожности, ни у кого не достигнув крайней степени его выраженности. При изучении психо-вегетативных расстройств было установлено, что все пациенты-симпатотоники страдали депрессией средней степени тяжести и умеренной тревожностью, в то время как большинство ваготоников и эйтоников – легкой депрессией, которая не сопровождалась тревожной симптоматикой.

Выводы. У больных хроническим простатитом в 70% случаев встречается синдром вегетативной дисфункции, при этом гиперсимпатотония сопровождается наиболее выраженными тревожно-депрессивных расстройствами. Учитывая отрицательное влияние данных симптомов на течение основного заболевания, представляется важным включение в комплексное лечение хронического простатита соответствующей терапии.

0344 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова А.Н., Закирова Н.Э.

ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа, Россия

Цель: установить роль эндотелиальной дисфункции в прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы. Под наблюдением находились 176 больных ИБС, из них 83 – со стабильной стенокардией II-IV функционального класса (ФК), 60 – с нестабильной стенокардией (НС) I-III классов и 33 пациента с острым инфарктом миокарда (ИМ). Контрольную группу составили 17 здоровых добровольцев. Вазодилатирующую функцию эндотелия оценивали по эндотелийзависимой (ЭЗВД) и эндотелийнезависимой (ЭНЗВД) вазодилатации с помощью ультразвука. О вазоконстрикторной и адгезивной функции эндотелия судили по уровню эндотелина-1 (ЭТ-1), концентрации молекул межклеточной адгезии (JCAM-1, VCAM-1, E-селектин), которые определили иммуноферментным методом.

Результаты. При стабильной стенокардии II ФК показатели ЭЗВД и ЭНЗВД сосудов, уровень ЭТ-1 были в пределах контрольных значений. Тяжелое течение стенокардии (IV ФК) характеризовалось избыточной продукцией ЭТ-1 и существенными нарушениями вазодилатирующей функции эндотелия со снижением ЭЗВД и ЭНЗВД сосудов. Параметры JCAM-1, VCAM-1, E-селектина при стенокардии II ФК не имели значимых различий с контролем, а при стенокардии высоких ФК (IV) их активность возрастала, превышая данные контроля и стенокардии II ФК. Установлено, что течение острого коронарного синдрома сопровождалось существенными нарушениями вазодилатирующей и вазоконстрикторной функции эндотелия, которые проявлялись ингибированием ЭЗВД и ЭНЗВД сосудов, повышенной секрецией ЭТ-1. Наиболее высокие показатели ЭТ-1 и низкие величины ЭЗВД определены у больных НС I-III классов и острым ИМ. Содержание молекул межклеточной адгезии у больных НС было значимо увеличено по сравнению с контролем и данными стабильной стенокардии. По мере возрастания тяжести острого коронарного синдрома установлен прогрессирующий подъем их продукции с достижением значимых величин у больных НС I-III классов и острым ИМ. Максимальные параметры JCAM-1, VCAM-1, E-селектина, существенно превышающие данные стабильной и НС, зарегистрированы при остром ИМ. При корреляционном анализе установлены взаимосвязи между показателями функционального состояния эндотелия и миокарда у больных с тяжелым течением ИБС. Наиболее значимые корреляции с гемодинамическими параметрами определены для E-селектина.

Выводы. Установленные закономерности нарушений вазодилатирующей, вазоконстрикторной и адгезивной функции эндотелия у больных различными формами и клиническим течением ИБС указывают на важную роль эндотелиальной дисфункции в формировании клинического течения и дестабилизации ИБС.

0345 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Закирова А. Н., Альбеева З. Р.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Росздрава, Уфа, Россия

Цель: изучить клинические и лабораторно-инструментальные показатели пациентов с хронической сердечной недоста-

Tesis_006_end.indd 149 24.08.2006 22:25:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

точностью (ХСН), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторные и стационарные лечебные учреждения.

Методы: скрининг пациентов, обращавшихся в Республиканский кардиологический диспансер Республики Башкортостан в течение 3 месяцев, направленный на выявление ХСН, и последующее углубленное обследование отобранных больных. Установление диагноза ХСН проводилось путем проверки соответствия Фремингемским критериям ХСН либо критериям Общества специалистов по сердечной недостаточности Российской Федерации. Результаты: Всего обследовано 4716 человек. Соответствовали критериям ХСН на момент обращения 1586 человек (33,6%), из них впервые – 457 человек. Из числа пациентов с выявленной ХСН мужчин было 946 (средний возраст 58,7±11,0), а женщин 640 (средний возраст 61,1±10,7). Жалобы, предъявляемые пациентами на момент начала обследования, были достаточно типичными: одышка при большой нагрузке – 29,5%, при обычной нагрузке – 63,4%, в покое – 6,6%. Не жаловались на одышку лишь 0,5% больных с ХСН. Сердцебиение отмечалось у 25,2%, кашель у 6,9%, приступы сердечной астмы – у 6,2%. При объективном обследовании были выявлены следующие существенные для диагностики ХСН симптомы: вынужденное положение в постели (с приподнятым головным концом – у 12,2%, сидя – у 1,3%); набухание шейных вен – у 3,3%; отеки (пастозность стоп – у 10,5%, отеки стоп и голеней – 7,8%, асцит – 0,4%, анасарка – 0,3%); увеличение печени – у 7,5%; хрипы в легких – у 14,1%; акцент II тона над легочной артерией – у 0,3%; ритм галопа – у 0,1%. Острый отек легких при поступлении диагностирован у 0,9% больных с ХСН. Частота сердечных сокращений (ЧСС) у большинства пациентов оставалась в пределах нормы, тахикардия имела место у 39,8%, брадикардия – у 2,3%. Артериальная гипертензия, напротив, была типичным симптомом у почти больных с ХСН. У большинства пациентов был установлен II (у 34,1%) и III (у 32,5%) функциональные классы ХСН по классификации NYHA. I класс имели 27,8% больных, а IV – у 5,6%. По данным рентгенологического исследования кардиомегалия обнаружилась у 40,6%. Изменения различного характера в общем анализе крови были обнаружены у 21,7% больных с ХСН, в общем анализе мочи – у 19,3% (в том числе наличие белка в моче – у 12,3% пациентов). Биохимический анализ крови выявил ряд отклонений: для значительного числа пациентов была характерна гиперкалиемия, нарушения азотистого обмена, холестеринового обмена, и признаки сахарного диабета. Выводы: ХСН более распространена у мужчин, причем они в среднем моложе женщин с ХСН. Одышка является наиболее типичной жалобой этих больных, встречающейся почти у всех. Из объективных симптомов наиболее частым являются отеки, имевшие место у 20% больных. Артериальная гипертензия отмечена у 2/3 больных. Кардиомегалия по данным рентгенографического исследования присутствует у 41% пациентов с ХСН. Среди больных, обращающихся за кардиологической помощью, преобладают пациенты со II и III функциональным классом ХСН, которые составили 2/3 их общего числа.

0346 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Закирова А.Н., Гафурова З.Р.

ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа, Россия

Цель исследования. Изучить особенности изменения функционального состояния эндотелия у больных артериальной гипертензией (АГ) с метаболическим синдромом (МС) в зависимости от наличия микроальбуминурии (МАУ).

Методы исследования. В основу работы положены результаты комплексного обследования 102 больных АГ I и II степени, из них 48 (47,1%) человек с АГ I степени и 54 (52,9%) – с АГ II степени. Среди обследованных были 71 женщина и 31 мужчина. Средний возраст больных составил 54,2±3,8 лет, средняя продолжительность заболевания – 7,2±4,8 лет. Больные АГ были разделены на 3 группы: 1-ю группу составили 33 больных АГ без проявлений МС, во 2-ю – вошли 35 пациентов АГ с МС; в 3-ю группу включены 34 больных АГ с МС и сахарным диабетом (СД) 2 типа. В контрольную группу вошли 25 здоровых добровольца, из них 15 женщин, 10 мужчин (средний возраст 52,9±6,4 лет). Вазорегулирующую функцию эндотелия изучали методом вазодилатации просвета плечевой артерии с помощью ультразвука высокого разрешения линейным датчиком 7-8 МГц с оценкой эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭЗВД и ЭНЗВД). ЭЗВД рассчитывалась как отношение изменения диаметра плечевой артерии после реактивной гиперемии к ее диаметру в покое. Нормальной вазодилатацией плечевой артерии считали ее расширение на фоне реактивной гиперемии на 10% и более от исходного диаметра. Для изучения ЭНЗВД использовали сублингвальный прием нитроглицерина (1 доза аэрозоля Нитраминт).

Результаты исследования. Нами показано, что у больных АГ, как при наличии МС, так и при его отсутствии, имелось достоверное снижение ЭЗВД по сравнению с данными здоровых лиц (48,9; 26,3%). Минимальные величины ЭЗВД, отличающиеся не только от контроля, но и данных АГ без МС, установлены у больных АГ с МС при наличии СД 2 типа. Параметры ЭНЗВД у больных АГ без МС не имели значимых различий с контролем, а при АГ с МС, особенно в сочетании с СД 2 типа, существенно снизились на 30 и 38% по сравнению с контролем. Уровень эндотелина-1 – мощного вазоконстриктора, предиктора эндотелиальной дисфункции, прогрессивно увеличивался по мере возрастания тяжести МС и достигал максимума у больных АГ с МС в сочетании с СД 2 типа, его показатели не только превышали данные контроля более чем в 2 раза, но и существенно отличались от параметров больных АГ (30,3%). При наличии МАУ у больных АГ с МС отмечено наиболее значимое снижение ЭЗВД на 42,1% и ЭНЗВД на 27,4% по сравнению с показателями функции эндотелия при нормоальбуминурии (НАУ). Уровень эндотелина-1 при МАУ был существенно увеличен на 30,8% и достоверно отличался от значений при НАУ. Выводы. При артериальной гипертензии с метаболическим синдромом установлены существенные нарушения эндотелиальной функции, характеризующиеся снижением эндотелийзависимой и эндотелийнезависимой вазодилатации плечевой артерии, повышением в крови уровня эндотелина-1. Дисфункция эндотелия наиболее выражена при артериальной гипертензии с метаболическим синдромом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа. Наличие микроальбуминурии у больных артериальной гипертензией с метаболическим синдромом ассоциируется с нарушениями эндотелийзависимой вазодилатации плечевой артерии и подъемом в крови уровня эндотелина-1.

0347 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРО- И ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Закирова Н.Э., Закирова А.Н., Яруллина А.Р.

ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа, Россия

Цель: установить прогностическую значимость показателей про- и противовоспалительных цитокинов у больных нестабильной стенокардией (НС).

Методы. Проспективное наблюдение в течение 12 месяцев осуществлено за 60 больными НС в рамках международного исследования REACH. Конечными точками считали смерть больного, развитие крупноочагового ИМ, повторную госпитализацию с НС, операции по реваскуляризации миокарда. По результатам наблюдения больные НС были разделены на 2 группы: с тяжелым течением заболевания и неблагоприятным исходом; легким течением и благоприятным исходом. Группу сравнения составили 83 пациента со стабильной стенокардией.

Tesis_006_end.indd 150 24.08.2006 22:25:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

В контрольную группу вошли 17 здоровых лиц. Для оценки иммуновоспалительных реакций изучали содержание С-реактивного белка (С-РБ), провоспалительных и противовоспалительных цитокинов методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Установлено, что у 71,4% больных НС имелось легкое течение заболевания, а неблагоприятный исход зарегистрирован у 28,6% пациентов. У 1 больного зарегистрирована коронарная смерть, у 5-развился крупноочаговый ИМ, у двух пациентов проведена операция по реваскуляризации миокарда, 8 больных госпитализированы повторно с НС. Результаты длительного наблюдения показали, что наиболее высокий уровень С-РБ и максимальные значения ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α, Минимальные величины ИЛ-4 и ИЛ-10 зарегистрированы у больных НС с тяжелым течением заболевания и неблагоприятным исходом. При благоприятном исходе НС, также как и при стабильной стенокардии, отмечен достаточно высокий или нормальный уровень ИЛ-4 и ИЛ-10 при умеренном повышении активности провоспалител ьных цитокинов. Наиболее значимые различия показателей цитокинов у больных НС с благоприятными и неблагоприятным исходом заболевания зарегистрированы при измерении активности ФНО-α и уровня ИЛ-10.

Выводы. Таким образом, гиперэкспрессия провоспалительных цитокинов ассоциируется с тяжестью течения НС и коррелирует с риском развития сердечно-сосудистых событий и смерти, что позволяет рекомендовать определение этих показателей в качестве маркеров дестабилизации течения ИБС и предикторов развития сосудистых событий и неблагоприятного исхода.

0348 ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Закирова Н.Э., Закирова А.Н.

ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа, Россия

Цель: установить роль иммуновоспалительных реакций в прогрессировании ишемической болезни сердца (ИБС).

Методы. Под наблюдением находились 181 больной ИБС, из них 83 – со стабильной стенокардией II-IV функционального класса (ФК), 65 – с нестабильной стенокардией (НС) I-III классов и 33 пациента с острым инфарктом миокарда (ИМ). Контрольную группу составили 25 здоровых добровольцев. Для оценки иммуновоспалительных реакций изучали уровень С-реактивного белка (С-РБ), провоспалительных (ИЛ-1β, ИЛ-6, ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-4, ИЛ-10) цитокинов в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты. Уровень С-РБ при стабильной стенокардии II ФК находился в пределах нормы и значимо возрастал при тяжелой стенокардии, достигая максимальных величин при стенокардии IV ФК. Стенокардия легкого течения характеризовалась высокими значениями противовоспалительных цитокинов при нормальных показателях провоспалительных цитокинов. По мере нарастания тяжести стенокардии уровень провоспалительных цитокинов увеличивался, а параметры ИЛ-4 и ИЛ-10 снижались. Наиболее существенные изменения цитокинового статуса достигнуты при стенокардии IV ФК, которые проявлялись гиперэкспрессией провоспалительных цитокинов ИЛ-1 , ИЛ-6, ФНО-α при дефиците ИЛ-4, ИЛ-10. Значимое повышение уровня С-РБ выявлено у больных острым коронарным синдромом, наиболее высокие его значения зарегистрированы при НС II-III классов и острым ИМ. У больных НС как I, так и II- III классов отмечен существенный подъем активности ИЛ-1β, ИЛ-6 и ФНО-α на фоне значимого снижения показателей ИЛ-4 и ИЛ-10. Максимальные величины провоспалительных цитокинов сосудов и низкие параметры противовоспалительных цитокинов выявлены при остром ИМ, их значения существенно отличались от данных контроля, стабильной и НС. При корреляционном анализе, проведенном у больных с тяжелым течением ИБС, установлены взаимосвязи между уровнем цитокинов и показателями оценки ремоделирования миокарда: массой миокарда, относительной толщиной стенок, индексом сферичности и миокардиальным стрессом левого желудочка. Наиболее значимые зависимости определены между гемодинамическими параметрами и активностью ФНО-α.

Выводы. Таким образом, активация иммуновоспалительных реакций взаимосвязана с выраженностью процессов ремоделирования миокарда и тяжестью течения заболевания, что указывает на важную роль гиперэкспрессии провоспалительных цитокинов в прогрессировании ИБС.

0349 ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕКОТОРЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Замяткина О.В., Васильева Д.А., Давыдова М.В., Панченко Г.В.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее частым фактором риска развития ишемического инсульта. Опасность заболевания связана с очень большой распространенностью АГ. Снижение риска инсульта можно добиться при эффективном контроле артериального давления (АД). Длительная антигипертензивная терапия позволяет снизить риск развития мозгового инсульта примерно на 40%. При назначении гипотензивных препаратов следует учитывать их возможное влияние на состояние мозгового кровообращения. Антагонисты кальция – одна из наиболее популярных групп гипотензивных препаратов, применяющаяся с целью первичной и вторичной профилактики инсульта. Однако цереброваскулярные эффекты антагонистов кальция изучены недостаточно.

Целью настоящего исследования было сравнительное изучение влияния амлодипина и кордипина на показатели суточного мониторирования АД динамику показателей мозгового кровотока у больных гипертонической болезнью II стадии.

Методы исследования. В исследование было включено 20 больных – 7 женщин и 13 мужчин в возрасте от 45 до 60 лет с верифицированным диагнозом АГ. В исследование не включались больные, перенесшие инсульт или инфаркт миокарда, больные со стабильной стенокардией напряжения и недостаточностью кровообращения высоких функциональных классов. Методом случайной выборки были сформированы две группы. 1 группа – больные принимавшие амлодипин, 2 группа – больные принимавшие кордипин XL. За неделю до начала исследования была отменена предшествующая гипотензивная терапия. Суточное мониторирование (СМАД) проводилось до лечения и через 8 недель от начала терапии по общепринятой методике. Транскраниальным доступом исследовали кровоток передней, средней и задней мозговых артерий. Амлодипин назначался в дозе 5-10 мг в сутки, кордипин XL в дозе 20-40 мг в сутки. При недостаточном гипотензивном эффекте проводилось титрование дозы препарата через 2 недели от начала терапии.

Результаты. Через 8 недель на фоне терапии у больных обеих групп были отмечены положительные изменения показателей СМАД. У больных, отмечалось достоверное снижение САДср и ДАДср в обеих группах, однако, в группе принимавшей кордипин отмечалось более выраженное снижение цифр ДАД. Индекс времени гипертонии (ИВГ) снизился следующим образом: в 1 группе САД с 67,06% до 40,45%, ДАД – с 53,67% до 42,34%, во 2 группе САД – с 65,12% до 42,34%, ДАД – с 58,45% до 40,13%. Линейная скорость кровотока в обеих группах достоверно изменилась только в средней мозговой артерии, и во 2 группе были более значимыми.

Выводы. Антагонисты кальция амлодипин и кордипин XL увеличивают ЛСК в магистральных мозговых сосудах, обладают сопоставимым гипотензивным эффектом, снижают нагрузку давлением в течение суток, что уменьшает риск развития сосудистых осложнений у больных АГ. При этом более выраженным вазоактивным действием обладал кордипин XL.

Tesis_006_end.indd 151 24.08.2006 22:25:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0350 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Затейщикова Д.А., Фомина И.Г.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучение временных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у больных бронхиальной астмой (БА) в период обострения заболевания, осложнённого дыхательной недостаточностью (ДН) и передозировкой симпатомиметиков.

Методы: было обследовано 72 больных персистирующей формой БА (41 мужчина, 31 женщина), средний возраст составил 39,3±10 лет, средняя длительность заболевания — 8,6±8,5 лет. Преобладали пациенты с средней (36,1%) и тяжёлой (42,7%) формами заболевания. Терапию бета-агонистами получали 70 пациентов (97%). Больные с со среднетяжёлой и тяжёлой формой заболевания получали ингаляционные ГКС в дозах 500-1500 мкг в сутки. Всем пациентам проводили суточное электрокардиографическое исследование по Холтеру с анализом временных показателей вариабельности сердечного ритма (SDNN, SDANN, rMSSD, pNN50).

Результаты: В группе больных с легкой формой БА при анализе ВСР показатели составили SDNN – 116±12,1 ms, SDANN – 107±20,6 ms, rMSSD – 38,3±7,1 ms, pNN50 12±3,6%, SDNNindx – 56±10 ms. Значения этих параметров в группе больных со средней степенью тяжести и тяжелым течением БА были достоверно ниже (p=0,002). Отмечалась умеренная статистически значимая обратная корреляция между степенью тяжести бронхиальной астмы и SDNN (r=–0,59, p=0,03) и pNN50 (r=–0,32, p=0,004). Умеренная статистически значимая высокодостоверная обратная корреляция была выявлена между наличием передозировки бета–агонистов и следующими показателями ВСР: pNN50 (r=–0,4, p=0,04), SDNN (r=–0,33, p=0,002), rMSSD (r=–0,29, p=0,001).

Выводы: длительность БА и наличие передозировки симпатомиметиков приводят к развитию адренергического дисбаланса, который сопровождается нарушением как сегментарной, так и надсегментарной активности вегетативной нервной системы, что проявляется уменьшением вариабельности сердечного ритма и является неблагоприятным фактором развития сердечных аритмий.

0351 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ ИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST

Захаров И.В., Газарян Г.А., Бабаян И.С., Преловская Г.Ю., Бикбова Н.М.

НИИ СП им. Н.В.Склифосовского, Москва, Россия

Цель: оценить эффективность ранней инвазивной диагностики и лечения больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без элевации сегмента ST, сопоставить степень риска с показаниями для экстренных вмешательств.

У 622 больных с острым коронарным синдромом без элевации сегмента ST использовалась ранняя инвазивная стратегия. Риск, оцениваемый по клиническим признакам, корригировался данными коронарографии, выполненной в первые 48 часов и определяющей показания для чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) симптомсвязанной коронарной артерии (КА) в ходе одной процедуры или экстренного хирургического лечения.

У 340 больных, в том числе с трехсосудистым поражением, выполнялись ЧКВ симптомсвязанной КА, во всех случаях со стентированием. Ангиографический успех сопровождался ближайшим и отдаленным клиническим эффектом в виде отсутствия признаков ишемии при стресс-тесте, сокращения сроков стационарного лечения до 5 дней, восстановлении трудоспособности, предупреждения последующих коронарных атак, повышении толерантности к нагрузке и качества жизни. У 12 больных с показаниями для хирургического лечения, в котором было отказано, выполнялось поэтапное ЧКВ со стентированием симптом-связанных КА с хорошим клиническим эффектом. Частота рестенозов и повторных вмешательств в течение 6 месяцев составила 9% и 7%, соответственно. Летальных исходов не было.

У 210 больных выполнялось экстренное шунтирование КА с искусственным кровообращением, 55 больных не нуждались в экстренных вмешательствах, из них у 37 больных КА были интактными.

Представленные данные свидетельствуют о том, что повышение эффективности лечения ОКС без элевации сегмента ST, трансформирующегося в различные клинические формы нестабильной стенокардии и инфаркт миокарда «без Q», требует создания сетей реперфузионной терапии, включающих скоропомощные звенья, больницы и территориальные центры, располагающие возможностью своевременного выполнения ЧКВ симптомсвязанной КА и хирургических методов лечения.

0352 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ И ЛИПОРОТЕИДОВ КРОВИ НАТОЩАК И ПОСЛЕ ЖИРОВОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Зейнапур А.А., Бубнова М.Г., Чудакова И.В., Мелькина О.Е.

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

Цель. Изучить эффективность и переносимость генерика симвастатина – симло в коррекции атерогенной гиперлипидемии натощак и в условиях жировой нагрузки (ЖН) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) с гиперлипидемией.

Материал и методы. После четырех недель гиполипидемической диеты 15 больным (средний возраст 61 ± 7,3) с верифицированной КБС и уровнем общего холестерина (ХС) липопротеидов низкой плотности (ЛНП) более 3 ммоль/л назначался препарат симло в дозе 20 мг в сутки. Исходно и через 12 недель терапии проводилась стандартная ЖН по модифицированной методике Patsch L.R.. с определением уровней липидов и липопротеидов (ЛП) натощак, через 3 и 6 часов после ЖН, а также уровня апопротеинов (апо) AI и B натощак.

Результаты. Лечение симло вызвало достоверное снижение натощак уровней липидов и ЛП: общего ХС на 30% (p≥0,001), триглицеридов (ТГ) на 14% (p<0,05), ХС ЛНП на 35% (p≥0,001). Отмечено благоприятное снижение уровня апо B натощак на 35% (p≥0,001). Выраженный гиполипидемический эффект препарата проявлялся и в условиях ЖН, моделирующей атерогенную постпрандиальную липемию. После лечения постпрандиальный (через 6 часов после ЖН) уровень общего ХС снизился на 29% (p<0,005), ТГ на 14% (p<0,05), не-ХС ЛВП на 36% (p<0,001). При этом через 12 недель лечения достоверного роста ТГ от 3 к 6 часу ЖН не наблюдалось, в то время как до начало терапии их уровень неуклонно возрастал. Уровни ХС ЛВП и апо AI после приема симло оставались стабильными.

Заключение. Таким образом, генерик симвастатина – препарат симло заметно снижал уровни атерогенных липидов, ЛП и апо B натощак и нивелировал атерогенные сдвиги в системе транспорта ХС после однократной ЖН у больных КБС.

0353 ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Землянская М.М., Стаценко Е.М., Суворов В.А., Стаценко М.Е.

Волгоградский Государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Tesis_006_end.indd 152 24.08.2006 22:25:13
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель: изучить влияние амлодипина на уровень артериального давления и функциональное состояние почек у больных с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертонией (АГ).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 20 больных (6 мужчин и 14 женщин, средний возраст 58±1,2 лет); с МС (IDF,2005) и АГ I – II степени и продолжительностью заболевания 13,35±2,3 года. За 5-7 дней до обследования больным отменялась антигипертензивная терапия. Предварительное клиническое обследование включало антропометрию, биохимический анализ крови, определение экскреции альбумина с мочой (МАУ), скорости клубочковой фильтрации (СКФ) по клиренсу эндогенного креатинина, оценку значений функционального почечного резерва (ФПР), суточное мониторирование АД. Всем пациентам назначался амлодипин (амлотоп, Макиз-Фарма, Россия) однократно в сутки в дозе 5-10 мг. Продолжительность терапии составила 12 недель.

Результаты. Исходно среднее АД за сутки составило: систолическое АД (САДср.) 142,6±4,3 Мм рт. ст., а диастолическое АД (ДАДср.) 81,8±2,1 Мм рт. ст.; нагрузка давлением: индекс времени САД (ИВ) 61,7±5,9%, индекс площади САД (ИП) 379,6±92,7. По суточному профилю САД 50% пациентов (10 человек) являлись дипперами, 45% (9 человек) – нон-дипперами, 5% (1 больной) – найт-пиккерами. Через 12 недель терапии отмечены антигипертензивные эффекты амлотопа: САДср. снизилась на 11,6%, ДАДср. на 7,5%. Также уменьшились показатели нагрузки давлением: ИВ на 48,6%, ИП на 74,8%. Отмечена тенденция к нормализации суточного ритма АД: 75% (15 человек) стали дипперами, 25% (5 человек) – нон-дипперами, суточный профиль с преобладанием ночного САД над дневным САД (найт-пиккер) не регистрировался.

Креатинин крови до и после лечения соответственно составил 75,6±3,1 и 73,4±6,7 мкмоль/л, СКФ – 70,8±9,2 и 71,1±12,4 мл/мин/ 1,73 м2 (различия недостоверны). Исходно сниженная СКФ (< 60 мл/мин/ 1,73 м2) отмечена у 60% больных (12 человек), истощенный ФПР у 35% пациентов (7 человек). Через 12 недель применения амлотопа сниженная СКФ выявлялась у 35% (7 больных), истощенный ФПР – 10% (2 человек). МАУ до лечения составила 216,7±24 мг/сутки, на фоне терапии достоверно уменьшилась на 31,6%.

Выводы. Терапия амлодипином приводит к эффективному контролю АД у больных с МС и АГ I–II степени, уменьшает нагрузку давлением, нормализует суточный профиль АД. Амлотоп достоверно уменьшает экскрецию альбумина с мочой и благоприятно влияет на функциональное состояние почек.

0354 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СКРИНИНГОВОЙ МУЛЬТИДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Зенин Д. М., Макарова В. Л., Смоленская О.Г., Пивень А.И., Суслов С.А.

ГОУ ВПО УГМА, ООО «ГКБ №41», Екатеринбург, Россия

Атеросклеротическое поражение коронарных артерий остается ведущим в причинах заболеваемости и смертности населения России. До недавнего времени единственным надежным методом визуализации коронарных артерий и количественной оценки коронарного стеноза у таких пациентов считалась селективная коронарная ангиография. Однако с этим методом связан риск серьезных осложнений. При этом, по данным репрезентативных исследований у 47% пациентов, которым выполняется коронарография, не находят значимых изменений, требующих ангиопластики. Возможность безопасной скрининговой оценки состояния коронарных артерий (КА), появилась после внедрения мультидетекторной субсекундной компьютерной томографии (МСКТ).

Вместе с тем анализ данных литературы и собственный опыт свидетельствуют о том, что при МСКТ на формирование изображений коронарных артерий влияет ряд факторов, недостаточный учет которых отрицательно сказывается на результатах ангиографии.

Целью нашего исследования было изучение чувствительности МСКТ в визуализации коронарных артерий и определение основных причин снижения качества получаемого изображения.

Материалы и методы. Обследовано 53 пациента с ИБС II–IV функционального класса и АГ. Мужчин – 50, женщин – 3. Возраст колебался 37-75 лет (средний возраст – 51,9 года), продолжительность заболевания от 1 до 16 лет.

Обследование проводилось на 16-срезовом мультидетекторном спиральном компьютерном томографе SOMATOM Sensation 16 (Siemens), с толщиной среза 1 мм, интервалом реконструкции – 0,9 мм. Использовалось болюсное введение 120-140 мл неионных контрастных веществ – 300-350 мг\йода, со скоростью 4 мл\сек. Коронарные артерии (КА) оценивались в 14 сегментах (классификация Американской ассоциации кардиологов). В расчет принимались артерии диаметром более 1,5 мм.

Выявлено две основные группы артефактов, мешающие адекватной оценке КА: степ-артефакты (увеличении частоты сердечных сокращений более 65 уд\мин, экстрасистолии, дыхательных движениях) и пограничные артефакты при массивной кальцинации КА.

Чувствительность МСКТ КА в зависимости от артефактов составляла 75,5% – 94,3%.

Таким образом, метод демонстрирует высокий процент визуализации коронарных артерий. Для компенсации дефектов отображения КА важным является адекватная подготовка больных – нормализация ритма сердечных сокращений и объяснение необходимости следования командам по задержке дыхания. Пока не имеет решения возможность адекватной оценки коронарного русла в области массивной кальцинации.

0355 ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Зокиров Н.У., Асриянц Л.С., Тухтамурадова Г.У., Зияева А.В., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Общеизвестна определяющая роль дислипидемий в патогенезе различных клинических форм атеросклероза. Однако частота и структура выявленных дислипидемий могут варьировать в зависимости от региональных особенностей и выраженности патологического процесса.

Цель исследования: изучить типы нарушений липидного обмена у больных с острым Q- волновым ОИМ.

Материалы и методы исследования: обследовано 97 больных мужского пола, последовательно поступивших в стационар с острым инфарктом миокарда (ОИМ) с зубцом Q, средний возраст которых составлял 52,8±8,9 лет.

Диагноз Q-волновой инфаркт миокарда устанавливался по критериям ВОЗ. Всем больным на 10-12 сутки поступления проводили исследование липидного профиля: общий холестерин крови (ОХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) на автоматическом биохимическом анализаторе Daytona, ХС липопротеиды низкой плотности (ЛПНП) – по формуле Фридвальда. Фенотипы гиперлипидемий определялись согласно классификации ВОЗ (Fredrikson, 1972).

Результаты исследования: В целом по группе ГХС (ОХС>200 мг/дл) выявлена у 60 (61,8%) больных, ГТГ (ТГ>155 мг/дл) – у 67 (69,3%), увеличение ЛПНП (ЛПНП>115 мг/дл) – у 60 (61,8%), а ЛПОНП (ЛПОНП>40мг/дл) – у 40 (41,2%) больных. У 83 (85%) пациентов наблюдалось снижение ЛПВП (<40мг/дл). Наиболее распространенным фенотипом дислипидемий, согласно классификации ВОЗ оказался II В тип ГЛП, наблюдавшийся у 32 (32,6%) больных, II А тип ГЛП отмечен у 23 (23,4%), а IV тип всего у 14 (14,2%) больных. Следует отметить

Tesis_006_end.indd 153 24.08.2006 22:25:13
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Практическое отсутствие III типа дислипидемии у обследованных нами больных.

У 12 (12,3%) больных не обнаружены какие-либо признаки ДЛП, а еще в 16 (18,8%) случаях выявлена гипо-α-липопротеидемия, характеризующаяся изолированным снижением ХСЛПВП.

Заключение: У 29% больных с острым Q-волновым ИМ на 10-12 сутки не выявляются признаки классических ГЛП.

У каждого 6 больного перенесшего острый Q-волновой ИМ единственным признаком атерогенеза является изолированная гипо-α-липопротеидемия.

В 98% случаев причиной выявленных дислипидемий, включая изолированную гипо-α-липопротеидемию, является снижение ХСЛПВП.

0356 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ЛИЗИНОТОНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Зотова Л.А.

ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава», Рязань, Россия

Цель: оценить гипотензивную эффективность и переносимость монотерапии Лизинотоном у больных артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степеней в течение 12 недель применения.

Методы. В исследование включены 30 больных (15 мужчин и 15 женщин), в возрасте от 21 до 64 лет (ср. 45,4±2,3 лет), страдающие мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Индекс массы тела – 30,8±1,0 кг/м . Отношение окружности талии к окружности бедер – 0,9±0,01. Длительность АГ – от 1 до 25 лет (ср. 6,7±1,1 лет). Всем проводились измерение офисных значений АД, ЧСС. Исследовались общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализы: глюкоза крови, креатинин, липидный профиль, мочевая кислота, калий, микроальбуминурия. Также проводилась оценка суточного мониторинга АД (СМАД), Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, оценки качества жизни по Визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в мм. Через каждые 4 недели пациенты приходили в центр, где проводились: оценка офисных цифр АД, ЧСС, комплайнса, физикальное обследование, а на 12-ой неделе – повторно лабораторные показатели, функциональные исследования, оценка госпитальной шкалы тревоги и депрессии и оценка качества жизни по ВАШ. В группе не было отмечено клинически значимых отклонений лабораторных показателей.

Результаты. Через 12 недель монотерапии Лизинотоном у 53% пациентов (22 больных) нормализация АД произошла на фоне приема препарата в дозе 20 мг/сут. , у 13% (4 больных)- на фоне 10 мг/сут. , у 17% (5 больных)- на фоне 5 мг/сут. , однако у 27% (8 больных) нормализации АД не произошло. Уже через 4 недели приема Лизинотона произошло достоверное снижение цифр АД и подобная тенденция сохранялась на протяжении всего исследования. Это находит подтверждение и при анализе результатов СМАД.

Микроальбуминурия уменьшилась в течение 12 недель с 16,2±3,0 до 7,3±1,8 (p<0,05), что указывает на нефропротективные свойства исследуемого препарата.

Показатели ЭхоКГ и лабораторных анализов не показали достоверных изменений за период лечения.

Изменились и показатели госпитальной шкалы тревоги с 7,9±0,7 и депрессии с 6,5±0,59 на Визите1 до 5,76±0,48 (p<0,5) и 5,2±0,45 (недостоверно) на Визите4 соответственно. Оценка качества жизни по ВАШ достоверно увеличилась с 57,6±2,57 мм до 70,3±2,22 мм (P<0,001).

В конце исследования по показателям СМАД оценивался коэффициент T/P (отношение остаточного гипотензивного эффекта к максимальному), он составил 16,2±3,3, то есть антигипертензивный эффект препарата длится более 24 часов.

Переносимость препарата расценена как отличная – за весь период исследования не было зафиксировано побочных эффектов.

Выводы. Монотерапия Лизинотоном в течение 12 недель у больных артериальной гипертонией 1-2 степеней показала высокую гипотензивную активность и хорошую переносимость.

0357 ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Зубарев М.А., Сыромятникова Л.И.

ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, Пермь, Россия

Цель: определить особенности метаболического статуса у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), в зависимости от пола.

Обследован 251 больной ИМ, из них 197 мужчин и 54 женщин, которые соответствовали критериям включения в исследование, а именно: возраст до 65 лет; наличие ИМ, верифицированного на основании данных анамнеза и лабораторно-инструментальных данных. Средний возраст составил среди мужчин 52,99±7,5 (n=197) и 56,96±7,23 (n=54) лет среди женщин (p=0,0001). Пациентам проводилось общеклиническое обследование с измерением обхвата талии на уровне пупка (ОТП), индекса массы тела (ИМТ), а также оценка липидного спектра. Статистическая обработка материала проведена с использованием программных пакетов Exel, Biostat. В тексте использованы значения среднего (M) и стандартного отклонения (□).

При сборе анамнеза сахарный диабет 2 типа зарегистрирован у 17 человек (7%), со значимым преобладанием в группе женщин 22% против 3% среди мужчин (p=0,0001).

Исследование липидного спектра выявило повышенный уровень холестерина в целом по группе (n=211) 5,46±1,11 ммоль/литр. Уровень липопротеидов высокой плотности в группе больных ИМ составил 1,13±0,28 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) 2,16±1,39 ммоль/л, липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) 0,97±0,54 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) 3,34±1,30 ммоль/литр. У женщин в сравнении с мужчинами достоверно выше были уровень общего холестерина 6,52±1,83 против 5,2±1,31 ммоль/л (p=0,0001), ТГ 2,65±1,39 против 2,06±1,36 ммоль/л (p=0,007), ЛПОНП 1,14±0,55 против 0,93±0,53 ммоль/л (p=0,017) и атерогенных ЛПНП 3,89±1,48 против 3,22±1,24 ммоль/л (p=0,002).

Значения ИМТ, ОТП также имели достоверные отличия в сравниваемых группах. ИМТ составил 28,98±,87 против 26,11±3,6 кг/м2 (p=0,0001), а ОТП равнялся 96,11±10,5 против 94,59±9,29 см (p=0,3 н/д) среди женщин и мужчин соответственно. Определена положительная связь между ЛПОНП и ИМТ (r=0,23, p=0,003), ОТП (r=0,17, p=0,025), а также ТГ и ИМТ (r=0,26, p=0,0004), ОТП (r=0,20, p=0,008). Зависимости между показателями липидного спектра и возрастом в группе мужчин и женщин не выявлено.

Таким образом, больных ИМ женщин в сравнении с мужчинами характеризует более неблагоприятный метаболический статус, который обусловлен большей встречаемостью сахарного диабета, наличием избыточной массы тела в сочетании с абдоминальным типом ожирения, значимым повышением проатерогенных фракций холестерина, гипертриглицеридемией, которая по данным ряда исследований для женщин является более значимым, чем общий холестерин фактором риска. Дислипидемия была взаимообусловлена абдоминальным типом ожирения и избыточной массой тела, но не зависела от возраста.

0358 ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕТАЛОКОМ-ЗОК

Зубеева Г.Н., Жукова О.Ю.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Tesis_006_end.indd 154 24.08.2006 22:25:13
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель: изучить динамику показателей холтеровского ЭКГ-мониторирования у больных с нарушениями ритма сердца (фибрилляция предсердий (ФП), экстрасистолия) при лечении бета-адреноблокатором Беталок-Зок.

Методы: в обследование включены 20 пациентов с нарушениями ритма сердца, средний возраст 59,9±1,9 года, у 45% имелось нарушение ритма по типу ФП, у 55%-экстрасистолия. У 85% нарушения ритма сочетались с артериальной гипертензией давностью в среднем 8,9 года, у 50% больных имелась ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Больным назначалось лечение Беталок-Зок в дозе от 50 до 200 мг/сут. Средняя доза составила 57,5±1,96 мг/сут. До начала исследования, через 2 недели и через 6 месяцев оценивалось клиническое состояние больных и показатели холтеровского ЭКГ-мониторирования.

Результаты: в результате проводимого лечения отмечалось урежение ЧСС с 75±2,75 ударов в Мин до 66±1,67 ударов в Мин, АД снизилось с 148/85 Мм рт. ст. до 108/77 Мм рт. ст. изменилось общее самочувствие больных: у 65% больных уменьшились сердцебиения, у 15%- головокружения, у 50%-одышка. У 10 человек (50%) отмечалось купирование или урежение экстрасистолии, у 20% (4 человека) купированы пароксизмы ФП. У 15% (3 человека) отмечен перевод в нормосистолическую форму ФП.

У 2 пациентов не получен положительный эффект на проводимую терапию. Увеличение дозы Беталока-Зок до адекватных антиаритмических доз было ограничено низкими цифрами АД.

Выводы: таким образом, Беталок-Зок является эффективным антиаритмическим препаратом для лечения больных с нарушениями ритма сердца.

0359 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ЦИТОПРОТЕКЦИИ ПО ДАННЫМ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ

Зуева О.Н., Шарова В.Г., Зуев С.В., Веденьева В.В., Тихова Л.В.
КГМУ, Курск, Россия

Цель: определить эффективность применения ранней физической реабилитации (РФР) в сочетании с приемом милдроната у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) на фоне традиционной терапии (ТТ) по данным велоэргометрии (ВЭМ).

Методы исследования: под наблюдением находилось 132 больных с первичным ОИМ левого желудочка I-III класса клинической тяжести в возрасте от 40 до 60 лет, проходивших лечение в МУЗ ГБ СМП г.Курска в течение 2004-2005 гг. Среди обследованных больных было 114 мужчин (86,4%) и 18 женщин (13,6%). Методом двухэтапной стратификационной рандомизации пациенты, включенные в исследование, были распределены в четыре группы лечения: К, получавшие ТТ ОИМ и проходившие традиционную реабилитацию; М, получавшие в дополнение к этой программе милдронат; Р, получавшие ТТ ОИМ и проходившие РФР на велотренажере; Р+М, получавшие на фоне ТТ ОИМ милдронат и проходившие РФР на велотренажере. На 14+1 день от начала ОИМ проводился ранний велоэргометрический тест, результаты которого служили ориентиром для определения мощности тренировочной нагрузки; на 23+2 день (перед выпиской из стационара), через 2, 4 и 6 мес. осуществлялись контрольные ВЭМ (Велоэрготест ВЭ-05 «Ритм», 6-канальный электрокардиограф NEK). Фиксировались продолжительность теста и время восстановительного периода, определялись пороговая мощность нагрузки и объем выполненной работы.

Результаты: У пациентов группы К достоверной динамики показателей, характеризующих толерантность к физической нагрузке (ТФН), в течение периода исследования не отмечалось. Начиная с 1 мес, у пациентов группы М наблюдалось увеличение объема выполненной работы до 1,7 раза ($p<0,05$) и уменьшение продолжительности восстановительного периода до 1,9 раза ($p<0,001$), сохранявшееся при контроле через 2 мес. Прироста мощности пороговой нагрузки и продолжительности нагрузки у пациентов этой группы не отмечалось. Применение у больных ОИМ РФР способствовало существенному приросту показателей, характеризующих ТФН, начиная с 1 мес наблюдения. К 6 мес от начала ОИМ увеличивались мощность пороговой нагрузки у пациентов группы Р в 2, группы Р+М – в 3 раза, объем выполненной работы у пациентов группы Р в 4, группы Р+М – в 6,5 раз. При этом продолжительность нагрузки увеличилась в 2 раза, а время восстановительного периода уменьшилась в 2,6 раза у пациентов обеих групп ($p<0,001$). Прием милдроната на фоне проведения РФР позволил усилить ее эффект, что проявлялось при контроле на различных этапах реабилитации. Достоверность отличия между группами в отношении показателей, характеризующих ТФН, отмечалась с момента выписки больных из стационара ($p<0,05$).

Выводы: РФР в сочетании с приемом милдроната у больных ОИМ способствует позитивным изменениям показателей, характеризующих ТФН (увеличению к 6 мес наблюдения уровня пороговой мощности в 3,1, объема выполненной работы в 6,5, продолжительности нагрузки в 2 раза, сокращению восстановительного периода в 1,9 раза).

0360 ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УЛУЧШАЕТ ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ

Ибатов А.Д., Ким Н.В., Кузнецова Е.В., Ибатова О.В., Черкасова М.В.

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

Цель: изучить влияние антидепрессанта миртазапина (ремерона) на качество жизни и прогноз больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования: обследовано 277 больных ИБС в возрасте от 36 до 74 лет (средний возраст 56,5+0,7 лет), у всех пациентов выявлена стенокардия напряжения 11-1V ФК. Уровень депрессии исследовали по анкете Бека. Качество жизни оценивали по Сиэтлскому опроснику для больных стенокардией.

Полученные результаты: уровень депрессии по анкете Бека у больных ИБС в обследованной выборке составил 14,0±0,5 балла. Клинически выраженные депрессивные изменения наблюдались у 65 пациентов (23,5%), из них у 9 пациентов – выраженные, у 10 пациентов – средней степени тяжести и у 46 пациентов – легкой степени тяжести. Проявления депрессии не выходили за границы нормы у 86 пациентов (31,0%), субклинический уровень определялся у 126 больных (45,5%). Обследованная выборка была разделена в зависимости выраженности депрессивных нарушений. В 1 группу вошли 65 больных ИБС с клинически выраженными проявлениями депрессии (19 и более баллов по шкале Бека). Во 2 группу – 86 больных ИБС без депрессивных нарушений (10 и менее баллов по шкале Бека). Группы не различались по полу и возрасту, функциональному классу стенокардии напряжения, по проводимой терапии. По данным Сиэтлского опросника, в обеих группах отмечено общее умеренное снижение качества жизни по всем анализируемым показателям. Однако, у больных ИБС с депрессией выявлены достоверно ниже результаты по шкале физической активности, оценки лечения, восприятия болезни и итоговому показателю качества жизни соответственно на 17,7; 10,2; 17,1 и 14,4% (все $p<0,05$), по сравнению с больными ИБС без депрессии.

Для лечения депрессивных нарушений у больных ИБС нами использован антидепрессант миртазапин (ремерон), который назначали больным ИБС с клинически выраженными проявлениями депрессии. Больные (31 пациент) принимали миртазапин в дозе 7,5–30 мг/сут. в течение 6 недель. На фоне проводимой терапии отмечалось уменьшение симптомов депрессии, улучшалось настроение, сон, уменьшалась вялость, подавленность,

Tesis_006_end.indd 155 24.08.2006 22:25:14
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

эмоциональная напряженность, нормализовался сон, улучшалось настроение. Все пациенты закончили прием препарата к 36 дню. По данным анкеты Бека, в результате лечения отмечалось снижение уровня депрессии на 35,1% (p<0,001). Кроме того, по данным Сиэтлского опросника, у пациентов отмечалось улучшение показателей качества жизни. Так, выявлено достоверное повышение показателей по шкалам стабильности стенокардии, тяжести стенокардии, оценки лечения, восприятия болезни и итоговому показателю качества жизни соответственно на 64,5; 29,4; 18,8; 22,0 и 13,1% (все p<0,01).

При изучении влияния миртазапина на анализируемые конечные точки (фатальные и нефатальные сердечно-сосудистые события) при наблюдении в течении 24,7+0,38 месяцев установлено улучшение суммарного показателя – уменьшение всех нефатальных сердечно-сосудистых событий (p=0,041).

Выводы: антидепрессант миртазапин (ремерон) улучшает качество жизни и прогноз больных ИБС с клинически выраженным уровнем депрессии.

0361 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

Ибатов А.Д., Кузнецова Е.В., Черкасова М.В., Ким Н.В.

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

Цель: изучить показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с различным уровнем депрессивных расстройств.

Методы исследования: Обследовано 277 больных ИБС в возрасте от 36 до 74 лет (средний возраст 56,5+0,7 лет), у всех пациентов была стенокардия напряжения 11-1V ФК. Уровень депрессии исследовали по анкете Бека. Вариабельность ритма сердца изучали по 5-минутным записям кардиоинтервалограммы в положении лежа на спине в состоянии расслабленного бодрствования и при проведении ортопробы.

Полученные результаты: Обследованная выборка была разделена в зависимости выраженности депрессивных нарушений. В 1 группу вошли 65 больных ИБС с клинически выраженными проявлениями депрессии (19 и более баллов по шкале Бека). Во 2 группу – 86 больных ИБС без депрессивных нарушений (10 и менее баллов по шкале Бека). Группы не различались по полу и возрасту, функциональному классу стенокардии напряжения, по проводимой терапии.

В покое исходно у больных ИБС с депрессией, по сравнению с пациентами без депрессии, была выше ЧСС; САД и ДАД существенно не различалось. Показатели ВРС: SDNN, pNN50%, мощность волн TP, HF, LF, VLF – существенно между группами не различались. Вегетативный баланс в покое у 49,2% больных ИБС с депрессией был отклонен в сторону преобладания парасимпатического отдела ВНС, у 10,2% – отмечалась эйтония и у 40,7% – преобладала активность симпатической нервной системы, у пациентов без депрессии аналогичные показатели составили соответственно 60,0% (p>0,05), 15,0% (p>0,05) и 25,0 % (p<0,05). При ортопробе в обеих группах наблюдалось достоверное возрастание ЧСС, САД в обеих группах снижалось. ДАД достоверно повышалось в 1 группе на 4,0% (p<0,05), во 2 группе – на 1,8% (p>0,05). SDNN в 1 группе незначительно снижалось, во 2 группе достоверно снижалось на 23,7% (p<0,001). pNN50% снижалась в обеих группах, но более выражено во 2 группе (p<0,001), при этом pNN50% было достоверно выше в 1 группе. TP, HF, LF, VLF снижались в обеих группах. В процентном отношении вклад волн HF% в обеих группах снижался; доля LF% в 1 группе не изменялась, во 2 группе – возрастала; доля VLF% возрастала в обеих группах. Вегетативный баланс в обеих группах отклонялся в сторону преобладания СНС, но это повышение было более выражено во 2 группе на 96,2%, в 1 группе – на 78,1% (p<0,01). Число больных с преобладанием СНС в 1 группе увеличилось до 55,2%, у 27,6% – в вегетативном балансе сохранялось преобладание парасимпатического отдела ВНС. Во 2 группе преобладание СНС наблюдалось у 44,0% пациентов (p>0,05), ПСНС – у 44,0% (p<0,05).

Выводы: Таким образом, при ортопробе у больных ИБС с депрессивными нарушениями возрастал относительный вклад мощности VLF, а мощность волн низкой частоты LF не изменялась, что можно расценить как преобладание центральных эрготрофных влияний в регуляции ВРС и гемодинамики при вегетативном обеспечении деятельности, в отличие от больных без депрессии, у которых возрастала мощность волн как очень низкой, так и низкой частоты.

0362 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЛОВАСТАТИНОМ, СПИРУЛИНОМ А ТАКЖЕ ИХ КОМБИНАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Иванова В.М.

Институт кардиологии, Кишинев, Молдова

Цель исследования – изучение сравнительной эффективности и безопасности отечественного препарата BioR, полученного на основе биомассы микроводорослей (Spirullina Platensis) и известного гиполипидемического препарата ловастатина, а также их комбинации на показатели липидного обмена у больных с гиперлипидемией и повышенным сердечно-сосудистым риском (ССР) на фоне или без ишемической болезни сердца (ИБС). Материалы и методы. В исследовании были включены 87 пациентов (46 мужчин и 41 женщина), средний возраст составил 54,8±0,9 лет, с гиперхолестеринемией, уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП≥3 mmol/l) и повышенным ССР. У 59 (68,4%) пациентов была диагностирована ИБС, или эквивалентный ССР; у 18 (20,3%) пациентов не было ИБС, но имелось более 2 факторов риска; у 10 (11,3%) больных было менее 2-х факторов риска. Все пациенты в прошлом не получали гиполипидемические средства. Через 1 месяц диетотерапии больные были подразделены на 3 группы: I-ой группе (34 человека) был назначен ловастатин в стандартной дозе 40 мг/сутки; II-ую группу (22 человека) составили пациенты, получавшие BioR в дозе 5мг/сутки и III-ей группе была назначена комбинированная терапия – ловастатин, 40 мг/сутки и BioR по 5 мг/сутки. Всем больным определяли общий холестерин (ОХ), ЛПНП, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП) и триглицериды (ТГ) исходно, по истечении 4-х, 8-ми и 12 нед. периода. Также определяли ряд показателей, отражающих белковообразовательную, экскреторную и антитоксическую функции печени, а также проницаемость клеточных мембран (-глутамилтрансфераза, АЛТ, АСТ, билирубин, щелочная и кислая фосфатазы, -глюкуронидаза, лактатдегидрогеназа и псевдохолинэстераза). Ловастатин, BioR а также их комбинация при хорошей переносимости и отсутствии явных побочных явлений вызывают благоприятные изменения показателей липидного обмена у пациентов с гиперлипидемией уже на 4-й нед.и их приема. Максимальный гиполипидемический эффект лечения наблюдался на 12-й нед. терапии. Применение ловастатина снизило уровень ОХ на 18,2% и ЛПНП на 23,2% (p<0.001). Назначение BioR также снижало уровни ОХ и ХЛПНП, однако эффект был менее выраженного характера: 13,8% и 16,4% (p<0.001) соответственно. При комбинированном приеме ловастатина и BioR наблюдалось усиление гиполипидемического эффекта со снижением ЛПНП на 31,7% (p<0.001) от исходного уровня. Снижение ТГ на 9,8% (p<0.05) у пациентов, применявших BioR, было сопоставимо с таковым у больных, получавших только ловастатин (-11,1%) (p<0.05), а также их комбинацию (-9,4%) (p<0.05). Каждый из препаратов вызывал умеренный, но достоверный рост ЛПВП – 5,5% (p<0.01) BioR и 6,9% (p<0.05) ловастатин. Совместный прием этих препаратов позволил увеличить ЛПВП на 10% (p<0.01). Исследуемые препараты не нарушали проницаемость клеточных мембран, а также экскреторную, белково-образовательную и антитоксическую функции печени, что проявилось отсутствием изменений активности исследован-

Tesis_006_end.indd 156 24.08.2006 22:25:14
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ных печеночных ферментов. Назначение BioR может быть рекомендовано пациентам с умеренной гиперлипидемией и умеренным сердечно-сосудистым риском, тогда как комбинация этого средства со статинами приемлема и у пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском.

0363 НОЛИПРЕЛ В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Иванова И.В., Логачева И.В.

ИГМА, ГУЗ «РКДЦ МЗУР», Ижевск, Россия

Цель: изучение эндотелиальной функции у больных артериальной гипертонией 1-2 степени (АГ 1-2) в связи с терапией нолипрелом.

Методы: проведено исследование 45 больных АГ 1-2 ст (25 женщин и 20 мужчин), средний возраст – 50,2±1,8 лет, длительность заболевания – 6,2±1,3 лет. Пациенты АГ 1-2 ст в течение 12 месяцев получали фиксированную низкодозовую терапию препарата нолипрел («Сервье», Франция). Контролировался уровень АД (с определением систолического, диастолического, пульсового, среднего АД). Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате «ALOKA–4000» (Япония) с возможностью TRIPLEX-сканирования. Для изучения функции эндотелия проводили пробу с реактивной гиперемией (эндотелийзависимая вазодилатация – ЭЗВД) с помощью линейного датчика 7,5 МГц на основании оценки прироста диаметра плечевой артерии (в %) после ее пережатия манжетой сфигмоманометра. Реакцию считали нормальной при ЭЗВД более 10%.

Результаты: у 88,8% больных на фоне двенадцатимесячной терапии нолипрелом достигнут целевой уровень АД. До назначения нолипрела у 14 больных (31,1%) диаметр плечевой артерии увеличивался менее чем на 10%, у 3 исследуемых после проведения пробы с реактивной гиперемией определялась парадоксальная вазоконстрикторная реакция. Прирост диаметра плечевой артерии на фоне лечения нолипрелом составил =4,1% ($p<0,05$). При этом систолическая скорость кровотока существенно не менялась. Корреляционный анализ выявил обратную связь прироста диаметра плечевой артерии от возраста ($r=-0,44$; $p<0,01$), длительности заболевания ($r=-0,42$; $p<0,01$) и уровня систолического АД ($r=-0,51$; $p<0,01$).

Выводы: функциональное состояние эндотелия находится в зависимости от уровня АД, длительности заболевания и возраста. Длительная терапия нолипрелом способствует достижению целевого уровня артериального давления у подавляющего числа пациентов, что сопровождается нормализацией функционального состояния эндотелия.

0364 ИНДЕКСЫ Р-ВОЛНЫ И ИНТЕРВАЛА PQ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАДИОГРАММЫ И ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ИЗМЕНЕНИЯ СКОРОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СИНУСОВОГО ИМПУЛЬСА У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Иванов А.П., Эльгардт И.А., Дедов Д.В.

ГОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, Тверской кардиологический диспансер, Тверь, Россия

Цель: Изучить индексы Р-волны и интервала PQ по данным электрокардиограммы (ЭКГ) и холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ как показателей изменения скорости проведения синусового импульса у больных ИБС с сопутствующей пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Методы: ЭКГ и ХМ ЭКГ выполнены у 181 пациента ИБС без эпизодов ФП (89 мужчин и 92 женщины; средний возраст 51,2 года) – группа (1-я) контроля и 190 больных ИБС (93 мужчины и 97 женщин; 53,0 года) с верифицированной пароксизмальной формой ФП – основная (2-я) группа. На ЭКГ рассчитывались индексы Р-волны: Pdis, Pmax; Pmin, Pнорм. Одновременно изучались показатели интервала PQ: PQdis, PQmax, PQmin, PQнорм.

Результаты: В 1-й группе значения Pdis у мужчин и женщин оказались 42,40±13,54 мс и 42,37±13,63 мс. Это на 9,46±4,61мс и 8,36±3,36 мс соответственно ниже, чем во 2-й ($p<0,01$). Pmax у мужчин в 1-й группе на 3,50±1,17 мс был меньше по сравнению со 2-й (112,51±11,65 и 116,01±17,68 мс, соответственно; $p<0,01$), у женщин ниже на 2,49±0,47 мс (112,48±11,63 мс и 114,97±16,68, соответственно; , $p<0,01$). P min у мужчин и женщин в 1-й группе на 6,81±1,73 мс и 6,78±2,36 мс был больше этого индекса во 2-й (70,05±13,71 и 63,24±16,46; 70,05±14,00 и 63,27±16,35, соответственно; $p<0,01$). Pнорм во 1-й группе оказался выше по сравнению со 2-й – у мужчин на 13,17±3,9 мс (29,18±8,75 мс и 16,01±4,86 мс, соответственно; $p<0,01$), у женщин на 13,42±4,93 мс (29,12±8,73 мс и 15,70±4,57 мс, соответственно; $p<0,01$). PQdis в 1-й группе у мужчин был на 8,69±1,61 мс ниже, чем во 2-й (39,44±14,88 мс и 48,13±25,56 мс, соответственно; $p<0,01$), у женщин это различие составило 7,90±1,36 мс (39,44±14,40 мс и 47,34±25,58 мс, соответственно; $p<0,01$). PQmax у мужчин в 1-й группе на 9,45±1,37 был меньше, чем во 2-й (166,98±20,84 мс и 176,43±26,03 мс, соответственно; $p<0,01$), у женщин – на 9,09±1,73 мс (167,12±21,20 мс и 176,21±26,06 мс, соответственно; $p<0,01$). PQmin у мужчин 1-й группы на 0,75±0,13 мс оказался ниже, чем во 2-й (127,54±19,96 мс и 128,29±28,06 мс, соответственно), у женщин на 1,20±0,34 мс меньше по сравнению со 2-й (127,67±20,33 мс и 128,87±27,33 мс, соответственно). PQнорм у мужчин 1-й группы на 0,77±0,11 был меньше значений этого индекса во 2-й (13,97±5,85 мс и 14,74±7,27 мс, соответственно; $p<0,05$), а у женщин на 0,63±0,17 мс (13,91±5,86 мс и 14,54±7,34 мс, соответственно; $p<0,05$).

Выводы: Таким образом, индексы Р-волны и интервала PQ достоверно различались у пациентов с отсутствием и наличием нарушения ритма сердца. Они могут быть предложены в качестве показателей изменения скорости проведения синусового импульса у больных ИБС с сопутствующей пароксизмальной формой ФП.

0365 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Иванов К. М., Бахтияров З. А., Тучкова О. В., Полняков С. В.

Медицинская академия, НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Оренбург ОАО «РЖД», Оренбург, Россия

Цель: выявить особенности течения артериальной гипертонии у машинистов локомотивных бригад.

Методы исследования: проведено обследование 39 пациентов, больных артериальной гипертонией I-II степени (классификация ВОЗ/МОАГ, 1999), работников ОАО «РЖД», связанных с движением поездов. Среди них выделены две группы с одинаковой длительностью заболевания. Первая включала работников локомотивных бригад – машинистов и помощников машинистов (средний возраст 44,2±1,5 лет). Вторая группа – работников-путейцев (средний возраст 46,5±2,0 лет). Анализировались данные анамнеза, показатели ЭКГ, ЭхоКГ, суточного мониторирования ЭКГ и артериального давления (АД), результатов велоэргометрии, осмотров окулиста и невролога, биохимического исследования липидного спектра крови. Статистическая обработка проводилась непараметрическими методами (критерий Вилкоксона-Манна-Уитни).

Полученные результаты: по результатам суточного мониторирования АД были выявлены различия в показателях изменений Минимальных и максимальных значений АД, которое было выше у машинистов на 11,5% по систолическому и на 10,8% по диастолическому АД ($P<0,05$), при недостоверных изменениях

Tesis_006_end.indd 157 24.08.2006 22:25:14
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

основных гемодинамических показателей и величины биохимических показателей сыворотки крови по липидному спектру. Данные ЭКГ и ЭхоКГ свидетельствовали о преобладании гипертрофии левого желудочка у монтеров пути, зарегистрированной в 63% случаев, по сравнению с машинистами (30%). У монтеров пути наблюдалась более высокие показатели физической работоспособности по результатам велоэргометрии. По данным суточного мониторирования ЭКГ у машинистов значительно чаще выявлялись смещения сегмента ST без болевого синдрома (35%), по сравнению с монтерами пути (21%) и изменения сосудов глазного дна, соответственно в 60% и 42% случаев.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о более неблагоприятном течении артериальной гипертонии у машинистов локомотивных бригад, которая значительно раньше приводит к поражению органов-мишеней при одинаковой длительности заболевания по сравнению с работниками-путейцами.

0366 ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОКРЫТИЯ СТЕНТА

Иванов П.А., Гончаров С.А., Максименя М.В.

ГУЗ областная клиническая больница, Чита, Россия

В настоящее время активно изучаются механизмы развития рестенозов после коронарного стентирования. По данным ряда исследователей важную роль в запуске воспалительной реакции и последующего рестеноза играют цитокины, и, в частности, фактор некроза опухоли – альфа (ФНО-□).

Целью настоящего исследования было изучение реакции некоторых цитокинов в послеоперационном периоде при коронарном стентировании. Были поставлены задачи изучить особенности концентрации цитокинов ФНО- и ИЛ-1 в сыворотке крови в раннем послеоперационном периоде при выполнении ангиопластики с использованием металлических коронарных стентов и стентов с лекарственным покрытием.

Материалы и методы: в исследование были включены 14 больных ИБС, которым были выполнены чрескожные коронарные вмешательства – ангиопластика и стентирование коронарных артерий. В 5 случаях ангиопластику и стентирование коронарных артерий выполняли по экстренным показаниям у больных с острым коронарным синдромом. В оставшихся (64%) случаях операция носила плановый характер. Шестерым пациентам были установлены стенты «Cypher select» с покрытием «рапамицин», одному пациенту – стент «Euca TAX» с покрытием «паклитаксел», в 7 случаях использованы стенты «VISION», «PENTA», «ZETA» и «PIXEL» без лекарственного покрытия. Всего у 14 пациентов установлено 18 стентов (10 пациентам – по одному, и 4 – по два стента). Количественное определение ФНО-α и ИЛ-1β выполняли в сыворотке крови у всех пациентов непосредственно перед началом вмешательства, сразу по его окончании, через 6 часов, через сутки и через 7 суток после вмешательства. Для определения концентрации цитокинов использовали метод твердофазного иммуноферментного анализа с применением наборов реактивов производства ООО «Цитокин», г. Санкт-Петербург.

В результате исследования установлено, что концентрации цитокинов при использовании стентов с различными типами покрытия непосредственно после вмешательства существенно не отличались. Однако при применении стентов с лекарственным покрытием обнаружено заметное повышение концентрации ИЛ-1 уже через 6 часов после вмешательства в сравнении с таковой у пациентов, которым были установлены обычные стенты без покрытия (до 32,43±1,45 пкг/мл и 7,66±1,34 пкг/мл соответственно). При дальнейшем наблюдении через 24 часа и через 7 дней в концентрации ИЛ-1β существенных отличий не зафиксировано. Что касается концентрации ФНО-α, то как в первые часы, так и в первые сутки после вмешательства различий в группах покрытых и непокрытых стентов не обнаружено. Однако на сроке 7 суток отмечена тенденция к повышению концентрации ФНО-α до 1,96±0,23 пкг/мл в группе пациентов, которым были установлены стенты с лекарственным покрытием против 0,59±0,21 пкг/мл в группе стентов без покрытия. Таким образом, предварительные данные анализа концентрации цитокинов, полученные при исследовании небольшого числа наблюдений, позволяют сделать предварительные выводы о том, что исследуемые величины отличаются в группах пациентов, оперированных с использованием стентов с различными видами покрытия. Данные сведения могут оказаться полезны для дальнейшего изучения механизмов развития рестенозов и разработки методов их профилактики.

0367 ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ

Иващенко Ю.Ю., Форстер О.В., Лагунина Л.Е., Пархонюк Е.В., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО «СГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Проанализировать взаимосвязь основных и дополнительных, в том числе и инфекционных, факторов риска с наличием аномалий зубов у больных ишемической болезнью сердца с учетом перенесенного инфаркта миокарда, фибрилляции предсердий и других клинических показателей.

Материалы и методы. Обследовано всего 208 больных ИБС, 102 из них перенесли инфаркт миокарда, у 78 отмечалась персистирующая фибрилляция предсердий (ФП), у 43 – хроническая, у 87 пациентов не было явных нарушений ритма. Средний возраст больных с ФП составил 66,45 лет, пациентов без нарушений ритма – 66,17 лет. Аномалии зубов диагностировались стоматологом, если у больного отмечались врожденные нарушения прикуса, олигодентия или трема. Учитывались, артериальная гипертония, сахарный диабет, гиперхолестеринемия, гипертофия левого желудочка, по данным стандартной трантсторокальная ЭхоКГ. Кроме того, определялись уровень фибриногена, С-реактивного протеина, СОЭ, специфичных иммуноглобулинов (Ig) класса M и G к Chlamydia Pneumonia и Cytomegalovirus.

Результаты. Взаимосвязи основных факторов риска с наличием аномалий зубов не установлено. Это же касалось уровня С-реактивного протеина, фибриногена, СОЭ, характеристик CMV-инфекции. Среди больных перенесших инфаркт миокарда аномалии зубов встречались достоверно ($p<0.05$) чаще (40%), чем среди остальных пациентов (27%). В группе пациентов с персистирующей формой ФП, зубные аномалии выявлялись с максимальной частотой (46%) по сравнении с больными без нарушений ритма (23%) и хронической ФП (25%). Отмечена также достоверная взаимосвязь с признаками присутствия Chlamydia pneumonia. У серопозитивных больных аномалии зубов встречались в два раза чаще (в 36% случаях), чем у серонегативных пациентов.

Заключение. Врожденные аномалии зубов, как проявления наследственного синдрома дисплазии соединительной ткани, ассоциируются с клиническими особенностями течения ишемической болезни сердца и большей частотой инфекции Chlamydia pneumonia.

0368 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Игликов А. А., Конакбаева Р. Д., Толеубеков К. К., Нильдибаева Ф. У., Бейсенов К. Т.

Карагандинская государственная медицинская академия, Областная клиническая больница, Караганда, Казахстан

Tesis_006_end.indd 158 24.08.2006 22:25:14
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Известно, что артериальная гипертензия (АГ) у больных урологического профиля в большинстве случаев, в отличие от эссенциальной гипертензии, отличается большей резистентностью к проводимой терапии.

Цель исследования: изучить эффективность антигипертензивной терапии у пациентов с урологическими заболеваниями.

Нами в урологическом отделении пролечено 72 больных. Из них 40 мужчин (56%) и 32 женщины (44%). Средний возраст больных составил 47±1,32 лет. Из общего числа больных у 51(70,8%) была диагностирована мочекаменная болезнь (МКБ) и у 21 (29,2%) – аденома предстательной железы с вторичным пиелонефритом. АД измерялось методом Короткова по стандартной методике. Кроме того, по формуле Хикэма вычислялось среднединамическое АД (СрАД): (АДс–АДд)/3 + АДд. Всем больным проводилось лечение основными базисными антигипертензивными препаратами.

У всех указанных больных выявлялись различные степени АГ: I степень у 18 (25%) исследуемых, II степень – у 29 (40,3%) и III степень – у 25 (34,7%). Среднее значение СрАД составило 145,6±1,28 Мм рт. ст. При анализе результатов проведенного лечения выяснилось, что для достижения целевого уровня АД у 59 (81,9%) больных требовалось назначение комбинированной терапии. Из них 28 (38,9%) получали комбинацию ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) и антагонистов кальция (АК), 19 (26,4%) – β-блокатора и диуретика (Д) и 12 (16,7%) – АК и Д. И только 13 (18,1%) больных получали монотерапию. В качестве монотерапии использовались ИАПФ – 8 (11,1%) и АК – 5 (6,9%) случаев. В результате лечения значение СрАД составило 138,9±1,17 Мм рт. ст. ($p<0,01$).

Таким образом, выявлено, что АГ у пациентов с урологическими заболеваниями в большинстве случаев достигает высоких значений (II-III степень) и для эффективного лечения данной категории больных требуется комбинированная терапия из двух-трех антигипертензивных препаратов.

0369 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Игликов А. А., Сейсембеков Т. З., Казымбет П. К., Айнабай А. М.

Карагандинская государственная медицинская академия, Караганда, Казахстан, Казахская государственная медицинская академия, Астана, Казахстан

Высокую актуальность представляют вопросы организации лечения, реабилитации и диспансерного наблюдения за состоянием здоровья ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ЧАЭС), страдающих артериальной гипертензией (АГ).

Цель исследования: изучить распространенность факторов риска (ФР) у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, страдающих АГ.

Обследовано 110 больных АГ ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Средний возраст – 45,91±1,25 лет, средняя доза облучения – 2,81±0,32 Бэр.

АГ выявлялась посредством проведения суточного мониторирования АД (СМАД). С I степенью АГ было 25 (22,73%) больных, со II степенью – 58 (52,73%), с III степенью – 27 (24,55%).

С помощью «Анкеты для самоинтервью» проведен анализ распространенности наиболее значимых ФР развития АГ. Из всех ФР у 41 (37,27%) больного наблюдалось пристрастие к соленой пище, у 47 (42,73%) выявлялась наследственная предрасположенность к развитию АГ. 48 (43,64%) больных отмечали наличие низкой физической активности. 67 (60,91%) – признавали наличие нервного напряжения дома и на работе. Злоупотребление курением выявлялось у 72 (65,45%) больных и в результате вычисления индекса Кеттле у 73 (66,36%) – было признано наличие избыточной массы тела. Как видно, более чем у половины ликвидаторов выявлено наличие нервного напряжения, курения и лишнего веса.

Из общего числа проанкетированных большая часть (2/3) не знали о значении данных ФР в возникновении и развитии АГ.

При исследовании биохимического анализа крови получены следующие результаты: мочевина – 5,72±0,14; креатинин – 0,097±0,04; общие липиды – 7,7±0,11; β-липопротеиды – 79,65±1,1; холестерин – 6,01±0,08. Как видно, у больных повышены показатели общих липидов, β-липопротеидов, холестерина, то есть показателей, характеризующих липидный обмен. Как известно, нарушения липидного обмена (дислипопротеидемия) также являются одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, можно сказать, что из факторов риска для ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС наиболее значимые: курение, наличие нервного напряжения, избыточная масса тела, дислипопротеидемия и менее значимы: наследственность, малоподвижный образ жизни. Это говорит о том, что среди них должна широко проводиться санитарно-просветительная работа по их заболеванию, следует обучать их принципам рационального питания и знакомить с критериями здорового образа жизни.

0370 АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ

Иевлева Г.И., Буяк М.А., Мирдалиева Э.Р., Кравчук С.В., Саламатина Л.В.

ГУ НИИ медицинских проблем Крайнего Севера, Надым, Россия

Цель: изучить зависимость между уровнем ангиотензина II и степенью поражения органов-мишеней у больных артериальной гипертонией (АГ), проживающих в высоких широтах.

Методы: Обследовано 39 мужчин из числа пришлого населения, страдающих АГ II степени (классификация ВНОК, 2001), средний возраст которых составил 47,92±8,86 года, средняя продолжительность заболевания 7,26±4,39 года, длительность проживания на Крайнем Севере – 23,85±9,61 года. Всем пациентам было проведено стандартное клиническое обследование. Забор крови на исследование базального уровня ангиотензина II (АТ II) и альдостерона проводился утром натощак в состоянии покоя в горизонтальном положении больного. Концентрацию АТII в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа с применением реактивов фирмы «Peninsula» (США). Концентрацию альдостерона в сыворотке крови определяли радиоиммунологическим методом с применением реактивов фирмы «IMMUNOTECH Beckman coulter company» (Франция). Оценка выраженности гипертрофии левого желудочка осуществлялась по данным эхокардиографического исследования на аппарате «Vivid-3» (США) с использованием М- и В-режимов в стандартных позициях.

Результаты: средний уровень концентрации АТ II плазмы крови больных АГ составил 0,22±0,06 нг/мл, средний уровень концентрации альдостерона – 54,22±6,0 пг/мл. В ходе исследования не установлено достоверных корреляционных зависимостей между уровнем концентрации АТ II и гипертрофией миокарда левого желудочка, микроальбуминурией, биохимическими показателями крови. В то же время, концентрация альдостерона достоверно коррелировала с гипертрофией миокарда ($rs=0,43$, $p<0,005$). Более высокий уровень АТ II ассоциировался с большей степенью ангиопатии сетчатки глаз ($rs=0,293$ при $p=0,007$). У пациентов с более высоким уровнем АТ II отмечался и более высокий уровень альдостерона в сыворотке крови ($rs=0,421$ при $p<0,05$). Уровень концентрации АТ II коррелировал с длительностью пребывания на Крайнем Севере ($rs=-0,403$ при $p=0,017$). На уровне тенденции выявлены различия в уров-

Tesis_006_end.indd 159 24.08.2006 22:25:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нях концентрации АТ II у больных с северным стажем менее 15 лет и больных с северным стажем более 15 лет (0,26±0,06 нг/мл и 0,21±0,07 нг/мл соответственно, p=0,056). Достоверных зависимостей уровня альдостерона, АТ II с возрастом больных и стажем артериальной гипертонии выявлено не было.

Выводы: Прогрессирование «северной» АГ опосредуется активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. В разные периоды адаптации к экстремальным условиям Крайнего Севера активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы различна, что подтверждается наличием достоверной корреляционной зависимости между уровнем концентрации АТII и стажем проживания в высоких широтах.

0371 ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ

Изможерова Н.В., Попов А.А., Андреев А.Н., Тагильцева Н.В., Козулина Е.В., Гаврилова Е.И.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель: оценка частоты артериальной гипертензии (АГ) Г выявлена у и сопутствующих заболеваний у женщин в климактерическом периоде.

Материал и методы: в кросс-секционное исследование включены 806 жительниц г.Екатеринбурга (медиана возраста 52 года), обратившихся на специализированный прием по проблемам менопаузы. Из исследования исключены женщины 65 лет и старше. Диагностику АГ, хронической сердечной недостаточности (ХСН), ишемической болезни сердца (ИБС), атерогенных дислипопротеидемий, остеоартроза проводили согласно Российским национальным рекомендациям последних пересмотров. Диагностику расстройств углеводного обмена осуществляли по Рекомендациям ВОЗ 1999 года. «Системная оценка коронарного риска» (SCORE – Systemic Coronary Risk Evaluation) проводилась согласно «Европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний 2003 г.». Значимость различий частот в группах оценивали с помощью критерия χ^2. Отношение шансов (ОШ) рассчитывали с помощью программного продукта «Epicalc» (Eclipse Digital Imaging, 1997).

АГ выявлена у 68% обследованных, из них АГ 1 степени – у 30,3%, 2 степени – у 26,1%, 3 степени – у 43,6%. АГ ассоциировалась со значимым увеличением шансов развития ХСН (ОШ = 2,75; 95% доверительный интервал (ДИ) = 1,93÷3,91), ИБС (ОШ = 2,39; 95% ДИ = 1,29÷4,44), стойкой утраты трудоспособности (ОШ = 3,79; 95% ДИ = 1,32÷10,86). Не выявлено увеличения шансов развития острых нарушений мозгового кровообращения и инфаркта миокарда. Тем не менее, 10-летний риск коронарной смерти (SCORE) был значимо выше в группе АГ (χ^2 = 37,992, p<0,001).

Пациентки с АГ значимо чаще имели клинические проявления хронического холецистита (χ^2 = 10,28, p=0,001), нарушений углеводного обмена (χ^2 = 178,43, p<0,001), абдоминального ожирения (χ^2 = 24,18, p<0,001), имелась тенденция к увеличению частоты остеоартроза коленных и тазобедренных суставов χ^2 = 3,45, p=0,062). Частота атерогенных дислипопротеидемий значимо не различалась. Однако показания для назначения статинов имели преимущественно женщины с АГ (χ^2 = 240,09, p<0,001). Не выявлено различий между группами по частоте кислотозависимых заболеваний желудка и депрессии.

Таким образом, женщины в климактерии имеют высокую частоту развития АГ. За медицинской помощью обращаются преимущественно лица с тяжелой АГ. Наличие АГ увеличивает шанс развития ХСН, ИБС и возникновения стойкой утраты трудоспособности. Учитывая тяжесть АГ, наличие осложнений, сопутствующей соматической патологии у женщин нередко возникает необходимость назначения нескольких лекарственных средств. Полипрагмазия и нерациональное сочетание лекарственных препаратов могут существенно повлиять на результаты лечения.

0372 ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ (ИНЛС) МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ

Ильина Е.Е., Гордеев И.Г., Люсов В.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: Оценить локальную сократимость миокарда левого желудочка у пациентов, подвергшихся коронарному шунтированию (КШ) на фоне добавления к стандартной антиангинальной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдронат или предуктал МВ.

Методы: После проведения коронароангиографии в исследование включено 119 пациентов стабильной стенокардией напряжения II-III ФК, которым было показано проведение операции коронарного шунтирования. Критериями исключения явились: инфаркт миокарда в анамнезе менее чем за 30 дней до рандомизации, поражения клапанного аппарата сердца, аневризма левого желудочка, сложные нарушения ритма и проводимости, аллергические реакции на исследуемые препараты, отсутствие письменного согласия на участие в исследовании. Пациенты были рандомизированы в три группы. В I группе (n=40) пациенты на фоне стандартной антиангинальной терапии получали милдронат по 750 мг в день в течение 3-х дней, далее 750 мг 2 раза в неделю. Во II группе (n=41) пациентам был добавлен предуктал МВ 70 мг в день. III группа (n=38) получала стандартную антиангинальную терапию.

Всем больным за 10-12, 2-3 суток до коронарного шунтирования и через 10-12 суток после проводилась эхокардиография миокарда в покое, на которой оценивался ИНЛС миокарда левого желудочка по рекомендациям Американской ассоциации эхокардиографии.

Результаты: В I группе исходный ИНЛС составил 1,32+0,07. На фоне лечения милдронатом отмечалось недостоверное уменьшение ИНЛС до 1,27+0,07. После проведения КШ отмечено достоверное уменьшение ИНЛС до 1,13+0,03 (p<0,05). ИНЛС до КШ уменьшился у 18 пациентов (45%), после КШ у 22 пациентов (55%). Новые участки гипокинеза после КШ выявлены у 4 пациентов (10%).

Во II группе исходный ИНЛС составил 1,30+0,05. На фоне лечения триме-тазидином отмечалось недостоверное уменьшение ИНЛС до 1,23+0,04. После проведения КШ отмечено достоверное уменьшение ИНЛС до 1,16+0,03 (p<0,05). ИНЛС до КШ уменьшился у 20 пациентов (49%), после КШ у 19 пациентов (46%). Новые участки гипокинеза после КШ выявлены у 6 пациентов (15%).

В III группе исходный ИНЛС составил 1,35+0,07. На фоне лечения отмечалось недостоверное уменьшение ИНЛС до 1,34+0,06. После проведения КШ отмечено недостоверное уменьшение ИНЛС до 1,31+0,07 (p>0,05). Улучшение ИНЛС до КШ отмечено у 4 пациентов (11%), после КШ у 16 пациентов (42%). Новые участки гипокинеза после КШ выявлены у 17 пациентов (45%).

Выводы: Добавление к стандартной терапии в предоперационном периоде цитопротекторов милдроната и предуктала МВ позволяет добиться достоверного уменьшения ИНЛС в послеоперационном периоде, а так же предотвратить развитие оглушенного миокарда после КШ. Рекомендовано добавление к стандартной терапии перед проведением КШ милдроната по 750 мг три дня, затем 750 мг 2 раза в неделю или предуктала МВ 70 мг в сутки.

0373 ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Ильичева О.Е.

ЧГМА, Челябинск, Россия

Tesis_006_end.indd 160 24.08.2006 22:25:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Сущность кардиального компонента, скорость его включения при хронической болезни почек (ХБП) в клинике развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) изучены недостаточно.

Целью настоящего исследования стало изучение распространенности признаков и особенности диагностики ХСН у больных ХБП.

Были обследованы 350 больных ХБП, в том числе 154 пациента с додиазной ХБП (64 женщины, 96 мужчин, средний возраст 44±10 лет) и 196 пациентов терминальной стадии ХПН на программном гемодиализе (90 женщин, 106 мужчин, средний возраст 46±12).

Диагностика ХСН основывалась на изучении клинико-функциональных показателей, в том числе уровня мозгового натрийуретического пептида (МНП) и данных состояния миокарда левого желудочка (ЛЖ) при ЭхоКГ исследовании.

В результате исследования на додиализном этапе ХБП клинико-функциональные признаки ХСН были выявлены у 71,1 % больных, в 57,6 % случаев установлена изолированная диастолическая, в 13,5 % – сочетание диастолической и систолической ХСН. Подтверждением «истинной» ХСН у больных с додиализной ХБП стал повышенный уровень МНП в сравнении с больными без признаков ХСН (239, 7±211,2 и 61,6±17,7 пг/мл, p<0,001). Доказана прямая корреляция с КДР ЛЖ (r=0,42, p≤0,005) и обратная с ФВ ЛЖ (r=-0,59, p≤0,001), характеризующие систолическую функцию. А также сильная корреляционная зависимость МНП с показателями диастолической функции миокарда МЖП (r=0,53, p<0,004), ЗСЛЖ (r=0,50, p<0,007), Е/А (r=0,42, p<0,005). У больных терминальной стадией ХБП, находящихся на хрониодиализе, выявлено наличие клинико- лабораторных признаков ХСН у 87% пациентов ХБП, подтвержденной достоверно более высокой концентрацией МНП в сравнении с больными без ХСН (388,4± 231,4 и 67,5±18,7 пм/мл; p≤0,0005). С увеличением стадии ХСН (I II Б), уровень МНП нарастал (132,5±21,3 849,3±220,6 пг/мл, p<0,0005). Данные многофакторного регрессионного анализа, подтвердили независимое влияние на уровень МНП основных показателей систолической и диастолической дисфункции миокарда ЛЖ (ФВ, КДО, Е/А) как у больных додиализной ХБП, так и у больных на хрониодиализе.

В результате исследования у всех больных ХБП выявлена высокая частота клинико-функциональных признаков ХСН (от 71,1% до 87%). Установлена достоверная корреляционная связь между уровнем МНП и показателями систолической и диастолической дисфункциями ЛЖ. Связи между уровнем МНП и степенью почечной недостаточности не выявлено. Причину развития ХСН у обследованной группы больных ХБП мы связали с наличием почечной кардиомиопатии.

0374 С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Илюхин О.В.

Государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

У больных с проявлениями атеросклеротического процесса очень часто выявляются повышенные уровни маркеров воспаления, в частности С-реактивного белка (С-РБ). Известно, что у больных с острым инфарктом миокарда, при нестабильной стенокардии С-РБ всегда имеет повышенные значения. Уровень С-РБ при ИБС выделяют в независимый фактор риска, имеющий важное прогностическое значение. Ещё одним независимым фактором риска развития ИБС является скорость пульсовой волны (СПВ), показатель, который косвенно указывает на состояние эластичности магистральных артерий.

Цель работы – оценка изменений эластичности магистральных артерий у больных ИБС в зависимости от уровня С-РБ.

Материал и методы: в исследование были включены 52 больных ИБС, все мужчины, средний возраст составил 54±1,58 лет, с I-III ФК стенокардии и I-III ФК сердечной недостаточности. Эластические свойства магистральных артерий оценивали по СПВ. СПВ определяли на каротидно-радиальном и каротидно-феморальном сегментах (мышечный тип, Ст и эластический тип артерий, Сэ соответственно) по стандартной методике с помощью компьютерной системы Colson (одновременно регистрировались сфигмограммы с сонной, лучевой и бедренной артерий). По СПВ высчитывался модуль упругости. Концентрацию С-РБ определяли количественным иммуноферментным методом. Верхняя граница нормы соответствовала значению 3,0 мг/л

Результаты: всем пациентам в исследовании было оценено содержание С-РБ в сыворотке крови, оказалось, что данный показатель имел существенные отличия внутри группы, в среднем составил 3,5 мг/л (0,5-12,5 мг/л). Была проведена оценка показателей липидного спектра крови. В большинстве случаев наблюдалась лёгкая или умеренная гиперхолестениемия (в среднем по группе общий холестерин – 5,45±0,21, ХС-ЛПНП – 3,49±0,18 ммоль/л). При сопоставлении результатов липидного спектра и содержания в сыворотке крови С-РБ отмечена невысокая, но достоверная, прямая корреляция показателей С-РБ и уровня ХС-ЛПНП (r=0,33; p<0,05). При ИБС часто наблюдаются изменения со стороны эластичности магистральных артерий. В работе были изучены исходные значения СПВ и модуля упругости у больных ИБС, как по артериям эластического, так и мышечного типа. Оказалась, что показатели у больных несколько выше (9,84±0,4 м/с) чем в контрольной группе (9,1±0,2 м/с), но отличия оказались недостоверны. Была выявлена прямая корреляция только между Сэ и ХС-ЛПНП (r=0,31; p=0,02). Корреляционная зависимость между Сэ и уровнем С-РБ оказалась более существенной (r=0,34; p=0,018).

Таким образом, увеличение уровня С-РБ плазмы крови может сопровождаться существенными изменениями со стороны эластических свойств магистральных артерий.

0375 СОСТОЯНИЕ АНТИЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТА (АЭИ) У БОЛЬНЫХ С Q ФОРМИРУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Ипатов А.И., Емельянова Е.В., Новикова О.В., Яковлев М.Ю.

ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава», ГКБ №19, Институт общей клинической патологии КДО РАЕН, Москва, Россия

Целью настоящего исследования явилось выявление уровней некоторых показателей иммунитета к нормальной микрофлоре кишечника у больных с острым Q ИМ в 1-е сутки заболевания.

Методы: под нашим наблюдением находились 33 больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) в возрасте от 39 до 82 лет, среди них мужчин 21, женщин 12. С локализациями процесса по преимуществу передне-распространенной локализации 12 человек, заднее-диафрагмальной области 14 человек. Иные локализации констатированы в 6 количестве случаев. Диагноз ИМ ставился на основании общественных стандартов обследования данного контингента больных и являлся достаточно убедительным. В 1-е 24 часа от начала развития болевого статуса, всем больным определялись уровни показателей АЭИ, а именно ЛАЛ-тест (Лимулюс-тест), антитела (АТ) к кандиде, бактероидам, клебсиеллам, и E.Coli.

Результаты: полученные нами сведения демонстрируют значительное увеличение показателей ЛАЛ-теста у данного контингента больных по сравнению с нормой, а именно 1,399±0,093 у больных и 1±0 у групп здоровых лиц (разница высоко статистически значима – p<0,005). Аналогичная картина отмечена при определении иммунного ответа к кандиде (155,685±17,19) у больных и 82,93±2,097 (p<0,05) в группе контроля. По бактероидам в группе у больных с ИМ среднее значение составило 7,189±11,45, группа контроля 2,02±1,96 (p<0,05). Такая же картина отмечена и по клебсиелле, однако в данном случае выявлено значимое уменьшение по сравнению с общепринятой нор-

Tesis_006_end.indd 161 24.08.2006 22:25:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

мой, а именно в группе контроля 30,99±1,048 а у инфарктных больных 20,43± 4,657 (p<0,05)

Выводы: таким образом, можно уверенно констатировать, что при Q форме ИМ отмечается извращение показателей АЭИ в сторону увеличения атиэндотоксиновых АТ. Первичность или вторичность этого процесса нуждается в дальнейшем уточнении. Однако обнаруженные изменения позволяют ставить вопрос о взаимосвязи патогенеза ИМ и состояния АЭИ.

0376 ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННИТЕТА (АЭИ) У БОЛЬНЫХ С Q ФОРМИРУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ИМ) И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИСХОДОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ипатов А.И., Емельянова Е.В., Новикова О.В., Яковлев М.Ю.

ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава», ГКБ №19, Институт общей клинической патологии КДО РАЕН, Москва, Россия

Цель: определение возможной взаимосвязи между интегральными показателями АЭИ и исходом острого Q ИМ.

Методы: под наблюдением находились 41человек с Q ИМ, среди них мужчин 20 в возрасте от 56 до 76 лет и женщин 21 в возрасте от 56 до 76 лет. Из локализации ИМ, доминировала передне-распространенная 16 и заднебоковая 19 человек. В 9 случаях заболевание закончилось летально в течение первых 3 суток от начала процесса. У остальных 32 отмечался благоприятный исход. Всем больным в 1 сутки лабораторно и инструментально подтвержден диагноз острого Q ИМ, наряду с общегородскими стандартами обследования, проводилось определение интегральных показателей АЭИ: антитела (АТ) к Re-гликолипопротеиду (ГЛП) и общему антигену энтеробактерий (ОАЭ).

Результаты: в итоге проведенного исследования получены следующие данные: суммарный уровень ГЛП у лиц с фатально закончившимся ИМ почти в 5 выше, нежели чем при благоприятном течении заболевания, соответственно составив 24,625±12,812 и 5,715±11,116 (p>0,05). Аналогичная ситуация отмечена по уровню АТ к эндотоксину E.Coli, а именно у скончавшихся больных 64,163±38,93, а у выживших 8,775±1,465 (p>0,05).

Выводы: таким образом, несмотря на небольшое количество наблюдений можно констатировать наличие значимо более высоких показателей ГЛП и АЭИ к эндотоксину E.Coli у погибших больных. Весьма вероятно, что вышеприведенные показатели, учитывая огромную разницу в их значениях, могут являться определенного вида маркерами прогноза при Q формирующих ИМ.

0377 НЕОТЛОЖНАЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Ипатов П.В., Клюжев В.М., Ардашев В.М., Кулинченко Н.А., Беспалов А.А.

Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко, Москва, Россия

Смертность населения России в последние годы более чем в 2 раза превышает уровень смертности в 1960-1970 гг. Основной прирост смертности наблюдается в рабочих возрастах. Средний возраст смерти трудоспособного мужчины от сердечно-сосудистых заболеваний составляет 50 лет. Непосредственной причиной смерти лиц такого возраста в большинстве случаев является неотложное состояние.

Недостатки догоспитальнго этапа неотложной медицинской помощи оказывают прямое и выраженное влияние на эффективность специализированной неотложной помощи. Любые самые современные и высокие технологии стационарного лечения не позволят снизить смертность населения страны, когда более 55% москвичей и 83% россиян (1,8 млн. чел.) умирает вне стационаров, когда каждый второй-третий госпитализированный больной с угрожающим жизни состоянием поступает в стационар с задержкой более 24 ч., при этом только 10% от всех умирающих вне стационаров, умирают внезапно – в первые 6 ч. от начала развития неотложного состояния. Наши достижения в снижении госпитальной летальности например, при остром ИМ и церебральном инсульте, во многом обусловлены все более поздней госпитализацией больных. Из 100 умерших от ИМ и церебрального инсульта 60-90 (в зависимости от степени задержки госпитализации в регионе) умирает вне стационара. У жителей России наблюдается свыше 50 млн. случаев тех или иных неотложных состояний, требующих вызова скорой помощи, и в течение как Минимум 30-60 Мин до 8-12 ч. и более (время принятия решения о вызове скорой помощи) больной и его окружение находятся один на один с тяжелой патологией, не зная, что делать, как правильно оказать себе помощь и когда вызывать скорую помощь. Предлагается типовая врачебно-ориентированная неотложная само- и взаимопомощь базирующаяся на: а) индивидуальном прогнозе развития у человека неотложного состояния; б) наиболее типичных начальных проявлениях неотложного состояния; в) рациональном алгоритме неотложных действий и вызова скорой помощи; г) стандартном (наиболее оптимальном) наборе лекарственных средств, упорядоченно расположенных в карманных Мини-аптечках. Мини-аптечка – это новая лекарственная форма (лекарственный комплекс), состоящий из 2-4 различных лекарственных препаратов объединенных и упорядоченно расположенных в одной блистерной упаковке. Какое неотложное состояние наиболее угрожает человеку – такую Мини-аптечку неотложной помощи ему и необходимо постоянно иметь при себе. Кроме чисто лечебной функции аптечки будут активно выполнять и очень важную функцию просвещения, как больных, так и их родственников, придадут уверенность их действиям и обеспечат своевременность вызова скорой помощи. Только за счет своевременности вызова скорой помощи возможно существенное снижение догоспитальной летальности и смертности населения нашей страны. Высокая актуальность рассматриваемой проблемы и ее общегосударственное значение диктуют необходимость разработки целевой федеральной программы развития неотложной первой помощи в России. Цель программы – снижение чрезвычайно высокой внебольничной летальности населения Российской Федерации от основных неотложных состояний и заболеваний.

0378 УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Искандаров Ф.А.

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова Ташкент, Республика Узбекистан

Цель: на основе анализа причин неудовлетворительных результатов (НР) определить пути улучшения результатов баллонной вальвулопластики (БВ) стеноза легочной артерии (СЛА).

Материал и методы: Проведена оценка результатов БВ у 136 больных со СЛА в возрасте от 1 до 39 лет (в среднем 18±2,4 лет). Анализ причин НР проведен в зависимости от возраста, исходного градиента систолического давления (ГСД), типа СЛА и размера примененного баллонного катетера (БК).

Пациентов в возрасте до 5 лет было 17 (12,5%), от 6 до 16 лет – 82 (60,3%), старше 16 – 37(27,2%). Исходный ГСД между правым желудочком (ПЖ) и легочной артерией (ЛА) до 100 Мм рт. ст. был у 78 (57,4%) больных, от 101 до 150 Мм рт. ст. – у 42 (30,9%), более 150 Мм рт. ст. – у 16 (11,8%). Пациентов с клапанным СЛА было 98 (72,1%), комбинированным клапанно-подклапанным СЛА– 38(27,9%). Соотношение БК к клапанному кольцу ЛА (БК/ЛА) менее 1 было у 15 (11,0%) больных, от 1,0 до 1,2 – у 72 (52,9%) и более 1,2 – 49 (36,0%).

Tesis_006_end.indd 162 24.08.2006 22:25:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Эффективность БВ оценивалась на основании снижения ГСД между ПЖ и ЛА. Хорошим результатом БВ считали остаточный градиент менее 30 Мм рт. ст., удовлетворительным – от 31 до 45 Мм рт. ст., неудовлетворительным – более 45 Мм рт. ст. В отдаленные сроки (до 7 лет) обследовано 89 (65,4%) больных, из них у 25 выполнена контрольная катетеризация правых отделов сердца, у 64 – допплер-эхокардиография.

Результаты: Непосредственно после БВ хорошие результаты получены у 71(52,2%) пациентов, удовлетворительные – у 51(37,5%), неудовлетворительные – у 14 (10,3%). Результаты БВ статистически достоверно не отличались в различных возрастных группах. Достоверная разница не выявлена в группах с различным исходным ГСД, хотя при градиенте ниже 150 Мм рт. ст. результаты в целом несколько лучше (p>0,05). При клапанном СЛА (n=98) частота НР БВ была ниже, чем при клапанно-подклапанном СЛА (n=38), и составила соответственно 8,2% и 15,8% (p<0,05). Частота НР в группе с соотношением БК/ЛА менее 1 частота НР составила 46,7% (7 случаев), от 1 до 1,2– 6,9% (5 случаев) и более 1,2–4,1% (2 случая). Ретроспективный анализ показал, что основными причинами высокого остаточного ГСД было применение БК диаметром меньше клапанного кольца ЛА (6 случаев) и наличие выраженного подклапанного СЛА (5 случаев). В 3 случаях, несмотря на соотношением БК/ЛА 1,3-1,4 (адекватная БВ), при клапанном СЛА с исходным ГСД от 193 до 246 Мм рт. ст., не удалось снизить ГСД ниже 45 Мм рт. ст.

В отдаленные сроки у 8 (57,1%) из 14 пациентов с НР отмечалось прогрессирующее снижение ГСД до уровня ниже 40 Мм рт. ст. (включая 3 пациентов после адекватной БВ) Из оставшихся 6 пациентов у 4 успешно выполнена повторная БВ БК большего диаметра, а у 2 – хирургическая коррекция путей оттока из ПЖ.

Выводы: Основными причинами неудовлетворительных результатов БВ СЛА являются неадекватный выбор размера БК и большая степень выраженности подклапанной обструкции выводного отдела ПЖ. Адекватная БВ является главным фактором снижения ГСД между ПЖ и ЛА непосредственно после БВ и остаточного градиента в отдаленные сроки.

0379 ВЗАИМОСВЯЗИ СТРУКТУРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ, ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Искендеров Б.Г., Лохина Т.В., Беренштейн Н.В., Казанцева Л.В., Шибаева Т.М.

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», Пенза, Россия

Целью работы явилось изучение корреляционных связей показателей структурного ремоделирования сердца и сосудов, а также эндотелиальной функции у больных с эссенциальной артериальной гипертонией (ЭАГ).

В исследование были включены 15 больных (10 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 33 до 74 лет (средний возраст 56,9 лет), страдающих ЭАГ II степени (ЕОК/ЕОАГ, 2003). Ультразвуковое исследование сердца и сосудов проводили с помощью аппарата ALOKA 1700 SSD с использованием датчика 3,5 МГц и линейного датчика 7,0 МГц соответственно. Сосудодвигательную функцию эндотелия плечевой артерии (ПА) оценивали по методике, описанной D.S.Celemajer et al. (1992).

Диаметр ПА составил от 0,37 до 0,50 см (0,43±0,04 см), толщина комплекса интима-медиа (КИМ) – от 0,80 до 1,03 мм (0,88±0,06 мм) и линейная скорость – 0,65±0,04 м/с. Исследование эндотелийзависимой вазодилатации (ЭЗВД) в ответ на реактивную гиперемию у всех пациентов выявило наличие эндотелиальной дисфункции различной степени выраженности. Так, прирост диаметра ПА составил от 2,1 до 7,9% и в среднем – 5,1±2,9%. Величина эндотелийнезависимой вазодилатации (ЭНЗВД) у всех пациентов соответствовала нормативным показателям: прирост диаметра ПА при нитроглицериновой пробе составил в среднем 19,25±1,02%. Это подтверждает наличие нарушений релаксации сосудистой стенки на уровне эндотелия.

Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) в среднем составил 153,40±20,24 г/м2, причем у мужчин этот показатель был выше, чем у женщин (165,67±23,16 и 146,33±16,86 г/м^2 соответственно; p<0,05). Концентрический тип гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) диагностирован у 5 пациентов (33,3%) и эксцентрический тип (66,7%) – у остальных пациентов.

С помощью однофакторного корреляционного анализа выявлена прямая корреляция между ИММЛЖ и толщиной КИМ плечевой артерии (r=0,60; p<0,002), обратная корреляция – между показателями прироста диаметра плечевой артерии при ЭЗВД и ИММЛЖ (r =-0,54; p<0,01). Кроме того, отмечена отрицательная корреляция между показателем ЭЗВД и диаметром ПА (r =-0,46; p<0,05). Особенно выраженные корреляционные связи выявлены при концентрическом типе ГЛЖ. Необходимо отметить, что эндотелиальная дисфункция обнаружена также у больных без признаков ГЛЖ и при отсутствии структурных изменений сосудистой стенки.

Таким образом, выявлены достоверные корреляционные связи между гипертрофией левого желудочка и структурным ремоделированием сосудов, а также эндотелиальной функцией плечевой артерии у больных с эссенциальной артериальной гипертонией. Поэтому целью антигипертензивной терапии должно являться не только регресс ГЛЖ, но и ремоделирования сосудистой стенки, который может оказаться эффективным способом профилактики сосудистых осложнений.

0380 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЛЬЦИЙ-РЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ

Искендеров Б.Г., Лохина Т.В., Беренштейн Н.В., Бурмистрова Л.Ф., Шутов А.М.

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», Пенза, Россия

Целью исследования явилось изучение характера структурно-функционального ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) в зависимости от кальций-регулирующей функции паращитовидных желез у больных с гипертонической болезнью (ГБ).

Обследовали 23 больных (13 мужчина и 10 женщин) с ГБ II степени. С помощью допплер-эхокардиографии изучали типы геометрии ЛЖ и его диастолическую функцию. Методом иммуноферментного анализа определяли содержание паратиреоидного гормона (ПТГ) в крови, общую концентрацию кальция в плазме крови и суточный кальцийурез. Исследования проводились через 5-7 суток после отмены антигипертензивных препаратов (период «вымывания»). Патологические состояния, влияющие на обмен кальция, в исследование не включались. Учитывая достаточно широкий диапазон колебания показателей ПТГ в норме (от нуля до 60 нг/мл), нами для сравнительной оценки использовался кластерный анализ. С этой целью больных с учетом уровня ПТГ разделили на 3 группы: 1-я группа – от нуля (0) до 25 нг/мл; 2-я группа – от 26 до 50 нг/мл и 3-я группа – выше 51 нг/мл.

В 3-й группе преобладало число больных с ГЛЖ (концентрической и эксцентрической), а в 1-й группе, в основном, были больные с нормальной геометрией и концентрическим ремоделированием ЛЖ. Выявлена прямая корреляция индекса массы миокарда ЛЖ с содержанием ПТГ (r=0,65; p<0,001), общим кальцием в крови (r=0,54; p<0,01) и суточным кальцийурезом (r=0,67; p<0,001). Менее достоверные корреляции показателей

Tesis_006_end.indd 163 24.08.2006 22:25:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

кальциевого обмена отмечены с толщиной межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ.

Показано, что относительно повышенная функциональная активность паращитовидных желез ассоциируется с выявляемостью и тяжестью диастолической дисфункции ЛЖ (ДФЛЖ). Так, особенно во 2-й и 3-й группах больных диагностировалась диастолическая ДФЛЖ, в том числе все случаи псевдонормального типа трансмитрального диастолического кровотока. При корреляционном анализе выявлена достоверная прямая корреляция между ПТГ и временем изоволюмического расслабления ($r=0,63$; $p<0,001$) и максимальной скоростью медленного кровенаполнения ЛЖ ($r=0,54$; $p<0,01$), обратная корреляция между ПТГ и максимальной скоростью быстрого кровенаполнения ($r=0,51$; $p<0,01$). Аналогичные закономерности отмечены и в отношении показателя суточного кальцийуреза и общего кальция в крови.

В заключении следует отметить, что между показателями структурно-функционального ремоделирования левого желудочка и содержанием ПТГ в крови, а также другими показателями кальциевого обмена существуют корреляционные связи. Это должно учитываться при выборе антигипертензивных препаратов, в частности антагонистов кальция для адекватного контроля АД и устранения признаков структурно-функционального ремоделирования сердца у больных гипертонической болезнью.

0381 АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВОГО И НЕДИГИДРОПИРИДИНОВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Искендеров Б.Г., Лохина Т.В., Абрамова Г.Н., Бурмистрова Л.Ф.

ГОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей Росздрава», Пенза, Россия

Цель исследования: изучение антиангинальной и антиишемической эффективности, а также антигипертензивного действия комбинированной терапии антагонистами кальция (АК) дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда у больных ИБС в сочетании с артериальной гипертонией (АГ).

Обследовали 43 больных (25 мужчин и 18 женщин) с АГ II-III стадии и II степени (по классификации ВНОК, 2004) в возрасте от 40 до 65 лет (53,6±2,2 года). Из них у 33 больных (76,7%) диагностирована стабильная стенокардия напряжения II функционального класса (ФК), у 10 (23,3%) – III ФК. У 30 больных (69,8%) была гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ). Больные получали комбинированную терапию ретардной формой верапамила (изоптин СР) и амлодипином (нормодипин). До лечения и через 4 и 24 недели от начала комбинированной терапии проводили суточное мониторирование АД (СМАД) и ЭКГ, допплер-эхокардиографию.

При комбинированной терапии полный гипотензивный эффект (АД ниже 140/90 Мм рт. ст.) достигнут у 37 (86,0%) и частичный эффект (снижение ДАД на 10 Мм рт. ст. и более, но не до 90 Мм рт. ст.) – у 6 (14,0%). Количество больных-дипперов увеличилось в 1,5 раза (70,4%) за счет уменьшения типа нон-диппер (29,6%) и найт-пикер (0%).

Через 4 недели терапии независимо от геометрии левого желудочка (ЛЖ) по сравнению с исходным состоянием выявлено достоверное различие показателей при болевой и безболевой ишемии миокарда, особенно высокодостоверно уменьшились частота эпизодов ишемии и суммарная продолжительность депрессии сегмента ST ($p<0,001$). Также достоверно увеличилась ЧСС во время болевой ишемии миокарда, что свидетельствует о повышении коронарного резерва. На фоне 24-недельной комбинированной терапии по сравнению с 4-недельной терапией также выявлена положительная динамика показателей, что объясняется улучшением структурно-функционального состояния сердца. Индивидуальный анализ выявил исчезновение эпизодов болевой ишемии миокарда, по данным ХМ ЭКГ, у 23 больных (53,5%), а у 12 больных (27,9%) отсутствовали эпизоды как болевой, так и безболевой ишемии миокарда.

На фоне комбинированной терапии АК значительно сократилась частота приступов стенокардии и повысилась толерантность к физической нагрузке. Важно, что за период наблюдения ни у одного больного прогрессирования коронарной недостаточности – перехода в более высокий функциональный класс стенокардии и/или развития острого инфаркта миокарда не отмечалось.

Таким образом, комбинация амлодипина и верапамила ретард обладает высокой и стабильной гипотензивной, антиангинальной и антиишемической эффективностью у больных хронической ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией.

0382 ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Ишутина Н.П., Раева Т.В., Юдина Н.В., Глухих В.С.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», ГОУ ВПО Тюменская ГМА Росздрава, Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение стратегий обработки информации стрессогенного характера и особенностей совладания с ней (копинг-стратегий) у больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ).

Клиническими и психологическими методами было обследовано 125 больных АГ I-II степени (50-мужчин, 75–женщин) в возрасте от 25 до 65 лет. Копинг-стратегии изучались с помощью «Опросника способов совладания» Фолкмана и Лазаруса, методики определения индивидуальных копинг-стратегий Хайма, теста Вагнера. Уровень стрессоустойчивости и адаптации определялся методикой Холмса и Рея. Контрольную группу составили 50 практически здоровых лиц.

По данным методики Фолкмана и Лазаруса, больные с АГ при столкновении со стрессовой ситуацией достоверно чаще, чем в контрольной группе ($p<0,001$), использовали следующие копинг-стратегии: «планирование», «поиск социальной поддержки» и «самоконтроль», особенно своего эмоционального состояния. Отсутствие у пациентов таких ресурсных стратегий, как «принятие ответственности за болезнь» и «позитивной переоценки стрессов» способствовало повышенной уязвимости перед ними. По результатам методики Хайма среди когнитивных способов совладания со стрессом преобладали «проблемный анализ» и «самоконтроль», редко использовалось нахождение смысла ситуации, определение ее значения для себя. Среди эмоциональных копинг-стратегий при I-ой степени заболевания склонность к подавлению эмоций была более выражена, чем при II-ой ($p<0,05$), что способствовало прогрессированию АГ. При анализе поведенческих копинг-стратегий выявлено их изменение в зависимости от степени болезни. При I-ой степени АГ имелся более широкий спектр выбора моделей поведения в стрессовой ситуации, который значительно уменьшался при II-ой степени, актуализировалось стремление к «избеганию», что способствовало игнорированию болезни, неадаптивному поведению больных. Адаптация к болезни была связана с появлением стратегии «сотрудничества». Непродуктивные копинг-стратегии проявлялись в склонности отягощать и пролонгировать переживания стрессовой ситуации, что способствовало возникновению у больных тревожных и депрессивных расстройств. Тестом Вагнера обнаружено, что в стрессовой ситуации и после нее больные не позволяли себе расслабления и отдыха, постоянно находясь в директивной позиции, направленной на овладение ситуацией и влияние на других, что не позволяло им восстановить эмоциональное равновесие.

Таким образом, полученные данные об особенностях копинг-стратегий у больных АГ способствуют построению дифференцированных психотерапевтических программ, направленных на развитие ресурсных копингов, на осознание

Tesis_006_end.indd 164 24.08.2006 22:25:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

больными ответственности за свое состояние, переработку информации в позитивном ключе и обучение навыкам саморегуляции. Причем, при I-ой степени болезни необходимо делать акцент на снятие тревожности, проявление и высвобождение эмоций, а при II-ой степени – на расширении спектра выбора продуктивных копинг-стратегий в стрессовых ситуациях.

0383 ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Каган И.Б., Шилко Ю.В., Рождественская Е.Д.

Уральская Государственная Медицинская академия, областная клиническая больница №1, областной центр «Сердце и сосуды», Екатеринбург, Россия

Цель настоящего исследования: проследить динамику уровня цитокинов у пациентов с гладким течением раннего послеоперационного периода и у пациентов с острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. В исследование включены 58 пациентов в возрасте от 36 до 65 лет, из них 12 человек – группа сравнения – больные стенокардией напряжения II–III функционального классов, получающие лекарственную терапию. 36 пациентов подвергнуты оперативному вмешательству. 10 пациентов с острым коронарным синдромом. Сывороточные концентрации провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1β, ФНО-α) и интерлейкинов противовоспалительной направленности (РАИЛ, ИЛ–10) определялись трехкратно у пациентов, подвергнутых оперативному лечению: в день предстоящей операции, интраоперационно, после снятия зажима с аорты, и на 8–10 сутки аортокоронарного шунтирования, и двукратно у пациентов с острым коронарным синдромом: на 1 и 8 – 10 сутки. При статистической обработке данных использован метод, выявляющий тип распределения изучаемых показателей.

Результаты. Из полученных данных следует: у пациентов группы сравнения уровень провоспалительных интерлейкинов (ИЛ-1β; ФНО-α), находятся в ранге нормы. Четко представлена адаптивная реакция рецепторного антагониста ИЛ-1β (РАИЛ). У пациентов, подвергнутых операции аортокоронарного шунтирования также представлена адаптивная реакция рецепторного антагониста ИЛ-1β (РАИЛ) в интраоперационном периоде вслед за снятием зажима с аорты, когда высока вероятность развития постперфузионного синдрома.

Сохранение адаптивного уровня показателей РАИЛ отмечается и на 8–10 сутки после операции. У пациентов с острым коронарным синдромом также прослеживается динамика роста противовоспалительных интерлейкинов к 8-10 суткам. ФНО-α во всех группах находился в пределах нижней границы нормы.

Выводы.

1. У пациентов с острым коронарным синдромом и у пациентов перенесших операцию аортокоронарного шунтирования низкий исходный уровень ИЛ-1β и ФНО–α, а также умеренное их повышение или отсутствие такового на 8–10 сутки и после снятия зажима с аорты соответственно, сопровождается благоприятным исходом острого коронарного синдрома и гладким течением раннего послеоперационного периода.
2. У части пациентов с исходно высоким уровнем ИЛ-1β адаптивной реакцией отвечают оба звена противовоспалительных интерлейкинов (ИЛ–10 и РАИЛ), потенцирующих действие друг друга.
3. У пациентов с гладким течением раннего послеоперационного периода и острого коронарного синдрома на всех этапах исследования показатель ФНО–α оставался в ранге нормы, подтверждая тем самым его ведущую роль как медиатора выраженного СВОО на стресс-тканевое повреждение.

0384 ЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПОДЪЕМА АД И ГРУППЫ РИСКА

Казаковцева М.В.[1] Тарловская Е.И.[2]

Областная клиническая больница [1], Кировская государственная медицинская академия[2], Киров, Россия

Цель исследования: целью настоящей работы явилось изучение показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) в зависимости от степени повышения артериального давления (АД) и группы риска артериальной гипертонии (АГ).

Материалы и методы: обследованы 88 человек (больных АГ-60 человек и практически здоровых лиц – 28 человек). Диагноз АГ был установлен на основании клинического и лабораторного исследования, а также общеинструментальных методов, включавших: регистрацию ЭКГ в покое и при физической нагрузке (по показаниям), суточную запись ЭКГ по Холтеру на регистраторах комплекса «Medilog» Oxford (Великобритания), суточное мониторирование АД (СМАД), Эхо-кардиоскопию (ЭхоКС) на аппарате ACUSON 128 XP-110C. В исследование было включено 28 практически здоровых добровольцев от 29 до 50 лет (средний возраст 44,5±6,9 лет), среди которых 12 мужчин (42,8%), и 16 женщин (57,2%). Критериями включения являлись: отсутствие субъективных жалоб, повышенного АД на момент осмотра, а также в анамнезе и по данным СМАД; отсутствие изменений ЭКГ покоя и Холтеровского суточного мониторирования ЭКГ, структурных изменений по данным Эхо-КС.

Результаты и обсуждение: в проведенном исследовании группа практически здоровых добровольцев была сопоставима по полу возрасту, среднесуточной ЧСС с пациентами АГ (p>0,05). Установлено, что нарушение ВСР зависит от степени повышения АД. Пациенты со II степенью повышения АД имеют значительно более низкие значения ВСР, чем пациенты с I степенью повышения АД по показателям, отражающим симпатическое и парасимпатическое влияние на сердечный ритм (SDNN 174,0±34,1-129,3±27,4 p=0,00002; SDNNi 65,1±17,9-51,5±14,4 p=0,005; SDANNi 160,8±32,5-115,5±25,9 p=0,000002; pNN50 10,7(4,5;17,4)-4,9(1,4;9,3) p=0,012). Различия значений ВСР так же зависит от возраста и пола больных АГ. У женщин с АГ при сравнении с мужчинами-гипертониками имеются статистически значимые различия по показателям SDNN, SDNNi, SDANNi, L/H (SDNN 143,5±31,7-166,8±41,3 p=0,026; SDNNi 48,0 (42,9;60,4)-63,8(49,9;77,8) p=0,016; SDANNi 129,7±30,8-153,6±39,7 p=0,019; L/H 1,6±0,4-1,8±0,5 p=0,044). С увеличением возраста (более 45 лет) наблюдается значимое уменьшение значений ВСР практически по всем показателям пациентов старше 45 лет в сравнении с пациентами моложе 45 лет: SDNN (146,6±33,6-174,2±42,3 p=0,015), SDNNi (49,9(43,5;62,8)-72,1(54,7;81,6) p=0,006), SDANNi (133,5±33,6-159,9±39,5 p=0,017), RMSSD (27,4(22,9;39,8)-42,4(29,3;61,4) p=0,023), pNN50 (6,2(2,9;11,5)-13,1(7,9;18,7) p=0,019). На основе корреляционного анализа в нашей работе выявлено, что с увеличением группы риска АГ достоверно снижаются значения SDNN (r=-0,3, p=0,041) SDANNi (r=-0,3, p=0,039).

Выводы: у больных артериальной гипертонией имеет место нарушение вариабельности сердечного ритма, зависящее от возраста пациентов, степени повышения АД и группы риска заболевания.

0385 КОРРЕКЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ

Казанбиев Н.К., Эзиляева М.Р., Магомедов А.З., Атаева З.Н., Амбоян А.С., Алиева М.Г., Ахмедова Д.А., Гусейнова Р.К., Османова А.В.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

В настоящее время отсутствует единый подход к лечению хронического сердца (ХЛС), а эффективность медикаментоз-

Tesis_006_end.indd 165 24.08.2006 22:25:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ной терапии остается все еще низкой. Данное обстоятельство побуждает ученых продолжать искать новые решения в лечении этой патологии.

Поиск препаратов, эффективно корригирующих легочную гипертензию (ЛГ) и сердечную недостаточность (СН), снижающих при этом смертность и улучшающих течение заболевания, является актуальной клинической проблемой.

В связи с этим целью нашего исследования была оценка клинической эффективности ингибитора ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) лизиноприла (Диротон, «Gedeon Richter», Венгрия), дыхательного аналептика альмитрина бисмесилата (Арманор, «Servier», Франция), а также их сочетанного применения в составе комплексного лечения декомпенсированного ХЛС.

Материалы и методы. Обследовано 66 больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), дыхательной недостаточностью (ДН) II и III степени и декомпенсацией кровообращения. Контрольную группу составили 20 человек, которые получали традиционное лечение (диуретики, сердечные гликозиды, нитраты, бронходилататоры, антикоагулянты, оксигенотерапия, кровопускание и т.д.), а основную – 46 больных, которые наряду с традиционным лечением приечением (диуретики, сердечные гликозиды, нитраты, бронходилататоры, антикоагулянты и т. нимали иАПФ и Арманор.

При обследовании больных были использованы следующие инструментальные методы исследования: электрокардиография (ЭКГ), рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография (Эхо-КГ), исследование функции внешнего дыхания (ФВД) по программе «поток-объем», анализ газового состава крови. Кроме того, оценивались качество жизни по Миннесотскому опроснику «Жизнь с сердечной недостаточностью» и толерантность к физической нагрузке тестом с 6-ти Минутной ходьбой. Исследования проводили при поступлении больных в стационар, при выписке и через 3 месяца амбулаторной терапии.

Результаты. В основной группе по сравнению с контрольной отмечен клинический эффект, проявлявшийся уменьшением перегрузки правых отделов сердца, снижением амплитуды зубца Р на ЭКГ, более быстрой регрессией явлений СН с уменьшением функционального класса по NYHA. Кроме того, отмечено достоверное улучшение гемодинамических, морфометрических показателей центральной и внутрисердечной гемодинамики, вентиляционной и газотранспортной способности легких.

Выводы. Включение в схему комплексного лечения декомпенсированного ХЛС иАПФ лизиноприла и дыхательного аналептика альмитрина позволило контролировать клинические проявления заболевания, влияя на степень ЛГ и СН, замедлить прогрессирование легочно-сердечной недостаточности и улучшить качество жизни больных.

0386 ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СВЯЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АТОРВАСТАТИНА

Казанцева М.О., Логачева И.В.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель: изучить изменения иммунного профиля у больных прогрессирующей стенокардией в связи с применением аторвастатина.

Методы: в исследование включены 52 больных с нестабильной стенокардией – НС (56,3±4,2 лет), 23 из которых в течение 6 месяцев получали аторвастатин в дозе 10 мг (Аторис, «KRKA») на фоне стандартной терапии ИБС, 29 больных получали стандартную терапию ИБС.

Всем больным проводилась комплексная оценка состояния иммунитета. Определение Т-лимфоцитов, Т-хелперов (CD4+), Т-супрессоров (CD8+) и В-лимфоцитов осуществлялось с помощью моноклональных антител (ЗАО «Медицинская иммунология», Москва) с буферной системой визуализации (флуоресцентный микроскоп). Определялся коэффициент соотношения иммунорегуляторных клеток – CD4+/CD8+. Исследовались показатели адгезионной (методом иммунофлюоресценции) и фагоцитарной способности нейтрофилов, индекс напряженности (ИН) с помощью нагрузочных тестов. Определение содержания Ig G в сыворотке крови проводилось методом двойной радиальной иммунодиффузии по Manchini. Статистический анализ проведен с помощью пакета программ Statistica v.6.0.

Результаты: Через 6 месяцев терапии в группе больных принимавших аторвастатин отмечалось увеличения числа Т-лимфоцитов (от 1,1±0,06 до 1,5±0,1 *109/л; p≥0,05), повышение числа CD4+ и CD8+ (на 33,3 и 58,2% соответственно; p≥0,05) и коэффициента соотношения CD4+/CD8+ (от 2,9±0,2 до 4,0±0,1; p≥0,01). Число В-лимфоцитов существенно не менялось. Наблюдалось увеличение показателей адгезионной и фагоцитарной способности нейтрофилов (на 22,7 и 22,5% соответственно; p≥0,05). ИН повысился по сравнению с исходными данными от 2,1±0,1 до 2,9±0,1 у.е.; p≥0,05. Отмечалось снижение уровня Ig G (от 13,6±1,2 до 11,1±1,1 г/л; p≥0,05). В группе больных, принимавших стандартную терапию, изменения иммунных показателей соответствовали таковым из группы аторвастатина, однако степень изменения была недостоверна.

Выводы: У больных острым коронарным синдромом наблюдается подавление Т-звена иммунитета с уменьшением индекса напряженности. В результате 6-месячной комбинированной терапии больных прогрессирующей стенокардией в группе аторвастатина регистрировалась достоверная положительная динамика иммунных показателей по сравнению с больными контрольной группы.

0387 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ДЕПРЕССИЯ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В ПОПУЛЯЦИИ МЕГАПОЛИСА

Калев О.Ф., Комарова Н.А.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», Челябинск, Россия

Цель: проведено исследование распространенности и взаимосвязи артериальной гипертензии (АГ), депрессии (Д) и потребления алкоголя (ПА) в популяции мужчин и женщин города Челябинска.

Материалы и методы. Сформирована случайная выборка (4000 человек) из базы данных, застрахованных областным фондом обязательного медицинского страхования. Отклик составил 62,7%. Обследование прошли 1069 мужчин и 1439 женщин в возрасте 18 – 64 года, по протоколу программы СИНДИ-Россия

Критерием АГ было АД >140/90 Мм рт. ст. Наличие депрессии определялось по опроснику CES-D (США), валидизированного в России в программе «КОМПАС». Диагноз «Д» ставился лицам, набравшим 19 и более баллов с выделением Д1 легкой степени (19-25) и клинически выраженной Д2 (26 и более). В соответствии с рекомендациями Норвежского института наркологии обследованные разделены на потребляющих алкоголь (ПА) и не потребляющих алкоголь (НПА) в течение последнего года (12 месяцев).

Результаты. В популяции мужчин распространенность АГ составила 30,4%, Д–14,3% (Д1-8,9%, Д2–5,4%) и ПА (90,1%), в популяции женщин: АГ–31,4%, Д–21,6% (Д1–15,0%, Д2–6,6%), ПА–80,2%. Среди НПА мужчин с нормальным АД частота Д1 была – 5,7%, лиц с Д2 не было. Среди ПА мужчин с нормальным АД частота Д–10,5% (Д1– 7,2%, Д2–3,3%), среди НПА мужчин с АГ частота Д–22,2% (Д1–12,1%, Д2–10,1%).

Среди НПА женщин с нормальным АД частота Д–18,7% (Д1–11,2%, Д2–7,5%). Среди ПА женщин с нормальным АД–16,7% (Д1–12,2%, Д2–4,5%), среди НПА с АГ частота Д–31,4%

Tesis_006_end.indd 166 24.08.2006 22:25:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(Д1–24,5%, Д2–6,9%), среди ПА женщин с АГ частота Д–31,4% (Д1–20,5%, Д2–10,9%).

Среди мужчин без депрессии доля НПА лиц с АГ равна 3,3%, среди мужчин с Д1–9,4% и Д2–11,8%. Среди мужчин без депрессии доля ПА лиц с АГ–23,7%, среди мужчин с Д1–35,3% и среди мужчин с Д2–49,0%.

Среди женщин без депрессии доля НПА лиц с АГ равна 6,8%, среди женщин с Д1–12,6% и Д2–8,0%. Среди женщин без депрессии доля ПА лиц с АГ–20,7%, среди женщин с Д1–32,3% и среди женщин с Д2–39,1%.

Дихотомия популяции мужчин и женщин на НПА и ПА в течение последних 12 месяцев с выделением в каждой из подгрупп лиц с нормальным АД и АГ и классификация последних по наличию депрессии и ее степени выраженности позволяет составить популяционный профиль, характеризующий распространенность и взаимосвязь АГ, депрессии и потребление алкоголя. Дихотомический подход, в соответствии с предложенным нами алгоритмом, может быть использован для классификации лиц и в клинической практике.

Выводы. В популяции женщин частота Д достоверно выше, чем среди мужчин, а ПА – ниже. В популяции мужчин и женщин наличие АГ ассоциируется с достоверно более высокой частотой Д независимо от потребления алкоголя по сравнению с лицами с нормальным АД. Наличие Д в сочетании с ПА значительно увеличивает распространенность АГ, частота которой увеличивается по мере нарастания тяжести депрессии.

0388 ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АЛЬТЕПЛАЗОЙ И СТРЕПТОКИНАЗОЙ НА УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Калинина С. Г., Габинский Я. Л.

Клинический центр « Кардиология», Екатеринбург, Россия

Широко применяемые в терапии острого инфаркта миокарда тромболитические препараты оказывают значительное влияние на коагуляционные процессы вообще и на уровень фибриногена в частности. В настоящее время применяются как фибринонеспецифичные препараты (стрептокиназа), так и фибриноспецифичные препараты (альтеплаза).

Целью нашего исследования было сравнение изменений уровня фибриногена при терапии различными тромболитическими препаратами. Материал и методы. В исследование включались пациенты с острым инфарктом миокарда, которым при поступлении в клинику проводилась тромболитическая терапия. ТЛТ проводилась препаратом стрептокиназа (56 больных) – I группа и препаратом альтеплаза (25 больных) – II группа. Стрептокиназа вводилась в стандартной дозировке – 1 500 000 ЕД в течение 1 часа, альтеплаза вводилась в дозе 100 мг за 90 Мин. Средний возраст больных I группы составил 57,7±3,3 года, средний возраст больных II группы – 54,1±1,6 года. Уровень фибриногена исследовался до проведения ТЛТ, через 3 часа после ТЛТ, на 5, 10, 20 сутки. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием t-критерия Стьюдента с помощью программы STATISTICA. Результаты. При сравнении уровня фибриногена в каждой из групп в исследуемых точках (до ТЛТ, через 3 часа, на 5, 10, 20 сутки) с исходными величинами каждой из групп, были получены следующие данные. Через 3 часа после проведенной ТЛТ в I группе наблюдается резкое снижение фибриногена в плазме крови, уровень его в этот момент времени составил 0,6±0,4 г/л, во II группе – 3,1±0,2 г/л. Различие с исходными показателями достоверно как в I группе ($p<0,001$), так и во II группе. К 5 суткам его уровень значительно превысил исходные величины и достиг значений 4,5±0,4г/л в первой группе ($p<0,01$) и 6,0±0,4 г/л ($p<0,001$) во второй группе. К 10 суткам в обеих группах уровень фибриногена продолжает повышаться, достигает пиковых значений в обеих группах и составляет 4,7±0,5 г/л в I группе и 6,1± 0,3 г/л во II группе ($p<0,001$). К 20 суткам его уровень уже заметно снизился, приближаясь к исходному в 4,1±0,3 и 4,6±0,5 г/л соответственно, не имея статистически достоверной разницы с исходными величинами каждой из групп. При сравнении групп между собой в каждой точке исследования, были получены следующие результаты. До проведения ТЛТ, статистически значимой разницы в показателях фибриногена обеих групп не получено. Через 3 часа после проведения ТЛТ получено статистически значимое различие в уровнях фибриногена I и II группы ($p<0,001$). В I группе снижение фибриногена значительно более выраженное. На 5 и 10 сутки сохраняются статистически значимые различия между уровнем фибриногена I и II группы ($p<0,001$), более высокий уровень фибриногена наблюдается у больных II группы. На 20 сутки статистически значимых различий между уровнем фибриногена I и II группы не выявлено. Выводы. При проведении ТЛТ у больных острым инфарктом миокарда на уровень фибриногена крови влияет как фибринонеспецифичный препарат стрептокиназа, так и фибриноспецифичный препарат альтеплаза. Стрептокиназа оказывает более выраженное влияние на уровень фибриногена.

0389 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ

Калинкина Н.В., Ватутин Н.Т., Кашанская О.К.

Государственный медицинский университет, Донецк, Украина

Цель: оценить особенности ремоделирования артерий под влиянием антрациклиновых антибиотиков.

Материал и методы. Ультразвуковая допплерография плечевой артерии проводилась на аппарате «Sonoline Elegra» (США) 62 пациентам (28 мужчин и 34 женщин, 20,5±3,1 лет) без сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска, получающим антрациклиновые антибиотики по поводу онкогематологических заболеваний и находящимся в фазе полной клинико-гематологической ремиссии, в динамике трижды: при кумулятивной дозе <550 мг/м2 – 1-я группа, 550-1000 мг/м2 – 2-я и >1000 мг/м2 – 3-я. Оценивались пиковая систолическая (Vps), конечная диастолическая (Ved), усредненная максимальная (TAMX), усредненная средняя (TAV) скорости кровотока, индексы – резистентности (RI), пульсационный (PI), спектрального расширения (SBI), систоло-диастолическое соотношение (SD), толщина интима-медиа и внутренний диаметр сосуда (D). Измерения и расчеты проводились в покое и после действия фактора, стимулирующего эндотелийзависимую вазодилатацию (компрессионная проба). Контрольную группу составили 30 сопоставимых по полу и возрасту практически здоровых лиц.

Результаты. Исходно в сравнении с контрольной группой Ved была выше у всех пациентов, получивших антрациклины (1-я группа – 10,2±6,9 см/с, 2-я – 10,5±5,2 см/с, 3-я – 16,1±1,5 см/с, контроль – 7,0±3,3 см/с). После декомпрессии в контроле Ved увеличилась на 47,5%, а в остальных группах уменьшилась: в 1-й – на 15,2%, во 2-й – на 26,8%, в 3-й – на 54,6%. В покое индексы периферического сопротивления (RI, PI, SD) были ниже в 3-й группе (0,88±0,05, 3,06±0,77, 3,59±1,07 соответственно), чем в контроле (0,98±0,55, 4,64±1,97, 5,48±2,1) и других группах (1-я группа – 0,88±0,24, 3,81±1,31, 5,39±2,51: 2-я – 0,83±0,09, 4,4±1,3, 6,95±3,49). После декомпрессии в контрольной, 1-й и 2-й группах они не изменились, а в 3-й – увеличились: PI на 49,9%, RI на 15,6%, SD на 88,8%. В 3-й группе отмечено также увеличение толщины комплекса интима-медиа (0,78±0,04 мм по сравнению с контролем – 0,67±0,12 мм, 1-я группа – 0,66±0,12 мм, 2-я – 0,69±0,13 мм). В ответ на ускорение кровотока в 1-й группе диаметр плечевой артерии увеличился на 20,3% (в контроле – на 18,1%), во 2-й группе у 20% диаметр артерии также возрос на 17,3%, у 53% он не изменился, а у 27% наблюдалась парадоксальная констрикция сосуда. В 3-й группе у 44% пациентов диаметр не изменился, у 56% – он уменьшился.

Выводы. Ремоделирование артерий под влиянием антрациклинов характеризуется изменением конечно-диастоличес-

Tesis_006_end.indd 167 24.08.2006 22:25:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

кой скорости кровотока и сосудистого сопротивления в покое и после компрессионной пробы, возрастанием толщины комплекса интима-медия при кумулятивной дозе >1000 мг/м2, а также нарушением дилатации плечевой артерии в ответ на пробу с реактивной гиперемией.

0390 ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Каллаева А.Н., Османова А.В., Алиева М.Г., Абдулпатахов М.М.
ДГМА, Махачкала, Россия

Целью данного исследования явилось изучение общих закономерностей дальнейшего прогрессирования ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической сердечной недостаточности (ХСН) у 106 больных нестабильной стенокардией (НС). Оценивалось в частности прогностическое значение различных форм НС и их возможное влияние на отдаленные исходы заболевания.

Материалы и методы: 34 больных с впервые возникшей стенокардией (ВВС) (1ая подгруппа), 40 больных с прогрессирующей НС без приступов стенокардии покоя (2ая подгруппа), 32 пациента с тяжелыми приступами НС покоя (3я подгруппа).

Результаты: Было показано, что наиболее серьезный отдаленный прогноз заболевания характерен для больных НС, которая проявлялась повторными тяжелыми приступами стенокардии покоя продолжительностью 15 – 20 Минут, что соответствовало классу IIIB и IIIA по классификации E.Braunwald или «острой стенокардии покоя» по C.W.Hamm, E.Braunwald. Так 2х – летняя летальность этих больных достигла 31,2%. Обращал на себя внимание тот факт, что более чем у половины больных 3й подгруппы причиной смерти явилась прогрессирующая ХСН. Частота повторных острых нарушений коронарного кровотока у этих пациентов составила 43%, а число больных с тяжелой или умеренной ХСН – 15% и 25%, соответственно.

Максимальное число летальных исходов, случаев ИМ или новых эпизодов НС приходилось на 1-2ой годы после выписки больных из стационара.

В противоположность этому, эпизоды ВВС (1ая подгруппа) или прогрессирующей стенокардии без тяжелых приступов стенокардии покоя (2ая подгруппа) не оказывали столь существенного влияния на дальнейшее течение ИБС, по крайней мере, на протяжении первых 2х лет после выписки больных из стационара. Так, общая 2х – летняя летальность пациентов 1ой и 2ой подгруппы оказались в 2,6–1,5 раза меньше, число ИМ или новых эпизодов НС – в 2,3–2,6 раза меньше, чем соответствующие показатели, рассчитанные для больных 3й подгруппы.

У всех больных 1ой подгруппы (ВВС) и у 57% больных 2ой подгруппы причиной смерти являлся ИМ. ХСН была причиной смерти у 43% больных 2ой подгруппы.

Выводы: Таким образом, увеличение числа неблагоприятных исходов заболевания у этих больных отмечалось только ко 2 му году наблюдения и, вероятно, было связано с естественным прогрессированием коронарного атеросклероза и возникновением новых очагов хронической ишемии, гибернирующего миокарда и некрозов.

0391 ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЛОЗАП ПЛЮС

Канкасова Ю.В., Максимов Н.И.
ГОУ ВПО «ИГМА», Ижевск, Россия

Цель: изучить антигипертензивную эффективность и динамику показателей качества жизни (КЖ) у больных гипертонической болезнью под влиянием терапии препаратом лозап плюс.

Методы исследования: под наблюдением находилось 18 больных с артериальной гипертонией (АГ) I-II степени. Возраст пациентов в среднем был 52,6±1,6 года. Длительность заболевания составила в среднем 11,4±1,2 года. Всем пациентам назначался комбинированный препарат лозап плюс (лозартан 50 мг + гипотиазид 12,5 мг) однократно утром. Доза титровалась от 1/2 до 1 таблетки в сутки, длительность терапии составила 12 недель. В динамике больным проводилось суточное мониторирование артериального давления (СМАД), дуплексное сканирование общих сонных артерий с определением величины комплекса интима-медиа (ВКИМ). Для оценки качества жизни использовали русифицированную версию опросника SF 36, который позволяет оценить субъективную удовлетворённость больного своим физическим и психическим состоянием, социальным функционированием, а также отражает самооценку степени выраженности болевого синдрома. Анализировали 8 шкал опросника.

Полученные результаты: проводимое лечение сопровождалось положительной динамикой суточного профиля артериального давления (АД). Наблюдалось снижение среднесуточного систолического АД на 13,9% ($p<0,001$), среднесуточного диастолического АД на 12,6% ($p<0,001$). Отмечалось достоверное снижение индекса времени гипертензии. Для систолического АД имело место увеличение количества пациентов Dipper за счёт уменьшения числа больных АГ Non-dipper и исчезновения Night-peaker. Исходно по результатам ВКИМ нормальные показатели (<0,9мм) выявлены у 7 больных (39%), утолщение (0,9-1,3мм) у 9 больных (50%) и наличие атеросклеротической бляшки у 2 больных (11%). После лечения количество больных с нормальной толщиной «интима-медиа» увеличилось до 13, количество больных с атеросклеротической бляшкой не изменилось. До лечения отмечалось достоверное снижение КЖ по шкалам физической, эмоциональной и социальной роли, и по шкале физической боли. Физическая боль в основном была представлена головными болями и кардиалгиями. Полное отсутствие болевого синдрома отмечено лишь у трёх больных. Показатели психического здоровья были оценены довольно высоко. При повторном исследовании КЖ через 12 недель терапии лозапом плюс выявлено статистически значимое улучшение по шкалам физической функции и боли, общего здоровья, жизнеспособности и эмоциональной роли. Изменение показателей КЖ по шкалам социальной роли и психического здоровья были недостоверны.

За весь период наблюдения отмечалась хорошая переносимость препарата, отсутствие побочных эффектов.

Выводы: качество жизни является одним из показателей, на основании которого можно судить об эффективности проводимой терапии. Лозап плюс при однократном приёме обеспечивает продолжительное антигипертензивное действие, не приводя к ухудшению ни в одной из субсфер КЖ.

0392 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ В КРАСНОДАРЕ: ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИЗОШЕДШИЕ С 2000 ПО 2005 ГОД

Канорский С.Г., Поршина Т.Г.
Кубанский государственный медицинский университет,
Краевой клинический госпиталь для ветеранов войн,
Краснодар, Россия

За последние годы опубликованы два пересмотра рекомендаций Всероссийского научного общества кардиологов, новые европейские и американские рекомендации по лечению артериальной гипертензии (АГ). Эти документы, доступные медицинской общественности, должны были оказать влияние на характер фармакотерапии АГ в реальной клинической практике.

Цель работы – оценить изменения амбулаторной тера-

Tesis_006_end.indd 168 24.08.2006 22:25:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

пии АГ у ветеранов Великой Отечественной войны (ВОВ) в Краснодаре в период с 2000 по 2005 год. Ранее в течение 2000 года обследованы 1500 мужчин в возрасте от 71 до 90 лет, поступавших в плановом порядке на стационарное лечение в Краевой клинический госпиталь для ветеранов войн. АГ диагностировали в 79,3% случаев, причем 8,3% ветеранов не знали о своем заболевании, а 18,9% вообще не принимали антигипертензивных препаратов, зная о повышении артериального давления (АД). В 2005 году обследовано 1545 ветеранов ВОВ в возрасте от 76 до 90 лет, чтобы количество больных АГ, получавших антигипертензивные препараты в выборках, оказалось равным (по 856 человек). АГ диагностировали в 77,8% случаев (у 5,9% впервые). Вообще не принимали антигипертензивных препаратов 22,9% ветеранов, осведомленных о наличии у них повышенного АД. В 2000 году наиболее часто применялся адельфан эзидрекс (23,7%), который больные принимали при ухудшении самочувствия на фоне повышения АД. На втором месте по частоте использования находился эналаприл (18,3%), который больные, как правило, применяли регулярно. Однако эпизодические приемы несовременных комбинаций препаратов являлись единственным способом терапии АГ в 38,6% случаев. Диуретики, чаще всего гидрохлортиазид, получали 9,9% больных, обычно с хронической сердечной недостаточностью. Бета-адреноблокаторы назначались 5,7% пациентов, всегда при симптоматических аритмиях сердца. Антагонисты кальция принимали 18,1% ветеранов с АГ, причем в половине случаев – коротко действующий нифедипин нерегулярно. Альфа-адреноблокаторы получали 1,2%, а клонидин (нерегулярно) – 5,1% больных АГ. В 2005 году наиболее часто назначались эналаприл (35,5%) и каптоприл (20,2%), а все ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента – в 59% случаев. Диуретики, чаще индапамид, получали уже 18% больных АГ. При этом реже применялись антагонисты кальция (13,3%), бета-адреноблокаторы (0,2%) и фиксированные комбинации антигипертензивных препаратов (4,7%). Редко назначались альфа-адреноблокаторы (2,2%), агонисты имидазолиновых рецепторов (2,5%) и блокаторы рецепторов ангиотензина II (0,1%). Прекратилось применение клонидина и папазола. За период с 2000 по 2005 год лечение АГ у ветеранов ВОВ существенно изменилось. Частота применения несовременных комбинированных препаратов снизилась в 22,2 раза, эналаприла возросла в 1,9 раза, а каптоприла – в 10,8 раза. В целом наблюдавшиеся изменения обусловлены коррекцией структуры льготного обеспечения лекарственными средствами ветеранов ВОВ, как и раньше принимающих только получаемые бесплатно препараты. Как и 5 лет назад многие больные АГ применяли антигипертензивные средства нерегулярно.

0393 ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ЖИРНЫХ КИСЛОТ, РОЗУВАСТАТИНА И ПЕРИНДОПРИЛА НА ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Канорский С.Г., Бодрикова В.В., Чунтыжева М.М.

Кубанский государственный медицинский университет, Отделенческая клиническая больница на станции Краснодар ОАО Российские железные дороги, Краснодар, Россия

Некоторые лекарственные средства, назначаемые больным с сердечно-сосудистой патологией, вероятно, способны оказывать самостоятельное антиаритмическое действие, которое следует оценивать в специальных рандомизированных проспективных исследованиях.

Цель работы – изучить влияние омега-3 жирных кислот, розувастатина и периндоприла на противорецидивную эффективность пропафенона у больных с фибрилляцией предсердий (ФП).

Обследовано 89 больных (56 мужчин и 33 женщины) в возрасте от 42 до 65 лет с симптоматической пароксизмальной или персистирующей ФП. Основным заболеванием в 47 (52,8%) случаях являлась ишемическая болезнь сердца со стенокардией напряжения I-II функциональных классов, в 24 случаях – с постинфарктным кардиосклерозом, у 12 (13,5%) – гипертоническая болезнь II стадии, у 30 (33,7%) – сочетание ишемической болезни сердца с гипертонической болезнью III стадии. У 43 (48,3%) больных выявлялась дислипидемия. После восстановления синусового ритма пациентов рандомизировали для лечения пропафеноном в дозе 450 мг/сутки (1-я группа, n=22), его комбинацией с препаратом омега-3 жирных кислот омакором в дозе 1000 мг/сутки (2-я группа, n=21), розувастатином в дозе 5-10 мг/сутки (3-я группа, n=23) или периндоприлом в дозе 4-8 мг/сутки (4-я группа, n=23). В исходном состоянии и через год контролируемой терапии проводили суточное мониторирование электрокардиограммы, чреспищеводное электрофизиологическое исследование сердца, эхокардиографию, определение уровня С-реактивного белка, оценку качества жизни, регистрировали симптоматические рецидивы ФП и трансформацию аритмии в постоянную форму.

Пациенты сравнивавшихся групп оказались сопоставимыми по полу, среднему возрасту, характеру и тяжести основного заболевания, средней частоте экстрасистол за сутки, продолжительности эффективного рефрактерного периода левого предсердия, параметрам эхокардиографии, уровню С-реактивного белка, показателю качества жизни, частоте рецидивов ФП. В течение года контролируемой терапии средняя частота рецидивов ФП составляла 3,1±0,9, 1,6±0,7 ($p<0,05$), 2,0±0,5 ($p<0,05$) и 0,8±0,3 ($p<0,05$), трансформация аритмии в постоянную форму наблюдалась в 3, 1, 1 и 0 случаев в 1-й, 2-й, 3-й и 4-й группах соответственно. Во 2-й группе отмечалось Минимальное среднесуточное количество экстрасистол, в 4-й – ограничение ремоделирования левых отделов сердца, максимальная продолжительность эффективного рефрактерного периода предсердий и лучшее качество жизни. Во 2-й, 3-й и 4-й группах, по сравнению с 1-й, регистрировались более низкие уровни С-реактивного белка.

Омега-3 жирные кислоты, розувастатин и периндоприл оказывают противовоспалительное действие, но последнему присущ и дополнительный антиремоделирующий эффект, обеспечивающий преимущество в предупреждении ФП у больных, получающих после восстановления синусового ритма пропафенон.

0394 ВЛИЯНИЕ ПЕКТИНА НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Канорский С.Г., Филатова Е.А., Чунтыжева М.М.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

В соответствии с ранее полученными нами данными полисахаридный компонент растительного сырья – пектин в высокой дозе (25 мг/сутки) обеспечивает существенное снижение артериального давления, уровней холестерина и глюкозы в крови у больных с сочетанием гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа. Представляло интерес изучение влияния пектина на параметры эхокардиографии, толерантность к физической нагрузке и качество жизни таких пациентов.

Цель работы – оценить действие пектина на структурно-геометрические параметры, функцию левого желудочка, результаты теста с 6-минутной ходьбой и качество жизни больных с сочетанием гипертонической болезни и сахарного диабета 2 типа.

Обследовано 185 больных (82 мужчины и 103 женщины) в возрасте от 47 до 59 лет с сочетанием гипертонической болезни I-II стадии и сахарного диабета 2 типа. Пациентов с артериальной гипертензией I степени и сахарным диабетом, компенсируемым диетой, рандомизировали для лечения немедикамен-

Tesis_006_end.indd 169 24.08.2006 22:25:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тозными методами (диетические мероприятия, ограничение поваренной соли и алкоголя, дозированные физические нагрузки) (1-я группа, n=45) или этими же методами с добавлением яблочного пектина в дозе 25 мг/сутки (2-я группа, n=46). Больным с артериальной гипертензией II степени и сахарным диабетом, не компенсируемым диетой, проводили лечение фиксированной комбинацией периндоприл/ индапамид в дозах 2/0,625 или 4/1,25 мг и глибенкламидом в дозе 3,75-5 мг/сутки без добавления (3-я группа, n=47) или с добавлением пектина (4-я группа, n=47). До и в конце 6-месячной контролируемой терапии проводили эхокардиографию, тест с 6-минутной ходьбой и оценку качества жизни.

Через полгода лечения индекс массы миокарда левого желудочка существенно не изменялся в 1-й и 2-й, но снижался на 9,6 ($p<0,05$) и 14,8% ($p<0,05$) в 3-й и 4-й группах соответственно. Соотношение пиковых скоростей раннего и предсердного наполнения левого желудочка увеличивалось с 0,93±0,07 до 1,09±0,08 ($p<0,05$) в 4-й группе. Дистанция 6-минутной ходьбы достоверно возрастала на 10,7 ($p<0,05$), 11,6 ($p<0,05$) и 17,2% ($p<0,05$) во 2-й, 3-й и 4-й группах соответственно. Показатель качества жизни повышался на 19,5 ($p<0,05$), 25,4 ($p<0,01$), 20,3 ($p<0,05$) и 28,6% ($p<0,01$) в четырех сравнивавшихся группах.

Добавление яблочного пектина в дозе 25 мг/сутки к стандартной медикаментозной терапии наиболее эффективно у больных с сочетанием артериальной гипертензии II степени и сахарным диабетом 2 типа. У них пектин способствует значительной регрессии гипертрофии левого желудочка, улучшению его диастолической функции, более выраженному увеличению дистанции 6-минутной ходьбы и улучшению качества жизни.

0395 ИММУННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ

Кантемирова М.Г., Дегтярева Е.А., Ибрагимова Г.Ф., Цицилашвили М.Ю., Коровина О.А., Муханов О.А

Российский Университет дружбы народов, МДГКБ, ДИКБ №6, НПУСМ, Москва, Россия

Вегетативная дисфункция (ВД) остается одной из наиболее распространенных форм так называемой «функциональной» сердечно-сосудистой патологии у детей. Современные исследования все чаще подтверждают наличие ультраструктурных и иммуно-метаболических изменений при ВД, что свидетельствует о существовании резервов в патогенетическом подходе к профилактике и лечению.

Цель исследования: изучение выраженности наследственной, конституциональной, инфекционной отягощенности и спектра антикардиальных и тканевых антител при ВД у детей. Обследованы 110 детей в возрасте от 3-х до 14 лет при ВД с кардиалгическим синдромом.

Методы исследования: клинико-анамнестический, генетико-фенотипический методы с использованием критериев Милковской-Дмитровой Т. (1982); ЭКГ, метод вариационной пульсометрии по методике Р.М.Баевского (1984) в покое и клиноортостатической пробе; ЭХОКГ с определением степени сердечной стигматизации; определение -гемолитического стрептококка группы А в ротоглотке и титров АСЛО в крови; определение гетерофильных антикардиальных антител (АКАТ) к эндотелию, кардиомиоцитам, проводящей системе, гладкой мускулатуре; определение тканевых циркулирующих аутоантител.

Выявлены признаки выраженной общей фенотипической и сердечной стигматизации у 40% и 38% обследованных детей соответственно, что значительно выше среднепопуляционого уровня; высокий инфекционный индекс (68%), хронический тонзиллит (78%), инфицированность β-гемолитическим стрептококком группы А (54%). В спектре АКАТ отмечено повышение титров АТ к кардиомиоцитам, в большей степени, к проводящей системе. У детей с выраженной степенью дисплазии соединительной ткани – повышение уровня АТ к коллагену и эластину.

Полученные данные свидетельствуют о выраженной наследственно-конституциональной и инфекционной отягощенности у детей с ВСД, ведущей к развитию дисбаланса гуморального звена иммунитета при ВД у детей.

0396 К ВОПРОСУ О СПЕКТРЕ ГЕТЕРОФИЛЬНЫХ АНТИКАРДИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМИ И БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

Кантемирова М.Г., Дегтярёва Е.А., Цицилашвили М.Ю., Ибрагимова Г.Ф., Трошева О.Н.

РУДН, МДГКБ, ДИКБ №6, Москва, Россия

Цель работы: комплексная оценка состояния сердечно-сосудистой системы и спектра гетерофильных антикардиальных антител у детей с вирусными и бактериальными инфекциями. Обследованы 85 детей трех групп в возрасте от 3-х до 14 лет: 44 пациента с герпетической инфекцией (ВЭБ, ЦМВ, HHV6, ВПГI, ВПГII); 22 – с хламидийной и микоплазменной инфекцией, и 22 – с ОРВИ (грипп, аденовирусная инфекция, парагрипп).

Методы исследования: клинико-анамнестический и генетико-фенотипический метод с определением степени дисплазии соединительной ткани (ДСТ); ЭКГ, КИГ в покое и в клиноортостатической пробе, ЭХОКГ; определение гетерофильных антикардиальных антител (АКАТ) к эндотелию, кардиомиоцитам, проводящей системе и гладкой мускулатуре.

У подавляющего большинства обследованных пациентов выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленные конституционально-диспластическими особенностями, вегетативными нарушениями, а также действием инфекционных агентов с развитием более чем у половины инфекционно-токсической кардиопатии (ИТК). У детей с герпетической инфекцией (ГИ), хламидийной и микоплазменной инфекцией (Chl.,Мус.) в 40% выявлена ДСТ II-III ст. Дезадаптация вегетативной нервной системы была наиболее выражена у пациентов с Chl.,Мус. инфекцией. У 70% детей с ОРВИ на высоте инфекционного токсикоза развивались признаки острой ИТК с благоприятным прогнозом. При ГИ, Chl., Мус. инфекции более чем у половины детей ИТК имела затяжное течение с сохраняющимися в динамике ЭКГ-изменениями, признаками Минимальной дисфункции левого желудочка и увеличением средних титров всех АКАТ выше среднепопуляционного уровня. При Chl.,Мус. инфекции отмечены наиболее высокие титры АКАТ к эндотелию в сочетании с реакцией перикарда по данным ЭХОКГ. При ИТК у детей с ГИ – обнаружены наиболее высокие титры АКАТ к проводящей системе и кардиомиоцитам.

0397 ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ГИПРТРОФИЧЕСКИХ КАРДИОМИОПАТИЯХ И ВТОРИЧНЫХ ГИПЕРТРОФИЯХ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Каплунова В.Ю

Клиника госпитальной терапии им. А. А. Остроумова, Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: Сравнительная характеристика клинико-инструментальных данных, параметров внутрисердечной гемодинамики при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) и вторичной гипертрофии (ВГМ) при артериальной гипертонии (АГ) и симптоматической гипертензии (СГ)

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 80 больных с ГКМП. Из них 58 человек с обструктивными ва-

Tesis_006_end.indd 170 24.08.2006 22:25:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

риантами ГКМП. Средний возраст больных 46,85+1,62 лет. Наблюдаемая группа больных с ВГМ при АГ и СГ состояла из 45 человек, из них 10 больных с обструкцией выходного отдела левого желудочка (ВОЛЖ), средний возраст в группе составил 54,6+1,76 г. Длительность наблюдения от 3 до 22 лет. Использовался алгоритм обследования кардиологического больного с обязательным исследованием ренин-альдостероновой системы и КТ надпочечников.

Результаты: Анализ возраста появления первых клинических симптомов при обструктивных и необструктивных вариантах гипертрофий не выявил достоверных различий в изучаемых группах (36.2+11.2 и 38.7+11.7). Выявлены общие закономерности изменений внутрисердечной гемодинамки у изучаемых групп больных, особенно при присоединении сердечной недостаточности (СН) с преобладанием диастолических нарушений, более выраженных в группе ГКМП, что подтверждено результатами клинико-эхокардиографических сопоставлений. Наличие обструктивных вариантов ВГМ при АГ и СГ затруднило оценку генеза гипертрофии, учитывая отсутствие корреляции степени гипертрофии с длительностью гипертонии и уровнем АД, а так же возможность повышения уровня АД у больных при ГКМП. Средний градиент ВОЛЖ при ВГМ (АГ и СГ) составил 35,21+1,25 Мм рт.ст., что достоверно ниже, чем у больных с обструктивными вариантами ГКМП. Оценка степени гипертрофии выявила достоверно более высокие значения в группе ГКМП. В группе ВГМ максимальная степень гипертрофии зафиксирована при синдроме Кона. В 12% случаев у пациентов с ГКМП старше 50 лет отмечены выраженные метаболические изменения (дислипидемия, подагра) и признаки атеросклероза различной локализации.

Выводы:

1. Выявлены общие закономерности изменения внутрисердечной гемодинамики у больных с ГКМП и ВГМ при АГ и СГ с преобладанием диастолических нарушений;
2. Степень гипертрофии в группе ВГМ при АГ и СГ не коррелирует с уровнем артериального давления и длительностью гипертонии, при этом наибольшая степень гипертрофии описана при синдроме Кона.
3. При обструктивных вариантах ВГМ при АГ и СГ уровень градиента ВОЛЖ в покое достоверно ниже, чем в группе ГКМП.
4. В большинстве случаев степень гипертрофии при ГКМП по толщине и массе миокарда левого желудочка превышает таковую при ВГМ.

0398 КОРРЕКЦИЯ ГИПОКСИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Карабалиева С.К., Соколов И.М.

ГОУ ВПО «Саратовский Государственный Медицинский Университет Росздрава», Саратов, Россия

В терапии ИБС метод гипербарической оксигенации применяется уже более 30 лет. В клиниках Саратовского медицинского университета апробированы методики ГБО при остром инфаркте миокарда (ОИМ), определены группы больных и показания к применению, при которых данный метод терапии оказался особенно эффективным.

Цель настоящего исследования состояла в оценке отдаленных результатов применения ГБО в качестве основного метода коррекции гипоксии в остром периоде ОИМ.

Материалы и методы: Нами было осуществлено наблюдение за больными, имевшими хроническую сердечную недостаточность (ХСН) по истечении ОИМ. В целом проанализированы исходы заболевания у 62 больных обоего пола с ОИМ в анамнезе в возрасте от 40 лет до 80 лет (средний возраст 61,4±9,2), срок наблюдения составил 5,7 лет. В группу исследования включены 32 человека, которым во время госпитализации по поводу ОИМ после рандомизации был проведен курс ГБО в режиме малого избыточного давления. 30 больных составили группу сравнения, сопоставимую по полу, возрасту, длительности наблюдения, сопутствующей патологии, локализации ИМ, последующей терапии с группой исследования. ГБО не включалась в терапию этой когорты пациентов. Конечные точки: смерть от кардиальных причин, повторные ИМ, стенокардия напряжения с оценкой функционального класса (ФК), развитие и прогрессирования ХСН (функциональный класс ХСН, степень ремоделирования и фракция выброса левого желудочка по данным ультразвукового исследования сердца.

Результаты. В отношении смерти от кардиальных причин, количества повторных ИМ, ФК стенокардии напряжения в конце периода наблюдения различий между группами не выявлено. Частота формирования ХСН высокого функционального класса (III,IV) выше в группе сравнения (на 25%), а величина фракции выброса достоверно ниже (на 10%, R=0,72; p=0,002) у пациентов с Q-ИМ и больных с передней локализацией ИМ (на 9% , R=0,56; p=0,03), получавших гипербаротерапию. Подобная тенденция отмечена и в отношении темпов формирования и выраженности синдрома ремоделирования – размеры левых отделов сердца в группе исследования оказались значимо (на 5,8%, R=0,70; p=0,007) ниже, чем в группе сравнения, особенно в подгруппе с передней локализацией ИМ. Активная заместительная гипероксигенация, проводимая пациентам с ОИМ, по всей видимости, может оказать влияние на отдаленные результаты лечения этой патологии. Упомянутая закономерность ассоциируется со следующими клиническими особенностями ИМ: передняя локализация, признаки Q-ИМ по данным ЭКГ. Данные особенности могут быть использованы для определения дополнительных показаний для применения данного метода у больных с ОИМ.

0399 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ г.МОСКВЫ

Карамнова Н.С., Олейникова Н.В., Калинина А.М., Еганян Р.А., Абрамова Е.А.

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва, Россия

Цель: установить распространенность АГ и факторов риска ее развития среди педагогов средних общеобразовательных школ г.Москвы.

Материалы и методы: проведено профилактическое скринирующее обследование педагогов средних общеобразовательных школ, включающее антропометрию, измерение АД, определение уровня холестерина, глюкозы, а также медико-социальный опрос направленный на выявление потребности в профилактике АГ. Обследовано 190 педагогов (182 женщины и 8 мужчин), в возрасте 19-75 лет. Средний возраст составил 47,2 лет.

Результаты: распространенность АГ составила – 39%. Наиболее высокий показатель распространенности АГ наблюдался в возрастной группе старше 60 лет – 39,2%, в возрасте 50-59 лет – 33,8% и 27% в возрасте 30-49 лет.

Частота избыточной массы тела составила – 64%. В 34% случаев диагностировано ожирение 1-2 степени. Большинство педагогов с избыточной массой тела были старше 41 года – 87%.

Распространенность низкой физической активности составила – 55%, из них 19% педагогов тратят на ходьбу в день менее 30 Минут, 36% – не более часа. И только 45% педагогов – уделяют ходьбе более двух часов. Желание увеличить двигательную активность выразили 46% респондентов.

Частота курения среди педагогов-женщин составила – 26,8%, что значительно выше распространенности курения в общей популяции женщин – 9,8%. Считают курение вредной привычкой и хотят бросить курить 49% курящих, и 48% – нуждаются в помощи специалистов.

Tesis_006_end.indd 171 24.08.2006 22:25:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Распространенность гиперхолестеринемии составила – 64,2%, в том числе «пограничная» гиперхолестеринемия встречалась у 82%, умеренная – у 17%.

Среди педагогов установлена высокая распространенность тревожно-депрессивного синдрома – 63%, в том числе сочетанные у 17%, а изолированные симптомы либо тревоги, либо депрессии – у 46. У 16% педагогов диагностирован высокий уровень стресса, средний уровень – у 52%, а низкий – у 31%.

Выводы: Отмечена высокая распространенность АГ и ФР ее развития; низкая эффективность ежегодных медицинских осмотров; высокая потребность в информации о здоровье и готовность к оздоровлению.

Заключение: Показанная в работе, высокая распространенность хронических заболеваний среди педагогов и потребность в профилактической помощи; готовность к оздоровлению, а также недостаточный объем медицинской помощи, большая стрессовая нагрузка на работе и низкая социальная защищенность, обосновывает необходимость создание программ многофакторной профилактики путем объединения усилий смежных специалистов и создания новых форм межсекторального сотрудничества, разработку и внедрение новых оздоровительных и здоровьесберегающих технологии для всех участников образовательного процесса и в первую очередь, учителей, как высоко социально-значимой группы.

0400 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В АСПЕКТЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО КАРДИАЛЬНОМУ ТИПУ И РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИБС

Карапетян Л.В., Аликанов Б.А., Киценко Л.С., Мкртчян В.А.

Государственная классическая академия имени Маймонида, Москва, Россия

Цель: изучение иммунологических аспектов скрытого течения ИБС и нейроциркуляторной дистонии по кардиальному типу (НЦДК), направленное на выявление и определение параметров иммунологического статуса, которые могут иметь дифференциально-диагностическое и прогностическое значение.

Методы: Обследовано 110 мужчин в возрасте от 25 до 50 лет, из них 50 больных НЦДК, 60 – ИБС. Для оценки иммунного статуса больных изучены клеточные показатели иммунитета. Применялись тесты: реакция бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ), тест торможения миграции лейкоцитов (РТМЛ), относительный процент лимфоцитов периферической крови, образующих спонтанные розетки с эритроцитами барана (Е-РОК). Изучали способность лимфоцитов к синтезу растворимого супрессорного фактора (РСФ), а также действие сыворотки крови больных на пролиферативную активность аутологичных лимфоцитов и лимфоцитов практически здоровых лиц.

Результаты исследования показали, что при НЦДК сенсибилизация лимфоцитов к актомиозиновому комплексу развивается изредка (лишь в 2 случаях из 50 обследованных), а при ИБС она выявляется у 28,3% (в 17 случаях из 60 обследованных). Показатели Е-розеткообразования указывают, что в группе больных с ранними проявлениями ИБС лишь 44,3+2,2% лимфоцитов образуют розетки с эритроцитами барана. В другой же группе обследованных процент розеткообразующих клеток значительно выше и составляет 54.2 + 3.1%. При ИБС происходит существенное подавление активности ЕКК (24,6+1,1), а при НЦДК изменения активности ЕКК не отмечается (5,1+0,3). Выявленная особенность показателей активности ЕКК позволяет считать их критерием дифференциации НЦДК и ИБС. Результаты изучения функциональной активности КонА (конканавалинА) индуцированных Т-супрессоров показали, что при ИБС супрессорная активность лимфоцитов периферической крови значительно подавлена (48,5+3,0), а у больных НЦДК заметного изменения супрессорной активности лимфоцитов нами не выявлено (-28.3+1.5). При развитии ИБС в 39,5% случаев плазма крови больных проявляет кардиотоксическую активность. У больных НЦДК кардиотоксическая активность нами выявлена лишь в одном случае. Результаты действия сыворотки крови, изученное на модели ФГА-стимулированных лимфоцитов практически здоровых лиц указывают на наличие в сыворотке крови больных с ранними проявлениями ИБС веществ, которые обладают антипролиферативной активностью: процент супрессии при НЦДК 8,6+0,5, а при ИБС 17,3+1,1

Вывод: Суммируя результаты иммунного статуса больных с ранними проявлениями ИБС и НЦДК можно выделить ряд показателей, которые обладают высокой информативностью и могут быть использованы как критерии, имеющие дифференциально-диагностическое значение. К их числу можно отнести: угнетение пролиферативной активности лимфоцитов периферической крови (при их стимуляции ФГА) при развитии ИБС; подавление функций митогениндуцированных супрессоров; приобретение сывороткой и плазмой крови больных ИБС иммуносупрессивных свойств и кардиотропной активности; уменьшение относительного процента Е-розеткообразующих клеток в периферической крови и снижение функциональной активности естественных киллеров при ИБС.

0401 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У МОЛОДЫХ

Караськов А.М., Мироненко С.П., Чернявский А.М., Старых В.Г., Бачурина О.А.

ФГУ «Новосибирский НИИ патологии кровообращения имени академика Е.Н.Мешалкина Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Новосибирск, Россия

Цель исследования: оценка непосредственных результатов хирургического лечения ИБС у лиц молодого возраста.

Материал и методы: в исследование включены 56 больных кардиохирургического профиля с ИБС в возрасте до 45 лет, которым за период с 1992 по 2002 годы выполнено изолированное коронарное шунтирование (КШ) или в сочетании с хирургической коррекцией постинфарктных осложнений. Возраст больных в диапазоне от 35 до 45 лет, подавляющее большинство из них – мужчины (96,7%). Изучены данные анамнеза, инструментальных неинвазивных (ЭКГ, ЭхоКГ), инвазивных (коронарография по методу Judkins). Все больные имели гемодинамически значимые стенозы коронарных артерий (КА) и нуждались в реваскуляризации миокарда. В зависимости от клиники ИБС, состояния сократительной способности миокарда левого желудочка (ЛЖ), характера поражения КА, объема хирургического вмешательства все больные условно были разделены на три группы хирургического риска: I гр. «низкий» риск – без инфаркта миокарда (ИМ) в анамнезе, фракция выброса (ФВ) соответствует норме, однососудистое поражение КА, изолированное КШ – 8 (14,3%) больных; II гр. – «средний» риск – один или более ИМ в анамнезе, величина ФВ ЛЖ снижена до 45%, множественные стенозы КА, митральная регургитация 1-2 степени – 31 (55,3%) больных; III гр. «высокий» риск – крупноочаговые ИМ в анамнезе, осложненные хронической аневризмой ЛЖ (АЛЖ), ФВ менее 45%, многососудистое поражение КА, операция КШ сочеталась хирургической коррекцией АЛЖ-17 (30,4%) больных.

Результаты: среди больных с «низкой» степенью хирургического риска летальных исходов после операции КШ у молодых больных ИБС не было, во второй группе при «среднем» риске из 31 умер после КШ один больной – 1 (3,2%) и в третьей группе из числа 17 больных с «высоким» риском умерло трое, и летальность составила – 3 (17,6%). В первую половину наблюдаемого периода оперированы 16 больных, из них умерло трое, летальность составила 18,7%; среди 40 оперированных больных в более поздние сроки (1998-2002 годы) – умер один пациент, летальность составила – 2,5%.

Tesis_006_end.indd 172 24.08.2006 22:25:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выводы: на непосредственные результаты хирургического лечения больных ИБС молодого возраста оказывало существенное влияние: наличие тяжелых постинфарктных осложнений, требующих хирургической коррекции, левожелудочковая дисфункция, многососудистый характер поражения КА, объем хирургического вмешательства.

0402 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 2 С ПОМОЩЬЮ ТЕРАПИИ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТОЙ

Каронова Т.Л., Красильникова Е.И., Быстрова А.А., Рюмина И.А., Чилашвили М.А., Захарьян И.И.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы у больных (СД), не только значительно ухудшает качество жизни, но и является основной причиной летальных исходов. Для лечения нейропатии наиболее часто используются анальгетики, что является симптоматической терапией. В последние годы большое внимание уделяется поиску лекарственных средств, влияющих на патогенетические механизмы диабетической нейропатии (ДН), в частности на процессы окислительного стресса. К ним относятся препараты α-липоевой кислоты и нейротропные витамины группы В (мильгамма).

В настоящем исследовании проведено изучение показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у 30 больных СД тип 2, имеющих клинические проявления периферической сенсорной нейропатии.

Установлено, что под влиянием лечения α-липоевой кислотой, судя по результатам спектрального анализа, отмечалось двукратное нарастание парасимпатического и в 2,5 раза симпатического компонента, а также общей мощности спектра в состоянии покоя (в 2,4 раза). Нарастание низкочастотного и высокочастотного компонентов в покое не привело к существенному изменению симпатовагального индекса. Кроме того, выявлено улучшение реакции вегетативной нервной системы на ортостаз, что выражалось в увеличении парасимпатического (практически в 2 раза) и симпатического (в 2,5 раза) компонентов спектра, симпатовагального индекса и в умеренном нарастании общей мощности спектра.

Нарастание мощности парасимпатического компонента на фоне терапии α-липоевой кислотой наблюдалось в большей степени у больных с ожирением по сравнению с больными, имеющими нормальную или незначительно повышенную массу тела. У больных с длительностью СД до 10 лет увеличение мощности низкочастотного компонента спектра в состоянии покоя было менее выраженным по сравнению с больными, страдающими диабетом более 15 лет ($r=0,65$; $p=0,05$).

Установлено, что улучшение мощности симпатического компонента в состоянии покоя под влиянием терапии α-липоевой кислотой коррелировало со снижением уровня коэффициента атерогенности ($r=0,83$; $p=0,02$). При попытке оценить значимость таких факторов как степень компенсации СД, длительность и степень выраженности полинейропатии на динамику показателей вариабельности сердечного ритма достоверных корреляционных связей не выявлено.

Таким образом, можно заключить, что терапия α-липоевой кислотой может применяться для патогенетического лечения диабетической нейропатии у больных СД тип 2 независимо от длительности диабета и полинейропатии даже в условиях хронической гипергликемии.

0403 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА

Карпова Н.Ю., Пискунов Д.В., Шостак Н.А., Рашид М.А., Ядров М.Е.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель. Изучить клиническую картину больных кальцинированным аортальным стенозом дегенеративного генеза в сопоставлении с показателями эхокардиографического исследования и холтеровского мониторирования

Материалы и методы. Обследовано 101 пациент с кальцинированным аортальным стенозом дегенеративного генеза (КАСДГ): 27 (26,7%) мужчин и 74 (73,3%) женщины в возрасте от 65 до 82 лет (средний возраст – 74,2±6,3 года), включая его раннюю фазу аортальный склероз (уплотнение и утолщение створок аортального клапана без признаков его стенозирования). Тяжесть аортального стеноза (АС) оценивалась согласно рекомендациям ACC/AHA (1998). Группу контроля составили 32 пациента (19 женщин и 13 мужчин), в среднем возрасте 73±5,2 г., страдавших ИБС и/или гипертонической болезнью без изменений аортального клапана. Всем больным проведено ЭхоКГ-исследование (Toshiba, Япония), холтеровское мониторирование (ХМ) на двухканальных мониторах Schiller, MT-200; Швейцария).

Результаты. По результатам ЭхоКГ-исследования больные основной группы распределились следующим образом: аортальный склероз – 19 (18,8%), аортальный стеноз (АС) 1 степени – 38 (37,8%), АС 2 степени – 38 (37,6%) и АС 3 степени – 6 (5,9%). Одышка отмечена у 78, боли в сердце – у 82, а головокружения – у 75 пациентов. С увеличением тяжести АС наблюдалось увеличение частоты встречаемости болевого синдрома стенокардитического характера (54% и 76%; $p<0,05$) и головокружений, ассоциированных больными с нарушениями ритма сердца (2,5% и 24,4%; $p=0,09$). У 29,7% больных аортальным стенозом выявлены желудочковые нарушения ритма сердца, общее число которых не соотносилось с тяжестью аортального стеноза ($r = 0,003$; $p=0,96$), а зависело от значений фракции выброса ($r=-0,21$; $p=0,039$), выраженности митральной регургитации ($r = 0,15$; $p=0,025$) и наличия случаев перенесенного инфаркта миокарда в анамнезе ($p=0,0001$). Несмотря на отсутствие достоверных различий в частоте встречаемости изменений сегмента ST ишемического характера в основной и контрольной группах исследования (33% и 44%; $p=0,81$) по результатам ХМ, безболевая ишемия встречалась достоверно чаще у больных КАСДГ (57% и 0%; $p=0,002$). Проведение «лестничной» пробы оказалось возможным в 38,6% случаев и сопровождалось снижением толерантности больных к нагрузке в зависимости от тяжести аортального стеноза ($r=0,29$; $p=0,008$). Положительные результаты пробы и наличие нарушений локальной сократимости по данным ЭхоКГ-исследования не оказывали влияние на частоту встречаемости эпизодов ишемии миокарда безболевого характера.

Выводы. Полученные результаты позволяют расценить желудочковые нарушения ритма у пожилых больных кальцинированным аортальным стенозом как проявление сопутствующей ишемической болезни сердца. Высокая частота встречаемости эпизодов безболевой ишемии миокарда диктует необходимость проведения холтеровского мониторирования в данной группе больных.

0405 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПОСТЧЕРНОБЫЛЬСКОМ ПЕРИОДЕ: КЛИНИКА, ПОВРЕЖДЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ПРОГНОЗ

Картель М. М., Адерихо К. Н., Адерихо А. К.

ГУ «РКБ МР», Минск, Беларусь

Цель работы – изучить особенности клиники артериальной гипертензии (АГ), частоту встречаемости повреждения

Tesis_006_end.indd 173 24.08.2006 22:25:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

органов-мишеней и прогноз этого заболевания в отдаленном периоде от начала воздействия радиации. Комплексно обследовано в клинике 205 пациентов основной группы, в которую входило 98 ликвидаторов 1986-1987 гг., 63 переселенцев из загрязненных радионуклидами территорий и 44 проживающих на них. Контрольную группу составляли 99 больных с этим же заболеванием, проживающих на условно «чистых» территориях. Для верификации диагнозов применялись как рутинные, так и современные методы обследования: суточное мониторирование артериального давления и ЭКГ, рентгенологические, ультразвуковые, включая допплероваозографию, сцинтиграфические и другие методы. В результате углубленного клинического обследования выявлено, что больные обеих групп страдали чаще АГ II и АГIII ст. без стенокардии покоя и напряжения (P>0,1). У большинства пациентов обеих групп преобладала I степень сердечно-сосудистой недостаточности по Стражеско-Василенко, а именно у 108 (52,7±3,5%) и у 50 (50,5±5,1%) соответственно (P>0,1). Среднее количество жалоб у одного больного из группы пострадавших было 12,0±0,2, а в контроле — 10,0±0,4 (P<0,001). Жалобы у больных обеих групп были как связанные с АГ, так и с поражением органов-мишеней и наличием сопутствующих заболеваний. В частности, существенно чаще пациенты основной группы жаловались на отеки нижних конечностей, боли в крупных суставах, сухость во рту, боли в икрах при ходьбе, ухудшение зрения, диспепсию, чем лица контрольной группы (P<0,05). По данным инструментальных исследований гипертрофия стенок левого желудочка, толерантность к физической нагрузке, а также коронарный, церебральный атеросклероз, атеросклероз аорты с их осложнениями (инсульты, инфаркты в анамнезе, расслаивающие аневризмы и начальные проявления цереброваскулярной недостаточности) встречаются в обеих группах одинаково часто (P>0,1). Вместе с тем, дисциркуляторная энцефалопатия II ст, чаще смешанного генеза, имела место у 58 (28,3±3,2%) пострадавших и у 17 (17,2±3,8%) пациентов из «чистых» районов (P<0,05). Ангиопатии (атеросклероз) сетчатки и периферических сосудов диагностировались в 67,3±3,3%, 16,6±2,6% у пострадавших и в 31,3±4,7%, 4,0±2,0% случаев у лиц контрольной группы соответственно (P<0,001; P<0,01). У пострадавших от воздействия радиации при достоверно более высоком уровне поражения щитовидной железы (P<0,05), более частом выявлении нарушения толерантности к углеводам (P<0,01) и ожирения I ст (P<0,05) наряду с поражением органов-мишеней атеросклеротического генеза имела место миокардиодистрофия с характерными для нее клиническими проявлениями. В заключение следует подчеркнуть, что после углубленного клинического обследования пациентов с артериальной гипертензией, пострадавших от последствий радиационного воздействия, выявлено большее количество поражений органов-мишеней и их осложнений атеросклеротического генеза в сочетаниях с метаболическими, обусловленными нарушением жирового, углеводного обмена и гормональным дисбалансом. Выявленные нарушения для пострадавших от воздействия радиации лиц являются прогностически неблагоприятными.

0406 ПРОФИЛАКТИКА ФАТАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ И ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Карченова Е.В., Круглый В.М., Якимова Н.С.

ГОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Саратов, Россия

Цель – анализ своевременности диагностики тромбоза и тромбоэмболии легочной артерии (ЛА) в кардиологическом отделении для улучшения профилактики этих осложнений.

Методы: проанализированы истории болезней и протоколы патологоанатомических исследований 19 пациентов, умерших в кардиологическом отделении МУЗ «МСЧ СПЗ» г. Саратова.

Результаты: возраст пациентов составил от 35 до79 лет (10 мужчин, 9 женщин). Все больные в ходе диагностического поиска подвергнуты мониторированию ЭКГ; исследование АПТВ, протромбинового времени – в 15 случаях, рентгенография органов грудной клетки – в 13 случаях, ДоЭхоКГ – в 17 случаях. Типичные для острого легочного сердца ЭКГ-изменения выявлены в 2 случаях, легочная гипертензия по данным ДоЭхоКГ – в 3 случаях.

При патологоанатомическом исследовании основное заболевание в структуре осложнений имело 11 случаев тромбоза мелких и средних ветвей легочной артерии (ЛА), в 6 – тромбоэмболию (ЛА). В 2 случаях решающую роль в механизме смерти сыграл тромбоз ЛА При этом у 4 имелась варикозная болезнь нижних конечностей, у 2 – посттромбофлебитическая болезнь. В 6 случаях при жизни не было диагностировано осложнение в виде тромбоза или тромбоэмболии легочной артерии. Еще в 12 случаях тромботические осложнения легких были распознаны в последние часы жизни больного.

При ретроспективном анализе данные анамнеза и клиники в 18 случаях позволяли предположить наличие осложнения основного заболевания в виде тромбоза или тромбоэмболии ЛА.

Выводы: в 94,7% случаев имела место ошибочная или поздняя диагностика фатальных осложнений инфаркта миокарда. Главная причина – недостаточный сбор анамнеза вследствие плохой информированности врачей о данной патологии, повлекший не соответствующий стандартам диагностический поиск.

Следующая проблема – отсутствие части необходимых технических возможностей (ЭКГ-мониторирование, рентгенография сердца и легких, ДоЭхоКГ для выявления легочной гипертензии, дуплексное исследование венозных бассейнов для уточнения первичного тромба, вентиляционнао-перфузионная сцинтиграфия легких, определение в крови протромбинового времени, АПТВ, D-димера).

Решающим звеном в профилактике тромбозов и тромбоэмболий при всех состояниях должна стать централизованная государственная программа по борьбе с этой актуальной тяжелой патологией, включающая программу обучения врачей всех специальностей, оптимизирующая преемственность врачей соматического профиля и сосудистых хирургов, обеспечивающая материальную основу для диагностики и лечения этих осложнений.

0407 ТРАНСФОРМАЦИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИИ В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЖИМА ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ

Касимцева Т.А., Гриштейн Ю.И., Иваницкий Э.А., Ганкин М.И.

Государственная медицинская Академия. Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия

Цель исследования: выяснить у какого процента больных в динамике пароксизмальная наджелудочковая тахиаритмия переходит в хроническую форму после операции – имплантация физиологического электрокардиостимулятора с артифициальной АВ блокадой.

Пациенты и методы: в исследование были включены 40 пациентов, с пароксизмальной предсердной медикаментозно резистентной тахиаритмией (ТА), у которых возникла артифициальная или самопроизвольная АВ блокада и был имплантирован ЭКС DDD (DDDR).

У 7 пациентов использовался постоянный режим DDI (DDIR). У 33 пациентов использовался режим DDD (DDDR) с функцией переключения switch mode. Для определения субъективной симптоматики использовалась стандартная анкета изучения качества жизни у пациентов с нарушениями ритма сердца, объективная регистрация пароксизмов производилась с помощью встроенной записной книжки кардиостимулятора или суточного холтеровского мониторирования, всем больным выполнялась ЭХО-КГ сердца.

Результаты: В первой группе пациентов с постоянным ре-

Tesis_006_end.indd 174 24.08.2006 22:25:19
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

жимом стимуляции DDI пароксизмальная наджелудочковая тахиаритмия (НЖТ) перешла в хроническую форму в 57% случаев (4 больных). Из них у трех больных при переходе в хроническую форму субъективное состояние не пострадало, у одного больного состояние несколько ухудшилось за счет прогрессирования сердечной недостаточности (СН).

Во второй группе с функцией переключения switch mode в хроническую форму перешло 10% больных (4 человека). Из них у половины при переходе НЖТ в хроническую форму наблюдалось ухудшение самочувствия, также за счет прогрессирования СН.

Заключение: у больных с артифициальной АВ блокадой, выполненной по поводу пароксизмальной медикаментозно резистентной ФП при постоянном режиме стимуляции DDI хронизация НЖТ возникает в 57% случаев, тогда как при стимуляции с использованием функции switch mode НЖТ переходит в хроническую форму только в 10% случаев.

0408 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ СЕРДЦА ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Кассирский Г.И., Зотова Л.М.

НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

В реабилитации больных после хирургической коррекции пороков сердца важное значение имеет физический аспект. Определение уровня тренирующих нагрузок основывается на данных велоэргометрической пробы. Наряду с общепринятыми показателями нами используется методика неинвазивного определения насосной и сократительной функции сердца, основанная на тетраполярной грудной импедансметрии с применением автоматизированной компьютерной программы «Реодин 504» фирмы «Медасс» (Россия). Полученные нами данные основаны на исследовании 950 оперированных больных с врожденными и приобретенными пороками сердца, а также 190 здоровых детей и взрослых. Анализ динамики изученных показателей на ступенях нагрузки позволил выделить четыре типа реакции сердечно-сосудистой системы.

Нормальный тип реакции характеризовался линейным ростом частоты сердечных сокращений, ростом ударного индекса до нагрузки 0,5-1,5 вт.кг, линейным ростом сердечного индекса до нагрузки 2,0 –2,5 вт.кг, уменьшением величины индекса сократимости, увеличением конечного диастолического давления левого желудочка и снижением удельного периферического сосудистого сопротивления.

Первый измененный тип реакции характеризовался увеличением ударного и сердечного индекса на всех уровнях нагрузки (гиперкинетическая реакция), снижением удельного периферического сосудистого сопротивления и увеличением конечно-диастолического давления до предельного уровня (включение механизма Франка-Старлинга), а также прекращением уменьшения индекса сократимости, свидетельствующем об инотропном истощении.

Второй измененный тип реакции. Частота сердечных сокращений нарастает быстрее, чем при нормальном типе реакции и достигает субмаксимальной величины при меньшем уровне нагрузки. Кривая роста сердечного индекса отклоняется от линейной в сторону снижения и на уровне 1,0-1,5 вт.кг может переходить в плато, что соответствует количественному уровню миокардиального резерва. Динамика индекса сократимости миокарда указывает на инотропное истощение на средних уровнях нагрузки, а на более высоких уровнях- свидетельствует о синдроме острой гиподинамии миокарда.

Третий измененный тип реакции. Физическая работоспособность снижена до 1,0 вт.кг. Частота сердечных сокращений увеличена в покое и быстро нарастает в нагрузке. Ударный и сердечный индексы в покое снижены, в нагрузке их прирост незначителен, нередко отмечается выявление миокардиального резерва на среднем уровне нагрузки, что свидетельствует о снижении насосной и сократительной функции сердца. Динамика индекса сократимости соответствует признакам инотропного истощения и синдрома острой гиподинамии миокарда. Отсутствие существенного роста конечно-диастолического давления указывает на то, что механизм Франка-Старлинга не реализуется.

Определение типа реакции сердечно-сосудистой системы при велоэргометрии позволяет установить уровень тренирующей нагрузки.

0409 ТЕРАПИЯ АСПИРИНОМ ВОССТАНАВЛИВАЕТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ К АРАХИДОНОВОЙ КИСЛОТЕ У 26% БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Каткова О.В., Лагута П.С., Добровольский А.Б., Панченко Е.П.

ИКК им. А.Л. Мясникова, РК НПК РОСЗДРАВА РФ, Москва, Россия

Клиническая эффективность аспирина в отношении профилактики основных сердечно-сосудистых событий ассоциируется со снижением тромбоксана.

Целью нашего исследования было изучение возможности использования метода агрегации тромбоцитов (АТ) по Борну для оценки антитромбоцитарного действия аспирина, путем сопоставления результатов АТ с содержанием тромбоксана В2 в моче до и после месячного приема аспирина.

Методы исследования. Обследовано 108 больных ИБС с наличием показаний к приёму аспирина, средний возраст 60±9 лет. М/Ж – 84%/16%. Верификация ИБС у 80% с помощью КАГ, у остальных – на основании стресс-тестов и ЭКГ признаков перенесенного ИМ. Факторы риска: у 86% – артериальная гипертония, у 53% – нарушения углеводного обмена, у 93% – гиперхолестеринемии.

Максимальная АТ по Борну (агрегометр “Biola”, индуктор арахидоновая кислота (АК) в конечной концентрации 0,5 мг/мл), 11-дегидротромбоксан В2 (11-дТХВ2) в моче (иммуноферментный метод, Neogen) изучались исходно и через месяц приёма аспирина в дозе 100 мг в сутки.

В качестве контрольной группы были использованы результаты АТ сорока семи человек с наличием факторов риска, средний возраст которых составил 45±8 лет. Результаты представлены как M±SD.

Результаты. Исходные значения АТ у больных ИБС оказались ниже, чем в контрольной группе, соответственно 20±18,4% и 29±20,9%, p=0,003. Через месяц терапии аспирином у больных ИБС средняя величина АТ снизилась на 57% от исходного значения: с 20±18,4 до 7,0±13,8%, p<0,0001. Содержание 11-дТХВ2 также уменьшилось на 33%: с 820±409,5 до 493±250,6 нг/ммоль креатинина, p<0,0001. Снижение АТ, более 10% от исходного уровня, на терапии аспирином отмечалось только у 80 больных (74%), составивших 1-ю группу, а у 28 больных (26%) АТ не снижалась или даже повышалась (2-я группа). Исходная величина АТ у больных 2-ой группы оказалась ниже, чем в 1 группе, соответственно 8±11,5 и 24±18,6% (p<0,0001), и через месяц лечения повысилась с 8±11,5 до 19±20,8% (p<0,0001).

Уровень 11-дТХВ2 достоверно снижался в обеих группах: с 825±428,7 до 489±260,2 нг/ммоль в первой группе (p<0,0001) и с 807±355,8 до 503±224,8 нг/ммоль во второй группе, p=0,0003.

Выводы: У больных ИБС до приема аспирина величина АТ достоверно ниже, чем у практически здоровых пациентов. Терапия аспирином в течение месяца повышает величину АТ, индуцированную АК, у 26% больных ИБС, что вероятно связано с восстановлением чувствительности тромбоцитов к агонистам.

Исходно низкие величины АТ у 26% больных существенно ограничивает использование данного метода для оценки антитромбоцитарных эффектов аспирина.

Tesis_006_end.indd 175 24.08.2006 22:25:19
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0410 КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Каюмова М.М., Акимова Е.В., Пушкарев Г.С., Рычков А.Ю.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью исследования явилось изучение взаимосвязи показателей качества жизни (КЖ) с функциональным состоянием больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

КЖ изучалось с помощью устного анкетирования с использованием русской тест-версии стандартизованного опросника SF-36. В исследовании участвовало 250 больных ИБС мужского пола, средний возраст 53,0±7,4 года. Диагноз ИБС был подтвержден коронароангиографией (КАГ). Для выявления факторов, оказывающих влияние на КЖ больных ИБС, был проведен корреляционный анализ параметров КЖ и следующих клинических показателей: функционального класса (ФК) стенокардии напряжения, ФК сердечной недостаточности, степени артериальной гипертензии (АГ), стабильных нарушений ритма, фракции выброса (ФВ) левого желудочка, количества пораженных коронарных артерий. Статистическая обработка материала производилась с применением корреляции по непараметрическому критерию Спирмана.

Результаты анализа показали слабую отрицательную корреляционную связь между ФК стенокардии напряжения и всеми изучаемыми параметрами физического компонента здоровья КЖ, за исключением шкалы «ролевого физического функционирования». В то же время, по шкалам психологического компонента здоровья отрицательная корреляционная связь имела место лишь в случае «жизненной активности» пациентов со стенокардией ($R=-0,14$, $p<0,05$). В ходе изучения КЖ была установлена отрицательная корреляционная связь между ФК сердечной недостаточности и показателями физического компонента здоровья: «физическим функционированием», «болью» и «общим здоровьем» ($R=-0,25$; $-0,24$; $-0,27$ соответственно, $p<0,001$). В отношении психологического компонента здоровья не было выявлено достоверных корреляционных зависимостей между ФК сердечной недостаточности и параметрами КЖ. Степень АГ отрицательно слабо коррелировала с физическим компонентом здоровья как в целом, так и изолированно по шкалам, за исключением шкал «ролевого физического функционирования» и «боли», где связи были недостоверными. По психологическому компоненту здоровья отмечалась отрицательная корреляционная связь между степенью АГ и «жизненной активностью» пациентов ($R=-0,13$, $p<0,05$). Не было выявлено достоверных корреляционных зависимостей показателей КЖ с нарушениями ритма и ФВ. Наблюдалась отрицательная корреляционная связь между количеством пораженных артерий и «физическим функционированием» и «болью» ($R=-0,14$ в обоих случаях, $p<0,01$). В то же время, отмечена положительная корреляционная связь между количеством пораженных артерий и общим психологическим компонентом здоровья ($R=0,16$, $p<0,01$) и шкалой «психологическое здоровье» ($R=0,2$, $p<0,05$).

Таким образом, наиболее важными факторами, определяющими КЖ больных ИБС, являются ФК стенокардии напряжения, ФК сердечной недостаточности, степень АГ, которые тесно взаимосвязаны с выраженностью коронарного атеросклероза.

0411 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Керефова З.Ш., Эльгаров А.А., Чочаева М.Ж.
Кабардино-Балкарский университет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: изучить эффективность норваска и теветена у водителей автотранспорта (ВА) с артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы: в течение 24 месяцев наблюдались 38 ВА с АГ I и II ст. и стенокардией напряжения (СКН) I и II функционального класса (ФК), гипотензивная терапия которых была представлена конкором (5-7,5 мг 1 раз утром) у 21 шофера (1 группа) и теветеном (600 мг 1 раз в сутки) у 17 (2 группа). Из них активными участниками школы для лиц с АГ были соответственно 12 и 11 человек. Группа контроля (ГК) была представлена 38 ВА аналогичного возраста с АГ и СКН, находившихся на учете в поликлинике с традиционной терапией (энап, капотен, индап, кардикет, коринфар и атенолол). Наряду с общеклиническим обследованием осуществлены суточное мониторирование АД и ЭКГ, оценка уровня липидов, психофизиологическое тестирование (ПФТ).

Результаты: в 1-й группе благодаря монотерапии конкором целевые уровни АД достигнуты после 12-14 дней у 17 (80,9%). К окончанию лечения (8 недель) средние суточные показатели систолического (САД) и диастолического (ДАД) снизились на 19,8 и 15,5% соответственно и достигли 139,7±6,4 и 88,9±3,5 Мм рт. ст. По данным динамического СМ ЭКГ, частота ишемических изменений, нарушений ритма сердца и проводимости сократилась более чем на половину (52,5%). Тенденция к восстановлению отклонений липидограммы установлена в 42,8% наблюдений, а улучшение системы оперативного реагирования (время моторной и латентной реакции, скорость слежения за движущимся объектом) зарегистрировано у всех 17 пациентов с терапевтическим клинико-гемодинамическим эффектом. Следовательно, эффективность и безопасность конкора отмечены в 81,0% случаев.

Во 2-й группе благоприятная динамика АД (снижение средних САД и ДАД, уменьшение числа гипертонических пиков) и ЭКГ-х признаков коронарной недостаточности установлена после 6-8 дней монотерапии норваском. Достоверное снижение САД и ДАД, восстановление суточного профиля АД и коронарного кровообращения зафиксировано у 14 больных после 4-х недель лечения, сохранившиеся в дальнейшем. Также отмечены положительные изменения основных параметров липидограммы и существенное улучшение профессионально значимых функций и качеств (ПЗФиК) ВА. В целом, улучшение состояние больных и, что имеет практическое значение, ПЗФиК в процессе лечения норваском выявлено в 82,3% наблюдений.

Сравнение результатов двухгодичного мониторинга ВА 1 и 2-й групп наблюдения и ГК установило уменьшение ($p<0,05$) числа обращений в связи с ухудшением состояния, декомпенсацией АГ, гипертоническими кризами, СКН и аритмиями сердца у первых и, наоборот, рост частоты “неуправляемой” АГ среди лиц ГК. Следует подчеркнуть отсутствие негативного влияния на ПЗФиК ВА с АГ и СКН конкора и норваска, что обеспечивает безошибочную и надежную работу шоферов.

0412 ВОЗМОЖНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТИРОВАННОЙ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА И СОСТОЯНИЯ КРОВОТОКА В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кетова Т.Н.
ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить возможность использования методики расчета показателей центральной гемодинамики по данным динамической контрастированной рентгеновской компьютерной томографии (КДКТ) в клинической практике.

Материал и методы. В исследование были включены 56 пациентов (15 женщин и 41 мужчина) с различной патологией от 17 до 75 лет (средний возраст 52,4±13,9 лет). Всем пациентам

Tesis_006_end.indd 176 24.08.2006 22:25:19
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

по клиническим показаниям назначалось проведение контрастированной КТ. Результаты сравнивались с данными радиокардиографии (РКГ) (n=11) и УЗИ (n=56). КДКТ проводилась на одном уровне, пересекающем желудочки сердца, с болюсным введением 10 мл контрастного препарата Omnipaque (Nicomed-Amersham). Срезы получали каждые 2 сек в течении 30 сек, в течении одной задержки дыхания. Значения рентгеновской плотности (РП) из единиц Хаунсфилда переводились в единицы концентрации йода по зависимости [РП]=0,49+22,07 • [I], полученной при фантомных исследованиях растворов йода с различной концентрацией. Используя известное количество введенного йода, сердечный выброс (МО) и ударный объем (УО) были определены по площади под аппроксимированной кривой с использованием уравнения Стюарта-Гамильтона. Данные о времени легочной циркуляции (ВЛЦ) получали путем вычисления интервала времени между пиками кривых разведения левого и правого желудочков (ЛЖ и ПЖ), когда в полостях сердца находится максимальное количество введенного контраста. Вычислялся объем крови в малом круге (ОКмк) как произведение ВЛЦ (мин) на МО (л/мин). Все расчеты осуществлялись в полуавтоматическом режиме при помощи программного приложения «Bloodflow» (Свидетельство о регистрации в Федеральной службе по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам № 2006610554).

Результаты. Определение зависимости величин УО и МО ЛЖ, по данным КДКТ показало, что они тесно коррелируют со значениями УО и МО по данным УЗИ, во всех диапазонах измеренных величин (r=0,72 и r=0,75 при p<0,0001, соответственно). Это позволяет нам говорить, что они действительно количественно отражают объемные показатели насосной функции. Такие же расчеты проводились и для области правого желудочка и нисходящей аорты.

Сравнение значения ВЛЦ и ОКмк полученных по данным КДКТ с данными РКГ показало их сходство (по критерию Вилкоксона, при p<0,05) и зависимость (r=0,8 и r=0,82 при p<0,05, соответственно). Средние значение ВЛЦ по данным РКГ и КДКТ составили 8,2±3,4 с и 8,1±1,8 с, соответственно. Средние значения ОКмк по данным РКГ и КДКТ составили 721,0±194,1 мл и 723,4±372 мл соответственно.

Таким образом, в данной работе мы показали применимость КДКТ для расчета показателей центральной гемодинамики по методу разведения индикатора Стюарта-Гамильтона и оценки состояния кровотока в малом круге кровообращения к повседневным протоколам контрастированного томографического исследования.

0413 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МОНО- И КОМБИНИРОВАННОЙ АНГИОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Кириченко Л.Л., Панченкова Е.А.

ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: Сравнить влияние монотерапии периндоприлом и его комбинации с индапамидом на функциональное состояние эндотелия у больных АГ.

Методы: Обследовано 86 больных артериальной гипертонией (АГ) II степени по классификации ВОЗ/МОАГ 1999 г., ЕОГ/ЕОК 2003г. Возраст больных с АГ составил 54,3±3,4 лет. Больные были распределены на три группы. Первые две группы были сопоставимы по основным изучаемым параметрам. Пациенты I-ой группы получали периндоприл в суточной дозе 4-8 мг/сутки. Во II-ой группе больным назначали периндоприл в дозе 4-8 мг/сутки в комбинации с индапамидом 1,5мг/сутки. Пациенты III группы составили контрольную группу здоровых добровольцев, средний возраст 52,3±4,2 лет. Уровень АД снижался до целевых показателей. Состояние эндотелия изучали по уровню фактора Виллебранда (фВ) на лазерном агрегометре «Биола–230 LA» (Россия) и уровню вазоактивных эндотелиальных пептидов: нитратов и нитритов, концентрации тромбоксана, простациклина, эндотелина по уровню их стабильных метаболитов ТхВ2, 6-кетоPgF1□, эндотелина I – методом радиоиммунологического анализа, с помощью наборов фирмы Amersham Lise Science (Германия).

Результаты: Исходно у больных I и II групп уровень фВ в плазме был достоверно выше, чем в контрольной группе (p≥0,01). На фоне лечения через 12 недель он снизился у больных I группы на 6,3%, а через 24 недели – на 13,2% (p<0,01). Во II-ой группе – через 12 недель фВ снизился на 6,8%, а через 24 недели – на 14,0% (p<0,01). Однако, несмотря на статистически значимое снижение фВ в обеих группах, он не достиг уровня в группе здоровых добровольцев.

При анализе динамики вазоактивных эндотелиальных пептидов: NO, PgI2, ТхА2, ЭТ-1 – оценивали их по уровню стабильных метаболитов. За весь период наблюдения не произошло достоверного изменения ЭТ-I. Выявлено статистически значимое уменьшение ТхА2 через 24 недели лечения в I и II группах на 21,1% и 25,3% от исходных показателей соответственно. Уровень вазодилатирующих субстанций, таких как метаболиты NO у больных I группы достоверно увеличились на 14,5% (p>0,01) через 24 недели, в то время как у больных II группы этот показатель достоверно увеличивался уже через 12 недель лечения (на 15,5%, p≥0,05), а через 24 недели – на 37,5% (p>0,01) от исходного уровня. Простациклин увеличивался достоверно только у больных II группы через 24 недели лечения на 28,4% (p>0,01).

Выводы:

1. Наряду со стабильным снижением АД до целевого уровня у больных АГ на фоне лечения снижается уровень фактора Виллебранда.
2. На фоне эффективной монотерапии периндоприлом и его комбинации с индапамидом через 24 недели отмечается улучшение исходно нарушенной сосудодвигательной функции эндотелия, в первую очередь за счет увеличения продукции оксида азота и снижения синтеза тромбоксана.
3. У больных АГ II степени с нарушенной функцией эндотелия следует отдавать предпочтение комбинированной антигипертензивной терапии

0414 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

Кириченко Л.Л., Вострякова О.В., Бурляй Н.В., Бабич Ю.А., Вашева Ж.И.

ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: Изучение функционального состояния микроциркуляции у больных артериальной гипертонией I-II степени до лечения и через 24 недели применения бета-адреноблокаторов: метопролола и небиволола.

Методы: Обследованы 40 больных артериальной гипертонией I-II степени по классификации ВОЗ/МОАГ 1999 г., ЕОГ-ЕОК 2003 г. Возраст больных с АГ составил от 42 до 77 лет, средний возраст 61,1±8,5 лет. Продолжительность заболевания – 5,8±3,3 лет. Больные были распределены в 2 группы наблюдения, сопоставимые по основным изучаемым параметрам. Пациенты первой группы получали метопролол в средней дозе 50 мг/сут. (интерквартильный размах от 50 до 100 мг/сут.), пациентам второй группы был назначен небиволол в средней дозе 5 мг/сут. (интерквартильный размах от 2,5 до 5 мг/сут.). Состояние микроциркуляции изучали методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАКК-02 (НПО «ЛАЗМА», Россия). Комплексным показателем для расчета итоговой оценки микроциркуляторных нарушений у больных с АГ являлось определение гемодинамического типа микроциркуляции (ГТМ).

Tesis_006_end.indd 177 24.08.2006 22:25:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты: На фоне 24-нед. антигипертензивной терапии происходит перераспределение в структуре ГТМ. На фоне 24-нед. приема метопролола число пациентов с нормоциркуляторным ГТМ увеличилось до 65,0 %, за счет уменьшения доли больных с гиперемическим типом периферической гемодинамики до 5,0%. На фоне лечения небивололом через 24 нед. возросло число пациентов с нормоциркуляторным вариантом периферического кровотока до 80,0% ($p<0,01$) преимущественно за счет отсутствия гиперемического ($p<0,01$) и уменьшения спастического типа микроциркуляции до 5,0 % ($p<0,05$). Кроме того, на фоне лечения небивололом через 24 нед. произошло достоверное уменьшение на 50% пациентов с застойно-стазичесим типом ГТМ.

Метопролол, устраняя явления гиперемии, предотвращает повреждающее действие гиперперфузии. По-видимому, на фоне применения метопролола происходит разрешение явлений вазоспазма. В отличие от метопролола, небиволол оказывает нормализующее действие не только на функциональные, но и на морфологические изменения микроциркуляторного русла, вследствие которых происходит снижение сердечного выброса и рост ОПСС, характерные для АГ II степени. В результате позитивного воздействия небиволола уменьшается частота встречаемости гиперемического и спастического ГТМ.

Выводы:

1. Метопролол и небиволол оказывают благоприятное воздействие на микроциркуляцию у больных артериальной гипертонией I-II степени.
2. Применение метопролола и небиволола на протяжении 24 недель способствует достоверному уменьшению патологических гемодинамических типов в структуре микроциркуляции у больных артериальной гипертонией I-II степени: гиперемического – на фоне лечения метопрололом, гиперемического и спастического – при применении небиволола.

0415 АКТУАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НОРМАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Киричук В.Ф., Андронов Е.В., Цымбал А.А.

ГОУ ВПО «Государственный медицинский университет», Саратов, Россия

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одним из самых распространённых заболеваний не только в России, но и в других развитых странах. При данной нозологии отмечается высокий процент смертности населения, а также временной и стойкой утраты трудоспособности. В связи с этим проблема ИБС занимает одно из ведущих мест среди важнейших медицинских проблем 21 века. У больных ИБС, в частности нестабильной стенокардией, отмечается выраженное нарушение системы гемостаза. В связи с этим, крайне важными являются методы лечения больных нестабильной стенокардией, направленные, в том числе, на нормализацию функционального состояния системы гемостаза. Лечение нестабильной стенокардии классическими медикаментозными средствами не всегда приводит к желаемому результату, так как имеет массу побочных эффектов и короткий промежуток ремиссии, а так же несёт определённые материальные затраты. Кардиологическая практика последних 10-12 лет показала перспективность использования в этом направлении КВЧ и терагерцовую терапию (ТГЧ-терапия).

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния ТГЧ-воздействия молекулярного спектра излучения и поглощения оксида азота 240 ГГц на функциональную активность тромбоцитов и коагуляционное звено системы гемостаза больных нестабильной стенокардией в условиях in vitro.

Объектом исследования явились образцы цельной крови 150 больных нестабильной стенокардией. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых доноров. Забор образцов крови у больных осуществлялся в порядке экстренного поступления в стационар до проведения специфической терапии, из кубитальной вены в количестве 15 мл. Облучение образцов крови частотами молекулярных спектров излучения и поглощения оксида азота 240 ГГц в течение 5-15-30 Минут проводилось при помощи ТГЧ-генератора, разработанного в ОАО ЦНИИИА (г. Саратов).

Функциональная активность тромбоцитов определялась по методу В.А. Габбасова при помощи лазерного анализатора агрегации “Biola-230 Ltd.” Коагуляционное звено системы гемостаза исследовалось с помощью 13 тестов выполненных на гемокоагулометре “Solar”, характеризующих коагуляционный каскад, антикоагулянтную и фибринолитическую активность крови.

В ходе исследования выявлена острая патология в системе гемостаза у больных нестабильной стенокардией. Облучение образцов плазмы больных нестабильной стенокардией терагерцовыми волнами на частоте оксида азота 240 ГГц привело к снижению максимального радиуса тромбоцитарных агрегатов, максимальной скорости образования тромбоцитарных агрегатов, максимальной скорости и степени агрегации кровяных пластинок, нормализации течения всех фаз коагуляционного каскада, фибринолитического потенциала крови у данной группы больных.

0416 ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА НА АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ АКТИВНОСТЬ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Киричук В.Ф., Цымбал А.А., Андронов Е.В.

ГОУ ВПО «Государственный медицинский университет», Саратов, Россия

Значительная распространенность сердечно-сосудистых заболеваний и ИБС, в частности, её ведущая роль в структуре инвалидизации и смертности в развитых странах мира заостряет внимание исследователей на поиске новых форм коррекции гемостазиологических нарушений, составляющих одно из ключевых звеньев её патогенеза.

Терагерцовая терапия (ТГЧ–терапия) – новый, эффективный, лишенный побочных эффектов, перспективный метод лечения и коррекции чрезвычайно широкого спектра заболеваний.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния ТГЧ-воздействия молекулярного спектра излучения и поглощения оксида азота 240 ГГц на антикоагулянтную активность и фибринолитический потенциал крови больных нестабильной стенокардией в условиях in vitro.

Объектом исследования явились образцы цельной крови 150 больных нестабильной стенокардией. Контрольную группу составили 20 относительно здоровых доноров. Забор образцов крови у больных осуществлялся в порядке экстренного поступления в стационар до проведения специфической терапии, из кубитальной вены в количестве 15 мл. Цельная кровь смешивалась с раствором цитрата натрия 3,8% в соотношении 9:1. Облучение образцов крови проводилось на разработанном в ОАО ЦНИИИА (г. Саратов) квазиоптическом ТГЧ-генераторе. С помощью генератора проводилось формирование облучающего электромагнитного поля, имитирующего молекулярный спектр излучения и поглощения оксида азота 240 ГГц. Время экспозиции составляла 5, 15, 30 Минут.

Состояние антикоагулянтной активности и фибринолитический потенциал крови исследовался с помощью серии тестов, выполненных на турбидиметрическом гемокоагулометре CGL 2110 «Solar» (Республика Беларусь, г. Минск), с использованием реактивов фирм «Технология-Стандарт» (г. Барнаул, Россия), НПО “РЕНАМ” (г. Москва, Россия). Антикоагулянтная актив-

Tesis_006_end.indd 178 24.08.2006 22:25:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ность крови исследована с помощью определения активности естественного прогрессивного антикоагулянта антитромбина-III и системы протеина С плазмы крови. Фибринолитический потенциал крови оценивался с помощью Хагеман – зависимого и индуцированного стрептокиназой эуглобулинового фибринолиза, расчетом индекса резерва плазминогена.

В ходе исследования выявлена острая патология в системе гемостаза у больных нестабильной стенокардией.

Показано нормализующее влияние терагерцового излучения на частоте оксида азота 240 ГГц на коагуляционные свойства крови больных нестабильной стенокардией в условиях in vitro. Так, происходит полное статистически достоверное восстановление антикоагулянтного и фибринолитического потенциалов крови.

0417 ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО РЕЗЕРВА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Киселев А.Р., Гриднев В.И., Посненкова О.М., Струнина А.Н., Радаева И.Ю.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Существует мнение, что 0,1Гц-колебания в вариабельности сердечного ритма (ВСР) характеризуют свойства центрального звена вегетативной регуляции сердца. Свойства вегетативной регуляции сердца проявляются полнее при адаптации к изменяющимся условиям, которые создаются в ходе функциональных проб.

Цель работы – разработка критериев выявления адаптационного резерва вегетативной регуляции сердца у практически здоровых лиц и у больных ИБС.

Материал и методы. Включены в исследование: 50 добровольцев (26 муж. и 24 жен.) без признаков сердечной патологии, возраста 20±1,5 лет (группа А); 78 больных ИБС (муж.) с фракция выброса (ФВ)>55%, возраста 49,5±8,5 лет (группа В); 28 больных ИБС (муж.) с ФВ<50%, возраста 48,6±5,9 лет (группа С).

Проводилась регистрация ритмограмм сердца при проведении проб с управляемым по частоте дыханием (период дыхания задавался от 4 до 12 сек.) и велоэргометрической (ВЭМ) пробы. Для получения частотных оценок ВСР использовался параметрический метод построения спектра. Выделялись следующие показатели ВСР: средняя ЧСС, мощность высокочастотного (HF) и низкочастотного (LF) диапазонов спектра, спектральная плотность мощности на частоте 0,1Гц. Оценивалась динамика данных показателей ВСР в ходе функциональных проб. Статистический анализ результатов осуществлялся при помощи программы «Statistica 6.1».

Результаты. У здоровых лиц выявлена высокая чувствительность 0,1Гц-компоненты спектра к дыханию периодом 10 секунд и относительная динамическая устойчивость данной спектральной компоненты к нагрузкам низкой интенсивности (25 и 50 Вт). У больных ИБС показано статистически достоверное снижение значений динамических оценок 0,1Гц-компоненты ВСР, относительно здоровых лиц, при этом наиболее низкие значения – у больных ИБС с ФВ< 50%. Профиль динамики средней ЧСС и мощности HF диапазона спектра ВСР в ходе ВЭМ-пробы, динамические характеристики 0,1Гц-компоненты ВСР являются критериями выявления адаптационного резерва вегетативной регуляции сердца, которые являются более чувствительными относительно общепринятых показателей ВСР. Разработана многомерная дискриминантная модель для выявления больных ИБС с нарушенным адаптационным резервом вегетативной регуляции сердца при проведении ВЭМ-проб на основе динамических оценок спектра ВСР – маркеров высокого риска фатальных сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы. Чувствительность к дыханию периодом 10 секунд и устойчивость к нагрузкам низкой интенсивности (25 и 50 Вт) – динамические характеристики 0,1Гц-компоненты ВСР. Показана возможность применения многомерных математических моделей для выявления больных ИБС с недостаточным адаптационным резервом вегетативной регуляции сердца.

0418 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ В АССОЦИАЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ

Клестер Е.Б., Шойхет Я.Н., Головин В.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; Госпиталь Ветеранов Воин, Барнаул, Россия

С целью выявления наличия сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой системы и их влияния на течение основного, проведены углубленные клинические наблюдения с анализом ЭхоКГ, теста с 6-минутной ходьбой, исследования ФВД 224 больных ХОБЛ, взятых по методу случайной выборки в 70-коечном общетерапевтическом отделении Госпиталя Ветеранов Воин на протяжении 2-х лет. У всех ХОБЛ была в фазе обострения.

Материалы и методы: диагностика осуществлялась по критериям GOLD пересмотра 2003 г. Среди больных ХОБЛ преобладали мужчины (159 – 70,9%), пожилого и старческого возраста (60-90 лет) – 87,5%. Среди обследованных курильщиков с индексом курящего человека более 10 было 185 человек. Средняя длительность заболевания ХОБЛ составляла 21,1±4,7 года. Легкой степени тяжести течения ХОБЛ было – 24 (10,7%), средней – 122 (54,5%), тяжелой – 49 (21,9%), крайне тяжелой – 29 (12,9%). Наличие осложнений в виде дыхательной недостаточности I степени выявлено у 53 (23,7%), II степени – у 107 (47,8%), III степени – у 64 (28,5%) больных.

Результаты: гипертоническая болезнь (ГБ) выявлена у 143 (63,8%) больных ХОБЛ, из них у 12 (8,4%) выявлена гипертоническая болезнь I ст, у 47 (32,9%) – II ст., у 84 (58,7%) – III стадии. ХИБС выявлена у 134 (59,8%) больных с ХОБЛ: стенокардия I функционального класса (ФК) у 13 больных (9,7%), II ФК — у 75 (55,9%), III ФК – у 46 (34,4%), ПИКС — у 33 (24,6%), сердечной недостаточности I ФК — у 20 (14,9%), II ФК – 85 (63,4%), III ФК – 29 (21,7%). Диагноз ИБС имел клиническое и анамнестическое подтверждение, а также уточнялся функциональными методами исследования, при этом стаж заболевания составлял 16,9±4,3 лет. У больных ХОБЛ при наличии сопутствующей патологии в клинике преобладали жалобы на кашель с отделением мокроты (92,0%), одышку (87,0%), сердцебиение и перебои в работе сердца отмечали 32 больных. Жалобы на боли в области сердца и за грудиной стенокардитического характера отмечали 36 больных. Нестабильность ИБС клинически проявлялась нарушением ритма – у 68 больных ХОБЛ, преобладали (53,7±4,6%) сочетанные нарушения ритма: наджелудочковые и желудочковые. Преимущественно наджелудочковые нарушения ритма регистрировались лишь в 31,3±3,2% случаев, а желудочковые — в 18,3±2,1%. Сочетанная сердечно-сосудистая патология выявлялась при среднетяжелом и тяжелом течении ХОБЛ с ДН III ст (у 32 чел.). В клинике преобладали малосимптомные и безболевые формы ИБС. Большая больных (103) имела высокий и очень высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Выводы: в общетерапевтическом отделении сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы обнаруживается более чем у половины больных ХОБЛ. Отмечается взаимоотягощение симптомов ведущего и сопутствующего заболеваний, с частым наличием осложнений. Сочетанная патология ХОБЛ и ИБС, особенно при наличии ХСН обусловливает более глубокие нарушения функции внешнего дыхания и гемодинамические расстройства, что ухудшает прогноз и требует особого подхода к ведению данной категории больных.

Tesis_006_end.indd 179 24.08.2006 22:25:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0419 ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ КОРОНАРНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Клокова Е.С., Прокудина М.Н., Котельникова А.Н., Журавская Н.Т., Загатина А.В., Мальгина М.П., Недошивин А.О., Есипович И.Д.

ФГУ Научно-исследовательский институт кардиологии им. В.А. Алмазова Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучить динамику изменений регионарной сократимости миокарда у больных ИБС до проведения чрескожной коронарной интервенции и в сроки 6-9 месяцев после реваскуляризации с использованием метода стресс-эхокардиографии с физической нагрузкой.

Материал и методы. Исходно всем пациентам с доказанной или предполагаемой ИБС проводилась стресс-эхокардиография (стресс-ЭхоКГ) с физической нагрузкой (ФН) на вертикальном велоэргометре. На основании положительного результата стресс-ЭхоКГ пациентам выполнялась коронароангиография по методу Judkins. По ее данным оценивалось число пораженных артерий, степень поражения коронарного русла, а также локализация и степень стеноза. Критерием включения в исследование являлось проведение чрескожной коронарной интервенции. Через 6-9 месяцев после реваскуляризации повторно проводилась стресс-ЭхоКГ с ФН. Пациенты с возобновившейся стенокардией, положительным стресс-эхокардиографическим тестом и подозрением на формирование рестеноза в зоне вмешательства направлялись на повторную коронароангиографию.

Результаты. Всего обследовано 35 пациентов. До вмешательства мощность ФН составляла 100 Вт (50-150 Вт), время нагрузки – 4.мин.58 сек.(1мин. 20 сек.- 8 Мин.11сек.), субмаксимальная частота сердечных сокращений (ЧСС) была достигнута у 6 больных, ангинозный синдром регистрировался у 25 пациентов, изменения на ЭКГ на высоте нагрузки – у 10 пациентов. Нарушения регионарной сократимости в покое наблюдалось у 8 пациентов (в том числе рубцовые изменения после перенесенных ИМ – у 6 пациентов). После вмешательства отмечалось достоверное увеличение времени ФН – 7 Мин.32 сек. (1мин.56 сек.-12мин.42 сек) и мощности ФН – 125 Вт (50 Вт – 200 Вт). Субмаксимальная ЧСС была достигнута в 28 случаях, ангинозный синдром присутствовал у 5 пациентов, изменения на ЭКГ регистрировались у 8 больных. Нарушения регионарной сократимости после нагрузки были выявлены у 6 пациентов (в том числе в зонах кровоснабжения стентированными артериями – в 3 случаях, у 2 больных были выявлены нарушения сократимости в зонах кровоснабжения ранее интактных коронарных артерий, в 1 случае – в зоне кровоснабжения артерии, имевшей сужение на момент вмешательства, но не стентированной по техническим причинам). Рестеноз в зоне стента был подтвержден у 2 пациентов, в 1 случае произошло стенозирование дистальнее имплантации стента.

Выводы. Использование метода стресс-ЭхоКГ с физической нагрузкой позволяет диагностировать топику поражения коронарного русла у больных ИБС, перенесших чрескожную коронарную интервенцию, оценить полноту реваскуляризации и выявить нарушения регионарной сократимости миокарда в зонах кровоснабжения стентированных артерий в критические для формирования рестенозов сроки (6-9 месяцев).

0420 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Кобер Д.В., Богачев Я.Р.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия; Областная больница, Калининград, Россия

В настоящее время считается, что в развитии инфаркта миокарда (ИМ) основное значение имеет атеросклеротическое поражение, которое обычно носит диффузный характер с вовлечением как коронарных, так и периферических сосудов.

Цель работы: изучить характер поражения каротидных артерий у больных первичным и повторным ИМ.

Под наблюдением находились 115 больных ИМ, все – мужчины в возрасте до 60 лет. У 50-ти ИМ диагностирован впервые, у 65 – повторно. Для исследования артерий использовалась методика дуплексного сканирования. В В-модальном режиме оценивали ход артерий, диаметр, толщину комплекса интима-медиа (КИМ). При выявлении бляшек оценивалась их локализация, протяженность, степень сужения просвета артерий. Исследование проводили в 1-2 сутки и через 6 месяцев.

При первичном ИМ в остром периоде у 94% выявлены признаки поражения сонных артерий: у 4% – изолированное утолщение КИМ, у 90% – атеросклеротические бляшки. Чаще бляшки локализовались в бифуркации общих сонных артерий и в устье внутренней сонной артерии. У 82% больных бляшки были гемодинамически незначимыми, у 8% – крупные со стенозированием сосудов более 50%. Через 6 месяцев на фоне стандартной терапии с включением статинов отмечено уменьшение толщины КИМ, число атеросклеротических бляшек не уменьшилось, но отмечены признаки их стабилизации – выравнивание поверхности, улучшение эхоструктуры.

При повторном ИМ в остром периоде атеросклеротические изменения в сонных артериях выявлены у 100% больных. У 15,9% выявлены гемодинамически значимые атеросклеротические бляшки со стенозированием более 50%. Через 6 месяцев, несмотря на лечение, положительной динамики как в отношении толщины КИМ, так и в состоянии бляшек не найдено.

Таким образом, при первичном ИМ на фоне лечения атеросклеротические изменения частично обратимы, что обосновывает активную лекарственную профилактику у данной категории больных. При повторном ИМ атеросклеротические изменения малообратимы. Учитывая, что изменения сонных артерий отражают и характер поражения коронарных артерий, при повторном ИМ лекарственной терапии недостаточно, она должна дополняться хирургическими методами лечения.

0421 ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АНКЕТЫ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ»

Ковалев С. А., Минаков Э. В., Белов В.Н., Белова Е. А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко. Воронежская областная клиническая больница № 1. Воронежский межтерриториальный кардиохирургический центр, Воронеж, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение валидности, надежности и чувствительности анкеты «Жизнь больных с аритмиями» («ЖБА») в оценке качества жизни (КЖ) больных с резистентной к лекарственной терапии фибрилляцией предсердий (ФП).

Материалы и методы: в исследование было включено 54 больных, которым в связи с отсутствием эффекта от проводимой антиаритмической терапии, наличием противопоказаний для ее проведения или развитием побочных эффектов при приеме препаратов, была произведена успешная радиочастотная аблация (РЧА) или радиочастотная модификация (РЧМ) атриовентрикулярного (АВ) узла. У 46 (85%) больных причиной аритмии была ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия, у 1 (1,9%) – WPW – синдром, у 1 (1,9%) больного причиной ФП был хронический обструктивный бронхит, у 2 (3,7%) диагностирована дилатационная кардиомиопатия и у 4 (7,5%) ФП была расценена как идиопатическая.

Для оценки КЖ больных, включенных в исследование, в качестве общей методики была использована первая часть Ноттингемского профиля здоровья (НПЗ). Для оценки физических аспектов КЖ применялся Индекс активности универси-

Tesis_006_end.indd 180 24.08.2006 22:25:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тета Дьюка (DASI). Из болезнь специфических опросников использовалась анкета «ЖБА». Изучение уровня КЖ проводилось до операции и через 12-72 месяца после РЧА и РЧМ АВ узла (в среднем через 36,6±12 месяцев).

Результаты исследования: для определения валидности анкета «ЖБА» был проведен корреляционный анализ между уровнем КЖ пациентов с ФП по данным НПЗ, DASI и «ЖБА» до и после оперативного лечения. Установлено, что показатели анкеты «ЖБА» достоверно коррелируют почти со всеми разделами НПЗ, а также с показателями функционального состояния организма, определяемого с помощью методики DASI, что говорит о достаточной валидности этой анкеты у исследуемой категории больных. Исключение составил раздел НПЗ «боль», что можно объяснить слабой направленностью данной анкеты на болевой синдром, которому посвящен лишь один вопрос.

Воспроизводимость результатов анкетирования с использованием опросника «ЖБА» была подтверждена с использованием тест-ретеста при тестировании 19 пациентов, включенных в исследование. Показателем чувствительности анкеты «ЖБА» может служить выявление достоверных изменение КЖ больных с резистентной к медикаментозной терапии ФП после проведение РЧА и РЧМ АВ узла.

Выводы: 1) приведенные выше результаты свидетельствуют о достаточной валидности, надежности и чувствительности анкеты «ЖБА» при изучении КЖ больных с ФП, включенных в исследование; 2) данная анкета может быть использована для оценки влияния катетерных методов лечения (РЧМ и РЧА АВ узла) на КЖ больных с ФП.

0422 ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОГО ГЕНЕЗА

Ковалев С. А., Минаков Э. В., Белов В.Н., Белова Е. А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко. Воронежская областная клиническая больница № 1. Воронежский межтерриториальный кардиохирургический центр, Воронеж, Россия

Целью исследования явилось изучение причин неэффективности лекарственной терапии у больных с фибрилляцией предсердий (ФП) неклапанного генеза.

Материалы и методы: в исследование было включено 54 больных, которым была произведена радиочастотная абляция или радиочастотная модификация атриовентрикулярного узла с имплантацией водителя ритма в различных режимах. Большинство пациентов страдали пароксизмальной и персистирующей формами ФП – 51 (94%) больной. Возраст больных колебался от 45 до 80 лет, составив в среднем – 62,4±8,8 лет. 10 больным (19%) для восстановления синусового ритма от 1 до 6 раз использовалась электроимпульсная терапия. Всем пациентам, не имевшим противопоказаний, до оперативного лечения проводился подбор антиаритмической терапии. Количество принимаемых антиаритмических препаратов (ААП) составило от 1 до 6, в среднем – 3±1,5 на одного пациента.

Результаты исследования: у 15 больных (28%) основной группы в связи с наличием декомпенсированной бради-тахи формы синдрома слабости синусового узла (СССУ) и синкопальными состояниями в анамнезе до операции антиаритмическая терапия не проводилась. У 3 пациентов с постоянной формой ФП, несмотря на использование комбинации дигоксина с бета-блокаторами, антагонистами кальция или амиодароном частота желудочковых сокращений в покое составляла от 115 до 135 в 1 Минуту. У оставшихся 36 пациентов с пароксизмальной и персистирующей формами ФП до оперативного лечения в качестве противорецидивной терапии применялись бета-блокаторы, антагонисты кальция, дигоксин, а при их неэффективности использовались препараты IA, IC класса, амиодарон или их комбинация. У всех 36 больных медикаментозная терапия была неэффективна. У 13 пациентов из данной группы антиаритмическая терапия вызвала нарушение или усугубление нарушений синоатриального (СА) и атриовентрикулярного (АВ) проведения и появление у 10 из них пресинкопальных и синкопальных состояний. У 2 больных отмечалась непереносимость всех основных ААП.

Выводы: 1) основными причинами неэффективности лекарственной терапии у больных с ФП неклапанного генеза являются резистентность к медикаментозному лечению, наличие декомпенсированного СССУ, возникновение на фоне приема ААП нарушения СА и АВ проведения; 2) у данных пациентов следует рассмотреть возможность использования немедикаментозных методов лечения ФП.

0423 ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Кованов В.Н., Чумакова Г.А., Лебедев А.Б., Лейтес И.В.

ГУЗ АККД, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

По данным различных авторов частота ИМПЖ (согласно протоколам патологоанатомических исследований) составляла от 6,3% до 85,0% от числа общего количества всех инфарктов миокарда. В настоящее время известно, что ИМПЖ сопровождает задний инфаркт у 10–30% больных. Однако прижизненная диагностика ИМПЖ до сих пор остается низкой (в среднем 30–60%). По-видимому, это обусловлено отсутствием четких клинико-инструментальных критериев диагностики поражения ПЖ и значительной трудностью в неинвазивной оценке его сократительной способности. Регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях ЭКГ не вносит ясности в диагностику ИМПЖ. Запись дополнительных V3R–V6R отведений помогает уточнить диагноз, однако существуют различные мнения о степени их значимости. Радиоизотопные методы исследования и эхокардиография, обладая высокой степенью чувствительности и специфичности, могут оказать существенную помощь в диагностике ИМПЖ.

Цель нашего исследования – определить особенности и возможности сочетанного использования инструментальных методов обследования больных в ранней диагностике ИМПЖ.

Материалы и методы: проведено обследование 52 больных острым задним ИМ, из них 38 мужчин в возрасте от 42 до 74 лет и 14 женщин в возрасте от 38 до 78 лет. Всем больным при поступлении проводилась запись ЭКГ в 12 стандартных отведениях и дополнительных правых отведениях, радиоизотопные методы исследования и эхокардиография.

Результаты: у 19 больных в правых грудных отведениях отмечался подъем сегмента «ST» более 1мм с формирование патологического зубца q. Эти изменения сохранялись от нескольких часов до 3-х суток. В динамической записи ЭКГ у 9 больных имела место динамика сегмента ST в тех же отведениях, что позволило предположить ИМПЖ. По данным эхокардиографии у всех 19 больных были выявлены изменения в виде снижения общей и локальной сократимости ПЖ и другие его патологические изменения в виде дилатация полости, наличие трикуспидальной регургитации и парадоксального движения межжелудочковой перегородки, нарушение экскурсии задней и передней стенок. При однофазной эмиссионной компьютерной томографии и радиоизотопной вентрикулографии сердца с 99m Tc – MIBI отмечалось снижение включение индикатора в области задней стенки ПЖ и снижение фракции выброса последнего.

Таким образом, на основании полученных предварительных результатов, можно предположить, что, используя комплекс инструментальных исследований, можно определить алгоритм диагностических мероприятий способствующих своевременному выявлению поражения ПЖ и выбрать адекватную тактику лечения больного.

Tesis_006_end.indd 181 24.08.2006 22:25:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0424 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМОВ ЕЕ РАЗВИТИЯ

Козий А.В, Олесин А.И, Семенова Е.В, Коновалова О.А., Просянникова О.Н.

Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – определение возможности электрокардиографической (ЭКГ) диагностики желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) в зависимости от механизма ее развития.

Экспериментальное исследование. Моделировалась ЖЭ с известным механизмом ее развития: задержанной постдеполяризации (ЗП) у 14 кошек (строфантиновая), ранней постдеполяризации (РП) у 12 крыс (внутривенное введение аконитина), у 10 кошек (аппликация аконита) и re-entry – у 16 беспородных собак (путем аппликации перекиси водорода на миокард). Для подтверждения механизма аритмии всем животным проводилось прямое картирование проведения возбуждения по миокарду. Клиническое исследование. Наблюдалось 106 больных ИБС, осложненной ЖЭ. Механизм экстрасистолии определялся по методу А.И. Олесина и соавт. (2000, 2005). У 26(56,53%) был выявлен инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе. Всем больным, помимо клинико-лабораторного обследования, проводилось суточное мониторирование ЭКГ с оценкой характера ЖЭ (мономорфная (ММ), полиморфная (ПМ) и т.д., определялись поздние потенциалы желудочков (ППЖ) по методу B. Simpson (1981), дисперсия интервала QT (QTd) с помощью компьютерного комплекса «Поли-спектр», начало (TO) и наклон (TS) турбулентности ритма сердца (ТРС) по методу G. Smidt et al. (1999).

Результаты исследования показали, что у животных при развитии ЖЭ, обусловленной механизмом ЗП, была выявлена ММ и(или) ПМ ЖЭ экстрасистолия с наклоном линейной регрессии предэктопического интервала (НЛР) (ПИ) ЖЭ 16-56 мс/ПИ (в среднем 44±5,1 мс/ПИ), при развитии РП и re-entry – ММ ЖЭ с НЛР ПИ ЖЭ 1-6 мс/ПИ (в среднем 2,7±0,1 мс/ПИ) и 1-8 мс/ПИ (в среднем 3,1±0,1 мс/ПИ) на 100 экстрасистол соответственно (p>0,1). У 29 (63,04%) больных ИБС была выявлена ЖЭ, вызванная механизмом ЗП, а у остальных – re-entry и РП. У этих пациентов при выявлении механизма ЗП была выявлена ММ и ПМ ЖЭ с НЛР ПИ 12-44 мс/ПИ (в среднем 36,1±3,2 мс/ПИ), при re-entry и РП – ММ ЖЭ с НЛР ПИ 1-10 мс/ПИ (в среднем 4±0,1 мс/ПИ) на 100 экстрасистол (p<0,001). ЭКГ варианты ЖЭ в зависимости от механизма ее развития между экспериментальными и клиническими данными были сопоставимы между собой (r=0,88). Положительные ППЖ (ППЖ(+) были выявлены у 14(48,28%) и у 38(49,35%) (p>0,05), QTd>80 мс у 16(55,17%) и у 42(54,55%) больных ЗП и re-entry, РП соответственно (p>0,05), причем положительные значения ППЖ высоко коррелировали с ИМ в анамнезе (r=0,84). Значения ТО у больных ЗП и re-entry, РП в среднем составили 0,9±0,1% и 11,5±0,2% (норма <0%) соответственно (p<0,0001), в то время как значения TS у этих больных составили 16±2 мс/RR и 12±1 мс/RR (норма>2,5 мс/RR) соответственно (p>0,05).ЖЭ, обусловленная механизмом re-entry и РП высоко коррелировала с ранее перенесенным ИМ (r=0,78), а ЗП – с ишемией миокарда (r=0,91), передозировкой сердечных гликозидов (r=0,82) или бета-адреностимуляторов (r=0,88). Таким образом, для ЖЭ, обусловленной механизмом ЗП, характерна ММ и ПМ ЖЭ с НЛР ПИ более 12 мс/ПИ, а для re-entry и РП – ММ ЖЭ с НЛР ПИ <10 мс/ПИ на 100 экстрасистол, в то время как ППЖ, QTd, показатели ТРС малоинформативны для оценки механизма развития ЖЭ.

0425 ОПЫТ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Козлов С.В., Липченко А.А., Фокина Е.Г., Горбенко П.И.

МО «Новая больница», 33 ГКБ, Екатеринбург, Россия

Цель работы: показать эффективность и безопасность проведения чрескожных коронарных интервенций при инфаркте миокарда, в условиях городской больницы без хирургической поддержки.

Материалы и методы: проанализированы результаты чрескожных коронарных интервенций при лечении пациентов с инфарктом миокарда.

Результаты: за 2005 год в кардиологическом отделении 33 ГКБ, прошли 276 пациентов с инфарктом миокарда. Диагноз инфаркта миокарда во всех случаях обоснован клиническими данными, показателями исследования биомаркеров повреждения миокарда (КФК, МВ КФК, тропонин Т). У 111 пациентов проведены чрескожные коронарные интервенции (ЧКИ), что составило 40% от всего количества пациентов с ИМ. Пациентов с не Q инфарктом миокарда было 18 (16%), пациентов с Q инфарктом миокарда было 93 (84%). Первичная ангиопластика выполнена у 68 пациентов (61%), сочетание тромболитической терапии с последующей ангиопластикой было у 43 пациентов (39%). Возраст пациентов колебался от 23 до 80 лет, средний возраст составил 56 лет. Из 111 больных – 21 проведена баллонная ангиопластика (19%), остальным – 90 (81%) проведено стентирование. Всего имплантировано 126 стента, коэффициент стентирования составил 1,4 стента на процедуру.

Из значимых госпитальных осложнений имелись: острый тромбоз стента у двух пациентов (в группе первичной ЧКИ), один рецидив инфаркта миокарда (в связи с тромбозом стента), два летальных исхода (1 разрыв миокарда в группе ТЛТ+ЧКИ, в группе первичной ЧКИ был 1 случай смерти пациента с инфарктом миокарда боковой стенки, с клапанной болезнью сердца и с присоединением нозокомиальной пневмонии). Общее количество значимых госпитальных осложнений составило 4,5%. Госпитальная летальность составила 1,8%.

Заключение: таким образом, наши результаты показывают высокую эффективность и безопасность проведения чрескожных коронарных интервенций у пациентов с инфарктом миокарда в условиях городской больницы без хирургической поддержки.

0426 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, ОПЫТ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ

Козлов С.В., Липченко А.А., Фокина Е.Г., Горбенко П.И.

МО «Новая больница», 33 ГКБ, Екатеринбург, Россия

Цель: показать эффективность и безопасность чрескожных коронарных интервенций (ЧКИ) при лечении пациентов с ОКС БП ST в условиях городской больницы без хирургической поддержки.

Материалы и методы: проанализирована работа по городской программе неотложной интервенционной кардиологической помощи пациентам с ОКС. С апреля 2003 г. по август 2005 год бригадами СМП в 33 ГКБ, МО «Новая больница» доставлено 1175 пациентов (кардиологическими бригадами 682) с направительным диагнозом ОКС. Из них у 211 пациентов зарегистрирован стойкий подъём сегмента ST (направительный диагноз: инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST). Коронарная ангиография (КАГ) проведена 476 пациентам, что составило 40% от общего числа доставленных бригадами СМП больных. Остальным пациентам КАГ не проведена по различным причинам (данных за наличие ИБС и ОКС не получено, стратификация пациентов с ОКС БП ST в группу низкого риска, отказ пациентов от процедуры КАГ и последующей реваскуляризации, выявление противопоказаний в связи с сопутствующими заболеваниями).

Результаты: после проведения КАГ пациенты распределились на следующие группы:

1. 236 пациентам проведено неотложное коронарное вмешательство (БА, стентирование);

Tesis_006_end.indd 182 24.08.2006 22:25:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

2. 14 пациентам с ОКС БП ST выполнено отсроченное коронарное вмешательство (в сроки от 3 до 14 дней) – при условии хорошего дистального кровотока;
3. 181 пациенту вмешательство не проводилось в связи с наличием показаний для хирургической реваскуляризации;
4. У 45 пациентов с ОКС БП ST отсутствовало гемодинамически значимое поражение коронарного русла.

Общее количество пациентов с ОКС БП ST подвергнутых реваскуляризации составило 163. У 157 (96%) пациентов в период госпитализации отмечался хороший клинический результат. У 2 пациентов отмечалось развитие ИМ (острый тромбоз стента на контрольной КАГ), у 4 пациентов имелись рецидивирующие симптомы ишемии (при многососудистом поражении). Общее количество осложнений составило 3,7%. Летальных исходов не было.

Заключение: таким образом, госпитальные результаты интервенционного лечения больных ОКС БП ST, свидетельствуют о безопасности и эффективности чрескожной коронарной интервенции в условиях городской больницы без хирургической поддержки у этой категории пациентов.

0427 ПРЕРВАННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Козлов С.В., Липченко А.А., Фокина Е.Г., Архипов М.В. Горбенко П.И., Новосельцев С.Л.

МО «Новая больница», 33 ГКБ, Екатеринбург, Россия

Цель работы: изучить частоту прерванного инфаркта миокарда (ПИМ) и характеристику пациентов с ПИМ в группах первичной чрескожной коронарной интервенции (ЧКИ), тромболизиса (ТЛТ), при сочетании этих методов.

Материал и методы: определение ПИМ – быстрое снижение сегмента ST (>50%) и менее, чем двукратное повышение от нормального уровня КФК. Проанализированы 286 пациентов, поступивших с ОКС с подъемом сегмента ST за период с 2004 года по начало 2006 года, которым проводилась механическая или фармакологическая реперфузия.

Результаты: средний возраст пациентов – 55 лет. Всего по критериям ПИМ выявлено 33 пациента, что составило 11%. В группе первичной ЧКИ из 147 пациентов – 16 человек (11%), в группе ТЛТ из 139 – 17 (12%).

Анализ группы ПИМ (33 человека). Средний возраст – 49 лет. ПИКС у 6 (18%), предшествующая стенокардия у 28 (85%). Первичная ЧКИ выполнена 16 пациентам (48%), сочетание ТЛТ и ЧКИ было у 9 человек (27%), ТЛТ+КАГ – 1 пациент (3%), изолированная ТЛТ – 7 пациентов (21%). В группе ЧКИ время «симптом-баллон» колебалось от 1 ч. 40 Мин. до 7 ч., в среднем 4 ч. 40 Мин., В группе ТЛТ время «симптом-игла» колебалось от 1 ч. до 4 ч. 30 Мин., в среднем 2 ч. 40 Мин. В группе ТЛТ из 17 пациентов 10 проведена КАГ (<48 ч.), семь пациентов от КАГ отказались. ИЗА в группе ЧКИ была проходима в 10 случаях, при этом остаточный стеноз был 90% и выше, в 6 случаях (37%) имелась окклюзия, при этом отмечались значимые коллатерали к ИЗА . В группе ТЛТ, из тех кому была выполнена КАГ у всех ИЗА была проходима, но при этом у 9 из 10 пациентов отмечался значимый остаточный осложненный стеноз от 70% и выше, только в одном случае резидуальный стеноз был менее 30%. Исходы: госпитальной летальности в группе ПИМ не было. В группе ЧКИ в течении полугода – 2 рестеноза в стентированном сегменте, рецидивов ИМ не было, из 5 пациентов с 3-х сосудистым поражением трое направлены на АКШ. В группе ТЛТ+ЧКИ 3 пациента с 3-х сосудистым поражением направлены на АКШ. Из 26 пациентов ЧКИ и ТЛТ+ЧКИ 18 (70%) свободны от стенокардии. Судьба семи пациентов из группы изолированной ТЛТ (без КАГ) следующая: в срок от 3 до 4 месяцев у двоих (29%) развился повторный ИМ в том же бассейне, у троих (43%) пациентов стенокардия напряжения 2 ФК., двое свободны от стенокардии.

Заключение: в среднем частота ПИМ при различных типах госпитальной реперфузионной терапии составляет 11-12%, возможным предиктором ПИМ является предшествующая стенокардия. При первичной ЧКИ, несмотря на более позднее начало механической реперфузии, у 63% проходима ИЗА (возможно спонтанная реперфузия). При ПИМ в группе ТЛТ у всех пациентов с проведенной КАГ отмечается проходимость ИЗА, но при этом у большинства пациентов сохраняется значимый остаточный стеноз (в нашем случае у 9 пациентов из 10), потребовавший одномоментной коронарной интервенции. В случае консервативного ведения ПИМ, вероятность развития повторного инфаркта в этом же бассейне в течении полугода, составляет около 30%.

0428 МНОГОФАКТОРНЫЙ ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ДЕФОРМИРУЕМОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ

Козловский В.И., Петухов И.В., Оленская Т.Л.

Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Цель. Разработать многофакторный метод прогноза инсультов, инфарктов миокарда и летальных исходов у больных АГ с учетом деформируемости эритроцитов.

Методы исследования. Обследованы 184 здоровых и 287 больных артериальной гипертензией II степени. Предмет исследования – деформируемость эритроцитов у здоровых людей и больных АГ II степени, прогнозирование формирования АГ у здоровых людей, прогнозирование развития инсультов, инфарктов миокарда, летальных исходов у больных артериальной гипертензией II степени.

Исследование деформируемости эритроцитов, рентгеноскопия грудной клетки, электрокардиография, велоэргометрия, эхокардиоскопия, исследование центральной гемодинамики, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, статистические методы. Длительность наблюдения составила в среднем 6 лет. Математические модели прогноза сформированы с использованием многофакторного линейного регрессионного анализа.

Результаты. Установлено, что у здоровых людей с развитием артериальной гипертензии достоверно ассоциированы показатели деформируемости эритроцитов в плазме крови ($r=0,404$; $p\geq0,01$). Превышение показателя деформируемости эритроцитов более 67,2 с сопровождается достоверным увеличением риска формирования артериальной гипертензии (относительный риск – 5,65 при доверительном интервале 1,28–24,9). За 6 – летний период наблюдения в основной группе здоровых лиц (108 человек) у 14 человек (12,96%) развилась артериальная гипертензия. Создана многофакторная модель прогноза развития артериальной гипертензии у здоровых людей, включающая показатели деформируемости эритроцитов в плазме крови. Информационная значимость ее составила 73%, чувствительность – 73,3%, специфичность – 95,2%.

В основной группе больных артериальной гипертензией II степени (195 человек) за время наблюдения умерло 30 человек (15,4%). Зарегистрировано 26 инфарктов миокарда, 22 инсульта.

Созданы многофакторные математические модели прогноза летальных исходов, инсультов и инфарктов миокарда, общего количества событий у больных артериальной гипертензией II степени с учетом показателей деформируемости эритроцитов. Для летальных исходов информационная значимость модели составляет 72% ($p\geq0,001$), чувствительность и специфичность соответственно 91,7% и 92,5%. Для инсультов и инфарктов миокарда информационная значимость модели составляет 79% ($p\geq0,01$), чувствительность – 78,6%, специфичность – 96,2%. Для общего количества событий информационная значимость модели составляет 76% ($p\geq0,01$), чувствительность – 81,5%, специфичность (Sp) – 70,8%.

Tesis_006_end.indd 183 24.08.2006 22:25:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Заключение. Созданные метод исследования деформируемости эритроцитов и модели прогнозов могут быть использованы при отборе группы повышенного риска развития артериальной гипертензии, а у больных с артериальной гипертензией – развития инсультов, инфарктов миокарда, летальных исходов.

0429 ВИНПОЦЕТИН В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА

Козловский В.И., Макеева Е.В., Руммо В.Е.

Медицинский университет, ТМО-3, санаторий «Летцы, Витебск, Беларусь

Развитие толерантности к нитратам является одним из факторов, существенно осложняющих лечение больных стабильной стенокардией напряжения.

Целью исследования было использование винпоцетина (Кавинтона-форте) для предупреждения развития толерантности к нитратам.

Материал и методы исследования. Обследованы 56 больных ИБС, перенесших эпизод нестабильной стенокардии, сопровождавшийся болевым синдромом и снижением сегмента ST на ЭКГ в 2 и более отведениях. У всех больных эпизод нестабильной стенокардии завершился формированием стенокардии напряжения II функционального класса. Из исследования исключались больные с частой экстрасистолией и пароксизмами мерцательной аритмии. Все больные нитраты (сустак, моночинкве, изосорбида динитрат), бета-адреноблокаторы (атенолол, метопролол). Все больные случайным методом разделены на 2 группы. 1 группа (32 больных) получала только антиангинальные средства и 2 группа (24 человека), получавших антиангинальную терапию и Кавинтон-форте в дозе 30 мг в сутки (3 приема по 10 мг). Достоверных отличий в антиангинальной терапии в двух группах не было. Анализировали число приступов стенокардии в течение суток и потребность в применении нитроглицерина через 1, 2, 3 и 6 месяцев лечения. Толерантность к физической нагрузке оценивалась с помощью велоэргометрии по методу В.М.Альхимовича через 14-15 дней – 1 месяца и на 3-6 месяц после лечения. Оценка толерантности к нагрузке проводилась на фоне приема лекарственных препаратов.

Результаты. Оказалось что у больных, обоих групп число приступов стенокардии напряжения и потребность в нитроглицерине достоверно не отличалось в конце стационарного лечения и через месяц наблюдения.

По данным на 2-ой, 3-й и 6-й месяц лечения отмечалось достоверное снижение числа приступов стенокардии напряжения и потребности в нитроглицерине у получавших винпоцетин (приступы стенокардии – соответственно 1,32±0,06 и 0,7±0,1 в сутки; применение нитроглицерина соответственно – 0,5±0,01 и 0,3±0,03 в сутки).

Исходная толерантность к физической нагрузке в обоих группах достоверно не отличалась. Пороговая мощность была в 1 группе – 73,7±3,7 Вт, во 2-й – 69,4±5,4 Вт ($p>0,1$). Общая работа была соответственно – 2135±89 кГм и 2215±76 кГм ($p>0,1$). Через 3-6 месяцев во 2 группе пороговая мощность в 1 группе была 60,4±3,2 Вт, во 2-й – 70,4±4,1 Вт ($p<0,05$). Общая работа соответственно – 2155±89 кГм и 2675±121 кГм ($p<0,05$).

Заключение. Показано, что применение винпоцетина, ингибитора фосфодиэстеразы-1, сопровождается достоверным снижением частоты развития толерантности к нитратам, что проявляется в снижении числа приступов стенокардии и повышении толерантности к физической нагрузке.

0430 АДГЕЗИВНО-АГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ И УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Козловский В.И., Акулёнок А.В., Макеева Е.В., Козловская С.П.

Медицинский университет, Витебск, Беларусь

Целью работы было определение уровня циркулирующих эндотелиальных клеток, адгезии лейкоцитов и агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии в формировании прогноза развития коронарных и церебральных событий, летальных исходов у больных артериальной гипертензией.

Материал и методы. В контрольной группе было 30 здоровых человек. В основную группу было включено 220 больных артериальной гипертензией II степени (по классификации ВОЗ, 1999)

Определение числа циркулирующих эндотелиальных клеток по методу (Hladovec J., 1978), адгезии лейкоцитов с помощью агрегометра «СОЛАР».

После купирования криза со 2-го дня проводилась гипотензивная терапия амлодипином (50 больных), эналаприлом (50), атенололом (50), лизиноприлом (35) (Диротон, «Гедеон Рихтер» АО), каптоприлом (35). В течение 1,85±0,7 лет регистрировали количество острых расстройств церебрального (транзиторные ишемические атаки [ТИА], инсульты) и коронарного кровотока (нестабильные стенокардии, инфаркты миокарда), летальных исходов. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета программ «Statistica 6.0».

Результаты. В крови у здоровых обнаруживали 59±17 ЦЭК/100 мкл., степень агрегации ЛТС у здоровых людей составила 11,2±2,9%, скорость – 5,6±2,2%/мин, показатель адгезии лейкоцитов – 3,4±1,7 ед.

У больных АГ во время криза обнаруживали 139±50 ЦЭК/100 мкл. Степень и скорость агрегации ЛТС у больных АГ при гипертоническом кризе составили соответственно 19,3±12,8 % и 10,7±8,1%/мин, адгезия лейкоцитов – 7±2,1 ед. На фоне проводимой терапии выявлено достоверное снижение числа ЦЭК до 110±48 клеток/100 мкл, степени, скорости агрегации ЛТС, адгезии лейкоцитов – до соответственно 17,2±10,9%, 9,3±6,9%/мин и 5,4±2 ед. ($p<0,05$). Показатели, полученные в конце стационарного лечения, достоверно превышали показатели, полученные у здоровых людей ($p<0,01$). В наибольшей степени число ЦЭК снизилось при лечении лизиноприлом (на 26,9%) и эналаприлом (на 25%). Показатель адгезии лейкоцитов был достоверно ниже в группе больных, принимавших лизиноприл по сравнению с каптоприлом ($p<0,05$).

За 1,85±0,7 лет наблюдения в группе больных АГ зафиксировано 6 транзиторных ишемических атак, 22 инсульта, 75 нестабильных стенокардий, 13 инфарктов миокарда. Умерло 22 человека. Созданы математические модели вероятности (Y) развития инсультов и инфарктов миокарда, летальных исходов.

В работе показано, что увеличение в крови уровня эндотелиоцитов, повышение адгезии лейкоцитов, агрегации лейкоцитарно-тромбоцитарной суспензии у больных АГ ассоциированы с повышенным риском развития поражения сердца и головного мозга.

Созданные модели прогноза могут быть использованы для выделения групп больных артериальной гипертензией с повышенным риском развития инсультов и инфарктов миокарда, летальных исходов.

0431 ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кокорин В.А., Люсов В.А., Волов Н.А., Лебедева А.Ю., Ильина Е.Е., Гордеев И.Г., Матюшков Н.С.

ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА, Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 184 24.08.2006 22:25:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель работы: оценить влияние новых методов лечения инфаркта миокарда на клиническое течение заболевания.

Методы и материалы: были проанализированы данные 871 больного, поступившего в блок интенсивной терапии отделения неотложной кардиологии ГКБ №15 им. О.М.Филатова г.Москвы в первые сутки инфаркта миокарда за период 1998-2005гг. Оценивались результаты лечения пациентов, поступивших в стационар в 1998-2002 и 2003-2005гг. Группы были сопоставимы по основным клинико-анамнестическим характеристикам.

Частота проведения тромболитической терапии увеличилась на 18,4% (p<0,001). При лечении ИМ стали применяться более современные тромболитические агенты (с 2003г. 300 больным для восстановления коронарного кровотока использовалась альтеплаза), новые дезагреганты (тиклопидин, клопидогрель, тирофибан) и антикоагулянты (низкомолекулярные гепарины, прямые ингибиторы тромбина).

Применение аспирина возросло с 97,9 до 99,5%, -блокаторов – с 70,7 до 93%, ингибиторов АПФ – с 64 до 82,2%, статинов – с 4,4 до 20,3%. Важным достижением стало активное проведение эндоваскулярных вмешательств и операций АКШ у больных высокого риска. 5 пациентам проведена первичная баллонная ангиопластика. Частота проведения коронароангиографий возросла с 4,7 до 35,2%, ЧТКА с/или без стентирования пораженных сосудов – с 1,4 до 13,8%. В 2003-2005гг. 22 больным (5%) до выписки была проведена операция АКШ.

За исследуемый период отмечено снижение госпитальной летальности на 2,1% (p>0,05), частоты возникновения возвратной стенокардии на 6,4% (p<0,05) и сердечной недостаточности на 8,7% (p<0,05). Число случаев развития ре-инфарктов и ОНМК изменились не достоверно. Наибольший положительный эффект был отмечен у женщин, пациентов возрастной группы 61-80 лет, больных сахарным диабетом. Положительная динамика отмечалась и после выписки больных из стационара. Смертность через 6 мес. снизилась с 5,6 до 2,8%, частота повторных инфарктов – с 6,3 до 4,3%, случаев развития ХСН – с 29,2 до 18,7%.

Заключение: изменения в тактике лечения позволили снизить летальность и улучшить прогноз и качество жизни у больных инфарктом миокарда.

0432 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В СТАЦИОНАРНОМ И ОТДЕЛЕННОМ ПЕРИОДАХ ПО ДАННЫМ 8-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ

Кокорин В.А., Люсов В.А., Волов Н.А., Лебедева А.Ю., Ильина Е.Е., Гордеев И.Г., Кокорин И.А.

ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА, Москва, Россия

Цель работы: изучить течение инфаркта миокарда и оценить проводимое лечение в раннем и отдаленном периодах заболевания.

Методы и материалы: проанализированы данные 871 больного, поступившего в отделение неотложной кардиологии с блоком кардиореанимации ГКБ №15 им. О.М.Филатова г.Москвы в первые сутки инфаркта миокарда в 1998-2005гг. Диагноз основывался на наличии типичных клинических проявлений, данных ЭКГ и ферментодиагностики. Средний возраст больных составил 61,8 лет (4,5% больных младше 40 лет, 37,7% – в возрасте 41-60 лет, 54,2% – 61-80 лет и 3,6% – старше 80 лет). Среди пациентов преобладали мужчины – 67,2% (586 человек). Передняя локализация ИМ встречалась в 53,7% случаях; у 20,6% больных ИМ был повторным. 517 пациентов (59,4%) ранее отмечали приступы стенокардии, 625 (71,8%) страдали артериальной гипертензией, 91 (10,4%) – сахарным диабетом. 36 больных (4,1%) перенесли нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). 335 пациентов (38,5%) являлись активными курильщиками, 55 (6,3%) – курили в прошлом. Избыточную массу тела имели 39 больных. 12 пациентам в прошлом проводилось хирургическое лечение ИБС. Длительность болевого синдрома до момента поступления составляла 3,1±0,6 часа.

Системный тромболизис был проведен 684 (78,5%) больным (в 56% стрептокиназой, в 44% альтеплазой). 7 пациентам ТЛТ была проведена на догоспитальном этапе. 15 пациентам выполнена первичная ангиопластика. При лечении в стационаре 860 больным (98,7%) был назначен аспирин, 714 (82%) – -блокаторы, 638 (73,2%) – ингибиторы АПФ или блокаторы ангиотензиновых рецепторов (БАР) и 109 (12,5%) – статины. Коронароангиография была проведена 176 больным (20,2%), в 67 случаях (7,7%) выполнена ЧТКА и/или стентирование пораженных сосудов. 31 больному (3,6%) была проведена операция АКШ.

Летальный исход за время пребывания в стационаре произошел у 117 пациентов (13,4%). Самыми частыми причинами смерти были острая сердечная недостаточность (в 34,2% случаев), нарушения ритма сердца (в 23,1% случаев) и разрывы миокарда (в 29,9% случаев). Более высокий уровень смертности отмечался у больных, которым не проводилась ТЛТ, страдающих сахарным диабетом, старше 80 лет, не куривших или бросивших курить и женщин. У 67 больных (7,7%) развился рецидив ИМ, у 96 (11%) – ранняя постинфарктная стенокардия. Острая сердечная недостаточность (II–IV ФК по Killip) отмечалась у 289 (33,2%) больных. В 19 случаях (2,2%) произошло ОНМК.

Через 6 месяцев после развития ИМ было оценены данные 538 больных. Отмечено 19 летальных исходов (3,5%), 26 случаев (4,8%) повторного ИМ, 22 (4,1%) нестабильной стенокардии, 1 случай ОНМК, 107 – ре-госпитализаций (20%). У 67 (12,5%) больных выявлены симптомы застойной сердечной недостаточности. ЧТКА было выполнено еще 12 пациентам (2,2%), операция АКШ – 16 (3%). Прием аспирина продолжали 78,8% больных, β-блокаторов – 57%, ингибиторов АПФ/ БАР – 75,6%, статинов – 23%.

Заключение: несмотря на значительные достижения в лечении смертность от ИМ остается высокой, что делает актуальным поиск новых путей его лечения.

0433 ПРИМЕНЕНИЕ РАМИПРИЛА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Кокорин В.А., Волов Н.А., Ильина Е.Е., Гэн Хайшу

ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА, Москва, Россия

Цель работы: оценить безопасность и эффективность терапии рамиприлом, назначаемой больным инфарктом миокарда (ИМ) в первые сутки заболевания.

Методы и материалы: обследованы 16 больных Q-образующим ИМ, которым назначали рамиприл в дозе 2,5 мг в сутки в первые 6-18 часов от начала заболевания с последующим титрованием дозы до 10 мг/сут. или максимально переносимой пациентом. Контрольную группу составили 36 больных Q-ИМ, которым препарат назначали на 2-3 сутки болезни. Группы пациентов были сопоставимы по основным клинико-анамнестическим характеристикам. У 6 пациентов первой группы и у 13 – второй, течение ИМ осложнилось развитием сердечной недостаточности (СН) II-III ФК по Killip. Эффективность и безопасность терапии оценивали клинически (летальность, СН, рецидив ИМ), под контролем суточного мониторирования артериального давления (СМАД). Срок наблюдения составил стационарный период лечения больных.

Результаты: за период наблюдения у 1 больного (6,3%) из первой группы и у 4 из второй (11,1%) развились рецидивы ИМ. Летальность составила 6,3% и 8,3%, соответственно. К концу периода наблюдения признаки СН сохранялись у 3 пациентов (13,3%) первой группы и у 6 – второй (18,2%). На фоне терапии достоверного уменьшения ЧСС и АД в целом у больных первой группы не отмечено. В подгруппе больных с исходно повышенным АД выявлено достоверное снижение систолического и диастолического АД соответственно на 16,3% (p<0,05) и 12,1% (p<0,05). У 3 больных первой группы и 7 больных – второй не

Tesis_006_end.indd 185 24.08.2006 22:25:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

удалось достигнуть целевой дозировки препарата 10 мг в сутки из-за развития артериальной гипотензии.

Выводы: прием рамиприла в дозе 2,5 мг/сут. с первых суток ИМ не сопровождается увеличением летальности и развития рецидива ИМ по сравнению с более поздним назначением препарата.

0434 ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Коломоец Н.М., 1Бакшеев В.И., Увайсова К.У.

Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ, Москва, Россия 1ФГУ 52 консультативно-диагностический центр МО РФ, Москва, Россия

Цель: оценка прогностической роли циркадного индекса (ЦИ) по данным суточного мониторирования ЭКГ у больных с кардиореспираторной патологией (ишемическая болезнь сердца [ИБС] в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких [ХОБЛ]).

Материал и методы: проведены ретроспективный анализ 2446 историй болезни и комплексное клинико-инструментальное обследование 231 больного (145 мужчин и 86 женщин) с кардиореспираторной патологией (КРП). Средний возраст мужчин составил 51,7+2,8 лет, женщин – 46,5+3,3 лет (160 больных со стенокардией напряжения (СН) ФК II и 71 пациент со СН ФК III в сочетании с ХОБЛ средне-тяжелого и тяжелого течения).

Результаты. По данным ретроспективного анализа была выявлена положительная корреляционная связь между тяжестью респираторной патологии (РП) и течением ИБС, в частности развитием инфаркта миокарда (r=+0,78). У пациентов с ИБС в сочетании с тяжелым течением ХОБЛ, ЦИ снижался ниже нормы (1,2-1,45) в среднем на 12,5% и составлял 1,05±0,01 усл. ед. У 82,5% пациентов со снижением ЦИ был диагностирован инфаркт миокарда (причем у 52,6% из них – повторный), регистрировались частые нарушения ритма, прежде всего мерцание предсердий (у 56,7%), желудочковые экстрасистолы высоких градаций по Лауну и пробежки желудочковой тахикардии (42,8%), что определяло неблагоприятный прогноз. В целом частота фатальных осложнений в группе больных ИМ с КРП была выше, чем в группе больных с ИМ без КРП в 5,3 раза (при 95% ДИ, p<0,05). У больных со СН на фоне РП (n=405) ЦИ составлял 1,11+0,2, в отличие от больных со СН без РП (n=441) он был равен 1,34+0,4 (p<0,05).

В группе обследованных больных динамика ЦИ в ряду СН ФК-II+ХОБЛ средней степени тяжести (n=92)–СН ФК-III+ХОБЛ средней степени тяжести (n= 19)–СН ФК-III+ХОБЛ тяжелого течения (n=24) составила 1,15+0,02; 1,09+0,01 и 1,05+0,02 усл. ед. соответственно,

Выводы.

1. Циркадный индекс ЧСС у больных с кардиореспираторной патологией является достоверным предиктором сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, фатальные аритмии, внезапная смерть).
2. Суточное мониторирование ЭКГ и определение циркадного индекса ЧСС целесообразно включать в план обследования больных с кардиореспираторной патологией.

0435 «ЭФФЕКТ БЕЛОГО ХАЛАТА» У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Комиссаренко И.А., Преображенская И.Н.

Кафедра геронтологии и гериатрии, ММСУ, Москва, Россия

Цели исследования: Определить наличие «эффекта белого халата» (ЭБХ) у пожилых больных с артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы: Было обследовано 116 больных с ишемической болезнью сердца в сочетании с артериальной гипертонией в возрасте от 60 до 78 лет (средний возраст составил 71,4±2,8 лет), среди них было 89 (76,7%) женщин и 27 (23,3%) мужчин. Больным до и после терапии АД проводилось разовое измерение АД методом Короткова и суточное мониторирование АД (СМАД). Среди обследованных больных 70,7% имели систоло-диастолическую форму АГ (СДАГ), 29,3% – изолированную систолическую артериальную гипертонию (ИСГ). Средний возраст больных с СДАГ составил 69,9±3,2 лет, продолжительность АГ – 12,5±4,2 лет, среди них женщин- 64 (78%), мужчин – 18 (22%). Первоначальные значения АД составили: САДср – 178,7±3,5 Мм рт.ст. ДАДср – 104,6±3,9 мм рт.ст, ЧССср – 77,2±3,2 ударов в Минуту. В группе больных с СДАГ перенесли инфаркт миокарда 20 пациентов (24,4%), стенокардия 1 ФК выявлена у 11 больных, стенокардия 2 ФК – у 18, стенокардия 3 ФК – у 17 пациентов. Перенесли ОНМК 15 больных (18,3%). У больных с ИСГ средний возраст составил 73,4±2,9 лет, продолжительность АГ- 13,7±3,8 лет, из них 25 (73,5%) женщин и 9 (26,5%) мужчин. Начальные значения АД составили: САДср – 174,8±3,4 мм рт.ст, ДАДср – 83,6±2,1 мм рт.ст, ЧССср – 75,9±3,5 ударов в Минуту. В группе больных с ИСГ перенесли инфаркт миокарда 6 пациентов (17,6%), стенокардия 1ФК выявлена у 5 больных, стенокардия 2 ФК – у 8, стенокардия 3ФК – у 8 больных. Перенесли ОНМК 10 больных (29,4%). У 64 пациентов (58,2% от общего числа) был выявлен ЭБХ. 24 пациента (77,5%) имели ИСГ: среди них 2 (22,2%) мужчин и 22 (88%) женщин, средний возраст 73,8±2,4, длительность АГ составила 14,2±1,9. Перенесли инфаркт миокарда 5 (83,3%) пациентов, ОНМК – 9 (90%) больных. 40 пациентов (50,6%) были с СДАГ: среди них 6 (33%) мужчин и 34 (53,12%) женщин, средний возраст 70,2±1,8, длительность АГ составила 12,9±1,6. Перенесли инфаркт миокарда 17 (85%) пациентов, ОНМК – 13 (86,6%) больных.

Заключение: У больных пожилого возраста чаще выявляется СДАГ (70,7%).

Более чем у половины больных с АГ выявляется ЭБХ (58,2%).

Наиболее часто ЭБХ выявлялся у больных с ИСГ (77,5 % составили больные с ИСГ (от общего числа больных) и 50,6% – с СДАГ).

В группе больных с ЭБХ и ИСГ отмечается преобладание женщин – 88% против 53,12% у больных с СДАГ.

У больных с ЭБХ отмечается максимальное число пациентов с перенесенным инфарктом миокарда и ОНМК – от 83,3% до 90%.

0436 СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Комиссарова С.М., Петровская М.Е.

РНПЦ «Кардиология», Минск, Республика Беларусь

Цель. Изучение показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) по 5-минутным отрезкам ЭКГ, психоэмоционального статуса и когнитивных функций у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) перед кардиохирургической реваскуляризации миокарда.

Материалы и методы. Обследовано 60 больных ИБС со стенокардией напряжения ФКII-III и ХСН II-III по NYHA (средний возраст 56,8±5,6 лет). Все больные перенесли Q-инфаркт миокарда давность более 6 месяцев и имели снижение сократительной функции миокарда (ФВ ЛЖ 43,3±20,0%). Исследование ВСР по коротким 5-минутным отрезкам осуществляли на аппаратно-программном комплексе «Бриз». Анализировали наиболее информативные показатели временного (RRi мс, SDNN мс, rMSSD мс) и спектрального (HF%, LF%, VLF%, LF/HF%)

Tesis_006_end.indd 186 24.08.2006 22:25:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

анализа ВСР. Психологический статус оценивался с помощью Миннесотского опросника КЖ (MLHFQ), теста Спилберга-Ханина, госпитальной шкалы тревоги и депрессии (ГШТиД), шкалы депрессии Бека. Когнитивные функции определяли при использовании Stroop-test (компьютерная версия).

Результаты. У пациентов с выраженной ХСН выявлен высокий уровень тревожности (62%), мягкая депрессия (36%), и низкий уровень КЖ (48%). По данным ВРС наблюдалось выраженное снижение (SDNN 43,4±3,8 мс против 55,2±4,7 мс), повышение симпатического компонента (LF 48,3±4,14% против 32,2±2,8%) с неадекватным снижением парасимпатического компонента (HF 25,2±1,2% против 37,5±3,2%) по сравнению с больными без повышенного уровня тревожности. Выявлены положительные корреляционные связи между высоким уровнем личностной тревожности показателями частотных характеристик ВСР (HF<25%, LF<35%, LF/HF<1%; r=0,65 и r=0,72 и r=0,58, при p<0,05, соответственно), также выявлены положительные корреляционные связи с количеством времени выполнения задач в Stroop-test (SDNN<55 мс и t>40 сек, n<3; r=0,56, при p<0,01, соответственно). У 20% больных имелись клинические признаки депрессии: подавленное настроение, различные нарушения сна, слабость, повышенная утомляемость, недостаточная уверенность в себе, сниженная работоспособность, чувство беспокойства, вялость, снижение половой активности. По результатам Stroop-test у 64% пациентов с выраженной ХСН наблюдалось также снижение скорости выполнения теста при сохранении качества переработки конгруэнтной информации, удлинение времени на проведение теста при сохранении качества переработки информации (t>40 сек, в 1.97 раза, n<3). Выполнение неконгруэнтной информации у 81% пациентов сопровождалось снижением скорости переработки информации в 2 раза при низком качестве переработки информации (n>3).

Заключение. Выявленные нарушения со стороны ВНС, психоэмоционального состояния и когнитивных функций увеличивают риск жизнеугрожающих аритмий, служат основанием для осуществления терапии, направленной на коррекцию нарушений как нейровегетативной, так и психофизиологической регуляции.

0437 ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНДАПАМИДОМ

Кондакова Г.Б, Ефремушкин Г.Г., Зубова О.А., Шмат З. А., Крячкова Т.В., Шахова Т.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Краевой госпиталь ветеранов войн, Барнаул, Россия

Целью исследования было изучить влияние комбинированного лечения с использованием индапамида на уровень артериального давления (АД), центральную гемодинамику больных гипертонической болезнью (ГБ) пожилого и старческого возраста.

В исследование включено 70 больных пожилого возраста с ГБ II-III степени, находившихся на стационарном лечении в Алтайском краевом госпитале ветеранов войн. Средний возраст больных составил 77,4±6,5 лет. Методом рандомизации пациенты были распределены на 2 группы: 1-ая – 35 больных, которым в комбинированную терапию был включен индапамид по 2,5 мг 1 раз утром; 2-ая – 35 больных, которым назначался гипотиазид по 25 мг утром. Эффективность рандомизации была представлена сопоставимостью групп по полу, возрасту, тяжести ГБ, сопутствующей патологии, проводимой им медикаментозной терапии. Длительность лечения составила в среднем 21±3 день. Всем им при поступлении и выписке из стационара проводилось общеклиническое исследование, определялось артериальное давление, регистрировалась ЭКГ в 12 отведениях, Эхо КГ (на аппарате Vivid 7, GE, США) и оценивалось качество жизни медико-социологической анкетой для больных с сердечно- сосудистой патологией. При исследовании центральной гемодинамики определялись: конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический объем (КДО), конечный систолический объем (КСО), фракция выброса (ФВ), толщина стенок левого желудочка, масса миокарда левого желудочка.

При поступлении больных в стационар состояние центральной гемодинамики характеризовалось умеренным увеличением КДР и КСР размеров, умеренным снижением ФВ. У всех больных имелась умеренная гипертрофия левого желудочка. В конце стационарного лечения у больных 1 группы отмечалось улучшение морфо-функциональных показателей сердца в виде снижения КДР и КСР (p=0,01), уменьшения КДО и КСО (p=0,05). Прослеживалась тенденция к уменьшению массы миокарда левого желудочка на 7,8% (p=0,1) и увеличению фракции выброса на 1,3% (p=0,09), толщина стенок левого желудочка за период стационарного лечения достоверно не изменилась. У больных группы сравнения за этот период времени показатели центральной гемодинамики не изменились. В конце лечения у больных 1 группы ФВ была достоверно больше по сравнению с таковой в группе сравнения, при одновременном уменьшении КДР.

Таким образом, применение индапамида (индап) в комбинированной антигипертензивной терапии больных пожилого возраста улучшает морфо-функциональные параметры сердца.

0438 POST-REST РЕАКЦИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО МИОКАРДА ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ОБРАБОТКИ АМИОДАРОНОМ

Кондратьева Д.С., Афанасьев С.А., Евтушенко А.В., Шипулин В.М., Попов С.В.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ Сибирского отделения РАМН, Томск, Россия

Ревматическое поражение миокарда приводит к развитию сердечной недостаточности и сократительной дисфункции миокарда. Функциональные возможности ремоделированного миокарда при этом изучены недостаточно. В связи с этим, целью работы явилось изучение post–rest реакции изолированных препаратов миокарда пациентов с ревматическими пороками в отсутствии и на фоне действия амиодарона.

Работа выполнена на изолированных трабекулах ушка правого предсердия, иссекаемого во время протезирования клапана у пациентов с ревматическим поражением миокарда (14 пациентов). Перфузию трабекул осуществляли при температуре 36,0±0,5 С, оксигенированным раствором Кребса-Хензелайта. Электрическую стимуляцию трабекул проводили в изометрическом режиме с базовой частотой 0,5 Гц. Регистрировали post-rest реакцию трабекул (первого сокращения при возобновлении стимуляции через 4-60 с покоя или паузы) до и после перфузии миокарда амиодароном (1 мкМ). Строили кривую механической реституции или зависимость амплитуды сокращения от длительности интервала между стимулами. Достоверность полученных результатов оценивали по критерию Вилкоксона.

Было показано, что инотропной ответ миокарда пациентов с ревматическими пороками на тест post-rest имел два типа реакции. Первый тип инотропной реакции характеризовался значительным превышением амплитуды регулярных сокращений, и с увеличением длительности паузы потенциация нарастала с 50 до 160% (p<0,05). Инотропная реакция второго типа имела нисходящий характер или обратную зависимость. Амплитуда сокращения этих трабекул не превышала параметры регулярных циклов на коротких паузах, а с увеличением длительности интервала между стимулами снижалась до 63%. Перфузия миокарда раствором, содержащим амиодарон, сопровождалась слабым отрицательным инотропным эффектом. Post-rest – индуцированная потенциация миокарда с I типом инотропной реакции после обработки амиодароном дополнительно повышалось на 30% на всех интервалах паузы (p<0,05). На фоне амиодарона post-rest ре-

Tesis_006_end.indd 187 24.08.2006 22:25:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

акция миокарда со вторым типом ответа не изменилась по сравнению с исходной реакцией. Кроме того, было обнаружено, что II тип реакции развивался только на интраоперационном материале пациентов с хронической фибрилляцией предсердий.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что хроноинотропные реакции миокарда с ревматическим поражением отражают особенности его ремоделирования, что, вероятно, обусловлено перестройкой внутриклеточных структур.

0439 ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Кондратьев А.И.

Омская государственная медицинская академия Росздрава РФ, Омск, Россия

С учетом данных о метаболизме при диабетической кардиопатии представляется обоснованной попытка оптимизации терапии инфаркта миокарда (ИМ) на фоне сахарного диабета (СД) за счет протективного действия препарата Мексикор (2-этил-6-метил-3-оксипиридина сукцинат, 5% раствор) у больных крупноочаговым ИМ (Q-ИМ), получавших тромболитическую терапию стрептокиназой, в сравнении с традиционной терапией.

Материал и методы. В исследование включены 18 больных Q-ОИМ с СД в первые 6 часов заболевания, не имевшие противопоказаний к тромболитической и антитромбоцитарной терапии в возрасте от 54 до 65 лет (средний возраст 56,1±3,6 г). Диагностическими критериями Q-ИМ были: характерная клиническая картина ангинозного статуса; повышение концентрации тропонина I, АсАТ и КФК в плазме крови в диагностических титрах; закономерные изменения ЭКГ (элевация сегмента ST более 2-х мм в двух или более соседних отведениях ЭКГ, а также появление новых патологических зубцов Q/QS в двух или более соседних отведениях ЭКГ). Методом случайных чисел была сформирована опытная группа (ТЛТ в сочетании с Мексикором, n=9) и контрольная группа (стандартное лечение, n=9), сравнимые по полу и возрасту, а также характеристикам Q-ИМ и проводимой базисной терапии (гепарин, бета-блокаторы, антиагреганты, ИАПФ, статины, гликлазид). Ацетилсалициловая кислота в дозе 250-375 мг назначалась однократно под язык или внутрь на догоспитальном этапе. Стрептокиназа (1,5 млн. ЕД в/в за 30-60 Минут) вводилась в течение первые 6 часов в блоке интенсивной терапии. Больным опытной группы Мексикор назначался 7-9 суток парентерально в суточной дозе из расчета 6-8 мг/кг массы тела. Степень восстановления кровотока в инфаркт-связанной коронарной артерии оценивали неинвазивными методами – по динамике разрешения суммарной элевации ST к 180 Минуте от начала тромболизиса. В итоге ЭКГ-признаки коронарной реперфузии (степень II и III) регистрировались у 16 пациентов обеих групп (88,9%). Доля ЭКГ- критериев полной реперфузии (степень III) к 180 Минуте было примерно одинаковой в обеих группах (6 пациентов (66,6%) в опытной группе и 7 пациентов (77,8%) в группе стандартного лечения). ЭКГ и ферментативные признаки рецидива ИМ за срок исследования зафиксированы у 4 больных (44,4%) опытной группы и в 6 случаях (66,7%) в группе стандартного лечения. Побочных эффектов, потребовавших отмены мексикора, не возникало. Клинический значимый положительный эффект, полученный в данном исследовании, наиболее вероятно обусловлен комплексным противоишемическим и антиоксидантным действием препарата в условиях диабетического сердца.

Таким образом, в остром периоде инфаркта миокарда на фоне СД при проведении тромболитической терапии стрептокиназой назначение современного препарата Мексикор, обладающего антиоксидантным и метаболическим действием, позволяет статистически значимо уменьшить количество случаев рецидивирующего течения ОИМ, связанного с проведением системной тромболитической терапии, и оптимизировать дальнейшее лечение ОИМ.

0440 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН МОСКВЫ 30-64 ЛЕТ ЗА 20-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД

Константинов В.В., Киреев С.В., Тимофеева Т.Н., Баланова Ю.А., Лельчук И.Н., Капустина А.В, Деев А.Д.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучить динамику основных факторов риска среди женского населения Москвы за период с 1980 по 2001 гг.

Методы: исследование выполнено на случайных репрезентативных выборках из неорганизованного женского населения 30-64 лет. Общая численность обследованных составила 3036 чел. с откликом более 70%. За 20-летний период проведено 6-кратное обследование. Использовались стандартные эпидемиологические методы исследования и единые критерии оценки факторов риска (ФР).

Результаты: Распространенность АГ (САД или ДАД≥140/90 Мм рт. ст.) среди женского населения в среднем за исследуемый период составила 47,6%. Более высокая ее частота наблюдалась в 1985-86 и 1988-89 гг. (55,7-51,4%), более низкая – в 1990-91, 1992-94 и 2000-01 гг.(41,5, 40,1 и 46,8% соответственно). Лечение по поводу АГ получали в среднем 32,3% больных женщин. В 1980-82, 1985-86,1988-89 и 1990-91 гг. лечение получали соответственно 21,7, 31,0, 33,2 и 33,0%. В последующем десятилетии (1992-94 и 2000-01 гг.) охват лечением возрос до 39,1 и 45,0 соответственно. Среди женщин, получавших лечение, эффективно лечились в среднем 16,3%. Более низкий показатель эффективности лечения наблюдался в 1988-89, 1990-91 и 1992-94 гг.(7,9-13,3%), тогда как в 2000-01 гг. он возрос до 22,4%. За период наблюдения распространенность ГХС (≥200 мг/дл.) в целом составила 67,3%. В период с 1980 по 1991 гг. частота ГХС колебалась от 65,8 до 74,5%, тогда как в 1992-94 и 2000-01 гг. она понизилась до 63,7-58,1% соответственно. Частота ГТГ (≥160 мг/дл) составила 13,0%, колеблясь от 14,5% в 1980-82 гг. до 15,6%- в 1990-91 гг. и от 12,7% до 10,9% в 1992-94 и 2000-01 гг. соответственно. Распространенность гипо-α-ХС в среднем составила 3,7%. В период с 1980-82 по 1990-91 гг. частота гипо-α-ХС колебалась от 3,3 до 6,2%, тогда как в 1992-94 и 2000-01 гг. она понизилась до 2,1 и 3,1% соответственно. Распространенность курения составила в среднем 13,6%. Минимальной она была в 1980-82 гг. (11,6%), тогда как в 2000-01 гг. она повысилась до 15%. Частота лиц, бросивших курить, составила в среднем 7,5%. За последнее десятилетие численность бросивших курить несколько возросла: с 11,2 и 10,2% соответственно. Распространенность избыточной массы тела (ИМТ) и ожирения у женщин составили в среднем 70,9%. В период с 1980 по 1991 гг. частота этих показателей колебалась от 76,3 до 69,3%, тогда как в последующем десятилетии (1992–2001 гг.) она несколько понизилась (57,4 – 66,5%).

Выводы: Эпидемиологические условия (ЭУ) в отношении заболеваемости и смертности от ССЗ среди женского населения Москвы остаются неблагоприятными: несмотря на снижение распространенности АГ, ГХС, ИМТ, частота их остается высокой. Кроме того, отмечается рост числа курящих женщин. Однако, следует отметить увеличение охвата лечением больных АГ и его эффективности, что вселяет надежду на изменение ЭУ в более благоприятную сторону.

0441 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УЧАСТИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИК В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПО КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Концевая А.В., Калинина А.М., Романенко Т.С., Омельяненко М.Г.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия; ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 188 24.08.2006 22:25:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Успех профилактических вмешательств врачей первичного звена здравоохранения во многом зависит от готовности пациентов поликлиник к участию в профилактических мероприятиях. Выявление легко определяемых маркеров, позволяющих прогнозировать готовность пациентов к коррекции факторов риска, позволит разработать дифференцированный подход к профилактическим мерам для разных контингентов пациентов.

Цель работы: выявить маркеры, отражающие готовность пациентов поликлиник к участию в профилактических мероприятиях.

Материалы и методы: Исследование проводилось в рамках кооперативной программы по изучению распространенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции совместно с ГУ ГНИЦ Профилактической медицины Росздрава. Для целей исследования была сформирована выборка пациентов поликлиник г. Иваново. Обследование каждого пациента включало проведение опроса по специальной анкете, заполнение опросника SF-36 и измерение артериального давления (АД). При анализе результатов обследования выборки 266 пациентов поликлиник, в качестве предполагаемых прогностически значимых маркеров использовались социальные параметры (пол, возраст, уровень образования), самооценка здоровья и показатели качества жизни.

Результаты: При проведении опроса выборки выявлено, что женщины, достоверно чаще, чем мужчины готовы к коррекции питания (52,8 и 38,1%, $p<0,05$), участию в профилактических мероприятиях по борьбе со стрессом (35,4 и 18,1%, $p<0,05$), снижению веса (51,6 и 21,0%, $p<0,05$) и контролю АД (29,2 и 18,1%, $p<0,05$). Возраст старше трудоспособного оказался маркером готовности пациентов поликлиник к коррекции питания (63,4 и 41,0%, $p<0,05$) и контролю АД (42,3 и 18,5%, $p<0,05$) по сравнению с пациентами трудоспособного возраста. С высшим образованием пациентов оказалась ассоциирована готовность к участию в профилактических мероприятиях по борьбе со стрессом, на готовность к коррекции других факторов риска уровень образования не влиял.

Низкая самооценка здоровья оказалась предиктором готовности пациентов поликлиник к контролю АД. Пациенты с низкой самооценкой здоровья достоверно чаще, чем участники исследования с высокой оценкой собственного здоровья выражали готовность к самоконтролю АД (35,3% и 11,6%, соответственно, $p<0,05$).

Выявлена зависимость готовности к контролю АД от качества жизни пациентов. Показатели качества жизни в группе пациентов готовых к контролю АД оказалось достоверно ниже, чем в группе пациентов не желающих следить за АД по 7 из 8 шкал опросника SF-36.

Выводы: Маркерами участия пациентов поликлиник в профилактических мероприятиях по коррекции факторов риска являются женский пол, возраст старше трудоспособного, неудовлетворительная самооценка здоровья и низкие показатели качества жизни пациентов.

0442 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ПРЕДСКАЗАНИЯ ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Копица Н.П.[1], Петюнина О.В.[1], Литвин О.В.[1], Попов В.В[2].

Институт терапии имени Л.Т.Малой АМН Украины, Харьков, Украина; Московский Государственный медико-стоматологический университет Москва, Россия

Предполагается, что внезапная кардиальная смерть (ВКС) у лиц, страдающих ИБС, возникает как вследствие острого коронарного синдрома, так и вследствие первичной аритмии. Это означает, что предстоящее коронарное событие или «аритмогенность» может возникнуть перед ВКС. Примерно у 50% больных, госпитализированных по поводу нестабильной стенокардии или острого инфаркта миокарда, не определяют классические факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (артериальную гипертензию, курение, дислипидемию, избыточную массу тела, сахарный диабет). Это обусловило необходимость поиска новых методологических подходов для повышения точности прогноза у таких больных.

Цель: Исследование многофакторного анализа предикторов ВКС на чувствительность и специфичность прогноза.

Методы исследования: обследовано 234 больных, перенесших инфаркт миокарда в среднем возрасте (56,6±10,8) лет, из них 206 – мужчины. 26 из них умерли внезапно в течение 1 года. Всем больным в остром периоде (до 28 дня) проводили исследование интерлейкина-6 (ИЛ-6) в сыворотке крови иммуноферментным способом, фактора Виллибранда (фВ) – иммунологическим методом. Вариабельность сердечного ритма (ВСР) и ее основной показатель – SDNN – исследовали с помощью 24-часового Холтеровского мониторирования ЭКГ, поздние потенциалы желудочков (ППЖ) выявляли на аппаратном комплексе «Геолинк» (Россия-Швеция).

Результаты: для многофакторного анализа были выбраны параметры уязвимости атеросклеротической бляшки: воспалительные – ИЛ-6, электрофизиологические – наличие ППЖ, снижение SDNN, повышенной тромбогенной активности крови (фВ). При значении ИЛ-6>180 пг/мл чувствительность прогноза составляла 89%, специфичность – 36,2%. При значении ИЛ-6>180 пг/мл в сочетании с наличием ППЖ чувствительность составляла 89%, специфичность – 50%. В случае ИЛ-6>180 пг/мл + SDNN<70 мс – соответственно 89% и 57%, ИЛ-6>180 пг/мл + ППЖ + SDNN<70мс – 96% и 76%,

ИЛ-6>180 пг/мл + ППЖ + SDNN<70мс + фВ>120%. Использование предложенного способа позволило добиться повышения точности прогноза ВКС – чувствительность возросла до 100%, а специфичность до 94%.

Выводы: Достижению значительного повышения точности прогноза возникновения ВКС способствует использование многофакторного анализа предикторов ВКС, включающего оценку с одной стороны состояния провоспалительных цитокинов – маркеров нестабильности атеросклеротической бляшки, с другой – электрофизиологических маркеров уязвимости миокарда (наличие ППЖ, снижение ВСР), с третьей – наличие повышенной тромбогенной активности крови (высокий уровень фВ).

0443 ВНУТРИСОСУДИСТОЕ АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ

Коричкина Л.Н.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель – исследовать интенсивность внутрисосудистого аутороzеткообразования (АРО), средний диаметр эритроцитов (СДЭ), деформируемость эритроцитов (ДЭ), осмотическую резистентность эритроцитов (ОРЭ) у больных артериальной гипертонией (АГ) на фоне постоянного приема гипотензивных препаратов (ГП).

Материал и методы. Обследовано 100 больных АГ II стадии (60 мужчин, 40 женщин, средний возраст 47,5±1,3 года). Они получали стандартную гипотензивную терапию, в среднем 2,85 препарата. У всех больных утром натощак проводили забор капиллярной крови. В мазках крови подсчитывали общее число лейкоцитов (Л), аутороzеток (АР) и аутороzеток с экзоцитарным лизисом (ЭЛ) эритроцитов (Э). За АР принимали клеточную ассоциацию, состоящую из гранулоцита, с плотно прилегающими к нему тремя и более Э. Определяли СДЭ, ДЭ, ОРЭ, содержание Э и гемоглобина (Нв) в периферической крови. Контрольную группу (КГ) составили 40 здоровых лиц (20 мужчин, 20 женщин, средний возраст 47,5±1,1 года). Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента.

Tesis_006_end.indd 189 24.08.2006 22:25:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. У обследованных КГ общее число Л было 4,8х109/л, АР – 0,75±0,11% (абс. 0,036х109/л), АР с ЭЛ – 53% от общего числа АР. СДЭ составил 7,3±0,03 мкм, ДЭ – 1,01±0,02, ОРЭ в изотоническом NaCl – 1,5%, в гипотоническом растворе NaCl – 28%. Содержание Э было 4,6х1012/л, Нв – 135,0 г/л.

У больных АГ общее число Л было 6,3х109/л, АР – 14,2±0,9% (абс.0,951х109/л, p<0,001), из них АР с ЭЛ – 15% (p<0,001). СДЭ составил 7,6±0,03 мкм (p<0,01), ДЭ – 1,2±0,02 (p<0,01), ОРЭ в изотоническом растворе NaCl – 2,95±0,5% (p<0,01), в гипотоническом растворе NaCl – 70,9±5,4% (p<0,01). Содержание Э было 4,3х1012/л (p<0,01), Нв – 137,0 г/л.

Таким образом, у здоровых лиц в периферической крови отмечаются единичные АР. В половине выявленных АР наблюдается ЭЛ эритроцитов. Напротив, у больных АГ на фоне увеличения общего числа Л отмечено увеличение общего количества АР в 18,9 раза и уменьшение процентного содержание АР с ЭЛ эритроцитов в 3,5 раза. При этом у больных АГ установлено достоверное повышение показателей СДЭ, ДЭ, снижение ОРЭ в изотоническом растворе в 2 раза, в гипотоническом растворе в 2,4 раза, снижение содержания Э в периферической крови. Не исключено, что на повышение интенсивности внутрисосудистого АРО и изменение показателей СДЭ, ДЭ, ОРЭ оказывает влияние гипотензивная терапия. Данный вопрос требует дальнейшего изучения.

0444 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Корнеева О.Н.

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

Цель исследования: выявить особенности клинического течения артериальной гипертензии у больных метаболическим синдромом.

Материалы и методы: В исследование были включены 28 пациентов с метаболическим синдромом в возрасте от 30 до 65 лет, из них 17 мужчин и 11 женщин с длительностью АГ от 0,5 года до 15 лет. Средняя окружность талии (ОТ) у женщин составила 109,07±21,17 см, у мужчин — 114,0±10,1 см. Средний индекс массы тела (ИМТ) составлял 33,5±5,2 кг/м2.

Клиническое обследование включало сбор жалоб, анамнеза, физикальный осмотр с исследованием антропометрических показателей, ИМТ, измерение АД, оценивался 10-летний риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний по шкале «SCORE». Первоначальное среднее АД составило 156,3±9,5 Мм рт. ст. и 98,6±6,2 Мм рт. ст. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД. Лабораторно определялся развернутый биохимический анализ крови, липидограмма, оценивался индекс HOMA.

Результаты: Артериальная гипертензия регистрировалась у 89,3% больных с метаболическим синдромом и носила систоло-диастолический характер. 21,4% пациентов имели суточный профиль с достаточным (нормальным) снижением АД (диппер). У 78,6% отмечалось нарушение суточного ритма АД, из них 7,1% пациентов – найт-пикеры. У 28,5% больных – овер-диппперы. У 92,8% обследованных пациентов на основании повышенных показателей HOMA-теста была выявлена инсулинорезистентность.

Выводы:

- Артериальная гипертензия регистрировалась у 89,3% больных с метаболическим синдромом.
- Отмечается систоло-диастолический характер АГ.
- Характерным является нарушение суточного профиля артериального давления, главным образом, в виде недостаточного снижения АД в ночные часы, 43% из пациентов – нон-дипперы.
- У 92,8% обследованных пациентов на основании повышенных показателей HOMA-теста была выявлена инсулинорезистентность.
- Отсутствие ночного снижения АД у больных с метаболическим синдромом подтверждает патогенетические взаимосвязи инсулинорезистентности и артериальной гипертензии при метаболическом синдроме.

0445 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МАКРОСОСУДИСТЫХ РАЗВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ПЕРВОМ ДЕТСТВЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ИХ ВЕТВЛЕНИЙ

Коробкеев А.А., Лежнина О.Ю.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель работы – установить морфофункциональные параметры артериальных разветвлений сердца в первом детстве при правовенечном (ПВВВА), левовенечном (ЛВВВА) и равномерном (РВВВА) вариантах ветвлений венечных артерий (ВВВА).

Сосудистые разветвления 11 сердец детей от 4 до 7 лет исследованы комплексно – анатомическими, рентгенологическими, гистологическими методами. Специальные и оригинальные компьютерные программы позволили провести сравнительный анализ полученных данных.

Артериальные разветвления сердца рассматривались в виде структуры, состоящей из основного ствола и образующихся в результате его деления правой (ПДВ) и левой (ЛДВ) «дочерних» ветвей. В первом детстве наибольшее число субэпикардиальных сосудистых разветвлений венечных артерий и их ветвей установлено при РВВВА (39%), по сравнению с ЛВВВА (32%) и ПВВВА (29%). Отличия между длиной основного ствола левой венечной артерии при всех ВВВА не значимы (p>0,05). ЛДВ, образующая огибающую ветвь после деления левой венечной артерии, всегда длиннее ПДВ, образующей переднюю межжелудочковую ветвь.

Сравнительный анализ основных сосудистых разветвлений передней межжелудочковой ветви левой венечной артерии показал, что длина ПДВ преобладает над ЛДВ при всех ВВВА. Во всех сосудистых генерациях огибающей ветви при ПВВВА ПДВ длиннее ЛДВ, тогда как при РВВВА установлено равное число случаев с преобладанием длины ПДВ и ЛДВ. Длина ПДВ сосудистых делений огибающей ветви при ПВВВА и РВВВА, формирующей левую краевую ветвь всегда преобладает над длиной ЛДВ, распространяющейся в венечной борозде. На большинстве (66,7%) изученных объектов с ЛВВВА ПДВ короче ЛДВ. Большинство сосудистых генераций левой венечной артерии при ПВВВА (75%) и РВВВА (67%) характеризуются более протяженной ПДВ, тогда как на препаратах с ЛВВВА отмечается равное количество наблюдений с преобладанием ПДВ и ЛДВ.

ПДВ всех сосудистых ветвлений правой венечной артерии при ЛВВВА и ПВВВА короче ЛДВ, однако, при РВВВА лишь 60% наблюдений с преобладанием длины ЛДВ и в 40% случаев ПДВ протяженнее ЛДВ.

В сосудистых разветвлениях левой венечной артерии преобладание длины ПДВ над ЛДВ (62,5%) встречается в 1,7 раза чаще, чем преобладание длины ЛДВ над ПДВ (37,5%). В сосудистых разветвлениях правой венечной артерии, наоборот, при всех ВВВА преобладание длины ПДВ над ЛДВ (16,7%) встречается в 5,0 раза реже, чем преобладание длины ЛДВ над ПДВ (83,3%).

Результаты исследования коронарных разветвлений в первом детстве свидетельствуют о корреляционной взаимосвязи между морфофункциональными параметрами сосудистых делений, областью распространения артерий и вариантом их ветвлений.

Tesis_006_end.indd 190 24.08.2006 22:25:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0446 АНГИОАРХИТЕКТОНИКА АРТЕРИАЛЬНОГО СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО РУСЛА СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ

Коробкеев А.А., Лежнина О.Ю.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель настоящего исследования – представить ангиоархитектонику сердца новорожденных при правовенечном (ПВВВА), левовенечном (ЛВВВА) и равномерном (РВВВА) вариантах ветвлений венечных артерий (ВВВА) с учетом морфофункциональных показателей их субэпикардиальных артериальных разветвлений.

Комплексное изучение коронарных ветвлений 15 сердец новорожденных проведено анатомическими, рентгенологическими, гистологическими методами. Для обработки и сравнительного анализа полученных данных использованы специальные и оригинальные компьютерные программы, учитывающие специфическую геометрию графических объектов.

Анализ углов ветвлений основных производных коронарных сосудов при различных ВВВА показал, что разветвление основного ствола левой венечной артерии на переднюю межжелудочковую и огибающую ветви при всех ВВВА происходит под углом 45□-90 . При этом, максимальные значения отмечаются при ПВВВА (84 ±2), по сравнению с ЛВВВА и РВВВА (75 ±2).

Установлено, что большая часть разветвлений левой венечной артерии с углами от 45° до 90°. Их максимальное количество при РВВВА с последующим убыванием при ЛВВВА и ПВВВА, составляли соответственно 80%, 67%, 62%. Наряду с этим выявлены сосудистые ветвления левой венечной артерии с углами менее 45°: при ПВВВА – 38%, ЛВВВА – 33%, РВВВА – 20%.

Большинство «дочерних» ветвей бифуркаций правой венечной артерии при ЛВВВА (66,7%) образуют углы разветвления менее 45 и лишь в 33,3% случаев – 45 -90 . При ПВВВА 57,1% наблюдений с ветвлениями правой венечной артерии от 45 до 90 и 42,9% с углами менее 45 . 50% разветвлений правой венечной артерии при РВВВА имеют углы разветвления более 90 , а также по 25% случаев с ветвлениями менее 45 и 45-90 .

На различных уровнях делений венечных артерий при ПВВВА и РВВВА, их ветви, отклоняющиеся на больший угол, в 66,7% случаев имеют меньшую площадь сечения (Sсеч.), по сравнению с ветвями, отклоняющимися на меньший угол с большей Sсеч.; в 11% наблюдений при РВВВА и 6,7% при ПВВВА Sсеч. обеих ветвей равны. Однако, при РВВВА (22,3%) и ПВВВА (26,6%) установлены ветви с большим углом отклонения и имеющие большую Sсеч., по сравнению с ветвями, отклоняющимися на меньший угол и имеющих меньшую Sсеч. При ЛВВВА в 75% случаев ветви, отклоняющиеся на больший угол имеют меньшую Sсеч. и только в 25% разветвлений они с большей Sсеч., по сравнению с ветвями, образующими меньший угол отклонения и имеющих меньшую Sсеч.

Результаты нашей работы демонстрируют выраженную пластичность субэпикардиального артериального русла новорожденных. Величина угла отклонения основных производных коронарных ветвлений сердца коррелирует как с площадью сечения исследованных сосудов, так и с различными вариантами их ветвлений.

0447 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА A(–290)G ГЕНА CYP3A4 С НЕЛИПИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ АТОРВАСТАТИНА

Королева О.С.[1], Бровкин А.Н.[2], Затейщиков Д.А.[1], Никитин А.Г.[2], Азизова О.А.[3], Носиков В.В.[2]

[1] Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ,
[2] Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика» и
[3] НИИ физико-химической медицины МЗ РФ, Москва, Россия

Цель работы. В последние годы активно изучается ассоциация полиморфизмов генов, кодирующих цитохромы Р450, которые осуществляют метаболизм многих лекарственных препаратов, с эффективностью действия этих препаратов. Известно, что эффективность терапии статинами у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гиперхолестеринемией достаточно сильно различается. Метаболизм одного из наиболее распространенных статинов, а именно, аторвастатина осуществляется, главным образом, цитохромом 3А4. Целью нашего исследования было изучение возможной ассоциации полиморфного маркера A(–290)G гена цитохрома CYP3A4 с эффективностью терапии аторвастатином у больных с ранней ИБС.

Материал и методы. Обследован 41 мужчина с ИБС. Средний возраст 46,4±4,1 лет, возраст манифестации ИБС 43,8±4,4 лет. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 39 больных (95,1%), повторный инфаркт миокарда перенесли 6 человек (14,6%). Больные были разделены слепым методом на две группы и получали две дозы аторвастатина (10 мг/сут. , затем 80 мг/сут. или, наоборот, 80 мг/сут. , а затем 10 мг/сут. , по 5 дней), с «отмывочным» периодом между ними более десяти периодов полувыведения препарата. До и после каждой дозы определяли показатели липидного профиля, уровень аполипопротеина А1 (апоА1), С-реактивного белка (СРБ) и оценивали уровень окисления липидов плазмы по накоплению вторичного продукта перекисного окисления липидов – малонового диальдегида (МДА). Идентификацию аллелей и генотипов полиморфного маркера A(–290)G гена CYP3A4 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 стандартного статистического пакета программ SPSS 13.0.

Результаты. На фоне приема как 10 мг/сут. , так и 80 мг/сут. аторвастатина в течение 5 дней достоверно снизился уровень общего холестерина на 1,16±1,4 ммоль/л ($p<0,001$) и липопротеинов низкой плотности на 1,86±1,5 ммоль/л ($p<0,001$). Кроме того, отмечено еще и достоверное снижение уровня окисления липидов плазмы – уровень МДА снизился на 16,8% ($p=0,031$), а также достоверное увеличение уровня апоА1 на 0,18±0,12 г/л ($p=0,024$). Уровень СРБ достоверно не изменялся. Изменение уровня липидов крови и уровня окисления липидов плазмы не было связано ни с одним из генотипов полиморфного маркера A(–290)G гена цитохрома CYP3A4, как при приеме 10 мг, так и 80 мг аторвастатина. В то же время было обнаружено, что повышение уровня апоА1 было достоверно выше ($p=0,001$) у больных с генотипом AA (0,36 г/л) по сравнению с носителями генотипов AG и GG (0,03 г/л) только на фоне приема 80 мг аторвастатина в сутки.

Заключение. У больных с ранней ИБС генотип AA полиморфного маркера A(–290)G гена CYP3A4 ассоциирован с более высоким повышением уровня апоА1 на фоне терапии высокими дозами аторвастатина (80 мг/сут.).

0448 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА C(–186)T ГЕНА APOE С ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Королева О.С.[1], Бровкин А.Н.[2], Затейщиков Д.А.[1], Никитин А.Г.[2], Носиков В.В.[2]

[1] Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ и
[2] Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Цель работы. Продукты экспрессии гена аполипопротеина Е (APOE) участвуют в транспорте и метаболизме холестерина, а некоторые из аллелей этого гена ассоциированы с высоким риском развития атеросклероза и сердечно-сосудистой смертностью. Целью нашего исследования было изучение взаимосвязи генотипов полиморфного маркера C(–186)T гена APOE,

Tesis_006_end.indd 191 24.08.2006 22:25:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

расположенного в промоторной области гена, с изменением липидов крови на фоне терапии аторвастатином у больных с ранней ИБС.

Методы исследования. Обследован 41 мужчина с ИБС. Средний возраст – 46,4±4,1 лет, возраст манифестации ИБС – 43,8±4,4 лет. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 39 больных (95,1%), повторный инфаркт миокарда перенесли 6 человек (14,6%). Артериальная гипертензия наблюдалась в 93% случаев, гиперлипидемия исходно регистрировалась у 32 человек (78%), у 80% больных наблюдалось повышение массы тела. Курили 87,8% обследованных. Больные были разделены слепым методом на две группы и получали две дозы аторвастатина (10, затем 80 мг/сут. или 80, затем 10 мг/сут. , по 5 дней), с «отмывочным» периодом между ними более десяти периодов полувыведения препарата. До и после каждой дозы определяли показатели липидного профиля. Взятие крови проводили утром между 8 и 11 часами после 12-ти часового голодания. Идентификацию аллелей и генотипов полиморфного маркера С(–186)Т 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 стандартного статистического пакета программ SPSS 13.0.

Результаты. Подтвержден дозозависимый эффект аторвастатина на липиды крови: уровень общего холестерина (ХС) снизился на 1,16±1,4 ммоль/л на фоне приема 10 мг/сут аторвастатина, а уровень липопротеинов низкой плотности (ЛНП) на 1,86±1,5 ммоль/л (p<0,001). В результате приема 80 мг/сут. аторвастатина ХС снизился на 2,1±1,2 ммоль/л, а ЛНП на 1,7±1,1 ммоль/л (p<0,001). У носителей генотипов ТТ и ТС при приеме 10 мг/сут. аторвастатина уровень общего холестерина (ХС) снизился на 1,07±1,9 ммоль/л, а уровень липопротеинов низкой плотности (ЛНП) на 0,96±0,12 ммоль/л, в то время как у носителей генотипа СС снижение составило 0,44±0,13 и 0,31±0,11 ммоль/л, соответственно. Таким образом, уровни ХС и ЛНП на фоне приема 10 мг/сут. аторвастатина оказались достоверно ниже у носителей генотипа СС по сравнению с носителями генотипов ТТ и ТС (p=0,007). При повышении дозы аторвастатина до 80 мг/сут. различия уровней ХС и ЛНП у носителей различных генотипов полиморфного маркера С(–186)Т гена APOE нивелируется (p=0,721).

Заключение. Подтвержден дозозависимый эффект аторвастатина на липиды крови, а также показано, что генотип СС полиморфного маркера С(–186)Т гена APOE достоверно ассоциирован с более выраженным снижением как общего холестерина, так и липопротеинов низкой плотности на фоне приема 10 мг/сут. аторвастатина у больных с ранней ИБС.

0449 ДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Королев Б. Е., Яковлев В. А., Ильченко М. В., Коровин А. А.

104-я консультативно-диагностическая поликлиника СПБ гарнизона, Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

За последние десятилетия дегенеративный аортальный стеноз (ДАС) стал значимой проблемой в связи с его распространенностью и нередко тяжелым течением, создающим угрозу жизни. Вместе с тем заболевание недостаточно изучено. Этиология и патогенез являются предметом дискуссии. Первое отечественное клиническое описание ДАС, сделанное в 1991 г. (М. С. Кушаковский, А. А. Балябин), долгое время оставалось единственным. Успехи протезирования аортального клапана сделали более актуальным определение показаний к нему. В тоже время по разным причинам не оперируется значительная часть пациентов из числа тех, кому протезирование показано. Вопрос о возможности медикаментозного воздействия на процесс кальцинирования клапана остается открытым. Вышесказанное свидетельствует об актуальности изучения ДАС.

Под диспансерным наблюдением находится более 100 пациентов с ДАС в течение 4 лет. Клиническое, ЭКГ-, ФКГ- и ЭхоКГ-обследование выявило ряд особенностей ДАС в сравнении с аортальными стенозами другой этиологии.. Клиническое течение ДАС делится на два периода: длительный бессимптомный период компенсации, который может продолжаться всю жизнь, и период декомпенсации с симптоматикой по четырем вариантам: 1) стенокардитическому, 2) с признаками сердечной недостаточности, 3) аритмическому, 4) с симптомами недостаточности мозгового кровообращения. Продолжительность жизни пациентов в периоде декомпенсации, если они не оперируются, составляет от двух до пяти лет. Скорость прогрессирования ДАС зависит от темпов сужения аортального отверстия и сохранности компенсаторных механизмов сердца.

Предлагаемая нами классификация аортального стеноза предусматривает указание в диагнозе одного из вышеупомянутых периодов заболевания и степени тяжести (I, II, III), в определении которой в настоящее время ведущее значение имеет эхокардиография.

Диспансерное наблюдение за пациентами с ДАС включает врачебный осмотр, ЭКГ и эхокардиографию при I ст. один раз в год, при II – два, при III – осмотр ежеквартально, эхокардиография два раза в год. Физические нагрузки ограничиваются для пациентов с ДАС II–III ст. Показанием к протезированию аортального клапана является клиническая декомпенсация.

Оценка эффективности профилактического и лечебного действия статинов и кальциевых блокаторов требует времени. Возможности медикаментозного лечения ДАС в стадии декомпенсации ограничены.

0450 АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Корягина Н.А., Василец Л. М., Туев А.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Росздрава», Пермь, Россия

Цель: изучить влияние милдроната на состояние гемодинамики, показатели вариабельности ритма сердца, эндотелиальную функцию у больных ИБС с фибрилляцией предсердий.

Методы: обследовано 45 больных (средний возраст 58,5±10,2 лет) с фибрилляцией предсердий, из которых 20 принимали кордарон по стандартной схеме и милдронат (1000 мг в сутки (10 мл 10% раствора – 7 дней, затем по 1 капсуле 4 раза в день (250 мг 4 раза) – 3 недели)). Группу сравнения составили 15 больных, принимающих только кордарон по стандартной схеме. Всем пациентам провели письменно анкетирования тяжести и частоты НРС и приступов стенокардии, эхокардиографию с изучением структурно-функционального состояния, суточное мониторирование ЭКГ с определением показателей вариабельности ритма сердца. Сосудодвигательную функцию плечевой артерии изучали при помощи ультразвукового сканирования с проведением пробы с реактивной гиперемией. Также оценивались показатели коагулограммы.

Результаты: При оценке анкет пациентов отмечено значительное улучшение качества жизни, а также укорочение приступов тахикардии и уменьшение количества сердцебиений. При анализе влияния милдроната на характер проявления стенокардии оказалось, что в большинстве наблюдений приступы стенокардии продолжались, но их интенсивность и частота в течение суток снизились. По данным эхокардиографии во основной группе больных в динамике лечения милдронатом отмечено достоверное уменьшение КСО с 108,8±16,8 мл до 89,2±5,9 мл (p<0,05); при этом КДО существенно не изменился. После применения милдроната выявлено улучшение сократительной

Tesis_006_end.indd 192 24.08.2006 22:25:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

способности миокарда с увеличением фракции выброса до 67,45±5,67%, p=0,0061. Значительно уменьшилось количество пароксизмов фибрилляции предсердий за сутки от 28,55±67,7, до 7,21±14,3, p=0,00021. При изучении вариабельности ритма сердца при приеме милдроната отмечены изменения SDNN от 101,93±32,04 до 115,35±27,24, p=0,043. Показатели, отражающие функцию эндотелия: увеличение диаметра плечевой артерии до лечения составило 5,4%, после комплексной терапии, включающей милдронат – 12,1%, p=0,00571. В основной группе уменьшилась величина агрегации тромбоцитов с 40,2±15,12%, до 25,6±8,4%, p=0,00053.

Выводы: Таким образом, терапия милдронатом у больных с фибрилляцией предсердий в комплексной антиаритмической терапии приводит к уменьшению количества пароксизмов фибрилляции предсердий, достоверно улучшает показатели сократительной способности миокарда, функции эндотелия с достоверным уменьшением спонтанной агрегации тромбоцитов.

0451 АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1997-2005 ГГ

Костина К.С., Мартюшов С.И.

Северный Государственный Медицинский Университет, Архангельск, Россия

Цель: проанализировать течение ИЭ и результаты его лечения у больных, которые были госпитализированы в АОКБ за период 1997-2005гг.

Методы: общеклинические, посевы крови не менее №3, УЗИ органов брюшной полости, ЦД ЭхоКГ, статистические.

Результаты: когорта больных с достоверным диагнозом ИЭ составила 62 пациента, из них у 57 имел место ИЭ нативных клапанов (с поражением аортального клапана у 27, митрального у 17, митрального и аортального у 12 митрального и трикуспидального у 1) и у 5 ИЭ протезированного клапана. Острый ИЭ выявлен в 3,2%. Средний возраст больных составил 40,5 лет (колебания от 15 до 71 года), старше 50 лет наблюдались 11 пациентов (17,7%). Доля мужчин среди больных ИЭ составила 88,7%, женщин – 11,3%. Средний срок от дебюта заболевания до установления диагноза – 10,85 недель (при первичном ИЭ – 10,7, при вторичном ИЭ – 10,88 недель). По происхождению ИЭ представлен первичным в 40% случаев, вторичным – в 52%, и ИЭ протезированного клапана – в 8%. В структуре причин ИЭ можно выделить ревматические пороки сердца – у 35% больных, ДАК – у 32%, ИЭ протезированного клапана – у 14%, ИБС и патология митрального клапана – по 5%, атеросклеротический АС, ДКМП и ДМЖП – по 3% больных. При обследовании на входные ворота инфекции у 55 пациентов выявлено, что 21% больных имели хронический тонзиллит, 29% – патологию верхних и нижних дыхательных путей, по 8,1% – одонтогенные очаги инфекции и алкоголизм, 8% – нагноительные заболевания кожи и 4,8% – патологию мочевыводящих путей. Переохлаждения стали пусковым фактором развития первичного ИЭ в 16,1% случаев. Классические клинические проявления ИЭ: лихорадка – у 91,9% пациентов, артралгии – 27,9%, гепатомегалия – 41,9%, спленомегалия – 53,2%, похудание у половины больных, петехиальная геморрагическая сыпь – 8%, III – IV ФК сердечной недостаточности по NYHA – 53,2%, эмболии – у трети пациентов. Частыми локализациями эмболии (24 эпизода) были сосуды головного мозга у 9 пациентов, артерии нижних конечностей у 6, сосуды селезенки у 3, реже наблюдались эмболии в сосуды легочной артерии, почек, коронарные артерии. Повторные эпизоды эмболии наблюдались у 5 пациентов. Частота отрицательного посева крови составила 82,7%, что связано, как правило, с поступлением пациентов на фоне уже проводимой антибактериальной терапии (в 63% случаев). Доля оперативного лечения больных с ИЭ составила 37,1%, консервативного лечения – 62,9%. Средняя длительность наблюдения на конец 2005 года составила 35,2 месяца (колебания от 2 до 90 месяцев). Общая летальность составила 16,1%, в течение 1 года – 11,3%. Летальность при оперативном лечении – 9,1%.

Выводы: 1. Отмечено преимущественно подострое течение ИЭ. 2. Несмотря на поздние сроки госпитализации, только половина пациентов поступает в тяжелом состоянии. 3. Летальность остается достаточно высокой.

0452 ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

*Костюченко Г.И., Воевода М.И., Вейцман И.А.**

Государственное учреждение научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; Государственное учреждение здравоохранения "Алтайская краевая клиническая больница", Барнаул*, Россия

Цель. В данном исследовании сделана попытка выявить связь между уровнем гомоцистеина (ГЦ) и липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) у больных сахарным диабетом 2 типа.

Методы исследования. Всего обследовано 75 больных сахарным диабетом 2 типа средней степени тяжести, получающих только пероральные сахароснижающие препараты. Средний возраст больных – 60 лет. Уровень ЛПНП определяли биохимическим методом, используя диагностические наборы фирмы HOSPITEX (Италия). Уровень ГЦ определяли в сыворотке крови иммуноферментным методом при помощи диагностических наборов фирмы AXIS (Норвегия). Больные были разделены на две группы. В первую (основную) группу вошло 50 человек, во вторую (группа сравнения), соответственно-25 человек. По исходным лабораторным показателям, антропометрическим данным и проводимой терапии пациенты обеих групп были сопоставимы. После определения исходных биохимических показателей, пациентам основной группы назначали в течение двух месяцев витаминный комплекс "Ангиовит», содержащий фолиевую кислоту 5 мг,витамин В6 – 4мг,витамин В12 – 0,000006 мг. Больные, вошедшие в группу сравнения, указанный препарат не получали.

Полученные результаты. Установлено, что у большинства обследованных пациентов выявляется гипергомоцистеинемия (ГГЦ) и повышенный уровень ЛПНП в сыворотке крови ($P<0,05$). Кроме того, было показано, что коррелятивная связь между уровнем ГЦ в крови и концентрацией ЛПНП у большинства пациентов не выявляется. Однако, в группе больных с исходным уровнем ГЦ превышающим 20,0 мкмоль/л (в контроле-9,6±0,42 мкмоль/л) такая связь начинает прослеживаться ($r=+0,44, P<0,05$). Спустя два месяца после начала приема витаминного комплекса у большинства (68%) пациентов основной группы отмечалось снижение уровня ГЦ в сыворотке крови, причем в группе больных, имевших существенно повышенные показатели ЛПНП отмечалось достоверное снижение этого показателя ($P<0,05$). В группе пациентов, имевших исходно умеренно повышенный уровень ЛПНП в сыворотке крови достоверной динамики этого параметра на фоне гомоцистеин-коррегирующей терапии отмечено не было. В группе сравнения достоверных изменений в исследуемых показателях за время наблюдения (два месяца) не выявлено.

Заключение. Таким образом, нами установлена связь между уровнем ГЦ и ЛПНП в крови больных сахарным диабетом 2 типа, которая наиболее четко прослеживается при высоких значениях ГЦ в крови. Результаты нашего исследования свидетельствуют о возможности комплексного воздействия витаминного комплекса "Ангиовит", который снижает не только уровень ГЦ в крови, но и положительно влияет на содержание атерогенных ЛПНП, что, по нашему мнению, существенно расширяет возможности применения данного препарата в терапевтической практике.

Tesis_006_end.indd 193 24.08.2006 22:25:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0453 ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Котельников В.Н., Сейидов В.Г., Евсюков В.В., Воронина Н.В., Гарбузова О.Г., Любчук И.В., Бобырев С.Е., Арутюнов Э.В.

ВГМУ, Владивосток; ДВГУ, Хабаровск; Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; РГМУ им И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель исследования. Оценить влияние дислипидемии и повышения маркеров системного воспаления на рецидив стенокардии и летальность в течение 5 лет наблюдения.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год обследовано 793 пациента в течение 5 лет после коронарного шунтирования и 81 больной, который лечился консервативно.

Результаты исследования. До коронарного шунтирования пациенты имели в основном III-IV ФК стенокардии – 74,2% и были статистически сопоставимы с группой консервативного лечения. Через 1 месяц после коронарного шунтирования у подавляющего большинства больных отсутствовали симптомы стенокардии – 74,8%, стенокардия I-II ФК наблюдалась у 18,8%, стенокардия III-IV ФК – у 6,4%. По сравнению с результатами годичного наблюдения, через 5 лет после операции отмечалось уменьшение числа больных без симптомов стенокардии с 48,9% до 25,7%, увеличение числа больных со стенокардией I-II ФК с 38,1% до 52,1%, а также достоверное увеличение количества больных III-IV ФК с 13,0% до 22,2% ($p<0,05$). В группе консервативного лечения отмечалось значительное преобладание лиц с III-IV ФК стенокардии – 82,7% ($p<0,05$), увеличение числа перенесенных инфарктов – 18,5% и 7,4% ($p<0,05$), выше 5-летняя летальность – 33,9% и 9,4% ($p<0,05$). У 91% больных после АКШ наблюдалась гиперлипидемия. Через 5 лет после операции выявлена достоверная зависимость между повышенным уровнем общего холестерина, липопротеида (а), холестерина низкой плотности и рецидивом стенокардии III-IV ФК, летальности. Не выявлено достоверных различий между уровнем триглицеридов, липопротеидов высокой плотности и клиническими проявлениями ИБС в отдаленном периоде после операции. Хирургическое вмешательство вызывает активацию местного и системного воспаления. Через 1 год и 5 лет после операции отмечается достоверное повышение уровня СРБ в группе больных с рецидивом стенокардии по сравнению с группой больных без стенокардии ($p<0,05$). Это свидетельствует о более выраженном системном воспалительном процессе в течение всего периода наблюдения в группе больных с рецидивом стенокардии. В течение года 48 больных с гиперхолестеринемией принимали симвастатин (симвастол «Гедеон-Рихтер-Рус») 20 мг/сут. При этом у них отмечалось снижение общего холестерина на 27%, не было повышения трансаминаз печени и побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Заключение. Наличие у пациентов дислипидемии ухудшает отдаленный прогноз после коронарного шунтирования в плане увеличения рецидива стенокардии и летальности. Через 5 лет после коронарного шунтирования отмечается достоверное повышение уровня С-реактивного белка в группе больных с рецидивом стенокардии Это свидетельствует о более выраженном системном воспалительном процессе в течение всего периода наблюдения в группе больных с рецидивом стенокардии.

0454 ТУБЕРКУЛЁЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА

Кочмашева В.В.

Областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

Цель: проанализировать частоту и характер поражения перикарда при туберкулёзе по данным многопрофильной больницы.

Материал: в этиологическую разработку вошли 195 случаев перикардита с различными причинами заболевания, среди пациентов мужчин – 112 (57,14%), женщин – 83 (42,86%), возраст пациентов варьировал от 1 года до 79 лет, средний возраст составил 46,49 3,98 лет. Проводилось рентгенологическое, ультразвуковое и лабораторное обследования. При подозрении на туберкулёзное поражение перикарда проводилась кожная туберкулиновая проба, ПЦР для определения ДНК микобактерий туберкулёза в перикардиальном и плевральном выпотах.

Полученные результаты: в проведённом исследовании туберкулёзное поражение перикарда (ТПП) установлено в 32 случаях, что составило 39,02% от группы инфекционных перикардитов и 16,41% от всей изучаемой группы больных перикардитами различной этиологии. У 29 пациентов (90,63%) диагностирован туберкулёзный перикардит, то есть токсико-аллергическое поражение перикарда. Туберкулёз перикарда встретился только у 3 больных. Трудность диагностики ТПП в многопрофильной больнице обусловлена частым отсутствием в анамнезе указаний на перенесенный туберкулёз или контакт с больными туберкулёзом и большим разнообразием его клинических проявлений. У 24 пациентов туберкулёз диагностирован в ранние сроки госпитализации с локализацией: в лёгких и плевре – у 17 больных, лимфатических узлах шеи и средостения – у шести, почках – у двоих. При обследовании 5 пациентов нам не удалось выявить туберкулёзный очаг при сомнительных результатах туберкулиновой пробы. Начатое лечение НПВС и КСП не принесло эффекта, поэтому была назначена противотуберкулёзная терапия ex uvantibus, давшая хороший результат: исчез перикардиальный выпот, нормализовались показатели периферической крови и температура тела, увеличилась масса тела. Противотуберкулёзная терапия во всех случаях ТПП проводилась длительно под наблюдением фтизиатров. В одном случае диагноз туберкулёза перикарда был установлен поздно, только после операции перикардэктомии при морфологическом исследовании перикарда. ТПП прижизненно диагностировано у 31 больного, в одном случае – на секции. У наблюдаемых нами больных ТПП проявилось: в виде экссудативного перикардита – в 21 случае, экссудативно-адгезивного – в восьми, адгезивного – в одном, констриктивного – в двух.

Выводы: 1) туберкулёзное поражение перикарда составило значимую по численности группу (16,41%) среди других этиологических форм перикардита, диагностированных у пациентов многопрофильной больницы; 2) ТПП протекало в различных клинико-морфологических вариантах, но преобладал экссудативный перикардит; 3) в подавляющем большинстве случаев (90,63%) наблюдалось токсико-аллергическое поражение перикарда при различных локализациях туберкулёзного процесса; 4) своевременная диагностика по положительному результату туберкулиновой пробы проведена только у 75% больных, 5) латентная туберкулёзная инфекция, проявившаяся перикардитом, в двух случаях была диагностирована поздно и у одного больного привела к летальному исходу.

0455 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АССОЦИАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА

Кошельская О.А., Карпов Р.С.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования. Изучение особенностей изменений структуры и геометрии левого желудочка (ЛЖ) при ассоциации артериальной гипертонией (АГ) и сахарного диабета; определение факторов, вносящих значимый вклад в процессы ремоделирования сердца у этой категории пациентов.

Методы исследования. Обследовали 290 больных АГ, ассоциированной с СД типа 2 (гр.АГ+СД), и 79 больных эссенциальной гипертонией без нарушений толерантности к углеводам (гр.ЭГ) в возрасте 35-60 лет. Состояние структурно-геометрической модели ЛЖ оценивали с помощью эхокардиографии.

Tesis_006_end.indd 194 24.08.2006 22:25:24
Process Cyan Process Magenta Process Yellow Process Black

Наличие гипертрофии ЛЖ (ГЛЖ) констатировали при наличии двух или трех ее признаков: значениях толщины межжелудочковой перегородки и/или задней стенки ЛЖ в конце диастолы – 11мм и более и величине индекса ММ (ИММЛЖ) 134 г/м2 для мужчин и значения ИММЛЖ 110 г/м2 для женщин. Для определения значимых детерминант ИММЛЖ и типов ремоделирования ЛЖ применяли множественный регрессионный анализ и логистическую регрессию, в которых использовали показатели суточного мониторирования АД, гликемического контроля, липидтранспортной функции крови, содержание в плазме инсулина, альдостерона, кортизола, активность ренина крови.

Результаты исследования. Частота регистрации ГЛЖ у больных гр.АГ+СД составила 50% против 38% в гр.ЭГ ($p<0,05$) за счет более высокой доли эксцентрической гипертрофии ЛЖ (ЭГЛЖ): 27,6% случаев в гр.АГ+СД против 16,5% в гр.ЭГ ($p<0,05$). В процессы ремоделирования у больных гр.АГ+СД значимый вклад вносили пол, длительность СД, уровень САД-24ч (прямая связь) и ДАД-24ч (обратная связь). Полученная модель описывала вероятность формирования концентрической ГЛЖ (КГЛЖ), в сравнении с ЭГЛЖ и концентрическим ремоделированием (КР). У мужчин вероятность развития КГЛЖ, а не ЭГЛЖ, в 2 раза превышала таковую у женщин, у которых вероятность формирования КР, в сравнении с КГЛЖ, на 58% была выше, чем у мужчин. Вероятность развития КЭГЛЖ, в сравнении с ЭГЛЖ, при повышении САД на 1мм рт.ст. увеличивалась на 9,4%, тогда как каждый год заболевания СД и возрастание ДАД на 1мм рт.ст. повышали вероятность формирования ЭГЛЖ на 19% и 14%, соответственно. Рост САД на 1мм рт.ст. на 10% увеличивал вероятность развития КГЛЖ, в сравнении с КР. При длительности СД менее 5 лет доля мужчин с КГЛЖ и ЭГЛЖ составляла 63% против 37% (2=5,0815, $p<0,03$), тогда как при большем сроке СД ЭГЛЖ выявлялась чаще, чем КГЛЖ: 73,3% против 26,7%. Среди женщин с ГЛЖ при длительности АГ менее 10 лет ЭГЛЖ и КГЛЖ регистрировались в 69,1% и 30,9% случаев, соответственно (2=7,8356, $p<0,01$), позже эти различия нивелировались (41,7% против 58,3%).

Выводы. Для селективной группы больных с сочетанием АГ 1-2-й степени и СД типа 2, в сравнении с пациентами ЭГ, характерно более раннее развитие структурно-геометрических изменений ЛЖ. Процессы ремоделирования ЛЖ у этой категории больных имеют связь с полом, длительностью заболевания и диспропорциональным ростом САД-24ч, следствием чего являются различия между мужчинами и женщинами в последовательности и сроках формирования эксцентрической и концентрической ГЛЖ.

0456 ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Кравченко А.Я., Мансурова Е.А.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель: изучить типы отношения к болезни (ТОБ) при стенокардии в зависимости от некоторых психологических особенностей пациентов

Материалы и методы. В исследование включены 32 больных (средний возраст 58,2±5,1 года, из них мужчин – 19, женщин – 13) стабильной стенокардией напряжения II-IV функциональных классов (по классификации Канадского кардиоваскулярного общества). Обследование проводилось при помощи опросника для психологической диагностики ТОБ (Личко А.Е., 1987), и Торонтской алекситимической шкалы (G. Taylor. 1985). Кроме того, оценивалось отношение больных к выполнению врачебных рекомендаций о необходимости длительного постоянного приема антиангинальных препаратов согласно разработанной нами анкете. Полученные результаты обрабатывали с помощью стандартного пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Полученные результаты. У обследованных встречались следующие ТОБ: гармоничный (в 33% случаев), эргопатический (23%), тревожный (10%), ипохондрический (30%), неврастенический (16%), меланхолический (20%), сенситивный (13%), дисфорический (10%) варианты. Некоторые из них присутствовали как в «чистом» виде (63%), так и в виде смешанного типа (33%), когда в диагностическую зону попадают 1–3 шкалы, а также диффузного типа – 4% (в диагностической зоне более 3 шкал).

В зависимости от уровня алекситимии было выделено 3 группы: алекситимичные пациенты – 15 обследованных (46%), неалекситимичные – 9 (30%); 8 человек (24%) составили промежуточную группу.

У алекситимичных пациентов чаще встречалась атипичная стенокардия (в 62% случаев), в то время как у неалекситимичных преобладала типичная ее форма (в 88% случаев). У обследованных с высоким уровнем алекситимии отмечались различные ТОБ – как в «чистом виде» (6 человек – 46%), так и в виде смешанного (6 больных – 46%) и диффузного (1 пациент) типа. У неалекситимичных больных в абсолютном большинстве (88%) определялся гармоничный тип отношения к болезни. Согласных выполнять врачебные рекомендации среди алекситимичных пациентов было гораздо меньше (23%), чем среди неалекситимичных (88%).

Выводы. У больных стенокардией встречаются следующие типы отношения к болезни: гармоничный – в 33%, эргопатический – в 13%, сенситивный – в 10%, тревожный – в 3 %, ипохондрический – в 3%, смешанный – в 33%, диффузный – в 5% случаев. У алекситимичных больных стенокардией выявляются типы реагирования на болезнь, характеризующиеся личностной дезадаптацией в связи с заболеванием. Высокий уровень алекситимии в структуре личности больных стенокардией ассоциируется с низкой приверженностью к врачебным рекомендациям, что может отрицательно отразиться на течении ИБС.

0457 НАРУШЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО СИНДРОМА

Красильникова Е.И., Благосклонная Я.В ,Сергеева Е.Г., Быстрова А.А., Рюмина И.А., Захарьян И.И., Шляхто Е.В.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Начиная с момента первого описания метаболического сердечно-сосудистого синдрома (МССС) и по настоящее время его составляющими являются нарушения углеводного и липидного метаболизма, развивающиеся, как правило, у больных туловищным ожирением, а также нарушения обмена мочевой кислоты и свертывающей системы крови. Вместе с тем, нарушения иммунологических показателей, тесно связанные с вышеописанной патологией, до сих пор к числу составляющих МССС не отнесены.

Цель работы: изучить состояние иммунной системы у больных с заболеваниями, составляющими МССС.

Материалы и методы: обследовано 132 больных ожирением, из которых 122 имели артериальную гипертензию (АГ), 66 – страдали сахарным диабетом тип 2 (СД тип 2), 32 – имели ишемическую болезнь сердца (ИБС). Основное внимание в плане оценки иммунного статуса обследованных больных было уделено изучению функциональных и метаболических характеристик моноцитов (Мн) крови ,учитывая их доказанную роль в развитии и прогрессировании атеросклероза.

Результаты: установлено, что у обследованных больных зарегистрированы существенное повышение адгезивной способности Мн крови, снижение их фагоцитарной активности, снижение содержания в них лиосом и увеличение липидных включений, что свидетельствует о развитии на уровне этих клеток при МССС иммунодепрессивного состояния, обусловленного инсулинорезистентностью, гиперинсулинемией и гиперлипидемией, и способствующего развитию и прогрессированию атеросклероза.

Tesis_006_end.indd 195 24.08.2006 22:25:24
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Вывод: нарушения иммунного статуса – важная составляющая МССС.

0457 СВЯЗЬ СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ МИОКАРДА У С УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Красносельский М.Я., Кошкина Е.В., Евграфова О.А., Медведева М.В., Катруха А.Г., Стрюк Р.И.

МГМСУ; МГУ; ГКБ № 67; Москва, Россия

Нами обнаружено, что у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСбпST) диффузно снижены скоростные показатели тканевой Допплерографии (ТДГ) миокарда (скорость систолического пика – S и скорость раннего диастолического пика). Данные диффузные нарушения сократимости миокарда могут быть отражением неспецифического воспалительного процесса у больных с ишемической болезнью сердца, одним из маркеров которого является С-реактивный белок.

Целью настоящего исследования явилось выявление возможной связи показателей ТДГ миокарда с уровнем С-реактивного белка.

Материалы и методы: 64 больным ОКСбпST (средний возраст – 59,1+9,7 лет) и 39 здоровым (средний возраст – 45,0+13,1 лет) проведена эхокардиография в режиме ТДГ: лоцировались межжелудочковая перегородка, боковая, передняя и задняя стенки. У больных ОКСбпST проводилось определение уровня С-реактивного белка в сыворотке крови методом иммуно-флуоресценции.

Результаты. На всех уровнях измерения всех стенок систолический пик и пик раннего наполнения у больных с ОКСбпST были достоверно меньше, чем у здоровых на 2-4 м/с. Существенное снижение скорости систолического и раннего диастолического пика (более 50%) было выявлено у 38 больных ОКСбпST, из них у 30 больных уровень С-реактивного белка был более 10 мг/мл. Из оставшихся 26 больных с умеренным снижением показателей ТДГ, у 21 уровень С-реактивного белка был менее 8 мг/мл. При проведении корреляционного анализа, было выявлено, что скорость пика S, измеренная на базальном уровне и уровне верхней трети всех стенок обратно коррелировала с уровнем С-реактивного белка (коэффициент корреляции -0,28-0,40, $p<0,05$). Скорость пика Е (имеющего отрицательный знак), измеренная на базальном уровне и уровне верхней трети прямо коррелировала с уровнем С-реактивного белка (коэффициент корреляции -0,29-0,44 $p<0,05$).

Выводы: снижение показателей ТГД у больных с ОКСбпST коррелирует с повышением уровня С-реактивного белка в крови, что может свидетельствовать об участии неспецифического воспалительного процесса в нарушении сократимости миокарда.

0458 ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Колунин Г.В., Харац В.Е., Зырянов И.П., Горбунова Т.Ю., Горбатенко Е.А., Павлов А.В., Белоногов Д.В.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Данные многоцентровых исследований продемонстрировали высокую эффективность сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) у больных с ХСН, но вопрос о влиянии СРТ на гемодинамику пациентов остается в центре внимания исследователей.

Цель работы: оценить эффективность СРТ у больных с ХСН по данным эхокардиографии (ЭхоКГ). Эхокардиографическое исследование проводилось трижды: до имплантации стимулятора, на 2 сутки после имплантации стимулятора и через 3 месяца.

СРТ была применена 19 пациентам с ХСН (II-IV ФК NYHA) из них 11 (57,9%) пациентов были с ишемической болезнью сердца (ИБС) и 8 (42,1%) с дилатационной кардиомиопатией.

Используя стандартную ЭхоКГ, оценивали следующие показатели: конечно-диастолический (КДР) и конечно-систолический размер (КСР) левого желудочка (ЛЖ), конечно-диастолический размер правого желудочка, объём левого предсердия, фракцию выброса ЛЖ. С помощью допплер-ЭхоКГ оценивали наличие митральной (МР) и трикуспидальной регургитации (ТР), рассчитывалось систолическое давление в легочной артерии (СДЛА).

У всех пациентов отмечался хороший клинический эффект (уменьшилась одышка, исчезли отеки нижних конечностей, увеличилась толерантность к физическим нагрузкам). При этом увеличилась фракция выброса ЛЖ после имплантации (с 27,4±1,2% до 33,5±1,4%, $p<0,001$ на 2е сутки и до 35,8±1,4%, $p<0,001$ через 3 месяца). Уменьшился КСР ЛЖ (с 63,9±2,3 мм до 58,7±1,9 мм, $p<0,05$ на 2 сутки после имплантации и через 3 месяца до 57,9±2,8 мм, $p<0,005$), КДР ЛЖ (с 73,9±2,3 мм до 70,1±1,8 мм, $p<0,05$ на 2 сутки после имплантации и через 3 месяца до 68,7±1,8 мм, $p<0,005$). Через 3 месяца было выявлено достоверное уменьшение размера правого желудочка (с 31,9±1,1 мм до 29,2±1,2 ммм, $p<0,005$). Исходно у всех больных была зарегистрирована МР и ТР различной степени выраженности. На фоне ресинхронизирующей терапии скорость МР уже на 2 сутки снизилась (с 3,5±0,2 м/сек до 3,0±0,2 м/сек, $p<0,05$ и через 3 месяца до 2,9±0,3 м/сек, $p<0,05$). При расчете СДЛА выявлено его снижение на 2 сутки (с 37,2±3,03 Мм рт. ст. до 30,8±2,1 Мм рт. ст., $p<0,01$ и через 3 месяца до 29,9±2,2ммрт.ст., $p<0,005$).

Представленные данные продемонстрировали положительное влияние СРТ на гемодинамические параметры у больных с ХСН.

0459 СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Кром И. Л.

ФГУ «ГБ МСЭ по Саратовской области», СГТУ каф. САР, Саратов, Россия

Вторая половина XX в. и начало XXI в., наряду с очевидными успехами в профилактике и лечении многих заболеваний, отмечены ростом инвалидизации населения. Изучение предикторов инвалидизации больных вследствие хронических неинфекционных заболеваний в наши дни перестает быть предметом только медицинских исследований и становится одной из важнейших социальных проблем. Болезни системы кровообращения (БСК) являются одной из основных причин заболеваемости, инвалидизации и смертности больных в большинстве стран мира. В России отмечается не только ежегодное увеличение числа инвалидов вследствие БСК, но и абсолютный рост уровня первичной инвалидности.

Цель данного исследования – определение роли социальных предикторов в инвалидизации больных при БСК. В исследование были включены лица мужского и женского пола трудоспособного возраста, преимущественно до 50 лет, которым при проведении медико-социальной экспертизы установлена II и III группа инвалидности, даны трудовые рекомендации. Выборочная совокупность составила 1,5 тысяч единиц, что обеспечило ее репрезентативность. Все инвалиды страдали ишемической болезнью сердца (ИБС), занимающей в Саратовской области первое ранговое место в структуре инвалидности трудоспособного населения вследствие БСК. Инвалиды, включенные в исследование, страдали постинфарктной стенокардией

Tesis_006_end.indd 196 24.08.2006 22:25:24
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

III-IV функционального класса. Одним из соматических факторов инвалидизации больных ИБС является хроническая сердечная недостаточность.

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 исследования было установлено отсутствие корреляции (р 0,2) тяжести клинических предикторов инвалидизации данной категории больных (сердечной недостаточности и функционального класса стенокардии) и трудовой занятости – фактора эффективной возрастной социализации инвалидов.

Способствуя инвалидизации больных, страдающих ИБС, клинические предикторы не являются облигатными. Роль последних, по-видимому играют личностные и социальные характеристики больного, обусловленные преморбидным, коморбидным состоянием, «ситуацией болезни» и ресурсы, предоставляемые социумом для эффективной социализации лиц, страдающих соматической патологией.

Дефиниция предикторов инвалидизации больных при болезнях БСК позволит разработать современную концепцию профилактики инвалидности и создать комплексные программы реабилитации инвалидов.

0460 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА С РАЗЛИЧНЫМИ РОСТО-ВЕСОВЫМИ СООТНОШЕНИЯМИ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Крутовцев И.А. , Автандилов А.Г. , Еналдиева Р.В. , Журих Е.О. , Столетова И.О.

Российская Медицинская Академия последипломного образования , ГКБ №81 , Москва, Россия

Цель: оценить показатели диастолического заполнения левого желудочка (ЛЖ) у подростков мужского пола с пограничной артериальной гипертонией (ПАГ) в зависимости от индекса массы тела.

Материал и методы: Обследованы 100 подростков-юношей, страдающих ПАГ, в возрасте 15-18 лет, с различными значениями росто-весовых соотношений, и 60 здоровых сверстников, имеющих сходные показатели массы тела. Все пациенты были распределены в 4 группы сообразно степени упитанности (по показателям индекса Кетле и соотношению фактической массы тела к идеальной).

Эхокардиографически оценивались параметры трансмитрального кровотока по стандартной методике (временные и скоростные характеристики: AT-E, DT-E, AT-A, DT-A, T E-A, IVRT, VmA,VmE, соотношение VmE/VmA), и определялись линейно-объемные (КДР, КДО, КСР,.КСО, УО), в том числе, индексированные характеристики (КДИ, КСИ, УИ) ЛЖ.

Результаты: Выявлено достоверное изменение линейных, объемных показателей ЛЖ в сторону их увеличения при нарастании значения массы тела от «Недостаточности питания» до «Ожирения I степени» как у здоровых лиц, так, особенно, у подростков с ПАГ (КДО:137,4±1,7 мл – при ПАГ, 119,8±12,3 мл – в контрольной группе; КСО: 45,6 ±4,1 мл – при ПАГ, 41,7±3,8 мл – у здоровых лиц). Результирующие показатели УО и УИ также достоверно нарастали при увеличении значений массы тела, достигая максимума при сочетании факторов (УО: 92,1±5,4 мл – при ПАГ у лиц с ожирением I степени). Наблюдалось достоверное пропорциональное снижение VmE (с 0,85±0,04 м/сек до 0,80±0,05 м/сек) и увеличение VmA (с 0,47±0,04 м/сек до 0,52±0,05 м/сек), что следует расценить, как перестройку процессов пассивного и активного заполнения ЛЖ, отражающую структурную перестройку диастолы. С этим сочеталось и снижение соотношения максимальных скоростей (VmE/VmA с 2,35±0,14 –у лиц с ожирением I степени в контрольной группе до 2,05±0,17 – при ожирении I степени с ПАГ). Показатели времени заполнения ЛЖ демонстрировали потребность в большем восстановительном периоде при наибольших значениях массы тела (DT E:186,7±11,8 мсек – при ПАГ с ожирением I степени против 141,1±17,2 мсек – у лиц без ПАГ), и более длительном периоде сокращения левого предсердия при ожирении I степени с ПАГ (AT A: 81,6±4,4 мсек против 68,2±5,3 мсек), чем при отсутствии ПАГ. Величина T E-A увеличивалась по мере роста массы тела, однако темпы ее нарастания были более значимыми в контрольной группе, что указывает на сохраняющуюся склонность тучных подростков с ПАГ к тахикардии. Таким образом, выявлено нарушение соотношения активного и пассивного заполнения полости ЛЖ, в сторону возрастания «долевого вклада» систолы предсердий. Данный факт усугубляется при сочетании неблагоприятных факторов, и достигает максимального значения при ожирении I степени у лиц с ПАГ.

0461 ^{31}P ЯМР-СПЕКТРОСКОПИЯ, МЕТОД ДИЭЛЕКТРОФОРЕЗА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

*Кручинина М.В., Курилович С.А., Громов А.А., Рабко А.В., *Шакиров М.М. **Бакиров Т.С., **Генералов В.М., **Пак А.В.*

ГУ научно-исследовательский институт терапии Сибирское отделение Российской Академии медицинских наук, Новосибирск, Россия; *Новосибирский институт органической химии Сибирское отделение Российской Академии наук, Новосибирск, Россия; **Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии "Вектор" научно-исследовательский институт Аэробиологии, п.Кольцово, Россия

Целью работы явилось изучение 31P ЯМР-спектров эритроцитов, их электрических и вязкоупругих свойств методом диэлектрофореза у больных с нарушениями ритма и проводимости на фоне поражения сердца алкогольного (АПС) и неалкогольного генеза (НАПС) для использования в дифференциальной диагностике заболеваний.

Материалы и методы. Обследовано 27 мужчин (от 34 до 64 лет) с нарушениями ритма и проводимости сердца на фоне алкогольного поражения миокарда и 31 мужчин (от 39 до 67 лет) – с вышеуказанными нарушениями функции сердца иной этиологии (ИБС, гипертоническая болезнь). Группу сравнения составили 33 мужчины сопоставимого возраста, у которых при клиническом, биохимическом и инструментальном обследованиях патологии сердца выявлено не было. Исследования проводились на взвесях эритроцитов методом ЯМР-спектроскопии на ЯМР-спектрометре DRX 500 фирмы Brucer (Германия). Спектры записывались со следующими характеристиками: частота -202.46 МГц, количество накоплений спектров – 1024; время задержки между накоплениями- 2 с.; развертка- 80 м.д.. Для накопления и обработки спектров использовалась программа XWIN-NMR, Version 3.1. В методе диэлектрофореза использовались четыре фиксированных частоты: 5-104 Гц, 104 Гц, 5-104 и 104 Гц.

Результаты. По данным 31P ЯМР-спектроскопии взвесей эритроцитов у больных с АПС оказались достоверно больше интегральные интенсивности резонансов монофосфатов ($p<0,04$), пирофосфата ($p<0,03$), неорганических фосфатов ($p<0,05$) и 2,3-дифосфоглицерата ($p<0,05$) и меньше – площади гамма-АТФ ($p<0,05$), альфа-АТФ ($p<0,04$) и бета-АТФ ($p<0,05$) по сравнению с больными с НАПС и лицами контрольной группы. Выявлены обратные связи между уровнями трифосфатов и обобщенными показателями жесткости ($p<0,01$), вязкости клеток($p<0,023$), уровнем электропроводности мембран ($p<0,013$), индексом агрегации эритроцитов ($p<0,05$) и прямые – с амплитудой деформации эритроцитов под действием

Tesis_006_end.indd 197 24.08.2006 22:25:24
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

неоднородного переменного электрического поля ($p<0,01$) у больных с АПС. Установлены корреляции между характеристиками ЯМР-резонансов эритроцитов, их электрическими и вязкоупругими параметрами и показателями биоэлектрической активности миокарда (по данным ЭКГ), традиционными биохимическими параметрами (АСТ, АЛТ, ГГТП, общий холестерин, ХС ЛПВП, триглицериды, K, Na и др.).

Выводы. Характеристики 31P ЯМР-спектров эритроцитов, показатели жесткости, вязкости, электропроводности мембраны, амплитуды деформации, индекса агрегации могут использоваться как дополнительные параметры в целях дифференциальной диагностики аритмий на фоне поражения сердца различного генеза.

0462 ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ХРОНОПУНКТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I–II СТЕПЕНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Крюков Н.Н., Левин А.В., Кулиджанов А.Ю.

Самарский государственный медицинский университет, Самарский военно-медицинский институт, Самара, Россия

В Российской Федерации, как и во всем мире, артериальная гипертония остается одной из самых актуальных проблем кардиологии. Это связано с тем, что она, во многом обуславливает высокую сердечно-сосудистую заболеваемость и смертность, характеризуется широкой распространенностью. Появление новых антигипертензивных препаратов не изменило высокий уровень госпитализации больных с данной патологией. Целью настоящей работы стало изучение эффективности хронопунктуры, как метода немедикаментозной коррекции, проводимой в виде монотерапии у больных гипертонической болезнью I-II степени.

Нами, в качестве монотерапии, хронопунктура использовалась у 120 больных с гипертонической болезнью I и II степени. Контрольную группу составили 120 больных с тем же заболеванием, у которых использовалась обычная медикаментозная терапия. Лечение проводилось в условиях стационара клиник Самарского военно-медицинского института и военного санатория «Волга». Больные поступали в стационар и санаторий с ранее установленным диагнозом гипертонической болезни в результате проводимого диспансерного обследования военнослужащих с признаками данного заболевания, но вне кризового течения. Средний возраст пациентов составил: у больных ГБ I степени – 28,8±8,9года, у пациентов с ГБ II степени – 38,7±2,7 года. У всех больных перед проведением монотерапии в виде хронопунктуры было получено письменное согласие на данный вид лечения. Расчет времени при проведении хронопунктуры проводился по предложенной нами модели (Свидетельство на полезную модель № 26672 от 10 декабря 2002 г.). Время проведение процедуры иглоукалывания зависело от времени года и в среднем составило от 11 до 15 часов. Сроки купирования клинических проявлений заболевания и стабилизация АД до целевых уровней (АД 120 и 80 мм рт. ст.) наступали в среднем на 4-5 дней раньше, чем у пациентов, в лечении которых использовалась обычная медикаментозная терапия. Сроки пребывания в стационаре пациентов с ГБ I степени составили – 10,9±1,03 дня, у пациентов с ГБ II степени – 11±1,2 дня, что на 3-4 дня меньше, чем при лечении обычной медикаментозной терапией.

По результатам проведенной работы была дана экономическая оценка эффективности лечения. Для этого использовались следующие методы экономической оценки эффективности лечения: анализ «стоимости болезни»; анализ «минимизации затрат»; анализ «затраты – эффективность»; анализ «затраты – полезность (утилитарность)»; анализ «затраты – выгода (польза)».

Проведенный экономический анализ показал, что хронопунктура является эффективным и экономически целесообразным методом лечения и приводит к выраженному гипотензивному эффекту, а также способствует снижению времени госпитализации больных. Все это доказывает определенную практическую значимость данного подхода к терапии гипертонической болезни.

0463 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗМОЖНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Крюков Н.Н, Садреева Д.С.

Самарский Государственный Медицинский Университет, Самара, Россия

Артериальная гипертония – наиболее распространенное заболевание сердечно-сосудистой системы, в значительной мере ухудшающее качество жизни пациентов. Более 1 миллиона человек в Самарской области страдают артериальной гипертонией. Среди сельских жителей высоким остается среднее число дней пребывания больных с повышенным АД в стационарах, болезненность взрослого населения ниже, чем в городах области, что связано с низкой выявляемостью заболеваний и состоянием сельского здравоохранения.

Цель нашей работы – обосновать целесообразность организации школ по профилактике АГ для улучшения качества жизни сельских жителей Самарской области. Задачи: определить специфику сельского здравоохранения; изучить распространенность АГ в селах Самарской области; оценить информированность жителей села – больных АГ о заболевании и факторах риска его развития.

Исследование проводилось в 26 селах, 16 районах Самарской области. Установлена специфика сельского здравоохранения, которая характеризуется значительным числом хронических заболеваний, по поводу которых сельские жители обращаются редко; слабой приверженностью к лечению и выполнению медицинских рекомендаций; значительным влиянием изменившихся социальных аспектов жизни на состояние здоровья сельчан. Полученные нами данные свидетельствуют о низкой выявляемости АГ среди сельского населения. Так, больных АГ среди жителей с. Спиридоновка (Волжский р-н) – 4,8%; с. Верхняя Орлянка (Сергеевский р-н) – 4,36%; с. Денискино (Шенталинский р-н) – 3,98%, с. Сухие Аврали (Елховский р-н) – 2,41%; с. Тимофеевка (Ставропольский р-н) – 1,17% и т.д. Анкетирование 253 больных АГ, в возрасте от 27 -76 лет, преимущественно женщин (63%), находящихся на диспансерном учете (93%), с I и II степенью (38,28%, 39,58%), по единым специально разработанным анкетам показало: дефицит знаний по вопросам факторов риска и их коррекции отмечен у 94%, у 91% работа связана с большой физической нагрузкой. На чрезмерное употребление соли, жиров и углеводов в пищевом рационе указали 41% пациентов, 37%-страдают ожирением; 2/3 опрошенных употребляют хотя бы 1 раз в неделю алкоголь, каждый 2 житель выкуривает от 15 сигарет и более в день. Большинство больных (89%) не имеют тонометров и не умеют измерять АД. Принимают лекарственные средства «только при повышении АД» 46%, «не регулярно»-37% пациентов, проводят контроль АД «по самочувствию» 21%; придерживаются рекомендаций врача 19%; о существовании обучающих программ знают 7% респондентов.

Таким образом, выявляемость АГ среди жителей сельских районов остается низкой; дефицит знаний по вопросам факторов риска и их коррекции сельских жителей значительный; мотивация у сельских жителей к сотрудничеству в лечении и профилактики АГ не сформирована; навыков контроля АД у большинства нет. В сложившейся ситуации целесообразно: использование скрининг-обследования сельского населения с целью выявления больных с признаками АГ и факторов риска её развития; организовать школы по профилактике АГ, что усилит комплаенс пациентов и повлияет на качество жизни сельских жителей.

Tesis_006_end.indd 198 24.08.2006 22:25:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0464 СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Крюков Н.Н., Киселева Г.И., Титова Ю.Ф.

Государственный медицинский университет, Дорожная клиническая больница, Самара, Россия

Материалы и методы: Было обследовано 60 пациентов, мужчин с I и II стадиями гипертонической болезни с мягкой и умеренной формами артериальной гипертонии, без сопутствующих ИБС, сахарного диабета и заболеваний почек. Возраст пациентов от 34 до 53 лет, средний возраст 51,8 года. Пациентам проводилась ЭхоКГ и ультразвуковая допплерография экстракраниальных магистральных артерий головы (УЗДГ МАГ). По данным ЭхоКГ рассчитывалась масса миокарда левого желудочка (по формуле), индексированная масса миокарда и относительная толщина задней стенки левого желудочка, определялось ремоделирование миокарда.

Результаты: По результатам ЭхоКГ нормальную геометрию левого желудочка имело 80 % обследованных. Эксцентрическую гипертрофию левого желудочка имело 15% пациентов, из них легкую степень гипертрофии – 8,3%, умеренную – 5%, тяжелую – 1,7%. Концентрическое ремоделирование ЛЖ зарегистрировано у 1,7% обследованных. Концентрическая гипертрофия выявлена у 3,3% пациентов. По результатам УЗДГ МАГ не имели патологию МАГ 23,4% обследованных, у 13,3% выявлено нарушение кровотока (дисциркуляция, дефицит кровотока) в системе внутренних сонных артерий, 30% имели нарушение кровообращения по позвоночным артериям, у 33,3% зарегистрировано нарушение кровообращения как в системе внутренних сонных, так и в системе позвоночных артерий.

Среди больных с нормальной геометрией миокарда интактные МАГ имели 25%, изменения в системе внутренних сонных артерий были у 12,5%, изменения в системе позвоночных артерий – 31,25%, а изменения в обеих системах регистрировались у 31,25%. Среди больных с эксцентрической гипертрофией миокарда интактные МАГ имели 22,2%, изменения в системе внутренних сонных артерий были у 11,1%, изменения в системе позвоночных артерий – 22,2%, а изменения в обеих системах регистрировались у 44,5%. У единственного больного с концентрическим ремоделированием миокарда наблюдались изменения в системе ВСА, а среди больных с концентрической гипертрофией миокарда 50% имели изменения в системе ПА, 50% – в обеих системах МАГ.

Выводы: 1) Изменения в экстракраниальных сосудах МАГ у больных с I и II стадиями гипертонической болезни встречаются чаще, чем ремоделирование миокарда. 2) При развитии ремоделирования миокарда изменения в МАГ наблюдаются у большего числа пациентов, чем у лиц с нормальной геометрией миокарда. 3) При наличии ремоделирования миокарда чаще развивается сочетанное поражение внутренних сонных и позвоночных артерий, чем у пациентов без ремоделирования миокарда. 4) УЗДГ МАГ необходимо проводить всем больным гипертонической болезнью для более полной прогностической оценки течения ГБ в отношении цереброваскулярных осложнений и коррекции лечения.

0465 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Крюков Н.Н., Байбурсян Е.Д., Киселева Г.И., Малофеева Н.С., Германова И.К.

Государственный медицинский университет, Дорожная клиническая больница, Самара, Россия

Цель: Изучить связь между показателями вариабельности ритма сердца (ВРС) с индексированной массой миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) для оценки вегетативной дисфункции у больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы: Исследовано 42 пациента с АГ I-II степени в возрасте от 20 до 60 лет. Контрольную группу составило 10 человек без органического заболевания сердца и с нормальным уровнем АД. Для определения ИММЛЖ проводили эхокардиографические исследования на аппарате Combison 410+. Для оценки вегетативной регуляции сердечного ритма у 31 пациента изучены временные показатели ВРС по данным суточного мониторирования ЭКГ на аппарате SHILLER MT-200 Molter ECG (Швейцария): SDNN – для оценки общей ВРС, SDANN – для оценки симпатических влияний нервной системы, rMSSD и pNN50 – маркеров парасимпатического отдела нервной системы. У 11 пациентов ВРС оценивалась по данным циркадного индекса (ЦИ) при суточном мониторировании ЭКГ на аппарате Кардиотехника-4000 (фирма ИНКАРТ, С.Петербург).

Результаты: Отмечено снижения ЦИ у 8 пациентов (72,7%) от 0,87 до 1,18 и в среднем составил 0, 79. У 3-х пациентов ЦИ был в пределах нормы со средним значением 1,24. ИММЛЖ у этих больных составил соответственно 127,4 г/м2 и 104,2 г/м2. При изучении временных показателей ВРС у больных ГБ I степени выявлено снижения SDNN и SDANN на 25% и 18,6% соответственно по сравнению с контрольной группой низкие показатели SDNN (менее 100 мг) отмечено у 25% больных этой группы. Показатели rMSSD и pNN50 были выше показателей контроля на 7,5% и 43% соответственно. У больных АГ II ст. все показатели ВРС снижены. Значения SDNN менее 36 мс и 56,5%, а pNN50 менее 5,5% у 39,1% пациенты. У 12 больных АГ II ст. с нормальными значениями ИММЛЖ (в среднем 103,3% г/м2) SDNN и SDANN снижены по сравнению с контролем на 25,6% и 24,6%, rMSSD и pN55 снижен соответственно на 9,6% и 7,7%. У больных АГ II ст. с увеличенной ИММЛЖ (в среднем 161,3 г/м2) показатели ВРС снижены более значимо – SDANN – 34,7% SDANN – на 34,1%, rMSSD – по 30% и pN55 на 54,2% по сравнению с контролем.

Выводы: У больных АГ с увеличением уровня АД и нарастанием массы миокарда левого желудочка появляется ригидность циркадного ритма и отмечается снижение временных показателей ВРС. Это свидетельствует об уменьшении симпатических влияний на сердце, что ассоциируется с возможной электрической нестабильностью миокарда и увеличением риска неблагополучных исходов заболевания. Изучения показателей ВРС может быть использовано для диагностики и медикаментозной коррекции факторов риска у больных АГ.

0466 КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМЕТРИИ ПОЧЕК И ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Крюков Н.Н., Киселева Г.И., Губарева И.В., Сорокина Ю.А.

Государственный медицинский университет, Дорожная клиническая больница, Самара, Россия

Цель: Изучить взаимосвязь ультразвуковой биометрии почек и эхокардиографических данных у больных с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы: Обследованы 30 пациентов мужского пола в возрасте 41±10 лет. Из них 10 практически здоровых мужчин с нормальным артериальным давлением (АД) в возрасте 39±13 лет составили контрольную группу. Все пациенты были обследованы стационарно в соответствии с диагностическими стандартами для исключения вторичных артериальных гипертоний (Арабидзе Г.Г., 1996; Крюков Н.Н., 1999). Ультразвуковое исследование почек осуществлялось в В-режиме аппаратом PHILIPS EnVisor с конвексным датчиком 3,5 МГц. Исследование проводилось натощак, мочевой пузырь исследуемых был пуст. При биометрии почек определяли продольный размер во фронтальной проекции (L), толщину (T) и

Tesis_006_end.indd 199 24.08.2006 22:25:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ширину (Н) почек в плоскости поперечной продольной оси на уровне ворот органа. Эхокардиографическое обследование проводили по общепринятой методике на аппарате Combison 410 плюс (Австрия). Определяли показатели систолической и диастолической дисфункции миокарда (конечно-систолического объема (КСО), конечно-диастолического объема (КДО), ударного объема (УО), конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР), и др.), толщину задней стенки левого желудочка (ЗС), межжелудочковой перегородки (МЖП). Статистическая обработка результатов исследования осуществлялась на персональном компьютере с использованием специализированного пакета «Statistica» фирмы «StatSoft Inc.» (США).

Результаты: Корреляционный анализ ультразвуковой биометрии почек и эхокардиографических данных выявил положительную значимую взаимосвязь длины правой почки с УО (r=0,59; p=0,042) и толщиной задней стенки левого желудочка в диастолу (r=0,60; p=0,038), длины левой почки и КСР (r=0,58; p=0,049), КСО (r=0,60; p=0,038), КДР (r=0,68; p=0,016), КДО (r=0,69; p=0,013), УО (r=0,73; p=0,07), ширины почек с задней стенкой левого желудочка, толщиной МЖП как в систолу (r=0,64; p=0,027), так и в диастолу (r=0,61; p=0,034).

Выводы: Выявлена положительная значимая взаимосвязь ультразвуковой биометрии почек и эхокардиографических данных больных с АГ, что требует дальнейшего изучения.

0467 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ СРЕДИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В ЗОНЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА

Куделькина Н.А., Савицкая Е.Ю., Малютина С.К.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, НУЗ ДКБ, Новосибирск, Россия

Цель: исследование поражения органов-мишеней при артериальной гипертензии (АГ) в организованной популяции железнодорожников – машинистов локомотивного депо ст. Новосибирск Западно-Сибирской железной дороги.

Методы исследования. Одномоментное выборочное эпидемиологическое исследование 650 мужчин (70% от общего количества машинистов локомотивного депо). Возрастные группы: 30-39 лет – 43%, 40-49 – 35%, 50–59 лет – 22%. Стандартное измерение АД с оценкой по критериям ВОЗ, МОАГ (1999), липидный спектр крови, ЭКГ в 12 стандартных отведениях, эхокардиография (ЭхоКГ) с использованием цветного допплеровского картирования; глазное дно, общий анализ мочи (протеинурия), креатинин крови. Критерии диагностики АГ: систолическое АД (САД) ≥140 Мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) ≥90 Мм рт. ст. К нормальному АД относили: оптимальное – САД <120, ДАД <80 Мм рт. ст.; нормальное – САД 120-130, ДАД 80-85 Мм рт. ст.; высокое нормальное – САД 130-139, ДАД 85-89 Мм рт. ст.. Критерии гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) по ЭхоКГ: ИММ ЛЖ у мужчин >134 г/м кв., у женщин >110 г/м кв.

Результаты. Среди машинистов оптимальное и нормальное АД зарегистрировано в 28% случаев, высокое нормальное в 22%. Лица с АГ (≥140/90 мм. рт. ст.) составили 50%, из них АГ(I) – 15%, АГ (II) – 35%. ГЛЖ у респондентов с АГ I ст., по данным ЭКГ, диагностирована в 45%, по ЭхоКГ в 28%. У лиц с АГ II ст.– в 71% и 65% соответственно. Изменения на глазном дне в виде локального или генерализованного сужения сосудов сетчатки у респондентов с АГ(I) обнаружены в 61% случаев, с АГ(II) – в 97% (p<0,01). ЭхоКГ-признаки атеросклероза аорты выявлены у 15% больных АГ(I) и у 62% – с АГ(II). Не зафиксированы случаи протеинурии и креатинемии ни в одной исследуемой группе. В группе «гипертоников», получающих регулярное лечение антигипертензивными препаратами (117 человек, составивших 23%), частота поражения органов-мишеней была достоверно ниже, чем у респондентов с впервые диагностированной АГ: в 54% – ГЛЖ по данным ЭКГ (АГ I и II ст.), в 35% – по ЭхоКГ (АГ I и II ст.), p<0,01. Изменения на глазном дне установлены у 71% обследованных, атеросклероз аорты – у 38% (p<0,01). Выявлены изменения артерий сетчатки (ангиопатия) у респондентов с высоким нормальным АД – в 18% случаев и ГЛЖ по данным ЭКГ – в 6%.

Заключение. В исследуемой популяции железнодорожников (машинистов), работающих в условиях повышенного психоэмоционального напряжения, связанного с обеспечением безопасности движения поездов, поражение органов-мишеней обнаруживается уже при высоком нормальном АД. Частота поражения основных органов-мишеней (глазного дна, миокарда, стенки аорты) нарастает с повышением степени АГ.

Результаты исследования указывают на необходимость проведения первичной профилактики АГ среди локомотивных бригад депо ст. Новосибирск при выявлении высокого нормального АД и тщательного профессионального отбора при поступлении на работу, связанную с безопасностью движения.

0468 АССОЦИАЦИЯ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Кудряшова О.Ю., Евдокимова М.А., Затейщиков Д.А., Минушкина Л.О.

ФГУ «Учебно-научный Медицинский Центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Толщина комплекса интима-медия (ТИМ) и атеросклероз экстракраниальных отделов сонных артерий являются маркёрами атеросклеротического поражения сосудов других локализаций и факторами риска неблагоприятного прогноза.

Цель: изучение связи ТИМ и атеросклеротического поражения экстракраниальных отделов сонных артерий с отдалённым прогнозом у больных с острым коронарным синдромом.

Материал и методы: обследовано 125 больных, госпитализированных в 51 ГКБ в связи с развитием острого коронарного синдрома (57 мужчин, 68 женщин), средний возраст 64,5±1,41 года. 23 больных имели крупноочаговый инфаркт миокарда в анамнезе. 73 пациента страдали гипертонической болезнью. Сахарный диабет 2 типа был у 23 больных. 29 больных курили. После выписки из стационара у 9 пациентов развился летальный исход (у 6 пациентов причиной летального исхода был инфаркт миокарда, у 1 пациента – ишемический инсульт, у 1 пациента – недостаточность кровообращения, у 1 пациента – рак почки). В период госпитализации всем больным проводилось цветное дуплексное сканирование экстракраниальных отделов сонных артерий на ультразвуковом аппарате ACUSON-128XP (Acuson, США). ТИМ измеряли на расстоянии 1 см от бифуркации общей сонной артерии в противоположной от датчика стенке артерии в конце диастолы. Увеличением ТИМ считали ТИМ равную 1,1мм и более. Регистрировали атеросклеротическое поражение экстракраниальных отделов общих, внутренних и наружных сонных артерий. Статистический анализ проводили с использованием пакета статистических программ SPSS 11.0.

Результаты. Нами была найдена достоверная ассоциация увеличения ТИМ в сочетании с атеросклерозом экстракраниальных отделов сонных артерий с летальным исходом после выписки из стационара (OR: 4,427, 95%CI: 1,315-14,908; P=0,016). Увеличение ТИМ также было ассоциировано с возрастом (OR: 1,064, 95%CI: 1,012-1,119; P=0,015). Мы не обнаружили ассоциации ТИМ общих сонных артерий с летальным исходом. Наличие атеросклероза экстракраниальных отделов сонных артерий было ассоциировано с возрастом (OR: 1,050, 95%CI: 1,012-1,089; P=0,009); наличием инфаркта миокарда в анамнезе (OR: 5,133, 95%CI: 1,103-23,882; P=0,037) и ТИМ экстракраниальных отделов сонных артерий (OR: 17,565, 95%CI: 1,318-234,109; P=0,030). Мы не обнаружили ассоциации атеросклероза экстракраниальных отделов сонных артерий с летальным исходом.

Tesis_006_end.indd 200 24.08.2006 22:25:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Заключение. Увеличение ТИМ в сочетании с атеросклерозом экстракраниальных отделов сонных артерий ассоциировано с летальным исходом у больных с острым коронарным синдромом.

0469 ДЕТЕРМИНАНТЫ СУТОЧНЫХ КОЛЕБАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА

Кузнецов А.А., Крупа Т.М., Лапицкая И.В., Пелло Е.В., Малютина С.К.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель. Целью настоящей работы являлась оценка согласованности суточных колебаний артериального давления, артериального пульса и показателя артериальной жесткости QKd в зависимости от ряда демографических, клинико-анамнестических, антропометрических, биохимических и электрофизиологических параметров в популяции Новосибирска.

Методы исследования. Материалом для работы послужили данные многоцентрового Европейского исследования EPOGH (European Project On Genes in Hypertension; главный координатор – профессор, J.A. Staessen, руководитель Новосибирского центра – академик РАМН, Ю.П. Никитин). В рамках данного проекта с откликом в 67% была обследована рандомизированная популяционная выборка жителей Новосибирска, сформированная по семейному принципу (304 человек 18-82 летнего возраста: 131 мужчин и 173 женщин). Программа исследования включала стандартные эпидемиологические методы, клиническое обследование, антропометрию, анализ биохимического состава крови, электрокардиографию и суточное мониторирование артериального давления и пульса (SpaceLabs 90207). Дополнительно 23 пациентам с артериальной гипертензией в возрасте 33-88 лет провели суточную регистрацию показателя артериальной жесткости QKd (Dyasis Integra).

Полученные результаты. Динамические изменения артериального пульса в течение суточного наблюдения тесно позитивно коррелировали с колебаниями систолического и диастолического артериального давления у обследованных мужчин (r-0,48±0,20 и 0,52±0,18 соответственно; n=131) и женщин (r–0,44±0,22 и 0,51±0,18 соответственно; n=173). Сила данной корреляции достоверно возрастала с увеличением роста обследованных, и, напротив, уменьшалась с возрастом, увеличением массы тела, объема талии и бедер, артериального давления, уровня общего холестерина, триглицеридов и вольтажных показателей гипертрофии левого желудочка, а также была ослабленной у лиц с клинико-анамнестическими данными сахарного диабета и кардиоваскулярных заболеваний. В мультивариативной модели главным, независимым детерминантом согласованности суточных флуктуаций артериального давления и пульса являлся возраст участников исследования. Степень ночного снижения артериального пульса тесно позитивно коррелировала с циркадным ритмом систолического (r=0,33; p=0,000001) и диастолического (r=0,34; p=0,000001) артериального давления независимо от вышеуказанных клинических параметров. Среднесуточный показатель артериальной жесткости QKd независимо от пола, массы тела и роста отрицательно ассоциировался с возрастом и другим доступным параметром артериальной жесткости – пульсовым давлением (r=-0,57; p=0,007 и r=-0,67; p=0,0001 соответственно), но не с амплитудой зубцов R и S электрокардиограммы.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о наличии ряда важных демографических, антропометрических, биохимических и электрофизиологических параметров, ассоциированных со степенью взаимосвязи прогностически значимых показателей амбулаторного мониторинга – суточной вариабельности артериального давления и пульса, а также артериальной жесткости.

0470 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПРОСАРТАНА И ЭНАЛАПРИЛА ВЛИЯНИЯ НА РЕГРЕСС ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У РАБОТНИКОВ ПОДВИЖНОГО СОСТАВА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

НГУЗ ОКБ ст.Барнаул ОАО «РЖД»; АГМУ, Барнаул, Россия

Целью исследования явилась оценка сравнительной эффективности эпросартана и эналаприла по влиянию на регрессию гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у работников подвижного состава, страдающих артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы: обследование 40 мужчин, средний возраст 42,5±6,1 г, страдающих АГ1-3 степени, имеющие высокий риск сердечно-сосудистых осложнений; все пациенты были работниками Локомотивном депо ст. Барнаул в качестве машиниста или помощника машиниста, средний стаж работы – 19,3±6,9 лет. Пациенты были разделены на 2 группы по 20 человек, в зависимости от назначенной гипотензивной терапии; первая группа принимала в качестве монотерапии на протяжении 12 месяцев эналаприл в средней суточной дозе 10,8±0,8 мг, вторая группа – эпросартан («Теветен», Solvay Pharma) в суточной дозе 600мг. Группы пациентов были сопоставимы по возрасту (в 1-й группе- 44,4±1,6 г., во 2-й- 40,7±1,8 лет, p>0,05), и стажу работы (в 1-й группе – 20,7±2,1 г., во 2-й – 17,8±1,7 лет, p>0,048. Для ультразвуковой визуализации сердца использовалась ЭхоКГ Acuson Aspen фирмы Acuson (Siemens, Германия) с частотой датчика 3,5 Гц, измерение параметров левого желудочка (ЛЖ) проводилось в B- и M- режимах согласно ASE-конвенции. ГЛЖ определяли на основании расчета массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и её индексированной к площади поверхности тела величины – индекс ММЛЖ (иММЛЖ). Исследование показателей ЭхоКГ проводилось в начале лечения и через 12 месяцев непрерывной терапии.

Результаты исследования: на фоне терапии через 12 месяцев в группе пациентов, получающих эналаприл отмечено уменьшение ММЛЖ на 6,6%, в среднем на 20,0±7,1 г (в начале терапии составляла 303,8±5,0 г., через 12 месяцев терапии – 283,8±4,9 г., p<0,022); у получающих теветен – ММЛЖ уменьшилась на 7,3%, в среднем на 22,8±6,8 г (в начале терапии составляла 309,9±4,9 г, через 12 месяцев лечения 287,1±4,7 г, p<0,022). Произошло также снижение ИММЛЖ: на фоне приема эналаприла на 7,2%, в среднем на 10,06±1,7 г/м (в начале терапии составил 140,2±1,1 г/м , через 12 месяцев терапии – 130,2±1,3 г/м , p<0,022); при приеме теветена на 8,1%, в среднем на 11,6±1,3 г/м (в начале терапии составил 143,1±0,9 г/м , через 12 месяцев терапии – 131,6±0,9 г/м , p<0,022). Не выявлено достоверных различий между пациентами, получающими эналаприл и теветен во влиянии на регресс ГЛЖ по уровню ММЛЖ (разница 1,7±2,4, p>0,048), а также по уровню ИММЛЖ (разница 1,1±1,1, p>0,048).

Заключение: антигипертензивные препараты эналаприл и теветен, используемые непрерывно в качестве монотерапии в течение 12 месяцев, способны вызывать прогностически значимое обратное развитие ГЛЖ у работников подвижного состава, страдающих артериальной гипертензией, что существенно снижает частоту развития сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных. Теветен оказывает более существенное влияние на регресс ГЛЖ; однако достоверных различий по влиянию на эту конечную точку АГ у пациентов, получающих эналаприл или теветен не выявлено, что свидетельствует об одинаковой эффективности в отношении данного показателя.

Tesis_006_end.indd 201 24.08.2006 22:25:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0471 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ПОДВИЖНОГО СОСТАВА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Кузнецова Е.И, Антропова О.Н., Осипова И.В., Перевозчикова Т.В.

НГУЗ ОКБ ст. Барнаул; АГМУ, Барнаул, Россия

Целью исследования явилась оценка влияния терапии эпросартаном на суточный профиль артериального давления (АД) у работников подвижного состава, страдающих артериальной гипертензией.

Материал и методы: обследовано 20 мужчин, средний возраст 40,65±1,8лет, страдающих артериальной гипертензией 1-3 степени, имеющие высокий риск сердечно-сосудистых осложнений; длительность заболевания составила 4,175±1,1 г.; все пациенты были работниками Локомотивном депо ст. Барнаул в качестве машиниста или помощника машиниста, средний стаж работы – 17,8±1,6 лет. На протяжении 12 месяцев больные принимали эпросартан («Теветен», Solvay Pharma) в суточной дозе 600мг. Для контроля эффективности антигипертензивной терапии в начале терапии и через 12 месяцев проводилось СМАД. После окончания измерений и компьютерной обработки данных, оценивались суточные кривые АД, средние значения САД и ДАД, ЧСС за сутки, день и ночь. В зависимости от величины суточного индекса (СИ) выделялись группы больных. Статистическая обработка материала осуществлялась программой BIOSTAT, достоверность различий оценивалась с помощью критерия Уилкоксона.

Результаты исследования: Под влиянием терапии теветеном произошло увеличение значений суточного индекса: в начале терапии СИ – 7,8±1,0%, через 12 месяцев – 15,8±0,8%, разница составила – 7,9±1,3% ($p<0,02$), что привело к изменению суточных кривых АД: в начале терапии количество нон-дипперов составило 16 (80%), дипперов – 4 (20%), через 12 месяцев – нон-дипперов 3 (15%), дипперов – 17 (85%). Уменьшились показатели среднего дневного САД и ДАД на 9,6% (на 13,4±1,4мм.рт.ст) и 8,5% (на 7,6±0,8 мм рт.ст) соответственно (в начале лечения -139,0±1,2/87,7±0,5 мм рт.ст, через 12 месяцев 125,6±0,7/80,1±0,6 Мм рт. ст., $p<0,02$). Снизились показатели среднего ночного САД и ДАД на 6,2% (на 7,7±0,9 Мм рт. ст.) и на 8,5% (на 6,3±1,3 Мм рт. ст.) соответственно (в начале лечения – 124,3±0,8/80,8±1,1 мм рт.ст, через 12 месяцев – 116,7±0,6/74,5±0,7 Мм рт. ст., $p<0,02$). Произошло снижение среднего суточного АД по САД и ДАД на 8,3% (на 11,1±0,9 Мм рт. ст.) и на 8,5% (7,2±0,7 Мм рт. ст.) соответственно (в начале терапии 132,2±0,8/84,5±0,5 Мм рт. ст., через 12 месяцев-121,1±0,5/77,3±0,5 Мм рт. ст., $p<0,02$). Достоверных изменений ЧСС на фоне терапии через 12 месяцев не выявлено (до терапии 70,8±1,4 уд/мин, через 12 месяцев – 69,1±1,1 уд/мин, $p>0,048$).

Заключение: монотерапия эпросартаном в суточной дозе 600мг обладает высокой антигипертензивной эффективностью в течение суток при однократном приеме, не оказывая влияния на ЧСС; препарат способен у большинства пациентов приводить к снижению значительных колебаний АД в течение суток, тем самым уменьшая количество сердечно-сосудистых осложнений у данной категории больных.

0472 ЗНАЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОКРАЩЕНИИ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

Кузнецова Т.Ю., Русских Н.В., Гаврилов Д.В., Дуданов И.П.

Медицинский факультет Петрозаводского госуниверситета, Петрозаводск, Россия

Цель: проанализировать влияние созданной системы диспансерного наблюдения (ДН) на основе медицинской информационной системы за пациентами гипертонической болезнью (ГБ) на сроки временной нетрудоспособности.

Материалы и методы: ГБ диагностирована у 1547 (18 %) из 7867 работающих на ОАО «Кондопога», что в структуре всех состоящих на ДН в поликлинике ОАО составляет 34% (1425 из 4325 чел.), средний возраст 49 лет. Обследование: липидный спектр, электролиты, креатинин, глюкоза, анализ мочи, анализ на микроальбуминурию (МАУ), ЭКГ, ЭХО КС, УЗИ сосудов, осмотр глазного дна. Создана электронная карта ДН, которая заполняется участковым врачом, все данные обследования автоматически переносятся в нее из общей базы данных. Контрольные явки – 1 раз в три месяца.

Результаты: в исследуемой группе распространены следующие факторы риска (ФР): наследственность по АГ отягощена у 65,6%, по ранним сосудистым катастрофам у 20%, курение – 30,8%, ожирение – 34%, сахарный диабет – 8%, повышение холестерина более 5 ммоль/л выявлено в 70 % случаев, уровень более 6,5 ммоль/л – у 18%. Распределение ФР по количеству у одного больного: не выявлено ФР у 5%, 1-2 фактора в 49%, 3 и более ФР – в 46%, у мужчин количество ФР больше, чем у женщин. Среди поражений органов-мишеней (ПОМ) наиболее часто (в 69,5%) диагностирована ангиопатия сетчатки, гипертрофия левого желудочка – в 37%. В 25% по данным УЗИ выявлены признаки поражения сосудов. МАУ обнаружена у 10% (выполнено в 25% случаев). Среди ассоциированных клинических состояний (АКС) наиболее часто диагностировалась ИБС (9,7%), на втором месте – хроническая сердечная недостаточность (ХСН) (5,6%), ОНМК перенесли 3,5%, клиника облитерирующего атеросклероза нижних конечностей отмечалась в 1,1%, реже выявлялись нефропатия (0,5%) и ретинопатия (0,3%). Распределение по стадиям: 1 стадия – 465 человек (30%), 2 стадия – 862 человека (56%), 3 стадия – 220 человек (14%). Пациенты низкого риска составили 1,4 % (21 чел.), среднего 9,9 % (153 чел.), высокого 1082 (69,9%), очень высокого 18,8% (291 чел.).

При ведении ДН с помощью информационной системы получены следующие результаты: количество явок на ДН увеличилось с 455 в 2003 г. до 3866 в 2005 г., количество фактов временной нетрудоспособности уменьшилось с 350 в 2003 г. до 284 в 2005 г., количество дней временной нетрудоспособности уменьшилось с 4971 в 2003 г. до 3424 в 2005 г., снизился процент случаев нетрудоспособности более 10 дней от всех случаев нетрудоспособности по ГБ с 81% до 75%.

Выводы: ГБ в структуре состоящих на ДН составляет 34%, среди факторов риска наиболее распространены дислипидемия (72%), отягощенная наследственность (65,6%), ожирение (34%), курение (30,8%), в 46% – сочетание 3 и более ФР. Среди ПОМ преобладали ангиопатия сетчатки в 69,5% и гипертрофия левого желудочка в 37%; атеросклероз сосудов – в 25%, МАУ – 10%. Частота АКС: ИБС – 9,7%, ХСН – 5,6%, ОНМК – 3,5%. Организация ДН с помощью электронной карты способствовала сокращению сроков временной нетрудоспособности.

0473 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ (MTHFR) НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кузнецова Т.Ю., Гаврилов Д.В., Русских Н.В., Дуданов И.П., Самоходская Л.М..*

Медицинский факультет ПетрГУ, Петрозаводск, Россия; факультет фундаментальной медицины, МГУ, Москва*, Россия

Цель: оценить влияние полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) на развитие осложнений у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материалы и методы: в исследование включено 82 пациента ГБ 2 и 3 стадии (мужчины, русской этнической принадлежности, средний возраст 52 года). Проведено обследование: анализ крови клинический, анализ мочи общий, определение

Tesis_006_end.indd 202 24.08.2006 22:25:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

липидного спектра, электролитов плазмы, креатинина, глюкозы, электрокардиограмма, ЭХО КС, осмотр сосудов глазного дна, ультразвуковое исследование сонных артерий, микроальбуминурия. Уточнялись другие факторы риска (отягощенная наследственность, курение, ожирение). Определение полиморфизма C677T (Glu222Ala) гена MTHFR осуществлялось в два этапа: методом полимеразной цепной реакции и рестриктазной реакции. Группу контроля при определении полиморфизма C677T составили 175 здоровых доноров русской этнической принадлежности в возрасте от 18 до 50 лет. Достоверность полученных различий оценивалась с помощью критерия 2.

Результаты: при исследовании полиморфизма C677T гена MTHFR частота аллеля С выявлена в 74%, частота аллеля Т – в 26%. Распределение генотипов: СС – 57% (47 чел.), СТ – 34% (28 чел.), ТТ – 9% (7 чел.). В группе доноров частота аллеля С составила 70%, аллеля Т – 30%, генотипа СС – 49% (85 чел.), СТ – 42% (73 чел.), ТТ – 9% (17 чел.). Полиморфизм гена MTHFR не зависит от таких факторов риска как курение, дислипидемия, ожирение, сахарный диабет, однако отягощенная наследственность по АГ в группе гомозигот СС встречается достоверно реже, чем в группе СТ и ТТ (p=0,04). Такие поражения органов-мишеней при гипертонической болезни как ангиопатия сетчатки, гипертрофия миокарда левого желудочка, микроальбуминурия не зависят от полиморфизма гена MTHFR, достоверно реже диагностируется атеросклероз сонных артерий в группе гомозигот ТТ по сравнению с пациентами, имеющих генотипы СС и СТ (p=0,03). Частота ассоциированных клинических состояний – облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей, ИБС, хронической сердечной недостаточности, ОНМК не зависит от полиморфизма гена MTHFR.

Выводы: частота аллеля Т гена MTHFR у пациентов с гипертонической болезнью в данной популяции – 26%, гомозигот ТТ – 9%. Частота развития ассоциированных клинических состояний не зависела от генотипа MTHFR. Среди поражений органов-мишеней зависимость от полиморфизма обнаружена только для развития атеросклероза сонных артерий (достоверно реже встречался у гомозигот ТТ).

0474 ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ИБС

Кузнецова Э.Э., Горохова В.Г., Горохов А.Г., Рунович А.А.

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН, Иркутск, Россия

При атеросклерозе хорошо изучены нарушения липидного обмена, системы гемостаза и сосудистой стенки. Меньшее внимание уделяется изменениям на клеточном уровне. Универсальным индикатором функциональных резервов, приспособительных функций организма и повреждений является клетка и ее мембрана. Целью работы было изучение состояния метаболических процессов в эритроцитах больных ИБС, используемых как модель, отражающая общие закономерности молекулярной организации плазматических мембран. Исследования проведены на 20 больных актуальной стенокардией, рефрактерной к медикаментозной терапии, и 18 донорах. Оценку обменных процессов в эритроцитах проводили, используя комплекс физико-химических методов: УФ-спектрометрию, высокоэффективную тонкослойную и бумажную хроматографию, определение ПОЛ, фосфолипидов и адениловых нуклеотидов. Морфометрические характеристики эритроцитов получены с эритрограмм и световой микроскопии. Спектрограммы супернатантов мембран эритроцитов выявили, что у больных ИБС возрастала величина оптической плотности в интервале длин волн в 210-220, 230-260 и 270-280 нм. Мембранная ультрафильтрация и тонкослойная хроматография показали, что в ближнюю область спектра вносят вклад пептиды с молекулярной массой до 3кД. Содержание их по сравнению с донорами было снижено в 1,5-2 раза. В диапазоне 230-260 нм идентифицированы соединения ПОЛ, фосфолипиды, адениловые нуклеотиды. Дальняя область спектра включала вещества индольной и имидазольной структуры. В мембране эритроцитов пациентов ИБС нарастало содержание вторичных ПОЛ (кетодиеновых и триеновых коньюгатов), в 2,5 раза была увеличена фракция лизофосфолипидов и фосфотидилэтаноламина. Установлено, что липидные компоненты мембраны определяют ее текучесть или микровязкость. Липидный бислой обеспечивает оптимальную форму и механические свойства эритроцитов лишь при наличии сбалансированности белковых и липидных компонентов мембран. Сохранение определенных соотношений этих компонентов обеспечивает эритроциту форму двояковогнутого диска. Снижение белковой составляющей и накопление лизофосфолипидов в мембране проводят к изменению морфологической формы эритроцитов (увеличение числа эхиноцитов в 4 раза против контроля, снижение количества дискоцитов) больных ИБС. У них отмечены также нарушения в количественном и качественном составе адениловых нуклеотидов. Содержание АТФ и АДФ у них в 1,5 раза ниже, а АМФ в 5 раз выше, чем у доноров. Исходя из этих данных, рассчитанный энергетический заряд, выявил его достоверное снижение. Дезорганизация липидного бислоя мембраны, изменение энергетического заряда нарушают способность клеток регулировать ионный и антиоксидантный гомеостаз, что в итоге вызывает изменение метаболизма клеток и нарушения структурно-функционального статуса эритроцитов. Таким образом, использование современных физико-химических методов исследования позволит установить повреждение молекулярной организации плазмамических мембран, выявленных на модели эритроцитов. Это улучшит диагностику заболевания, контроль за эффективностью проводимого лечения и оценку функциональных резервов организма.

0475 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Кузнецов В.А., Гультяева Е.П., Бердинских С.Г., Зырянов И.П., Семухин М.В., Варламова Е.А., Шаповалова Е.П., Самойлов М.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр, Тюмень, Россия

Цель исследования: оценить отдаленные результаты транслюминальной баллонной ангиопластики коронарных артерий (ТБКА) у больных хронической ишемической болезнью сердца (ХИБС) в сравнении с пациентами, получавшими только консервативную терапию.

Материалы и методы. В исследование было включено 432 больных ХИБС (1 группа), которым была проведена операция ТБКА в Тюменском кардиологическом центре, в том числе 363 человека (84%) с интракоронарным стентированием. Группу сравнения (2 группа) составили 194 больных с верифицированной коронароангиографией ХИБС, получавших консервативную терапию. Среди препаратов, принимаемых пациентами регулярно, были бета-адреноблокаторы (68,4% – 1 группа и 63% – 2 группа), ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (49% и 44,8%), дезагреганты (73,5% и 48%), статины (30,7% и 21%), нитраты (38,2% и 38,5%). Срок наблюдения составил: 32±15,2 и 32±13,6 месяца, соответственно. Пациенты обеих групп были исходно сопоставимы по основным показателям. При проспективном наблюдении проводилась оценка общей и коронарной смертности, частоты инфаркта миокарда (ИМ), операций аортокоронарного шунтирования (АКШ) и главных коронарных событий (MACE).

Результаты. При долгосрочном наблюдении в группе пациентов после ТБКА достоверно ниже была общая смертность (1,2 и 10,3%, p<0,0001) и коронарная смертность (1,2 и 9,3%, p<0,0001). У меньшего числа пациентов 1 группы развился ИМ (6,3 и 8,8%, p=0,07) и была проведена операция АКШ (3,9 и

Tesis_006_end.indd 203 24.08.2006 22:25:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

10,8%, p<0,001), была отмечена меньшая частота коронарных событий (19,4 и 26,8%, p=0,038). Частота развития рестеноза, подтвержденного коронароангиографией, составила 9,3%. По результатам мультивариантного анализа (бинарная логистическая регрессия) среди 24 признаков (клинико-анамнестические, биохимические и эхокардиографические показатели, характер поражения коронарных сосудов, лекарственные препараты) выявлено, что наряду с некоторыми другими переменными именно вид лечения (консервативная терапия или ТБКА) явился независимым предиктором общей и коронарной смертности (p=0,004 и p=0,001) и проведения АКШ (p=0,005).

Выводы. Применение ТБКА в комплексном лечении ХИБС позволяет не только улучшить клиническое течение заболевания, но и улучшить отдаленный прогноз, уменьшить смертность, частоту развития острого инфаркта миокарда, последующих операций АКШ и частоту коронарных событий.

0476 ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Кузнецов В.А., Колунин Г.В., Харац В.Е., Криночкин Д.В., Зырянов И.П., Горбунова Т.Ю., Горбатенко Е.А., Белоногов Д.В., Павлов А.В.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Начиная с июня 2003 года 24 больным (средний возраст 52+2,8 года, 22 мужчины, 14 – с ИБС, 10 – с дилатационной кардиомипатией) с выраженной хронической сердечной недостаточностью (ХСН) было имплантировано 17 систем для сердечной ресинхронизирующей терапии (СРТ) и 7 систем для СРТ с функцией кардиовертера – дефибриллятора. При отборе первых пациентов были использованы традиционные показания к СРТ (широкий комплекс QRS в сочетании с дилатацией левого желудочка (ЛЖ) и его фракцией выброса < 35%), в дальнейшем отбор осуществляли, опираясь на диагностику внутри- и межжелудочковой диссинхронии по данным эхокардиографии. После вмешательства проводили регулярную оптимизацию параметров кардиостимулятора. Все больные получали оптимальную медикаментозную терапию.

Средний срок наблюдения составил 13±2 месяца (от 3 до 34 месяцев). При наблюдении до 1 года у всех больных была отмечена стойкая положительная динамика клинико-функционального состояния. У 5 пациентов выраженность сердечной недостаточности уменьшилась с IV до III функционального класса (NYHA), у 14 – с III до II класса, у 2 – с IV до II класса и у 3 – с III до I класса. Было зафиксировано достоверное увеличение дистанции шестиминутной ходьбы, величины фракции выброса ЛЖ, уменьшение конечного систолического размера ЛЖ, давления в легочной артерии, митральной регургитации.

За время наблюдения умерло 3 пациента. Первый пациент (возраст 34 года) с дилатационной кардиомиопатией и ХСН IV класса в течение полутора лет наблюдения демонстрировал стойкое клинико-функциональное улучшение. Затем было отмечено нарастание клинических симптомов ХСН, снижение фракции выброса ЛЖ, значительное увеличение диаметра ЛЖ и увеличение легочной гипертензии. Больной умер через 20 месяцев после имплантации при нарастающей клинике ХСН. Двое пациентов в возрасте 62 и 64 года были с диагнозом ИБС, ХСН IV класса NYHA. После длительного периода улучшения первый пациент умер внезапно через 19 месяцев после имплантации, второй пациент умер через 22 месяца на фоне нарастающих симптомов ХСН и ИБС. Еще у двух пациентов было отмечено нарастание симптомов ХСН после периода улучшения через 15 и 18 месяцев. Один пациент был с протезированным аортальным клапаном, второй пациент – с ИБС после аортокоронарного шунтирования.

Таким образом, СРТ не только в ближайшем, но и отдаленном периоде приводит к стойкому улучшению клинико-функциональных параметров у больных с выраженной ХСН. Для достижения хороших результатов при проведении СРТ необходим правильный отбор больных, использование современных кардиостимуляторов и инструментария, проведение регулярной оптимизации параметров кардиостимулятора.

0477 МИОКАРДИАЛЬНАЯ ДИССИНХРОНИЯ ПРИ ОСТРОМ Q-ВОЛНОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Кузнецов В.А., Криночкин Д.В., Плюснин А.В., Колунин Г.В., Доний Е.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Внутри- и межжелудочковая диссинхрония – важный компонент хронической сердечной недостаточности. Однако значение миокардиальной диссинхронии при остром инфаркте миокарда (ОИМ) изучено недостаточно.

Целью настоящего исследования было оценить наличие миокардиальной диссинхронии у больных с ОИМ с помощью комплексного эхокардиографического обследования.

Материал и методы. В первый день Q-волнового ОИМ было обследовано 19 больных в возрасте 60,5±3,1 года. Использовалась традиционная эхокардиография, Допплеровское обследование потока. Оценивая аортальный и пульмональный кровоток, измеряли межжелудочковую механическую задержку (ММЖ), период аортального предвыброса. С помощью постпроцессинга цветовой тканевой допплерографии измеряли интервал между началом QRS и пиками миокардиального сокращения 12 базальных и срединных сегментов левого желудочка (Ts). Диагностировали межжелудочковую диссинхронию при увеличении ММЖ ≥40 мс, лево-внутрижелудочковую – при увеличении периода аортального предвыброса ≥140 мс, либо при разнице Ts любых двух сегментов ≥110 мс.

Результаты. Межжелудочковая диссинхрония была выявлена у 4 человек (21%). Внутрижелудочковая диссинхрония, проявившаяся удлинением периода аортального предвыброса, – у 1 человека (5%). Та же диссинхрония, связанная с нарушением сегментарной кинетики и увеличением разницы Ts, – у 8 человек (42%, p=0,0108). Причем при совокупной оценке всех видов диссинхронии, последняя была зарегистрирована у 11 человек (58%).

Выводы. Миокардиальная диссинхрония достаточно часто встречается у больных с Q-волновым ОИМ и, возможно, играет роль в патогенезе острой недостаточности кровообращения. Чаще регистрируется лево-внутрижелудочковая диссинхрония, причем постпроцессинг цветовой тканевой допплерографии выявляет ее лучше, чем распознавание удлинения периода аортального предвыброса.

0478 ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ КОНСУЛЬТАТИВНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Кузьмин В. П., Левин А.В., Ускова А.Н., Соснова Ю.Г., Орлова Л.А.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель: оптимизация постстационарного периода реабилитации хирургических «коронарных» больных путем внедрения алгоритмов ведения.

Методы: проведен детальный анализ течения заболевания, данных инструментально-лабораторных методов исследования по амбулаторным картам больных, находящихся на диспансерном учете в консультативно- реабилитационном отделении диспансера.

Tesis_006_end.indd 204 24.08.2006 22:25:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выделены 2 группы больных:

1. после проведенной чрескожной транслюминальной ангиопластики и стентирования.

2. после выполненного аорто-коронарного шунтирования

Результаты:

1 группа пациентов принимала препараты стационарного этапа и включала: прпараты симвастатина (зокор 20 мг, симгал 20 мг, вазилип 20 мг), плавикс 75 мг в сутки, -блокаторы (метопролол ретард), ингибиторы АПФ (периндопрои 4-8 мг)

2 группа пациентов также принимала статины, бета-блокаторы. Антиагреганты (аспирин 75-150 мг в сутки), ингибиторы АПФ и нитраты по показаниям.

В результате в 1 группе больных, которые с момента операции принимали в течении одного года статины и клопидогрель (плавикс), рецидивы стенокардии не отмечены.

Во 2 группе также в пред- и послеоперационном периоде назначались статины в адекватных дозах, аспирин 75-150 мг в сутки. Это явилось важным моментом в профилактике тромбоза шунтов и предупреждении стенокардии. По результатам анализа, рецидив стенокардии возник у 32% больных, что почти в два раза меньше, чем в предыдущие годы.

Выход к труду в целом среди больных кардиохирургического профиля составил 82%. А в предыдущий год эта цифра равнялась 74%.

Выводы:

1. Ведение больных согласно установленным алгоритмам определяет преемственность лечения в звене «стационар – санаторий – поликлиника».
2. Риск возникновения рецидива стенокардии на фоне адекватных принимаемых доз статинов, антитромбоцитарных препаратов (плавикс) Минимальный, что является абсолютным показанием для их назначения в до-, послеоперационном и постстационарном периодах.
3. С введением алгоритмов ведения больных после реконструктивных операций на коронарных артериях, увеличился процент выхода к труду, что является важнейшим фактором улучшения качества жизни, а также социальным фактором.

0479 ПРЕИМУЩЕСТВО ТКАНЕВОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Куклина М.Д., Полтавская М.Г., Шорников С.Б., Сыркин А.Л.

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

Цель исследования: сравнить возможности допплер-эхокардиографического (ДЭхоКГ) и тканевого миокардиального допплер-эхокардиографического (ТМД-ЭхоКГ) методов в выявлении и определении типа диастолической дисфункции (ДД) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: было обследовано 54 пациента: 22 мужчины и 32 женщины в возрасте от 32 до 68 лет (средний возраст 53,3+8,9) с гипертонической болезнью. В обследование включались пациенты со стабильным повышением АД более 139/89 мм. рт. ст. давностью не менее 1 года, получавшие антигипертензивную терапию. Исключали больных с сопутствующими: ишемической болезнью сердца, кардиомиопатиями, заболеваниями клапанов сердца, гемодинамически значимыми нарушениями ритма. Продолжительность АГ составила 10,7+8,4 лет; среднее САД – 143,7+8,9 Мм рт.ст.; среднее ДАД – 83,2+6,3 Мм рт.ст.; индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) – 113,3+2,9 г/м2; гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ) по ЭхоКГ выявлена у – 13 (37%) больных.

Эхокардиографию (ЭхоКГ) проводили на аппарате Vivid – 5 (GE, США), обладающем анатомическим М-режимом, с использованием датчика M3S, характеризующегося наличием широкополосной 2-й тканевой гармоники. Для анализа диастолической функции (ДФ) левого желудочка (ЛЖ) применяли традиционный метод исследования трансмитрального потока в импульсно-волновом допплеровском режиме, а также анализ движения фиброзного кольца митрального клапана (ФК МК) методом тканевой допплеровской визуализации.

Результаты: традиционное доплеровское исследование трансмитрального потока выявило нормальный тип ДФ у 23 больных, нарушение релаксации (I тип нарушения ДФ) у 26 больных, «псевдонормализацию» (II тип нарушения ДФ) у 5 больных.

При исследовании скорости движения ФК МК методом ТМДЭхоКГ выявлен нормальный тип ДФ у 20 больных, нарушение релаксации у 25 больных, «псевдонормализация» трансмитрального потока наблюдалась у 10 больных, т.е. в 2 раза чаще, чем традиционным ДЭхоКГ методом.

Из 5 больных с нормальной по данным ДЭхоКГ диастолической функцией методом ТМДЭхоКГ у 4-х выявлен I тип нарушения ДФ, у 1 пациента – II тип нарушения ДФ. У 5 больных из тех, у кого при ДЭхоКГ выявлен I тип нарушения ДФ, методом ТМДЭхоКГ был диагностирован II тип нарушения ДФ.

Заключение: Тканевая доплеровская визуализация является более чувствительным по сравнению с традиционной допплер-эхокардиографией методом оценки диастолической функции и определения типа ее нарушения у больных гипертонической болезнью.

0480 ПЕРСОНАЛЬНАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЯ ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Куклин С.Г., Дзизинский А.А.

ГОУ ДПО «Иркутский ИУВ Росздрава», Иркутск, Россия

Цель. Обобщить данные индивидуального мониторирования психо-вегетативного сопровождения экстремальных событий у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.

Материал и методы. Данные многодневного и суточного мониторирования предоставляют обширный статистический материал для поиска персональных и групповых особенностей динамики патологических процессов, поскольку позволяют анализировать фазовый портрет и предысторию клинических событий (эпизодов ишемии миокарда, повышений и падений артериального давления, клинических симптомов). В последние десятилетие нами проведено пилотное нерандомизированное обсервационное исследование серий случаев во времени у больных артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) без признаков сердечной недостаточности. У 168 пациентов изучались данные суточного мониторирования артериального давления (СМАД), ЭКГ и вариабельности сердечного ритма с анализом активности вегетативной нервной системы перед эпизодами ишемии и экстремальными колебаниями АД. У 153 пациентов с ИБС и АГ проводились многодневные непрерывные наблюдения (суммарное время ежедневных наблюдений – 6 лет 10 месяцев) для изучения индивидуальных и групповых закономерностей возникновения экстремальных клинических событий. Изучалась динамика от дня ко дню приростов АД, вариабельности сердечного ритма, шкалы депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), шкалы тревоги Кови (Covi), шкалы боли и самооценки. Математический аппарат: частотный, корреляционный, регрессионный, дискриминантный анализ, непараметрическая кластеризация в сочетании с анализом цепей Маркова, искусственные нейронные сети (пакет программ NeuroShell 2 v. 4.0; Ward Systems Group, Inc. США).

Результаты. Профиль многомерных временных рядов (трендовая составляющая) как при 24-часовом мониторировании, так и многодневных наблюдениях был совершенно индивидуальным, но изучение приростов показателей на различных

Tesis_006_end.indd 205 24.08.2006 22:25:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

временных масштабах выявило много общих черт в динамических портретах. Выделено ограниченное число типов вегетативного обеспечения эпизодов ишемии миокарда и колебаний АД, сформулированы критерии устойчивых и неустойчивых состояний регуляции, предположено существование запрещенных переходов из одного состояния регуляции в другое. При многодневных наблюдениях экстремальные колебания АД и учащение стенокардии оказались включены в широкий набор признаков нестабильности многих физиологических систем, что позволило запатентовать два метода их прогнозирования и создать нейросетевую модель прогноза колебаний АД на сутки вперед.

Выводы. Наряду с выраженной индивидуальностью абсолютных величин физиологических параметров, выявляются общие закономерности динамики, пригодные для построения персонального краткосрочного прогнозирования течения заболевания у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца.

0481 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Кулакова А.В. , Драпкина О.М, Ивашкин В.Т.

Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии, гепатологии им. В.Х Василенко, ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: оценить влияние кислородотерапии на улучшение самочувствия, снижение частоты госпитализаций и повышение качества жизни больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

Было обследовано 90 больных, страдающих ИБС в сочетании с ХОБЛ. 30 пациентов помимо медикаментозной терапии получали курс гипербарической оксигенации в режиме «кислородной палатки» с экспозиций 40 Минут по 8-10 сеансов за госпитализацию. 30 пациентов, ежедневно по 20-30 Минут каждые 2-3 часа в сутки, получали кислород при помощи концентратора кислорода. Оставшиеся 30 пациентов использовали кислородные ингаляции с помощью простой маски по 10-15 Минут каждые 2-3 часа в сутки. У 24 пациентов (80%) первой группы, на фоне терапии отмечено улучшение состояния (урежение пульса, антиаритмический эффект терапии, уменьшение одышки в покое, цианоза), увеличение ДО, ЖЕЛ (от 5-15%) при исследовании функции внешнего дыхания, увеличение толерантности к физическим нагрузкам (тест 6-и Минутной ходьбы). Положительный эффект от терапии удерживался от 5-и месяцев до года, что позволило уменьшить количество госпитализаций больных и привело к улучшению их качества жизни (вопросник SF-36), у 6-и больных (20%) эффект от применения данного метода был кратковременным и позволил лишь на незначительный период улучшить состояние больных. У 21 пациента (70%) второй группы отмечали положительный эффект от лечения, подобный эффекту полученному у большинства больных в первой группе (уменьшение клинических проявлений заболевания, улучшение параметров инструментальных методов исследований, снижение частоты госпитализаций). У оставшихся 9-и больных (30%), так же отмечалась положительная динамика в самочувствии, но эффект от проведенной терапии был кратковременным, и не давал снижения частоты госпитализаций больных. Все 30 пациентов третьей группы отмечали улучшение самочувствия (уменьшение одышки, цианоза, повышение толерантности к физическим нагрузкам), однако, данный эффект сохранялся только во время госпитализации у 20 пациентов (67%), и у 10 пациентов (33%) в течение последующих трех месяцев.

Использование кислородотерапии позволяет улучшить соматический статус больных с сочетанной патологий. Использование ГБО в режиме «кислородной палатки» в стационарных условиях и концентратора кислорода в амбулаторных условиях позволяет поддерживать положительный эффект от терапии на более продолжительный период времени, снижает частоту и время госпитализаций больных, тем самым, улучшает качество их жизни. Полученные нами результаты позволяют рекомендовать этот метод лечения у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ.

0482 К ВОПРОСУ О ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗРЫВА СЕРДЦА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Кулаков Ю.В., Моднова О.П., Исакова Н.Н., Молдованова Л.М., Кононова А.М., Зинченко В.К., Хмелевская О.Н.

ГОУ ВПО Владивостокский медицинский университет, МУЗ ГКБ №4, Владивосток, Россия

Цель: определение прогностически значимых факторов риска разрыва сердца (РС) при первичном остром инфаркте миокарда (ОИМ).

Методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни и аутопсий 35 умерших от РС при ОИМ. Изучены анамнез, течение заболевания, результаты лабораторных и инструментальных исследований, а также протоколы аутопсий.

Результаты: Среди обследованных женщин было 22, мужчин – 13. Средний возраст их составил соответственно: 68,5 . и 54,6 г. У 29 пациентов ОИМ развился впервые (I группа), у 6 – ОИМ был повторным (II группа). Средний возраст в I группе составил 60,2 г., во II – 72,3. Указание в анамнезе на артериальную гипертензию имели все пациенты. Сахарный диабет II типа встречался у каждого 3 пациента из I группы и каждого 2 из II группы. В обеих группах преобладала локализация ИМ передней стенки левого желудочка (22), несколько реже задней стенки (7), межжелудочковой перегородки (4), циркулярный (2). Во всех случаях ИМ был трансмуральным, распространенным на соседние области, в том числе боковую стенку. Для I группы был характерен длительный болевой синдром нередко с иррадиацией в позвоночник, во II – боли носили рецидивирующий характер и также не всегда снимались морфином. Средняя продолжительность госпитализации для I группы составила 3,3+0,8, для II – 4,2+1,1 койко-дня. У всех обследованных клинической причиной смерти был тяжелый кардиогенный шок. По данным аутопсии острая аневризма миокарда имелась у 21 обследованного из I группы и 2 – из II группы. Хроническая аневризма явилась причиной РС у 4 обследованных из II группы. Масса миокарда для мужчин и женщин из I группы составила соответственно 501+21 и 466+24 г., а для обследованных из II группы – 540+17г. Сужение просвета коронарных артерий для I группы находилось в пределах 85 – 89%, тогда как для II группы этот размах был выше – от 50 до 90%.

Выводы: к факторам риска разрыва сердца при первичном остром инфаркте миокарда в первую очередь необходимо отнести гипертрофию миокарда и стенозирующий коронаросклероз на фоне которых у мужчин старше 45 лет и женщин старше 65, нередко имевших сахарный диабет при обширном некрозе миокарда формировалась острая аневризма миокарда приводившая к разрыву миокарда, что клинически проявлялось не купирующимся болевым синдромом и развитием кардиогенного шока.

0483 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ, ПРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Куличенко Л.Л, Ивахненко И.В., Говоруха О.А., Стаценко М.Е.

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

Основной задачей реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ), является возвращение пациентов к сво-

Tesis_006_end.indd 206 24.08.2006 22:25:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ей обычной трудовой и социальной деятельности в максимально короткие сроки, что приводит к улучшению качества жизни (КЖ) пациентов.

Цель исследования: оценить динамику КЖ и психологического статуса больных, перенесших ИМ, при прохождении стационарного и амбулаторного этапов реабилитации.

Материалы и методы: В исследование были включены 34 пациента (в возрасте 40-65 лет) с ХСН I–III ФК, развившейся после перенесённого инфаркта миокарда. Всем больным назначали базисную терапию (β-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты, антиагреганты) и стандартную программу физической реабилитации (постепенное расширение двигательного режима). Качество жизни оценивали с помощью неспецифического опросника MOC SF-36, уровень тревоги и депрессии определяли с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (опросник HADS).

Результаты: У больных, перенесших ИМ, в раннем постинфарктном периоде отмечалось значительное снижение КЖ и появление тревожно-депрессивной симптоматики. В течение первых 3-х месяцев реабилитационного периода, наблюдалась незначительная тенденция к ещё большему ухудшению этих показателей (КЖ снижалось на 11,1%, уровень тревоги и депрессии увеличивались соответственно на 9,8% и 12,6%). При этом КЖ снижалось преимущественно за счёт уменьшения показателей психологического статуса (социальная активность снижалась на 7,5%, психическое здоровье – на 8,2%). Через год наблюдалось как улучшение КЖ относительно исхода (на 28,7%), так и снижение уровня тревоги и депрессии (на 12% и 16% соответственно).

Таким образом, снижение КЖ у больных в первые месяцы после перенесённого ИМ обусловлено в основном ухудшением психологического статуса (тревога, депрессия), что несомненно может оказать отрицательное влияние на расширение физической активности и темпы реабилитации этих пациентов. В дальнейшем происходит адаптация к физической нагрузке и улучшение КЖ, поэтому необходимо для ускорения темпов реабилитации большее внимание уделять психологической реабилитации больных, особенно на ранних этапах, включая в комплексную терапию психокоррегирующие средства.

0484 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Кулюцин А.В., Буданова В.А. Олейников В.Э.

Медицинский институт ПГУ, кафедра терапии, Пенза, Россия

Цель: выявление по показателям вариабельности сердечного ритма (ВРС) среди больных артериальной гипертонией пациентов с гиперсимпатикотонией и оценка динамики вегетативного баланса на фоне длительной терапии препаратом эгилок ретард.

Методы: обследовано 30 пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией, из которых 22 (73%) пациента находились на терапии в течении 48 недель. До лечения и через 48 недель выполняли суточное мониторирование ЭКГ с использованием аппаратурного комплекса «Астрокард» («Медитек», Россия). Изучали следующие показатели ВРС: Mean NN, SDNN, SDNNi, SDANN, RMSSD, pNN50. В соответствии с дизайном исследования титровалась доза эгилока ретард с 50 до 200 мг/сутки. При недостижении целевых значений АД эгилок ретард комбинировали с гидрохлортиазидом и кордафлексом. Данные представлены в виде M±s, где M – среднее арифметическое, s – стандартное отклонение

Результаты: по показателям вариабельности сердечного ритма до лечения выделены две группы пациентов. Первая группа с нормальными показателями ВРС включала 6 мужчин и 5 женщин, 6 (54%) пациентов с АГ первой степени и 5 (46%) – с АГ второй степени. Вторая группа со сниженными показателями ВРС включала 4 мужчин и 7 женщин, 10 (91%) пациентов с АГ первой степени и 1 (9%) с АГ второй степени. Динамика показателей в группе с нормальными значениями ВРС: Mean NN до лечения 810±24 мс, на фоне лечения 941±26 мс (Δ+178 мс, P≥0,01), SDNN до лечения 154±9 мс, на фоне лечения 164±12 мс (Δ +10 мс, P≥0,52), SDNNi 55± 4 мс, на фоне лечения 67±5 мс (Δ+12 мс, P≥0,09), SDANN до лечения 143,1±9 мс, на фоне лечения 143,6±11 мс (Δ+0,5 мс, P≥0,97), RMSSD до лечения 33±3 мс, на фоне лечения 37±4 мс (Δ+4 мс, P≥0,51), pNN50 до лечения 10±2 мс, на фоне лечения 13±3 мс (Δ+3 мс, P=0,39). Комбинированная антигипертензивная терапия потребовалась в 9% случаев. Динамика показателей в группе с пониженными значениями ВРС: Mean NN до лечения 772±16 мс, на фоне лечения 950±31 мс (Δ+131 мс , P≥0,01), SDNN до лечения 113±7 мс, на фоне лечения 140±9 мс (Δ+10 мс, P≥0,02), SDNNi 36±2 мс, на фоне лечения 61±6 мс (Δ+25 мс, P≥0,01), SDANN до лечения 108±6 мс, на фоне лечения 125±7 мс (Δ+17 мс, P≥0,09), RMSSD до лечения 18±2 мс, на фоне лечения 47±6 мс (Δ+29 мс, P≥0,01), pNN50 до лечения 3±1%, на фоне лечения 18±3% (Δ+15%, P=0,01). Комбинированная антигипертензивная терапия потребовалась в 36% случаев.

Выводы: метод анализа вариабельности сердечного ритма позволяет выявить пациентов с гиперсимпатикотонией, Длительное лечение данной группы больных препаратом эгилок ретард, устраняет вегетативный дисбаланс, однако для достижения целевого уровня артериального давления чаще требуется комбинированная терапия.

0485 ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Курбанов Р.Д., Тухтамурадова Г.У., Юлдашев Н.П., Закиров Н.У., Кеворкова Ю.Г.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: в сравнительном аспекте изучить уровни суточной экскреции катехоламинов (КХ) и плазменную концентрацию альдостерона (Ал), определенных на 10-12 сутки первичного Q-волнового ИМ (Q-ИМ), у больных с наличием и отсутствием клинических признаков недостаточности кровообращения (НК).

Методы: особенности течения ИМ оценивали при общеклиническом обследовании. Частоту и структуру нарушений ритма сердца изучали с помощью ХМЭКГ. Определение уровней адреналина (А), норадреналина (НА) и дофамина (Д) в суточной моче проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Концентрацию Ал в плазме крови определяли методом радиоиммунного анализа.

Результаты: обследовано 70 больных мужского пола в возрасте 37-65 лет. Диагноз Q-волнового ИМ устанавливался на основании критериев ВОЗ. Симптомы НК II А-Б стадии были выявлены у 26 (37,1%) больных, которые вошли в I группу (группа НК). Остальные 44 (62,9%) пациенты составили II группу. Анализ клинико-анамнестических данных показал, что пациенты I группы были значительно старше (56,3±8,1 против 50,4±7,8 лет, p<0,05), у них чаще развивалась сердечная недостаточность в острой стадии заболевания (по классификации Killip класс II-IV) (=7,7; p<0,05) и чаще имелась сопутствующая артериальная гипертензия (=5,94; p<0,05). Сравнительное изучение активности нейрогуморальных факторов продемонстрировало следующее: при наличии симптомов НК средний уровень экскреции А был в 1,7 раза выше (10,84±4,79 против 6,55±2,69 мкг/сутки, p<0,05). Содержание НА в суточной моче в I группе также достоверно превышало показатель II группы (16,55±5,75

Tesis_006_end.indd 207 24.08.2006 22:25:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

и 13,59±6,08; p<0,05). Достоверных различий по уровню выделяемого Д получено не было: 294,6±120,6 и 247,0±123,3, соответственно в I и II группах (p>0,05). Концентрация Ал в плазме крови при наличии симптомов НК достоверно превышала аналогичный показатель группы сравнения: 127,4±59,5 и 95,6±53,6 пг/мл (p<0,05).

Выводы: результаты исследования свидетельствуют о том, что манифестация НК на 10-12 сутки Q волнового ИМ сопровождается достоверным увеличением уровней экскретируемых с мочой А и НА, а так же существенным повышением плазменной концентрации Ал.

0486 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Курочкина С.Д.

Городской клинический кардиологический диспансер, Омск, Россия

Цель: оценить влияние мексидола на качество жизни больных стенокардией.

Методы: было обследовано 28 пациентов с диагнозом: ИБС. Стенокардия напряжения ФКII-III в возрасте от 40 до 65 лет (15 мужчин и 13 женщин). Анамнез заболевания составил от 1 года до 3 лет. Пациенты получали традиционную терапию из пролонгированных нитратов (изосорбид мононитрат) в эффективных дозах и -блокаторов (метопролол 50-75 мг в сутки). Все пациенты принимали аспирин в качестве дезагреганта. Все пациенты были рандомизированы в 2 группы. В 1 группу вошли пациенты, продолжающие прием вышеперечисленных антиангинальных препаратов. Во 2 группу – принимающие антиангинальные препараты и мексидол (Россия) 375 мг в 3 приема. Сочетанная терапия антиангинальными средствами и мексидолом продолжалась 3 месяца.

Оценка качества жизни проводилась с помощью опросника (SF-36). Всем пациентам до исследования и после него проводили ВЭМ. Результаты обработки опросника SF-36 свидетельствовали о том, что ИБС. Стенокардия ФК II-III приводит к ограничению всех аспектов жизни человека. Наиболее чувствительными оказались шкалы жизнеспособности; психического здоровья и ролевого функционирования. После 3 месяцев наблюдения достоверно увеличилось: сравнительная оценка состояния на 13%, ролевое функционирование на 10,6%, показатель влияния на эмоциональное состояние на ролевой фактор на 11%, жизнеспособность – на 9,3%, уменьшилась интенсивность болей – на 14,3%. Отмечалась достоверное уменьшение количества приступов стенокардии на 26%. Исходно было 11±7,6 в неделю, после терапии – 7,1±1,5.Уменьшилось количество используемых короткодействующих нитратов: к 1 месяцу на 60%, ко 2 месяцу – на 70,5%.

В исходном состоянии на фоне антиангинальной терапии как в основной, так и в контрольной группах отмечалась сниженная толерантность к физической нагрузке (75±7 и 72±2, соответственно). Анализ результатов применения мексидола показал, что в группе больных получавших мексидол наблюдалось повышение пороговой мощности на 37,4% по сравнению с исходным уровнем и с контрольной группой.

Выводы: изучение качества жизни больных стенокардией напряжения является дополнительным критерием оценки эффективности комбинированной терапии. Наиболее чувствительными оказались критерии, связанные с психологической областью. Мексидол при хорошей переносимости обладает выраженным транквилизирующим и антистрессовым действием, оказывает дополнительный антиишемический и антиангинальный эффект. Это определяет целесообразность использования мексидола в комплексном лечении пациентов стенокардией напряжения.

0487 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Кучеренко О.Д., Латогуз И.К.

ХГМУ, Харьков, Украина

Цель исследования: изучить влияние амиодарона и -3 жирных кислот на течение желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и инсулиннезависимым сахарным диабетом (СД II).

Материалы и методы исследования. Изучена эффективность амиодарона и ω-3 жирных кислот у 34-х больных ИБС с сопутствующим СД II. Среди обследованных было 19 мужчин и 15 женщин в возрасте от 54 до 69 лет. 1-ю группу составили 16-ть больных ИБС и ЖЭ, 2-ю – 18-ть больных ИБС, страдающих СД II-го типа и ЖЭ. Всем больным до назначения препаратов регистрировалась ЭКГ, проводилось холтеровское мониторирование ЭКГ, ультразвуковое исследование сердца, определяли показатели углеводного и липидного обмена. При лечении амиодароном препарат вводили внутривенно струйно или назначали внутрь в суточной дозе до 1200 мг. ω-3 жирные кислоты назначали дополнительно больным в суточной дозе 2 г перорально в случае недостаточной эффективности терапии амиодароном. Повторное исследование проводили спустя три недели после приёма препаратов.

Результаты исследования. Лечение амиодароном было успешным у 13 больных (81,3%) 1-ой группы, и у 11 больных (61,1%) 2-ой группы. Об этом свидетельствовало существенное урежение частоты желудочковой экстрасистолии по сравнению с исходным уровнем. На фоне лечения амиодароном наблюдалось снижение частоты и интенсивности приступов стенокардии, уменьшение потребления таблеток нитроглицерина в течение суток. Дополнительное назначение -3 жирных кислот усиливало антиангинальный эффект амиодарона и обеспечивало усиление антиаритмического эффекта. Это действие -3 жирных кислот сопровождалось гипохолестеринемическим действием и снижением уровня триглицеридов. С целью профилактики рецидивов ЖЭ больные продолжили приём амиодарона в дозе 400 мг в сутки и дополнительно ω-3 жирных кислот в суточной дозе 2 г на протяжении полугода. Полное прекращение ЖЭ или ее урежение наблюдалось у 11 больных (68,75%) 1-ой группы и у 8 больных (44,4%) 2-ой группы.

Выводы. Дополнительное назначение ω-3 жирных кислот оказывало существенное влияние на частоту желудочковой экстрасистолии и обеспечивало усиление антиангинального эффекта амиодарона. В большинстве случаев это сопровождалось снижением уровня триглицеридов на фоне лечения ω-3 жирными кислотами.

0488 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АСКОЛОНГА У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Кучерявая Н.Г., Кокурина Е.В., Ермакова О.В., Бочкарева Е.В.

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

Цель: изучение эффективности и переносимости длительного применения асколонга – буккальной пластинки, содержащей всего 12,5мг ацетилсалициловой кислоты (АСК), у больных ИБС с сопутствующими эрозивно-язвенными изменениями слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (ГДЗ).

Методы: включены 79 мужчин и женщин, 58±11 лет, с ИБС и эрозивно-язвенными изменениями ГДЗ, в том числе 15 человек с язвенной болезнью желудка или 12-перстной кишки в анамнезе в стадии ремиссии на момент включения. Спонтанная

Tesis_006_end.indd 208 24.08.2006 22:25:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

агрегация тромбоцитов (СПА), индуцированная агрегация тромбоцитов, индуктор АДФ 2 и 5 мкмоль/л (2μМ ИА, 5μМ ИА) оценивались исходно, через 3 и 6 месяцев ежедневных аппликаций асколонга 12,5 мг/сут с помощью турбидометрического метода и анализа флуктуаций светопропускания. В указанные сроки наблюдения была выполенена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС).

Результаты: средне-групповой показатель СПА 1,6±0,2у.е. исходно был выше аналогичного показателя среди здоровых лиц 1,2±0.2у.е. ($p<0,05$). Через 3 и 6 мес. лечения асколонгом было отмечено его снижение до 1,3±0,3у.е. и 1,2±0,2у.е., соответственно ($p<0,01$). Исходные показатели 2μМ ИА и 5μМ ИА в изучаемой группе были достоверно выше по сравнению с таковыми у здоровых лиц: 57,9±26,1%, 79,3±15,1% и 21,5±16,9%, 50,1±24,6%, соответственно ($p<0,01$). К концу 3-го и 6-го мес. наблюдения была достигнута нормализация уровней 2μМ ИА, 5μМ ИА: с 57,9±26,1% до 32,5±17,4% и 32,6±23,2%; с 79,3±15,1% до 65,1±13,9% и 64,8±18,7%, соответственно ($p<0,01$).

За период наблюдения отмечалась положительная эндоскопическая динамика состояния слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки: уменьшение количества эрозий и/или полное их исчезновение – в 29% случаев, отсутствие положительной или отрицательной динамики в состоянии слизистой ГДЗ без ухудшения клинического состояния больных – в 33% случаев, 35% – отказ от ЭГДС при успешном применении асколонга без ухудшения общего клинического состояния. У 3% больных лечение асколонгом совпало с сезонным обострением язвенного процесса ГДЗ, в связи с чем была проведена противоязвенная терапия в соответствии с Маастрихстскими рекомендациями, но без отмены асколонга. Через 29 дней при ЭГДС-контроле была констатирована полная эпителизация слизистой оболочки.

Выводы: асколонг обладает выраженной антиагрегантной активностью, вследствие трансбуккального поступления АСК в системное кровообращение. Отсутствие прямого повреждающего действия на слизистую оболочку ГДЗ и улучшение в ней процессов микроциркуляции сохраняют возможность применения асколонга у больных ИБС с сопутствующими эрозивно-язвенными изменениями ГДЗ, а также в составе традиционной противоязвенной терапии при их обострении, в отличие от других известных препаратов АСК.

0489 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В СОЧЕТАНИИ С РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Лабарткава Л.З.

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, Москва, Россия

Цель исследования: оценить эффективность хирургической коррекции аортального стеноза в сочетании с реваскуляризаций миокарда.

Материал и методы: проведен анализ результатов исследования 81-х оперированных в отделениях ППС НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева с января 1991 г. по декабрь 2004 г. Период наблюдения составил от 4 мес. до 14 лет (средний срок –51,8±42 мес.). Большинство пациентов составили лица мужского пола – 70 (86,4%) больных, средний возраст –55,9±8,14 лет (от 33 до 75). В этиологии аортального порока преобладал ВПС – у 65,4% больных, у 24,7% пациентов причиной порока был ревматизм, у 9,9% –атеросклеротическое поражение АК. У подавляющего большинства (85,2%) больных выявлен кальциноз АК 3ст. Жалобы на боли в области сердца до операции предъявляло большинство (91,4%) исследуемых пациентов. У 40,8% больных боли возникали при физической нагрузке, в 37% случаев – в покое, атипичные боли отмечены у 13,6 % пациентов. Рубцовые изменения на ЭКГ отмечены у 22 (27,2%) больных. Все пациенты были отнесены к 3-4ФК по NYHA (19,8% и 80,2% соответственно). У большинства (64,2%) пациентов при поступлении отмечены явления сердечной недостаточности II А стадии. Все операции выполнены в условиях ИК с умеренной гипотермией 26-28 . Большинству (97,5%) пациентам были имплантированы механические протезы, у остальных – биологические протезы. Полная реваскуляризация миокарда выполнена 63 больным (79%). Индекс реваскуляризации составил 1,8. Всего было выполнено 146 дистальных анастомозов с коронарными артериями. Для шунтирования были использованы артериальные кондуиты в 41,8% случаев, аутовенозные шунты в 58,2% случаях.

Результаты: госпитальная летальность в исследуемой группе составила 7,4% (6 пациентов), а летальность в отдаленные сроки п/о – 26,7% (20 больных). Основной причиной госпитальной летальности у 5 пациентов была СН. В отдаленные сроки п/о обследовано 52 (64,2%) пациента. Полнота наблюдения составила 96,3%. Актуарная выживаемость за 14 лет включая госпитальную летальность составила 66,7%. Больным было проведено физикальное исследование, дополненное изучением ЭКГ, ЭхоКГ, допплер-ЭхоКГ. Анализ функционального статуса исследуемых больных показал, что в отдаленном периоде большинство пациентов находятся в I-II ФК NYHA – 38,5% и 53,8% соответственно. Свободны от стенокардии – 35 (67,3%) больных. По данным ЭхоКГ исследования в отдаленные (до 14 лет) сроки п/о отмечена нормализация ЭхоКГ показателей: достоверное ($p<0.05$) уменьшение размеров и объемов ЛЖ, прирост ФВ ЛЖ по сравнению с дооперационными и ранними послеоперационными данными, существенное снижение пикового и среднего градиентов на аортальном протезе ($p\geq0,0001$).

Выводы: протезирование аортального клапана и реваскуляризация миокарда у пациентов с аортальным стенозом и сопутствующей ИБС приводит к значительному улучшению клинического состояния и гемодинамических параметров непосредственно п/о и положительная динамика сохраняется в отдаленные (до 14 лет) сроки после операции.

0490 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (АГ) В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Лазарева О.А., Нестеров Ю.И., Тепляков А.Т.

Кемеровская государственная медицинская академия, Кемерово, Россия

Цель исследования – оценить эффективность проводимого лечения АГ у больных с метаболическим синдромом (МС) с использованием немедикаментозных и медикаментозных методов коррекции артериального давления.

Методы исследования. В исследование включено 680 амбулаторных больных с АГ 1-3 степени (по классификации ВОЗ/ВНОК, 2004). Помимо АГ, в качестве других компонентов МС включали дислипидемию, избыточный вес тела (индекс массы тела > 30 кг/м^2), гипергликемию (уровень глюкозы натощак 6,1 ммоль/л и выше). С целью оценки эффективности антигипертензивного лечения проводился опрос больных и анализ амбулаторных карт.

Полученные результаты. При анализе исследуемых больных с АГ 1- 3 степени у 86,7% выявлены различные варианты МС. Больные с изолированной АГ составили всего 13,3%. Анализируя использование основных немедикаментозных методов лечения у больных АГ с МС, выявлена крайне низкая их востребованность. Так, избыточную массу тела имеют 80% больных, не соблюдали диету с ограничением калорийности, поваренной соли и животных жиров – 63,5%. Среди обследованных мужчин продолжают курить 70,4%, злоупотребляют алкоголем 76,7%. Занимаются различными видами физических упражнений всего 22,8% больных. Однако, на вопрос об информированности негативного влияния алкоголя и курения

Tesis_006_end.indd 209 24.08.2006 22:25:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

на течение АГ, положительно ответили 80,7% и 74,1% больных соответственно, о влиянии избыточной массы тела – 77,2%, соблюдении диеты – 75,7% и пользе регулярных физических нагрузок – 64,7% опрошенных. Что касается медикаментозного лечения в условиях амбулаторной практики, то, оказалось, что регулярно лечатся не более 35,7% больных, но только у 12,4% достигались целевые уровни АД, основной процент больных (34,3%) лечится лишь в период обострения болезни и каждый третий (30%) вообще не участвует в лечении. Отмечено, что в лечении АГ на амбулаторном этапе использовались в основном 4 класса антигипертензивных препаратов: ингибиторы АПФ (46,9%), диуретики (19,9%), β-адреноблокаторы (19,1%) и антагонисты кальция (14%). Детальный анализ применяемых гипотензивных средств показал, что характеристика составляющих далека от современных рекомендаций. Наблюдается назначение дешевых, не всегда эффективных дженериков, а также, препаратов, усугубляющих метаболические нарушения у больных АГ, ассоциированных МС: прежде всего метаболически значимого гипотиазида (51%) вместо метаболически нейтрального индапамида (27,4%), устаревшего атенолола (30,8%) вместо высокоселективных β-адреноблокаторов.

Вывод. Эффективность лечения АГ с группой риска МС на амбулаторном этапе не соответствует современным рекомендациям, регулярно лечатся не более 35,7% больных и только у 12,4% достигаются целевые уровни АД.

0491 ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ

Ларева Н.В., Говорин А.В.. Кочкова Т.В., Перевалова Н.Г., Лузина Е.В.

Государственная медицинская академия, Чита, Россия

Значительное возрастание сердечно-сосудистой заболеваемости на фоне эстрогенового дефицита у женщин является одной из актуальных проблем современной кардиологии. Популяционные исследования показали, что у женщин по мере наступления менопаузы резко возрастает частота артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, мозгового инсульта. Одним из универсальных механизмов развития и прогрессирования вышеназванных процессов является дисфункция эндотелия, механизмы формирования которой у данной категории больных изучены не до конца. Кроме того, известно, что одним из прогностически неблагоприятных факторов прогноза при сердечно-сосудистых заболеваниях являются аффективное расстройства. Однако роль этих нарушений в генезе дисфункции эндотелия пока не ясна.

Целью работы было изучение взаимосвязи тревожно-депрессивных расстройств с нарушением функции эндотелия у женщин в постменопаузе.

Методы исследования: общеклиническое обследование, оценка модифицированного менопаузального индекса, психометрическое тестирование с оценкой выраженности депрессии по шкале Hamilton, выраженности личностной и ситуативной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина, определение количества десквамированных эндотелиоцитов в крови по методу Hladovec, ультразвуковая допплерография плечевой артерии, проведение пробы с реактивной гиперемией для оценки эндотелийзависимой вазодилатации.

Результаты: В исследование включено 114 женщин с хирургической менопаузой (средний возраст 35,6±8,76 лет), контрольную группу составили 35 здоровых женщин, сопоставимых по возрасту. Тревожно-депрессивные расстройства различной степени выраженности выявлены у 94,5% пациенток : легкая степень нарушений встречалась в 49%, умеренная – в 37% и тяжелая – в 14% случаев.. Установлено, что у женщин с хирургической менопаузой в 2,5 раза увеличено количество десквамированных эндотелиоцитов в крови (P<0,01), при этом степень тяжести тревожно-депрессивных расстройств не оказывала влияния на этот параметр. При изучении эндотелийзависимой вазодилатации выявлено, что указанный показатель был в 2,8 раза ниже у пациенток с хирургической менопаузой по сравнению со здоровыми (P<0,01), причем степень нарушения взаимосвязана с тяжестью тревожно-депрессивных расстройств: у пациенток с умеренными и тяжелыми аффективными расстройствами выявлено снижение показателя эндотелийзависимой вазодилатации на 12,2% по сравнению с группой, где зарегистрированы легкие тревожно-депрессивных расстройства (P<0,05). Необходимо также отметить, что у 28% больных выявлена парадоксальная реакция плечевой артерии: в ответ на компрессионную пробу вместо дилатации имела место вазоконстрикция, что свидетельствует о более выраженной дисфункции эндотелия.

Вывод: У большинства женщин с хирургической менопаузой выявлены тревожно-депрессивные расстройства, а также признаки нарушения функции эндотелия. Обнаружено, что степень нарушения эндотелиальной функции зависела от тяжести аффективных расстройств.

0492 ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ КАРВЕДИЛОЛА НА ФУНКЦИЮ ГЕМОСТАЗА И ПРОХОДИМОСТЬ ВЕНОЗНОГО КОЛЛЕКТОРА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ларина Ю.В., Некрутенко Л.А., Рубеш И.П., Агафонов А.В.

ГОУ ВПО «ПГМА Росздрава», Пермь, Россия

Цель: мониторировать состояние основных звеньев системы гемостаза и проходимости венозного коллектора нижних конечностей у больных ХСН постинфарктного генеза в процессе программной терапии с использованием карведилола.

Методы: обследованы 14 больных в возрасте 58,57+9,6 лет, в том числе 10 мужчин (71,4%), со стабильным течением ХСН постинфарктного генеза II ФК (6 человек) и III ФК (8 человек). Показатели оценивались до и после 4-месячной терапии базисными препаратами, в том числе карведилолом («Макизфарма», Россия). Титрация дозы карведилола проводилась пошагово с 6,25 мг до максимально переносимой, составившей 12,5-50 мг в сутки (34,4+12,7). Для определения показателей системы гемостаза использовался коагулометр ICL-700 и функциональные тест-системы («Технология-Стандарт», г. Барнаул). Наличие тромбозов глубоких вен нижних конечностей выявлялось с помощью УЗДС на аппарате «Philips Envisor HDC». В группу сравнения вошли 50 практически здоровых человек (25 мужчин), средний возраст которых составил 32,2+1,7 года. Статистический анализ материала проведен при помощи программных пакетов «STATISTICA 6» и «BIOSTAT».

Результаты: выявлены достоверные отличия исходных показателей гемостаза в группе больных по сравнению со здоровыми: повышение уровня фибриногена до 5,62+1,07 г/л, удлинение времени ХЗЛ до 21,58+1,07 Минут, укорочение времени АДФ-агрегации тромбоцитов (иАДФ 116,5+17,8%), снижение активности антитромбина-III (АТ-III) до 87,0+9,97% и повышение количества растворимых комплексов фибрин-мономера (РКМФ) до 17,0+8,68 мг/дл. После четырех месяцев терапии отмечено достоверное снижение уровня фибриногена на 19,4% (p=0,027), укорочение времени ХЗЛ на 17,1% (p=0,043), а также тенденция к увеличению времени АДФ-агрегации тромбоцитов, уменьшению количества РКМФ и фактора Виллебранда (ФВ). Показатели АПТВ, ПТВ достоверно не изменились. Значения АПТВ, АДФ-агрегации тромбоцитов, ФВ после лечения не отличались от таковых у практически здоровых. Показатель активности АТ-III приблизился к показателю такового у здоровых. Через 4 месяца терапии выявлены достоверные сильные связи между уровнем фибриногена, с одной стороны, и ристомицин-кофакторной активностью ФВ и РКМФ, с другой. Случаев тромбоза глубоких вен нижних конечностей до и после лечения не выявлено.

Выводы: полученные данные подтверждают сведения о том, что у больных ХСН постинфарктного генеза существуют нару-

Tesis_006_end.indd 210 24.08.2006 22:25:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

шения функций всех звеньев системы гемостаза, которые поддаются коррекции в процессе программной терапии с включением β-адреноблокатора с периферическим вазодилатирующим свойством – карведилола.

0493 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЯХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Латогуз С.И.

Харьковский государственный медицинский университет, Харьков, Украина

Введение. За последние годы достигнуты значительные успехи в понимании механизмов развития нарушений ритма сердца (НРС) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС). Нарушения липидного обмена, сахарный диабет (СД), сопутствующая артериальная гипертония, курение особенно предрасполагают к развитию нарушений электрофизиологических свойств сердечной мышцы.

Цель работы: изучение особенностей нарушений липидного и углеводного обмена при сердечных аритмиях у больных ИБС и СД II типа.

Материалы и методы. Нами были изучены показатели липидного и углеводного обмена у больных ИБС и СД II.

Результаты исследования. Как видно уровень холестерина (ХС) в группах больных ИБС и СД II достоверно превышал показатели контрольной группы. Показатели уровня триглицеридов (ТГ) больных 1-й группы с контрольной были достоверно ниже, чем в группах больных ИБС и СД II с НРС. Наиболее выраженная гипертриглицеридемия была в группе больных ИБС, СД II и желудочковой экстрасистолией (ЖЭ) (4-я группа), что достоверно выше, чем в контрольной группе больных ИБС и СД II без НРС, у пациентов с суправентрикулярной экстрасистолией (СЭ) и у больных с мерцательной аритмией (МА), как пароксизмальной, так и постоянной формами.

В группах больных ИБС и СД II независимо от наличия НРС уровень глюкозы повышен по сравнению с показателями контрольной группы. Касаясь свободных жирных кислот (СЖК), можно обратить внимание, что в группе лиц ИБС и СД II как с сопутствующими аритмиями, так и без них их уровень был выше, хотя статистически значимым это различие было только у больных ИБС и СД II с сопутствующей ЖЭ.

Выводы:

1. У больных ИБС и СД II наблюдается нарушение обмена липидов, увеличение уровня ХС, ТГ. Эти изменения наиболее выражены при ЖЭ и пароксизмальной форме МА.
2. При НРС у больных ИБС и СД II определяется увеличение уровня СЖК.

0494 ФАРМАКОГЕНЕТИКА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Латфуллин И.А., Андреева М.Г., Аскарова А.Н.

Казанский медицинский университет, Казань, Россия

Цель: исследование полиморфизма гена ангиотензиногена Т174М у больных АГ с попыткой обоснования патогенетической терапии.

Материалы и методы. Материалом служили образцы ДНК, полученные из цельной крови больных АГ методом фенол-хлороформной экстракции. Полиморфный участок гена ангиотензиногена амплифицировался полимеразной цепной реакцией (ПЦР) – по К.Муллису (1983). Продукты ПЦР оценивали электрофорезом, замену нуклеотидов выявляли обработкой фрагментов ДНК рестриктазой NcoI. По наличию разных по длине нуклеотидных цепочек – пар нуклеотидов – представлялась возможность определить вариант генотипа Т174М гена ангиотензиногена: генотипы ТМ и ТТ.

Результаты. Подбор гипотензивной терапии на сегодняшний день проводится эмпирически, с учетом клинической эффективности препарата, что требует времени и материальных затрат. Отсюда возникает необходимость патогенетически обоснованного подхода к терапии. Оказалось, что при наличии мутаций, затрагивающих гены РАС, вариант генотипа, предрасполагающий к развитию АГ, сочетается с более высоким уровнем ангиотензиногена крови, видимо, поэтому у лиц с генотипом М(174) АГ развивается в 2,3 раза чаще, чем в популяции в целом и ожидаемый больший гипотензивный эффект от ингибиторов АПФ наблюдался при этом генотипе [доля пациентов с целевым уровнем АД, в состав терапии которых входил ИАПФ, при генотипе М(174) составила 85,7%, а при генотипе Т(174) – 67,8% ($p<0,05$)]. Препараты группы бета-адреноблокаторов в составе комбинированной терапии оказались более эффективными у 69,8% пациентов с генотипом Т(174) и только у 38,2% больных с генотипом М(174), $p< 0,01$.

Выводы: при наследственной предрасположенности к АГ рекомендуется определение генотипа пациентов, что позволит патогенетически обоснованно подобрать базовый гипотензивный препарат комбинированной терапии; избирательное назначение ИАПФ при генотипе М(174) и бета-адреноблокаторов при генотипе Т(174) как базовых препаратов позволит своевременно и эффективно контролировать уровень АД и уменьшить материальные затраты пациента.

0495 ВЛИЯНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНОГО ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Латфуллин И.А., Ишмурзин Г.П., Подольская А.А.

Казанский медицинский университет, Казань, Россия

Цель. Оценить влияние левосимендана на вариабельность ритма сердца при левожелудочковой недостаточности на фоне распространенного инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q.

Материал и методы. Пациенту с левожелудочковой недостаточностью на фоне обширного передней локализации ИМ назначен левосимендан в дозе 2,5 мг/мл в/в капельно, начиная с насыщающей дозы 20 μg/kg в течение 10 Минут, далее по 0,1μg/kg/min в сутки, с изучением влияния на вариабельность ритма сердца (ВРС), гемодинамические параметры и субъективные ощущения.

Применение кардиотропных средств всегда рассматривалось как важный компонент лечения сердечной недостаточности. Сегодня особые надежды возлагают на новый класс негликозидных средств –сенситизатора кальция, в частности левосимендан, учитывая механизм его действия.

Исходно и по завершении терапии, выполнялось суточное мониторирование ЭКГ (система «Кардиотехника – 4000 Д», ИНКАРТ, Санкт-Петербург) с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС). Анализировали частоту одиночных и парных суправентрикулярных экстрасистол (СЭ), одиночные желудочковые экстрасистолы (ЖЭ), ЖЭ высоких градаций по W.Lown (ЖЭВГ): парные, типа R/T, политопные ЖЭ.

При анализе ВРС рассчитывали показатели спектрального анализа: HF (мс2) – мощность колебаний в диапазоне высоких частот (0,15–0,4 Гц); LF (мс2) – мощность колебаний в диапазоне низких частот (0,04–0,15 Гц); VLF (мс2) – мощность колебаний в диапазоне очень низких частот (0,003–0,04 Гц); LF/HF – отношение мощности в диапазоне низких частот к мощности колебаний в диапазоне высоких частот для сравнения степени симпатических и вагусных влияний.

Результаты. Применение левосимендана привело к значительному снижению количества парных суправентрикулярных экстрасистол (на 50%), в то же время достоверно увеличилось количество желудочковых экстрасистол с развитием фибрилля-

Tesis_006_end.indd 211 24.08.2006 22:25:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ции желудочков. Улучшение вегетативного баланса в пользу парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ВНС) характеризовалось достоверным (p≥0,05) снижением отношения мощности низких частот к мощности высоких частот (от 2 до 1,3) и ЧСС от 119 до 100 ударов в Мин.

Заключение. Левосимендан достоверно влиял на баланс симпатического и парасимпатического отдела ВНС, увеличивая «вклад» последнего; отмечалось нарастание одиночных желудочковых экстрасистол.

0496 КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ – ОДИН ИЗ ПЛЕОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лебедев П. А., Соболева Е. В.

Кафедра терапии ИПО СамГМУ, Самара, Россия

Цель исследования: изучить влияние симвастатина (Вазилип, КРКА) на факторы патогенеза ИБС –концентрацию липидов, гомоцистеина (ГЦ) плазмы крови и функцию эндотелия периферических артерий.

Методы исследования: обследованы 30 больных с хроническими формами ИБС: 13 женщин и 17 мужчин, средний возраст 55,6±1,6 лет. В группе А (15 чел.) в течение 12 недель проводилось лечение Вазилипом в дозе 20 мг в сутки, в группе Б лечение проводилось β-блокаторами, нитратами, дезагрегантами и не включало статины. Жесткость и реактивность системных артерий оценивалась методом пальцевой компьютерной фотоплетизмографии исходно и по истечении 12 недель. Метод представляет собой регистрацию объемной пульсовой волны с пальца верхней конечности с последующим компьютерным анализом и оценкой процессов сердечно-сосудистого ремоделирования по показателю индекса жесткости (ИЖ, м/с). Функция эндотелия оценивалась по проценту снижения относительной амплитуды отраженной волны (ПФЭ, %) в ходе пробы с ишемией верхней конечности, на 3 Минуте фазы реактивной гиперемии. Всем больным определяли: общий холестерин, α-холестерин, триглицериды, ГЦ в плазме крови исходно и через 12 недель. Содержание ХС ЛНП рассчитывалось по формуле Friedwald W.T.. Концентрация ГЦ в гр А – 15,36±0,96 ммоль/л, в гр Б – 16,24± ,11 ммоль/л. Через 12 недель в группе А уровень гомоцистеина достоверно снизился на 25%, общего ХС –на 26%, уровень ХС ЛНП снизился на 35% (p<0,001). Коэффициент атерогенности снизился на 37%, p<0,01, без достоверных изменений показателей в гр.Б. Целевой уровень ХСЛПНП достигли 55% больных в гр.А. В группе А по сравнению с группой Б через 12 недель отмечено достоверное уменьшение показателей жесткости артерий: (ИЖ, м/с) в группе А: с 13,60±0,33 до 12,54±0,39, p<0,01 , в группе Б: с 13,45±0,23 до13,42±0,81, н.д. Через 12 недель ПФЭ, % увеличился в группе А: с 1,41±0,72 до 6,11±1,23, p<0,001, но не в группе Б: 1,34±1,54 исходно, через 12 недель – 1,30±0,43 , н.д..

Выводы: Снижение повышенного уровня гомоцистеина является одним из плеотропных эффектов симвастатина, который наряду с гиполипидемическими свойствами препарата опосредует выраженное улучшение функции сосудистого эндотелия при ИБС.

0497 ЭФФЕКТЫ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СОСУДОДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ

Лебедев П.А., Поваляева Р.А., Перепелкина Н.Б

Кафедра терапии ИПО СамГМУ, Самара, Россия

Цель: оптимизация методов реабилитации у постинфарктных больных с использованием медикаментозного лечения и дозированной физической нагрузки.

Методы исследования: обследованы 43 мужчины (группа А), которые перенесли инфаркт миокарда без зубца Q с давностью от одного до двух месяцев, в возрасте от 36 до 58 лет (средний возраст 50,2±1,1 лет), проходивших санаторный курс физической реабилитации. Все пациенты получали -адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, дезагреганты в средних терапевтических дозах, динамическую лечебную гимнастику и дозированную ходьбу. Обследование проводилось до и после санаторного курса физической реабилитации продолжительностью 21 день. Контрольную группу n=36 (группа В) составили больные ИБС с нестабильной стенокардией давностью от одного до двух месяцев и постинфарктным кардиосклерозом. Этим больным физическая реабилитация не проводилась. Группы больных были сопоставимы по полу, возрасту, частоте и тяжести артериальной гипертензии, сердечной недостаточности, медикаментозной терапии.

Функция эндотелия оценивалась методом пальцевой компьютерной фотоплетизмографии (ФПГ). Метод ФПГ представляет собой регистрацию объемной пульсовой волны с пальца верхней конечности с последующим компьютерным анализом. Метод позволяет оценить процессы сосудистого ремоделирования, а также сосудодвигательную функцию эндотелия в ходе пробы с ишемией верхней конечности, с регистрацией параметров ФПГ в фазе гиперемии на третьей Минуте. Показатель функции эндотелия (ПФЭ), измеренный как степень уменьшения относительной амплитуды отраженной волны, определялся в группах до и после лечения, в состоянии покоя, а также после физической нагрузки, которая состояла из ходьбы по ровной местности 500м с темпом 65-70 шагов в Минуту.

Результаты: до лечения в состоянии покоя, а также после физической нагрузки в обеих группах ПФЭ достоверно не различался. После лечения в состоянии покоя в группе А произошло достоверное увеличение ПФЭ на 2,91±0,5% по сравнению с группой В 0,68±0,6% (p<0,001). Также после физической нагрузки ПФЭ был достоверно выше в группе А: 6,01±0,5% относительно группы В: 3,11±0,5% (p<0,001).

Вывод: у больных с хроническими формами ИБС происходит ремоделирование артерий, сосудодвигательная функция эндотелия значительно снижена. Включение в курс медикаментозной терапии физической реабилитации имеет преимущество в улучшении сосудодвигательной функции эндотелия у постинфарктных больных.

0498 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Лебедев П.А., Галимова А.Х., Калакутский Л.И.

Кафедра терапии ИПО СамГМУ, Самара, Россия; СОКБ им М.И. Калинина, Самара, Россия

Цель: установить патогенетическую значимость эндотелиальной дисфункции в ремоделировании сердечно-сосудистой системы у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Методы исследования: дисфункцию эндотелия определяли, регистрируя объемную периферическую пульсовую волну (ПВ) инфракрасным датчиком с пальцев верхней конечности методом компьютеризированной фотоплетизмографии (ФПГ) в ходе пробы с ишемией верхней конечности. Предложенный нами показатель функции эндотелия (ПФЭ) определялся как степень уменьшения относительной амплитуды отраженной волны на 3 Минуте ишемической пробы, выраженный в процентах. Количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭ) в крови определяли в камере Горяева методом фазовоконтрастной микроскопии. Эхокардиография (ЭхоКГ) с оценкой внутрисердечной гемодинамики, диастолической функции и продольной кинетики правого (ПЖ) и левого (ЛЖ) желуочков провоилась на аппарааx Acusson 128 XP/10 и Combison.

Tesis_006_end.indd 212 24.08.2006 22:25:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Полученные результаты: обследовано 60 больных с ХОБЛ (24 женщины и 36 мужчин) в возрасте от 40 до 74 лет (55,58±1,05 лет), средней продолжительностью заболевания 24,63±1,34 лет. В 1 группу было включено 17 практически здоровых человек, 2 группу –11 больных с ХОБЛ II стадии и 3 группу –49 пациентов с ХОБЛ III стадии (GOLD,2003). Исходные данные по сравнению с группой контроля в исследуемых группах были достоверно выше: АД сист. –(113,18; 139,09;142,73 (мм рт.ст.), p<0,001); АД диаст.- (75,45; 92,73; 111,21 (мм рт.ст.), p<0,001). В ходе пробы с ишемией верхней конечности в фазе реактивной гиперемии ПФЭ был достоверно ниже в группе больных (19,44; 4,71; 2,43 %, p<0,001, соответственно). Количество ДЭ в крови в группе больных ХОБЛ было достоверно выше по сравнению с группой здоровых (2,18; 13,21; 18,52*10^4/л, p<0,001). Анализ продольной кинетики сердца выявил низкое отношение Em/Am ПЖ в группе больных ХОБЛ (1,48; 0,86; 0,72, p < 0,001) и ЛЖ (1,49; 0,83; 0,77, p<0,001), значительные изменения диастолической функции ПЖ и ЛЖ –низкое отношение Е/А ПЖ (1,45; 0,78; 0,68, p<0,001) и ЛЖ (1,45; 0,81; 0,71, p<0,001), удлинение фазы изоволюмического расслабления ПЖ (74,55; 108,50; 130,73, p<0,001) и ЛЖ (68,73; 112,50; 129,09, p<0,001), также в 3 группе выявлен достоверно высокий уровень среднего давления в легочной артерии (Рла:11,61; 19,06; 34,48 (мм рт.ст.), p<0,001), гипертрофия передней стенки ПЖ (пс ПЖ: 0,29; 0,55; 0,75 (см.), p<0,001), дилатация ПЖ (КДР: 2,09; 2,87; 3,10 (см.), p<0,001). Обнаружена отрицательная корреляционная связь между показателями эндотелиоцитемии и реактивности артерий –ДЭ и ПФЭ (r =-0,29), получены корреляции с ЭхоКГ –Em/Am ПЖ и ДЭ (r =- 0,27), Е/А ПЖ и ПФЭ (r=0,26), Е/А ЛЖ и ПФЭ (r=0,31), Рла и ПФЭ (r=- 0,32).

Выводы: Процессы ремоделирования правых и левых отделов сердца у больных ХОБЛ связаны между собой, пропорциональны тяжести заболевания и определяются выраженностью дисфункции сосудистого эндотелия.

0499 ГОМОЦИСТЕИН И ПРОЦЕССЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Лебедев П. А., Соболева Е. В.

Кафедра терапии ИПО СамГМУ, Самара, Россия

Цель исследования: определить роль повышенного уровня гомоцистеина плазмы крови в развитии процессов сердечно-сосудистого ремоделирования у больных хроническими формами ишемической болезни сердца.

Задачи: изучить взаимосвязь концентрации гомоцистеина плазмы крови с реактивностью периферических артерий, толщиной комплекса интима-медиа и эхокардиографическими параметрами у больных хроническими формами ИБС.

Материалы и методы: обследовано 87 больных с хроническими формами ИБС (стабильная стенокардия напряжения, перенесенный инфаркт миокарда). Всем больным проводилось комплексное эхокардиографическое обследование, ультразвуковая допплерография и цветное допплеровское картирование брахиоцефального ствола; уровень гомоцистеина определяли иммуноферментным методом в плазме крови; реактивность периферических артерий оценивалась по показателю функции эндотелия (ПФЭ, %), полученному методом фотоплетизмографии.

Результаты: в ходе пробы с реактивной гиперемией показатель функции эндотелия был достоверно ниже в группе больных: 4,04±1,64% при 18,75±1,21% у здоровых, p<0,01, При этом в группе больных были выявлены корреляционные зависимости уровня гомоцистеина с показателем функции эндотелия (ИО%) (r =-0,73, p<0,001) и ТКИМ (r=0,58, p<0,01), показателя функции эндотелия с массой миокарда левого желудочка (r =-0,48, p<0,01).

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о развитии у больных ИБС выраженной в той или иной степени дисфункции эндотелия, наличие которой определяется повышением плазменного уровня гомоцистеина. Чем больше выражена дисфункция эндотелия, тем больше периферическое сосудистое сопротивление и постнагрузка на левый желудочек. Взаимосвязь концентрации гомоцистеина с утолщением интимо-медиального сегмента сонных артерий также свидетельствует о ремоделировании системных артерий у больных ИБС. Параметры фотоплетизмографии отражают сложные взаимодействия между левым желудочком, жесткостью аорты и эластических артерий и изменением тонуса резистивных сосудов, т. е. процессы сердечно-сосудистого ремоделирования.

0500 МАРКЕТИНГОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ КАК ЗАЛОГ ПОЛНОЦЕННОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ)

Левин А.В.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Несмотря на проводимые реформы в системе здравоохранения, применение маркетинга в организации оказания медицинских услуг, особенно в первичном звене, скорее, происходит по наитию.

Сегодня, как никогда, в реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения необходимы целенаправленные маркетинговые мероприятия. А это – ни что иное, как определение потребности каждого человека и ее удовлетворение.

Для этого необходимо выявление оптимальных способов и методов реализации национального проекта, что включает: используемые ресурсы – перечень ЛПУ; штаты (физические лица); финансовые потоки; оснащение – диагностические комплексы, оборудование; объемы проводимой диспансеризации; анализ и мониторинг потребности в специалистах первичного звена (участковые терапевты, врачи общего профиля), узких специалистов и их подготовка; анализ состояния материально-технической базы амбулаторно-поликлинической службы и дополнительное оснащение.

Особое внимание должно быть направлено на создание регистра лиц, подлежащих дополнительной диспансеризации, и организации работы, включающей осмотры как по месту жительства, так и на рабочих местах, для чего необходимо создание выездных бригад и регламентация получения результатов из ЛПУ.

Невозможно переоценить важность и актуальность создания информационной поддержки национального проекта непосредственно в регионах и по месту жительства. Следует помнить, что национальный проект – это национальная программа государства, и она должна иметь не рекламу, а пропагандистскую компанию.

Ключевыми словами в ней должны стать: национальный проект и диспансеризация, а персонально – для пациентов – здоровье, успех, богатство, долголетие, и для врачей – материальное благосостояние, профессионализм, известность.

По мере появления наработок должны быть на основе лучших из них созданы и изданы методические рекомендации по проведению дополнительной диспансеризации.

Грамотно разработанная программа маркетинга с залогом использования вложенных средств выведет рынок медицинских услуг на высокую ступень социально-этичного маркетинга, когда каждый человек будет чувствовать максимум заботы о здоровье, а государство будет гарантом достижения этой цели.

Tesis_006_end.indd 213 24.08.2006 22:25:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0501 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОГО, РЕГУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА СУДОРЕМОНТНОМ ЗАВОДЕ ПРИМОРСКОГО КРАЯ

Либензон Р.Т.

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Цель исследования: провести анализ эффективности раннего выявления больных артериальной гипертонией (АГ) и длительного, регулярного лечения их на одном из предприятий судоремонтной промышленности Приморья.

Методы исследования. Было проведено более 30 тысяч первичных, повторных и проспективных осмотров рабочих и служащих на крупнейшем судоремонтном предприятии г. Владивостока. Из них мужчин – 16885 человек; женщин – 2886. Изучались также возрастной состав обследуемых и факторы риска АГ.

Результаты. При повторном, более углубленном осмотре воспроизведение АГ составило 86-88%, стабильная форма АГ подтвердилась у 76,4% больных. 863 больным АГ было предложено систематическое, длительное лечение без отрыва их от производства («у станка»).

Длительное непрерывное лечение АГ позволило без существенных побочных реакций стойко нормализовать артериальное давление (АД) у 43% больных и снизить до пограничных цифр еще у 20,6%. Общий гипотензивный эффект составил 63,6%. Была выявлена четкая зависимость результатов лечения от его регулярности. Так в группе регулярного лечения нормализация АД отмечалась у 76,9%, а в группе нерегулярного – лишь у 47,9%.

За время наблюдения в результате активной профилактики АГ удалось уменьшить число смертельных мозговых инсультов (МИ) на 61,5%, а несмертельных – на 59%; число смертельных инфарктов миокарда (ИМ) уменьшилось на 61,9%, а несмертельных – на 47%.

Выводы. Раннее выявление, длительное наблюдение и контролируемое лечение больных АГ позволило добиться существенного снижения АД до оптимальных цифр; уменьшения в группе вмешательства числа МИ, а также новых случаев ИМ.

0502 РУТИННАЯ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Липченко А.А., Фокина Е.Г., Грачев В.Г., Козлов С.В., Горбенко П.И., Архипов М.В.

МО «Новая больница», Екатеринбург, Россия

Решающую роль в улучшении прогноза у пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST (ИМСПST) играет восстановление коронарного кровотока, которое может быть достигнуто с помощью тромболитической терапии (ТЛТ) либо чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ). Необходимость проведения ЧКВ после ТЛТ в режиме «облегченного» или спасительного и ЧКВ по клиническим показаниям нашло отражение в международных рекомендациях. Целесообразность проведения КАГ и ЧКВ после ТЛТ, как рутинной процедуры, в настоящее время обсуждается.

Цель. Изучить результаты КАГ после проведения ТЛТ и их влияние на стратегию дальнейшего лечения у пациентов с ИМСПST.

Методы. Проведен анализ результатов КАГ, выполненных в течение 2005 года у 40 пациентов с ИМСПST, подвергнутых ТЛТ стрептокиназой.

Результаты. Время «симптом-игла» составило в среднем 234,7±134,5 Мин., у 16 пациентов (40%) ТЛТ была проведена в течение первых 3 часов. КАГ выполнялась в сроки от 9 часов до 14 суток в рутинном порядке. В 35 случаях (87,5%) после ТЛТ имелись косвенные ЭКГ-критерии реперфузии. При проведении КАГ у 8 (22,8%) из этих пациентов выявлена окклюзия инфаркт-связанной артерии, у 2 (5,7%) пациентов кровоток соответствовал критериям 2 степени по TIMI, у остальных – 3 степени по TIMI. Из 5 пациентов, у которых косвенные ЭКГ-критерии реперфузии отсутствовали, окклюзия инфаркт-связанной артерии была выявлена только в 1 случае, в остальных случаях кровоток соответствовал TIMI 3.

У 29 (93,5%) из 31 пациента с кровотоком TIMI 2-3 на КАГ выявлен значимый резидуальный стеноз от 75 до 95% просвета инфаркт-связанной артерии, причем у 10 пациентов имелись ангиографические признаки тромбоза, у 8 – признаки нестабильности атеросклеротической бляшки.

По результатам КАГ 33 пациентам (82,5%) проведено ЧКВ: в 7 случаях – механическая реканализация тромботической окклюзии с последующей ангиопластикой и стентированием, у 26 пациентов с резидуальным стенозом – ангиопластика со стентированием. В 5 случаях (12,5%), в соответствии с анатомией поражения коронарного русла, пациенты направлены на АКШ. В течение госпитального периода в группе пациентов, которым проводилась ЧКВ, был отмечен 1 летальный исход (на 5 сутки ИМСПST от наружного разрыва миокарда).

Выводы. Таким образом, по нашим данным, у пациентов с ИМСПST, которым проводилась ТЛТ, не наблюдается соответствия ЭКГ-критериев реперфузии и данных, полученных при КАГ. Резидуальный стеноз, требующий проведения реваскуляризации, выявляется у подавляющего большинства этих пациентов. В связи с этим считаем обоснованным проведение рутинной КАГ пациентам, подвергнутым ТЛТ, в том числе при наличии косвенных критериев реперфузии.

0503 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Лифшиц Г.И., Николаев К.Ю., Николаева А.А.

ГУ НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель работы: в клиническом исследовании оценить вклад иАПФ эналаприла в улучшение функции эндотелия в группе пациентов с АГ

Материалы и методы исследования: в условиях муниципальной поликлиники №19 г. Новосибирска обследован 41 пациент с АГ среднего возраста 48,9±2,2 лет (M±m). Исследование было поперечным, открытым. Дизайн исследования утверждён этическим комитетом. Пациенты дали информированное согласие на обследование. Показатели сосудистой реактивности (СР) микроциркуляторного русла на введение вазоактивных веществ (ВАВ) определяли методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) на лазерном анализаторе кровотока ЛАКК-02 с компьютерным интерфейсом (НПП «ЛАЗМА», г. Москва, Россия). В участки кожи наружной поверхности предплечья последовательно внутрикожно вводили вазодилататорные и вазоконстрикторные эндотелий-зависимые вазоактивные вещества (ВАВ): гистамин, ацетилхолин и адреналин в расчётных концентрациях. Расчет величины СР микроциркуляторного русла в ответ на введение ВАВ был проведен по формуле: ((ПМвав – ПМик)/ ПМ вав) х 100, где ПМвав – показатель микроциркуляции в зоне введения эндотелий-зависимого ВАВ (гистамина, ацетилхолина или адреналина), а ПМик –показатель микроциркуляции исходного кровотока. Кроме того, применялись расчётные показатели индексы сосудистой адаптации: ИСА1 (отношение показателей СР к адреналину (СРА) к СР к гистамину (СРГ)) и ИСА2 – отношение СР к адреналину к СР к ацетилхолину (СРАц).

Tesis_006_end.indd 214 24.08.2006 22:25:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты и обсуждение. Из обследованных больных АГ 43,9% не получали регулярной медикаментозной терапии. Весь массив пациентов с регулярной медикаментозной коррекцией был разделён на 2 группы: пациенты, терапия которых была основана на применении иАПФ эналаприла в средней суточной дозе 10 мг более 6 месяцев (26,8%) и пациенты, у которых терапия АГ была основана на других классах антигипертензивных средств (29,3 %). При корреляционном анализе обнаружены прямая ассоциация между приемом эналаприла и СРГ и обратная между приемом этого препарата и СРА. У больных АГ, получавших эналаприл, показатели СРГ были выше, что свидетельствует об их б льших депрессорных сосудистых резервах, чем у пациентов, не получавших этот препарат (69,7±2,8 и 50,5±3,7 усл.ед. соответственно). СРА и ИСА1 в группе эналаприла ниже, чем в контрольной. У больных АГ, получавших эналаприл, уровень ИСА2 был также ниже, чем во второй группе. После проведения парциального корреляционного анализа истинными оказались ассоциации приема эналаприла с СРГ и ИСА1.

Выводы

1. Выявлена неадекватность проводимой антигипертензивной терапии пациентам с АГ в исследуемой выборке: редкое назначение иАПФ (31,7%), антагонистов кальция (12,2%). У 43% пациентов с АГ отсутствовала регулярная терапия.
2. Антигипертензивная терапия, основанная на иАПФ эналаприле, приводит к улучшению депрессорных показателей сосудистой реактивности микроциркуляторного русла в сравнении с другими режимами терапии.

0504 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕМАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ

Лишманов Ю.Б., Кривоногов Н.Г., Тетенев Ф.Ф., Агеева Т.С., Дубоделова А.В., Даниленко В.Ю.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия; Сибирский государственный университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Томск, Россия; Томский военно-медицинский институт, Томск, Россия

Цель исследования: по данным радионуклидных исследований у пациентов немассивной тромбоэмболией легочной артерии (ТЭЛА) и внебольничной пневмонией (ВП) изучить дифференциально-диагностическое значение альвеолярной проницаемости.

Методы: вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких проведена 39 пациентам (от 18 до 60 лет), с верифицированными диагнозами ВП – у 28 и немассивной ТЭЛА – у 11. Исследовалось накопление РФП в легких, альвеолярная проницаемость по динамике выведения РФП на 1, 10, 30 Минутах после ингаляции РФП – 99mTc ДТРА – по общепринятой методике. Сцинтиграфические исследования проводились на гамма-камере «Омега 500» («Technicare» США-Германия). Регистрация и обработка изображений осуществлялась с помощью компьютерной системы «Сцинти» производства НПО «Гелмос» Россия. В качестве радиофармпрепарата (РФП) для вентиляционной сцинтиграфии лёгких использовался 99mTc-пентатех («Диамед» Россия) с активностью 555-740 МБк в объеме 3 мл раствора. После вентиляционной сцинтиграфии легких проводилась перфузионная сцинтиграфия по общепринятой методике. В качестве РФП использовалось внутривенное введение РФП 99mTc-макротеха («Диамед» Россия) в объёме 1 мл активностью 111 МБк.

Результаты: у пациентов ВП альвеолярная проницаемость по динамике выведения РФП в пораженном легком на 10 Мин исследования составила 23,5±1,9%, на 30 Мин – 33,4±1,9%; в интактном легком – 18,8±2,23% и 30,5±2,3% соответственно. Альвеолярная проницаемость при немассивной ТЭЛА в пораженном легком на 10 Мин исследования составила 8,02±3,89% и на 30 Мин – 13,64±4,0%, в интактном легком – 7,22±3,54% и 15,4±3,4% соответственно. Сопоставление зарегистрированных величин альвеолярной проницаемости в пораженном легком у пациентов ВП в сравнении с пациентами немассивной ТЭЛА свидетельствовало о выраженном статистически достоверном ее ускорении при ВП, как на 10, так и на 30 Минутах исследования: p=0,01 и p=0,004 соответственно.

Выводы: у пациентов внебольничной пневмонией по сравнению с пациентами немассивной ТЭЛА обнаружено существенное ускорение альвеолярной проницаемости в пораженном легком, что может служить дополнительным диагностическим признаком, повышающим эффективность дифференциальной диагностики этих заболеваний.

0505 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лишута А.С., Ольбинская Л.И.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: изучение клинических и фармакоэкономических аспектов фармакотерапии ингибиторами АПФ (иАПФ) и антагонистами рецепторов ангиотензина II (АРА II) больных ХСН, осложнившей течение ИБС в условиях поликлиники.

Материалы и методы: проведен фармакоэкономический анализ 99 случаев (35,4% мужчины, 64,6% женщины, средний возраст 68,2±5,17 лет) 24-недельной фармакотерапии ХСН III ФК (NYHA), осложнившей течение ИБС иАПФ, АРА II, наблюдавшихся в городских поликлиниках г.Москвы. 33 больных получали лизиноприл, 34 – фозиноприл, 32 – валсартан. Всем больным проводилось стандартное общеклиническое обследование с оценкой функционального резерва, качества жизни (SF-36, MHFLQ), учитывались безопасность и переносимость терапии. Затраты на фармакотерапию складывались из стоимости фармпрепаратов, клинико-лабораторно-инструментального обследования, необходимого стационарного лечения. Определены показатели “стоимость/эффективность”.

Результаты: прирост дистанции, проходимой за 6 Минут составил в группе больных, принимавших лизиноприл 24,6%, фозиноприл 28,2%, валсартан 29,2%. Уменьшение тяжести клинического состояния составило при приеме лизиноприла 21%, фозиноприла 21,5%, валсартана 20,5%. 19,5%. При приеме лизиноприла ФВЛЖ увеличилась на 2,9%, фозиноприла – на 2,7%, валсартана – на 3,4% ($p<0,05$). Средний функциональный класс через 12 недель постоянной терапии составил 2,7, улучшившись при этом на 10%. Отмечена достоверная положительная динамика качества жизни (MHFLQ) у больных, принимавших лизиноприл (=-22,2%), фозиноприла (=-22%) и валсартана (=-23,8%). Частота госпитализаций в пересчете каждого больного в год составила соответственно 1,08; 0,72 и 0,52 при исходной 1,56. Среднесуточные затраты на фармакотерапию были у больных, принимавших валсартан – 74,5 рубля, при приеме фозиноприла – 57,3 рублей, лизиноприла – 52,2 рубля. Затраты на необходимое обследование, в том числе в связи с нежелательными эффектами терапии, составили соответственно 6602,17; 6584,79 и 6662,43 рублей. Затраты на стационарное лечение составили соответственно 31501,39 рублей (при среднем койко-дне 15,2), 21553,58 рублей (при 10,4 койко-дней), 15957,94 рублей (7,7 койко-дней) на 1 больного. Показатель эффективности затрат в группах составил соответственно 1525, 1917,2 и 2760,8. Общие затраты на год сохраненной жизни при приеме фозиноприла составили 352500 рублей, валсартана 741062 рублей.

Выводы: включение в традиционную фармакотерапию ХСН высоко эффективных ингибиторов АПФ, АРА II снижает стоимость стационарного лечения и характеризуется более высокой стоимостью лекарственных препаратов при повышении рентабельности фармакотерапии.

Tesis_006_end.indd 215 24.08.2006 22:25:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0506 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Логачева И.В., Архипова Н.Ю., Капачинская Л.Г., Жукова И.В.

Ижевская государственная медицинская академия, ГУЗ РКДЦ, Ижевск, Россия

Ремоделирование миокарда является одним из важных факторов, определяющих течение большинства заболеваний сердечно – сосудистой системы. У больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС) особенности этих процессов, их прогностическое значение изучены недостаточно.

Цель: Изучить особенности ремоделирования левого и правого желудочка при сочетании ИБС и ХОБЛ.

Материалы и методы: Под наблюдением в течение трех месяцев находилось 20 пациентов с диагнозом ИБС в сочетании с ХОБЛ. Средний возраст больных составил 53,2+1,1 года. Контрольную группу составили 10 пациентов с диагнозом ИБС, средний возраст которых 54,1+1,2 года. Оценка гемодинамических показателей и параметров ремоделирования левого и правого желудочков проводилась с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) и допплер-ЭхоКГ на аппарате «HEWLETT PACKARD» с использованием ультразвукового датчика 2,5 и 3,5 МГц, по стандартной методике. Исследовали скорости раннего (Е, м) и позднего (А, м) диастолического наполнения правого и левого желудочка и их отношение (Е/А) на митральном (Vемк/Vамк) и трикуспидальном (Vетк/Vатк) клапане, время изоволюметрического расслабления (IVRT) и время замедления раннего диастолического наполнения (ДТЕ) правого и левого желудочка.

Результаты: При сопоставлении данных допплер-ЭхоКГ у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ (первая группа) отношение Vетк/Vатк составило 0,76+0,03; Vемк/Vамк соответственно 0,74+0,04; IVRT пж 105+1,2 м/сек; ДТЕ пж 227+1,1м/сек; IVRT лж 112+1,2 м/сек; ДТЕ лж 229+1,2 м/сек; что соответствует гипертрофическому типу диастолической дисфункции левого и правого желудочка у больных ИБС и ХОБЛ. В контрольной группе диастолическая дисфункция правого желудочка по гипертрофическому типу зафиксирована у двух человек –Vетк\Vатк 0,89+0,03; IVRT пж – 98+1,1 м/сек; ДТЕ пж 223+1,2 м/сек; диастолическая дисфункция левого желудочка по гипертрофическому типу наблюдалась у большинства больных –Vемк\Vамк 0,79+0,03; IVRT лж 102+1,1м/сек; ДТЕ лж 226+1,2 м/сек.

Выводы: у больных ИБС в сочетании с ХОБЛ установлены структурные изменения как левого, так и правого желудочка, соответствующие гипертрофическому типу диастолической дисфункции. У пациентов ИБС без ХОБЛ регистрируется преимущественно гипертрофический тип диастолической дисфункции левого желудочка. Полученные данные предполагают раннее назначение адекватной терапии с целью предупреждения необратимых изменений в малом круге кровообращения.

0507 РОЛЬ НОЛИПРЕЛА И ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ» В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВЛИЯНИЕ НА СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ОТКРЫТОЙ МНОГОЦЕНТРОВОЙ ПРОСПЕКТИВНОЙ ПРОГРАММЕ «НОКТЮРН» У ПАЦИЕНТОВ-УЧАСТНИКОВ В Г. АРХАНГЕЛЬСКЕ

Ломтева С.П., Марченко Е.А., Новикова А.Л., Попова О.Е., Федотова Л.А.

АОКБ, ГП №1г., БПВ, Архангельск, ЦМСЧ-58 г. Северодвинск, руководитель Баранчик Н.П. Департамент здравоохранения Архангельской области, Россия

Главной целью лечения АГ является снижение риска ССО. Одним из основных условий достижения главной цели является достижение целевых уровней АД. В связи с этим большое значение имеет совместное с медикаментозной терапией обучение по программе «Школа здоровья».

В нашем регионе в программе «Ноктюрн» приняли участие 90 пациентов, среди них 54% женщин, средний возраст 43,7+-7,0 лет, работающие 82%. Имели 1степень АГ 26,1%, 2 степень АГ 73,9%, впервые диагноз АГ 8,2%. Среднее САД 156,26 мм рт. ст., среднее ДАД 91,86 мм рт. ст. Имели ИМТ более 25 кг/м 2 31%, средний и высокий уровень стресса 50,4%, ГХС (более 5,0 ммоль/л) 36,9%, курящие 30,9%, среди них 44% женщин.

Согласно шкале SCORE пациенты распределены по группам риска –имеющие 1ФР 6,9%, 2ФР 38%, 3ФР 38% и более 17,1%. Все пациенты прошли обучение в «Школе здоровья» –полный курс 6 занятий 66,8%, 4 занятия 92%. Всем назначен нолипрел. Через 4 недели в связи с недостижением снижения АД согласно правилу «20/10» 9% пациентам назначен нолипрел форте. По окончанию программы (через 48 недель) проведен анализ полученных данных.

Достигли целевого уровня АД 57,7% через 4 недели на фоне приема нолипрела, 65,4% через 12 недель и через 48 недель 76,9%. Нормализация АД через 48 недель у 78% пациентов. Снижение САД на 23,8±8-12 мм рт.ст через 4 недели, через 12 недель на 32,3 Мм рт. ст., на 36,3 Мм рт. ст. через 48 недель, динамика снижения ДАД через 4 недели 8 Мм рт. ст., через 12 недель 14 Мм рт. ст., через 48 недель на 15 Мм рт. ст. При завершении программы получены результаты – ИМТ снизился на 7% (с 28 по 27,1), курение на 7,5% ГХС на 8,5%, 80% пациентов отметили увеличение уровня физической активности. Количество факторов риска развития ССЗ по шкале SCORE снизилась на 51,4%, на 29% уменьшилась число пациентов имеющих высокий и крайне высокий риск ССЗ. Побочные явления выявлены в 10,8%, отмена препарата потребовалась 3,6% пациентам в связи с кашлем.

Выводы: нолипрел/нолипрел форте и обучение в «Школе здоровья» обеспечили высокую степень нормализации АД (78%) у пациентов с мягкой и умеренной АГ. Длительный прием препарата (48 недель) подтверждает высокую приверженность пациентов к назначенному лечению, снижение коррегируемых факторов риска на 32%.

Степень риска ССЗ по шкале SCORE снизилась на 51,4%. На 29% уменьшилась число пациентов имеющих высокий и крайне высокий риск ССЗ.

Высокая посещаемость пациентами занятий в «Школе здоровья» –полный курс посетили 66,8% пациентов.

0508 АНАЛИЗ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Лотфуллина А.Ш., Камалов Г.М., Галявич А.С.

КГМУ, Казань, Россия

Цель. Провести анализ эхокардиографических показателей у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) госпитализированных в терапевтические отделения.

Материалы и методы: обследовано 460 пациентов в возрасте от 16 до 93 лет (в среднем 57) обоего пола (мужчин 46%, женщин 54%), госпитализированных в терапевтические отделения 6 ГБ и КОБ г. Казани за пять месяцев календарного года. Среди обследованных больных 260 имели заболевания сердца, 117 больных заболевания органов дыхания, 53 –заболевания желудочно-кишечного тракта, 11 больных заболевания почек. Диагноз ХСН выставлен на основании Фремингемских критериев. Выполнено общеклиническое исследование, ЭхоКГ. Оценивалась этиология, функциональный класс, фракция выброса левого желудочка (ФВ), размеры левого предсердия (ЛП) пациентов с ХСН.

Tesis_006_end.indd 216 24.08.2006 22:25:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты исследования: 43% больных, госпитализированных в терапевтические отделения, имели ХСН. Причиной ХСН у 143 больных (72%) была ишемическая болезнь сердца (ИБС), у 133 больных (67%) гипертоническая болезнь (ГБ), у 12 больных (6%) ревматизм, и у 5 больных (2,5%) дилатационная кардиомиопатия (ДКМП). В структуре ХСН преобладали больные с II (37 %) и III (32%) ФК.

ЭхоКГ проведена у 134 больных с ХСН. Систолическая дисфункция левого желудочка (ФВ менее 55%) обнаружена у 54 больных (40%), диастолическая дисфункция левого желудочка (ЛЖ) у 80 больных (60%). Расширение левого предсердия (3,7 см и более) обнаружено у 102 больных (76%). Расширение левого предсердия (ЛП) в большинстве случаев (45%) выявлялось при сочетании ИБС и ГБ, в меньшей степени (24,5%) в группе ИБС и у 18,6% в группе ГБ. 96% больных с IV ФК ХСН имели расширение ЛП, при этом средний размер ЛП составлял 5,6 см. Среди больных с III ФК ХСН дилатацию ЛП имели 84% больных, средний размер ЛП составлял 4,3 см. Во II ФК ХСН расширение ЛП выявлено у 66% больных, средний размер ЛП составил 4,2 см. У больных I ФК ХСН расширение ЛП обнаружено у 33% больных, средний размер ЛП составил 4 см.

У больных с систолической дисфункцией ЛЖ в 96% случаев наблюдалось расширение ЛП. Среди больных с диастолической дисфункцией ЛЖ, увеличение размеров ЛП обнаруживалось в 66% случаев.

Выводы:

1. У 43% больных госпитализированных в терапевтические отделения больниц, выявлена ХСН.
2. У больных госпитализированных с ХСН, в терапевтические отделения преобладает диастолическая дисфункция ЛЖ.
3. Большинство больных с ХСН, госпитализированных в терапевтические отделения, имеют диастолическую дисфункцию в сочетании с дилатацией левого предсердия.
4. С увеличением ФК ХСН размеры ЛП увеличиваются.

0509 КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ БАРОРЕЦЕПТОРНЫЙ РЕФЛЕКС ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Лукьянов В.Ф., Жильцова О.П., Куликова Е.В.

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Цель: оценка состояния рефлекторной реакции с зон низкого давления –кардиопульмональный барорецепторный рефлекс (КПБР) у больных артериальной гипертензией (АГ) с гипертрофией левого желудочка.

Методы: обследовано 34 больных с АГ. КПБР оценивался путем пассивного поднятия ног до угла 60 на специальной кушетке (тест Грасси). Продолжительность пробы составляла 5 Минут с определением изменения АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС). Состояние сократительной способности сердца оценивалось эхо-кардиографически. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Cockcroft-Gault.

Результаты: увеличение венозного возврата при проведении КПБР привело к трем типам реакции со стороны диастолического АД (ДАД). В первую группу были отнесены больные с приростом ДАД. Для них было характерны следующие признаки: относительная брадикардия (67,5±7,1 уд/мин), почечная гиперфильтрация (СКФ=179,1±62,2 мл/мин), сократительная способности сердца не нарушена –масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) 298,4±52,3 г, конечный систолический объем (КСО) 57,1±7,63 мл, конечный диастолический объем (КДО) 137,1±10,2 мл.

Во вторую группу были отнесены больные со снижением ДАД. В отличие от первой группы, у них было зафиксировано достоверное увеличение ЧСС (75,7±8,2 уд/мин) и нормальная СКФ (98,6±24,5 мл/мин). Основные особенности во второй группе были связаны сердцем: достоверно увеличена ММЛЖ до 383 ± 76,4 г и изменена сократительная способности миокарда с ростом КСО (104,3±55,1 мл) и КДО (184,1±45,3 мл).

В третьей группе увеличение венозного возврата не сопровождалось изменением ДАД. У этих больных ЧСС (76,9±10,4 уд/мин), СКФ (102,4±43,2 мл/мин) были как во второй группе, а показатели сократительной способности сердца сопоставимы с изменениями выявленными в первой группе больных: ММЛЖ= 278±32,3 г, КСО= 60,6±15,4 мл, КДО=131,4±15,1 мл.

Выводы: установлены различные варианты ответной реакции при увеличении венозного возврата к правому сердцу. Прирост ДАД возникал у больных с ваготонией (ЧСС=67,5±9,1 уд/мин) и гиперфильтрацией почек (СКФ=179±62,2 мл/мин), при этом сократительная функция миокарда не страдала. При острых фармакологических пробах и курсовом лечении наилучшие результаты у больных с такой реакцией были получены при использовании диуретиков. Снижением ДАД происходило у больных со значительной массой миокарда и явлениями сократительной дисфункции, при этом отсутствовала ваготония и почечная фильтрация не страдала. ДАД не менялось при проведении пробы у больных при отсутствии ваготонии и сохраненной сократительной функцией миокарда.

0510 МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Лукьянов В.Ф.

ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ» Росздрава, Саратов, Россия

Цель: изучение роли периферических сосудов и сосудов микроциркуляторного русла в формировании сосудистой резистентности и потоков крови при артериальной гипертензии (АГ).

Методы: обследовано 287 больных АГ и 56 лиц контрольной группы. Показатели центральной и регионарной гемодинамики (плечевая артерия) регистрировались методом ультразвукового допплер сканирования на аппарате «Apogee CX» (Англия). Состояние микроциркуляторного русла оценивалось с использованием допплер-лазер флоуметрии (ЛАКК-01), оптической флоуметрии, телевизионной капилляроскопии. Рассчитывались традиционные и вновь предложенные показатели гемодинамики (патент РФ № 2018263).

Результаты: по состоянию центральной и периферической гемодинамики было выделено три группы больных. В первую группу вошли больные со стабильным течением АГ (77,5%) с объемным переполнением плечевой артерии (ПА), малым объемом сердечного выброса (УО) и низкой его кинетической энергией (Wкин) («объемная гипертензия»). Микроциркуляторное русло (МР) у них было переполнено, реактивная гиперемия подавлена, повышена венозная вазомоция, что формировало посткапиллярное сопротивление. Во вторую группу вошли больные с неустойчивым течением АГ (10,2 %) с малым кровенаполнением ПА, с низкой Wкин и малым УО («вазоконстрикторная гипертензия»). МР у них было переполнено, реактивная гиперемия сохранена, посткапиллярное сопротивление мало выражено. В третью группу составили больные в начальной стадии заболевания (13,3%), с малым кровенаполнением плечевой артерии, что сопровождалось высокой Wкин сердечного выброса и большим УО («гиперкинетическая гипертензия»). Кровенаполнение сосудов МР было обеднено, зафиксирована выраженная реактивная гиперемия, высокочастотная низкоамплитудная вазомоция, что формировало прекапиллярное сопротивление.

Выводы: в процессе развития АГ можно выделить несколько вариантов распределения потоков крови. В начале заболевания («гиперкинетическая гипертензия») при большом УО и высокой Wкин выброса крови в плечевую артерию поступает малое количество крови, МР обеднено и имеет высокую реактивность при компрессии плечевой артерии. Происходит централизация кровообращение или своеобразное «центральное шунтирование» потока крови относительно плечевой артерии. При стабильной АГ («объемная гипертензия») на фоне снижения УО и Wкин плечевая артерия и сосуды МР переполнены с формированием посткапиллярной резистентности. Это состояние можно оха-

Tesis_006_end.indd 217 24.08.2006 22:25:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

рактеризовать как «периферическое шунтирование» с переносом гемодинамической нагрузки на микроциркуляторное русло, с рарификацией сосудов, нарушением сопряжения кровотока и метаболизма. При нарушении стабильности течения АГ («вазоконстрикторная гипертензия») в патологический процесс включаются механизмы централизации кровообращения.

0511 ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОЦЕССА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА

Лутай А.В., Рыльская Е.А., Корнилов Л.Я., Довгалюк Ю.В., Архипова С.Л.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: уточнить особенности клиники, диагностики, ремоделирования сердца и эффективность лечения у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП).

Материал и методы. Обследовано 73 больных (мужчин – 65, женщин – 8), средний возраст которых составил 57,5±1,6 года. Диагноз ДКМП устанавливали с помощью комплексного клинического и инструментального обследования, включавшего рентгенографию грудной клетки, ЭКГ, двухмерную эхокардиографию (аппарат «SIM. 5000 Plus»). В группе контроля обследовано 12 практически здоровых лиц обоего пола. Статистический анализ проводили с использованием компьютерной программы «Statistica-6.0».

Результаты и их обсуждение. У большинства пациентов (56,6%) диагноз ДКМП был установлен впервые. При этом наиболее часто направительным диагнозом была ИБС, недостаточность кровообращения II стадии. В ряде случаев подозревалось развитие острого инфаркта миокарда, пневмонии, тромбоэмболии легочной артерии. Поводом для направления на госпитализацию у большинства больных послужила прогрессирующая недостаточность кровообращения. Одышка в покое отмечалась у 94,5% больных, отеки у 73,9%, влажные хрипы в легких выслушивались у 79,5%, увеличение печени выявлено у 49,4%. При клиническом обследовании в 100% случаев констатировано значительное увеличение размеров сердца, которое подтверждалось при рентгенологическом исследовании. По данным ЭКГ у 91,8% больных выявлена гипертрофия левого желудочка, у 27,4% –гипертрофия левого предсердия, у 16,4% пациентов определялись признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. В половине случаев (47,9%) выявлялась мерцательная аритмия. В 49,3% случаев выявлена полная или неполная блокада ножек пучка Гиса. По данным эхокардиографии отмечена дилатация всех камер сердца (индекс относительной сферичности –0,36±0,01, миокардиальный стресс –192,6±7,3) со значительным снижением фракции выброса (38,1±1,7%). У большинства больных определялась митральная и трикуспидальная регургитации различной степени выраженности. Практически у всех пациентов выявлена диффузная гипокинезия миокарда различной степени выраженности. Для коррекции сердечной недостаточности все больные получали ингибиторы АПФ, диуретики (лазикс, фуросемид, верошпирон), сердечные гликозиды (строфантин, коргликон, дигоксин) с положительным клиническим эффектом в виде купирования одышки, периферических отеков, исчезновения влажных хрипов в легких.

Выводы. Диагностика ДКМП является сложной проблемой для практического врача, так как требует проведения сложной дифференциальной диагностики при наличии у больного нескольких заболеваний. ДКМП чаще встречается у мужчин работоспособного возраста и характеризуется развитием тяжелой сердечной недостаточности за относительно короткий промежуток времени. Основным методом диагностики ремоделирования сердца при ДКМП является эхокардиография, позволяющая выявить дилатацию полостей и значительное снижение фракции выброса. Уменьшение проявлений недостаточности кровообращения достигается у большинства больных применением ингибиторов АПФ, диуретиков и сердечных гликозидов.

0512 О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ШТАНГЕ-ГЕНЧА В ПРОТОКОЛ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОГО ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ

Лышова О.В.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, кафедра факультетской терапии, Воронеж, Россия

Проба с задержкой дыхания – это физическая нагрузка, которая сопровождается временной гиперкапнией и гипоксемией.

Цель: изучить особенности волновой структуры ритма (ВСР) сердца по ходу произвольного апноэ (ПА) на вдохе и в положении выдоха у здоровых лиц.

Материал и методы. У 75 человек обоего пола (17-38 лет, средний возраст 20 лет) в рамках полифункционального холтеровского мониторирования (Кардиотехника 04-3Р) проводили гипоксемическую пробу Штанге – Генча в утренние часы. Интерпретацию полученных результатов осуществляли путем визуального анализа хода реопневмографической кривой вентиляции и кардиоинтервалограммы, которые синхронизировались по времени с ЭКГ.

Результаты. Средняя длительность ПА на вдохе оказалась в два раза продолжительнее ПА на выдохе: 54 против 28 с. Минимальные и максимальные значения варьировали от 10 до 170 с в первом случае и от 7 до 245 с во втором. Пролонгирование ПА вызывали следующие факторы, нашедшие свое отражение на реопневмограмме: кратковременная гипервентиляция, глотательные движения, непроизвольная активность дыхательных мышц. Динамика RR-интервалов по ходу ПА была индивидуальной, в некоторых случаях определялась фазовая зависимость. При этом в первую фазу наблюдался один из трех вариантов изменения ВСР: доминирование церебральных или активизация симпатических влияний, ригидный синусовый ритм. Во вторую фазу ПА, иногда одновременно с возникновением императивного стимула, возникали нарушения сердечного ритма (одиночная наджелудочковая экстрасистолия) и проводимости (миграция водителя ритма по предсердиям). У двух человек, один из которых пожилого возраста, наблюдалось появление непроизвольной задержки дыхания на вдохе во сне. В обоих случаях выявлено ее удлинение, по сравнению с ПА; ригидный тип реагирования ВСР при ПА; повышение тонуса одного из отделов автономной нервной системы при непроизвольном апноэ. Сделано предположение о наличии дисбаланса в системе регуляции дыхания с преобладанием произвольных механизмов.

Следовательно, проба Штанге – Генча, проведенная в рамках динамического мониторирования ЭКГ и дыхания, информативна не только в оценке степени развития волевых усилий, но и для выделения группы лиц с дисбалансом автономного контроля регуляции дыхания и возможной хеморецепторной недостаточностью.

0513 СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Любчук И.В., Сейидов В.Г., Евсюков В.В., Либензон Р.Т., Бобырев С.Е., Воронина Н.В., Гарбузова О.Г.

Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; ВГМУ, Владивосток; РГМУ им. И.П.Павлова; Рязань; ДГМУ, Хабаровск, Россия

Цель. Сравнить отдаленные результаты эндоваскулярного лечения и коронарного шунтирования в течение 5 лет наблю-

Tesis_006_end.indd 218 24.08.2006 22:25:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

дения. Оценить необходимость в повторных эндоваскулярных вмешательствах в течение 5 лет наблюдения.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год были проанализированы отдаленные результаты за 5 лет наблюдения у 793 больных после коронарного шунтирования и у 272 больных после ангиопластики.

Результаты. Через 5 лет после эндоваскулярного лечения, по сравнению с результатами годичного наблюдения происходит значительное ухудшение результатов лечения, отмечается уменьшение числа пациентов без симптомов стенокардии с 35,7% до 19,8% и увеличение количества больных, имеющих стенокардию III-IV ФК – с 21,2% до 37,4% ($p<0.05$). В период от 1 до 5 лет происходит уменьшение количества пациентов без симптомов стенокардии и увеличение количества больных со стенокардией III-IV ФК около 4% в год. По сравнению с результатами годичного наблюдения, через 5 лет после коронарного шунтирования отмечалось достоверное уменьшение числа больных, не имевших симптомов стенокардии с 48,9% до 25,7%, увеличение числа больных имеющих стенокардию I-II ФК с 38,1% до 52,1%, а также достоверное увеличение количества больных III-IV ФК с 13,0% до 22,2% ($p<0,05$). Таким образом, через 5 лет после операции произошло почти двукратное увеличение числа больных, имеющих стенокардию. Через 5 лет наблюдения после АКШ, по сравнению с ЧТКА, достоверно реже наблюдается рецидив стенокардии III-IV ФК –22,2% и 37,4% ($p<0,05$) и было больше пациентов без симптомов стенокардии при привычных нагрузках – 25,7% и 19,8% ($p<0,05$). При сравнении отдаленных клинических результатов лечения в группе больных повторных процедур эндоваскулярного лечения с группой коронарного шунтирования достоверных различий в рецидиве стенокардии за 5 лет наблюдения нет. Оба метода в равной степени эффективны, однако в группе эндоваскулярного лечения на каждого пациента в течение 5 лет было выполнено 2,6+0,6 повторных процедур эндоваскулярного вмешательства. В течение года 52 больных с сопутствующей артериальной гипертензией принимали ингибитор АПФ рамиприл (хартил «Эгис») в средней дозе 8,4 мг/сут. При этом у 78% удалось достичь целевых цифр АД (<140/90) в монотерапии и не было побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Заключение. Сравнивая отдаленные результаты коронарного шунтирования и эндоваскулярного лечения в группе больных повторных эндоваскулярных вмешательств, последнему следует отдать предпочтение ввиду его меньшей травматичности. Эндоваскулярное лечение должно быть предпочтительнее при наличии технических возможностей его выполнения и изначально должно предполагать возможность выполнения повторных процедур.

0514 АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНЫМ Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Люсов В.А., Дударева А.В., Сытник Н.В., Кокорин В.А., Волов Н.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, кафедра госпитальной терапии № 1, Москва, Россия

Цель работы: оценить активность ренина, ангиотензина-1, альдостерона и С-реактивного белка сыворотки крови у различных групп больных первичным Q-образующим инфарктом миокарда.

Материалы и методы: в исследование было включено 24 пациента первичным Q-образующим инфарктом миокарда, в возрасте от 43 до 70 лет. Средний возраст больных 58,3±8,9 лет, 19 мужчин и 5 женщин. Нижняя локализация ИМ отмечалась у 14 пациентов, передняя – у 10. Для восстановления коронарного кровотока 12 пациентам была проведена экстренная баллонная ангиопластика (ЧТКА), 7 – системный тромболизис стрептокиназой. 5 больным реперфузионная терапия не проводилась из-за давности болевого синдрома. 4 больным за время госпитализации выполнена операция АКШ. Всем пациентам проводилось определение уровня ренина, ангиотензина-1, альдостерона и С-реактивного белка в сыворотке крови при поступлении и перед выпиской (в среднем на 17-18 сутки ИМ), а больным, прошедшим ЧТКА или АКШ, также перед и через сутки после операции. У 11 больных отмечены симптомы сердечной недостаточности. В 3 случаях произошел летальный исход.

Результаты исследования: у 9 (75%) пациентов с первичной баллонной ангиопластикой повышался уровень С-реактивного белка через сутки после процедуры с нормализацией к моменту выписки. Уровень альдостерона, напротив, увеличивался к окончанию госпитализации (у 8 больных). У данной группы пациентов, вне зависимости от локализации ИМ, реже отмечалось развитие сердечной недостаточности.

У пациентов, перенесших операцию АКШ, отмечалось двукратное повышение ренина и ангиотензина-1, а в случае с летальным исходом на фоне острой ЛЖ недостаточности отмечалось трехкратное увеличение ангиотензина-1.

У пациентов после проведения тромболизиса в 4 случаях (57%) отмечалось появление признаков СН, сопровождавшееся повышением уровня альдостерона на 50% и С-реактивного белка на 15%, а перед выпиской умеренным на 15% повышением ренина и в 25% случаев ангиотензина-1.

У 3 пациентов, которым не проводилось восстановление коронарного кровотока, отмечалось повышение альдостерона и ренина на 70%, что в 2 случаях сопровождалось развитием тяжелой СН (III-IV ФК по классификации Killip), и закончилось летально.

Выводы: у пациентов первичным Q-ИМ, прошедших процедуру ЧТКА, отмечается меньшая активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, что сопряжено с более благоприятным течением постинфарктного течения. Наиболее высокий уровень активности альдостерона и ренина сыворотки крови отмечен у больных, которым не проводилось восстановление коронарного кровотока.

0515 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ИЛИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Люсов В.А., Волов Н.А., Лебедева А.Ю., Гордеев И.Г., Цеденова Е.А.

ГОУ РГМУ, кафедра госпитальной терапии №1, Москва, Россия

Цель: сравнить результаты медикаментозной терапии, хирургического лечения (операции КШ) у больных инфарктом миокарда, получавших тромболитическую терапию.

В исследование включено 43 пациента ИМ, которым проводилась ТЛТ (алтеплаза 100 мг или стрептокиназа 1,5 млн. Ед). Всем исследуемым была выполнена диагностическая КАГ с целью оценки эффективности ТЛТ и определения степени поражения коронарного русла. В исследование включались пациенты с поражением ствола ЛКА, проксимальной части ПМЖВ, многососудистые поражения КА, остаточным стенозом инфарктсвязанной артерии более 75 %. Всем пациентам было рекомендовано проведение операции КШ после консультации кардиохирурга.1-ая группа –23 человек, перенесшие операцию КШ на 21-60 сутки после ИМ, 2-ая группа -20 больных, которым проводилась консервативная терапия из-за отказа пациентов от предложенного хирургического лечения.

Методы обследования: клиническое обследование, ЭКГ, ЭхоКГ, суточное мониторирование ЭКГ, проба с физической нагрузкой.

Результаты исследования: у пациентов 1-й группы до операции пороговая мощность нагрузки составляла 4,96+0,72 МЕТ, средняя продолжительность нагрузочной пробы –6,78+1,26

Tesis_006_end.indd 219 24.08.2006 22:25:30
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Мин, положительные пробы были выявлены в 90% случаев, через 1 год после операции КШ пороговая мощность составила 6,16+0,69 МЕТ (p<0,05) и средняя продолжительность нагрузочной пробы –8,89+1,5 Мин (p<0,05), количество положительных проб значительно уменьшилось (p<0,05) и было зарегистрировано у 18,7% больных. У пациентов 2-й группы на 7-10 сутки ИМ пороговая мощность составила 5,35+0,53 МЕТ, средняя продолжительность нагрузочной пробы –8,5+1,64 Мин. Положительные пробы были зарегистрированы в 42% случаев. Через 1 год после ИМ получили следующие результаты: пороговая мощность – 6,62+0,77 МЕТ (p<0,05), средняя продолжительность нагрузочной пробы –9,75+1,42 Мин (p<0,05), количество положительных проб увеличилось до 66,7%,что достоверно больше исходных значений. В 1-й группе до операции ФВ = 45,36+2,6%, через год после операции ФВ возросла до 49,45+2,6% (p<0,05). Во 2-й группе ФВ на 7-10 сутки ИМ – 51,67+2,52%, через год после ИМ ФВ= 47,17+3,1% (p<0,05). Изучение изменений общей ФВ ЛЖ в группах пациентов в зависимости от исходной ее величины показало, что наибольшие изменения наблюдаются у больных с ФВ<45%, где она возрастала после операции КШ на 9% (p<0,05), в то время как в группе пациентов с исходной ФВ> 45% выявленные изменения не были достоверными.

Вывод: прямая реваскуляризация миокарда у больных инфарктом миокарда после ТЛТ позволяет устранить ишемию миокарда, увеличить толерантность к физической нагрузке, восстановить сократительную способность миокарда.

0516 ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Люсов В.А., Кузнецова Л.П., Смирнова Н.А., Богданова Л.С., Волов Н.А., Кокорин В.А.

ГОУ ВПО РГМУ РОСЗДРАВА и ГКБ 15 им. О.М.Филатова, Москва, Россия

Цель работы: оценить влияние гирудотерапии на систему гемостаза у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) IIА-IIБ стадией.

Методы и материал: обследовано 24 больных ишемической болезнью сердца с ХСН IIА-IIБ стадией. Пациенты получали ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы и, по показаниям, диуретическую терапию. Больным проводился курс гирудотерапии, состоящий из 10 процедур с интервалом в 2-3 дня. На одну процедуру использовали 4-5 пиявок до полного насыщения, которые ставились на: центр и вокруг пупка, проекцию круглой связки печени, правое подреберье, область внебрюшинного поля печени, перианальную зону, крестцовую область, копчик, предсердную зону, область проекции почек, область проекции легких, сосцевидные отростки и шейно-воротниковую область.

До гирудотерапии, через 5 сеансов и по окончании курса оценивали концентрацию в крови фибриногена, продуктов деградации фибрина, плазминогена, значение протромбинового комплекса (МНО), уровень антитромбина III, с-реактивного белка (СРБ), спонтанную и АДФ-индуцируемую агрегацию тромбоцитов (АТ), АЧТВ, тромбиновое время, количество тромбоцитов. Период наблюдения составлял 2 месяца.

Результаты: уменьшение клинических признаков ХСН отмечено у 21 больного (87,5%). При анализе изменений показателей гемостаза у пациентов выявлено увеличение уровня фибриногена после 5 сеанса гирудотерапии на 34% по сравнению с исходным уровнем (p<0,05), спонтанной АТ на 24% (p<0,05), АДФ-индуцируемой АТ на 31% (p<0,05). После 10 сеанса гирудотерапии по сравнению с исходным уровнем прирост содержания фибриногена составил 76% (p<0,001). Также выявлено снижение спонтанной и АДФ –индуцируемой АТ относительно исходных значений на 18% (p<0,05) и 22% (p<0,05) соответственно. Уровень СРБ, плазминогена, МНО, антитромбина III достоверно не менялся. Также не отмечено существенных изменений АЧТВ, тромбинового времени. Концентрация растворимых комплексов фибрин-мономера и ПДФ оставалась в пределах нормальных значений. Количество тромбоцитов имело недостоверную тенденцию к снижению

Выводы: влияние гирудотерапии на показатели гемостаза у больных ХСН проявляется увеличением концентрации фибриногена без активации коагуляционного и фибринолитического компонентов гемостаза. Влияние гирудотерапии на функциональную активность тромбоцитов носит фазовый характер: первоначальное увеличение агрегационной способности кровяных пластинок сменяется достоверным снижением спонтанной и АДФ-индуцируемой АТ до нормальных значений.

0517 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЦА

Лядов К.В., Шаповаленко Т.В., Бедрицкий С.А., Уваров А.В.

Национальный медико-хирургический центр им. Пирогова Росздрава, Москва, Россия

В нашем центре впервые в Восточной Европе применен новый метод лечения ишемической болезни сердца – ударно-волновая терапия. Метод заключается в сфокусированном воздействии серии ударных волн на участки миокарда с обратимой ишемией. Генератор ударных волн позиционировался при помощи ультразвукового сканера. Нанесение ударного воздействия осуществлялось в фазу ранней диастолы под контролем ЭКГ. Терапия была проведена 13 пациентам (11 мужчин, 2 женщины). Средний возраст пациентов составил 59,6±6,9 лет. Все пациенты имели в анамнезе инфаркт миокарда, у всех сохранялись явления стенокардии (средний класс стенокардии 2,2±0,9). Пациентам были проведены нагрузочная проба в варианте эргоспирометрии, стресс-эхокардиография. Пациентами были заполнены опросники для больных стенокардией (Seattle angina questionnaire). По результатам стресс-эхокардиографии были выявлены зоны обратимой ишемии миокарда (индекс нарушения локальной сократимости на нагрузке 4,6±1,7). Терапия проводилась в течение 9 недель, всего на курс было проведено по 9 сеансов (3 сеанса через день на 1, 5, 9 неделях). Каждый сеанс включал ударное воздействие 300 импульсов на 3 зоны миокарда (всего 2700 импульсов за курс). Переносимость процедур была хорошей. После проведения курса лечения были проведены повторные исследования. Произошло изменение класса стенокардии (средний класс после терапии 1,5±0,6). Отмечено увеличение мощности пороговой нагрузки на 18,5%, уменьшение индекса нарушения локальной сократимости при нагрузке (3,2±1,5). Уменьшилось ограничение физической активности пациентов (по результатам опросника) – 42±11 и 56±13 до и после лечения соответственно.

Вывод: первый опыт лечения показал обнадеживающие результаты для пациентов с ишемической болезнью сердца. В сочетании с неинвазивностью и безопасностью для пациента метод может перспективным направлением в кардиологии. Требуются дальнейшие изучение метода для оценки отдаленных результатов терапии, создания методических рекомендации по его применению.

0518 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Лямина Н.П., Сенчихин В.Н., Мухортов В.В., Лазарева Е.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Встречаемость модифицируемых факторов риска развития атеросклероза у мужчин, по результатам эпидемиологических исследований, в молодом возрасте достаточно высока, поэтому использование эффективных и безопасных методов их коррекции является важной медицинской и социальной проблемой в

Tesis_006_end.indd 220 24.08.2006 22:25:30
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

настоящее время.

Целью исследования явилось изучение влияния контролируемых физических тренировок умеренной интенсивности (ФТУИ) на модифицируемые факторы риска атеросклероза (артериальную гипертонию, гиподинамию, избыточную массу тела, дислипидемию) у лиц мужского пола молодого возраста.

Обследовано 71 пациент, мужского пола, с АГ I степени (АД<160/100 Мм рт. ст.), в возрасте от 18 до 45 лет, имеющих модифицируемые факторы риска, которым согласно алгоритму врачебной тактики «Национальных рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению АГ» было рекомендовано динамическое наблюдение с мониторингом АД в течение 3-6 месяцев и немедикаментозная коррекция образа жизни. Пациенты были рандомизированы на 2 группы. Пациенты 1 группы (n=37, ср.возраст 33±4,7 лет, АДс 151,8±8,1 мм рт.ст и АДд 95,0±4,8 мм рт.ст, ИМТ 28,0±3,8, ОХС 200±4,7 мг/дл, ЛПНП 154,0±3,2 мг/дл, ЛПВП 26,8±2,1 мг/дл) выполняли врачебные рекомендации по немедикаментозной коррекции образа жизни. Пациенты 2 группы (n=34, ср. возраст 35±4,8 лет, АДс 152,3±6,8 и АДд 94,9±4,8, ИМТ 27,0±4,7, ОХС 200±5,1 мг/дл, ЛПНП 156±3,5 мг/дл, ЛПВП 25±4,5 мг/дл,) выполняли врачебные рекомендации по немедикаментозной коррекции образа жизни и контролируемые ФТУИ на велотренажере (Ketler, Германия) 3-5 раз в неделю в течение 3 месяцев. Тренирующая нагрузка рассчитывалась как 60% от толерантности к физической нагрузке, определяемой по тредмил-тесту (Helige 2000 Германия), с учетом ЧСС-тренирующей. Всем пациентам в начале исследования и через 3 месяца проводились ЭКГ, ДопЭхоКГ, тредмил-тест, суточное мониторирование АД, антропометрическое исследование с вычислением индекса массы тела (ИМТ), определялся липидный спектр крови. В начале исследования пациенты 1 и 2 группы были сравнимы по клинико-демографическим характеристикам. Через 3 месяца наблюдения у пациентов 1 группы в среднем отмечалось снижение АДс на 7,5±0,92 Мм рт. ст. и АДд на 2,9±0,61 Мм рт. ст. снижение ИМТ на 0,21±0,09, снижение уровня ОХС на 5,1±1,06 мг/дл, ЛПНП на 3,2±0,7 мг/дл, концентрация ХС ЛПВП и толерантность к физической нагрузке не изменились. У пациентов 2 группы после курса в течение 3 месяцев контролируемых ФТУИ отмечалось снижение АДс на 10,2±1,25 Мм рт. ст. и АДд на 5,2±0,81 Мм рт. ст., снижение ИМТ на 0,36±0,13, ОХС на 8,1±1,9 мг/дл, ЛПНП на 6,7±0,9мг/дл, увеличение уровня ХС ЛПВП на 4,3±1,2 мг/дл, повысилась толерантность к физической нагрузке на 26,5%.

Таким образом, длительные контролируемые ФТУИ, проводимые на фоне методов по немедикаментозной коррекции образа жизни являются эффективными для коррекции модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний у лиц молодого возраста.

0519 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST

Магдеев Р.М., Решетько О.В., Фурман Н.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии, Саратов, Россия

Цель исследования. Оценить структуру лекарственных средств (ЛС), назначаемых при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе больным с острым коронарным синдромом (ОКС) с подъемом ST в 2002 г. и в 2005 г.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе ММУ «Городская клиническая больница №2» г.Саратова. Ретроспективно оценивались сопроводительные листы пациентов, доставленных в стационар бригадами скорой помощи в 2002 и 2005 годах, (за 2 года), с диагнозом ОКС с подъемом сегмента ST. В специально разработанной индивидуальной регистрационной карте отмечались демографические данные пациентов, основной диагноз и сопутствующие заболевании, назначенные ЛС с указанием режима их применения (доза, кратность, путь введения). Лекарственные средства кодировались в соответствии с ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) классификацией. Полученные данные обрабатывались с помощью компьютерной программы Excel для Windows 2000.

Результаты исследования. Было проанализировано 53 сопроводительных листа скорой медицинской помощи больных с ОКС с подъемом ST, из которых 56,6% за 2005 г. и 43,4% за 2002г. В 2002 году для обезболивания на догоспитальном этапе у 27,7% больных использовали морфина гидрохлорид, у 26% –промедол, у 23,3% – метамизол натрия, у 15,3% –омнопон. У 7,7% пациентов обезболивания на догоспитальном этапе не проводилось. В 2005 г. для обезболивания в 46,6% случаев применялся омнопон, в 36,7% – морфин, в 6,7 % –кеторол и в 6,7% –промедол. У 26,7% больных параллельно с обезболиванием омнопоном и промедолом, вводился метамизол натрия внутривенно в дозе 2 мл. У 3,3 % пациентов обезболивания на догоспитальном этапе не проводилось. Нитраты в 2002г. были назначены 50%, а в 2005г. –63,3% больных. -адреноблокаторы в 2002г. использовались у 17,4% пациентов. При этом половине больных был назначен пропранолол сублингвально, а половине – внутривенно. В 2005 г. β-адреноблокаторы использовались в 36,7% случаев. Применялся только пропранолол сублингвально. В 2002г. антиагрегантная терапия в виде ацетилсалициловой кислоты на догоспитальном этапе была назначена только 3,8% больных, а в 2005г. –46,7% пациентов. Другие антиагреганты не применялись. Антикоагулянтная терапия (гепарином) в 2002 г. на этапе скорой медицинской помощи не проводилась, а в 2005г. она была проведена 16,7% больных (в виде внутривенного введения гепарина в дозе 5 тыс ЕД). Ингибиторы АПФ в 2002г. врачами скорой помощи для лечения больных с ОКС с подъемом сегмента ST не использовались, а в 2005г. –были назначены 6,7% пациентов. Препараты других фармакологических групп использовались при развитии осложнений ОКС.

Таким образом, фибринолитическая терапия на догоспитальном этапе лечения ОКС с подъемом ST до настоящего не проводится. В то же время в течение последних трех лет значительно увеличилась частота назначения антиагрегантной, антикоагулянтной терапии бригадами скорой медицинской помощи, а также частота применения β-адреноблокаторов.

0520 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИНОГО МОЗГА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ.

Мазовецкий С.А., Теблоев К.И, Арабидзе Г.Г.

ГОУ ВПО “МГМСУ Росздрава”, Москва, Россия

Цель: комплексное исследование сердечно- сосудистых нарушений у пациентов с травмой спинного мозга и возможности их коррекции с помощью □-миметика мидодрина (М.).

Методы: в исследование вошли 80 человек, из них 50 пациентов мужчин в позднем периоде травматической болезни спинного мозга (ТБСМ) (средний возраст 30,12+8,09) и 30 здоровых мужчин контрольной группы (средний возраст 23,42+4,03). Всем обследованным проведена ортостатическая проба (ОП), во время которой изучены клиническая картина, АД, линейная скорость кровотока в сосудах мозга (ЛСК). Пациентам с выявленной клинической картиной ортостатической гипотензии (ОГ) назначен М. в дозе 2,5-10 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней. После лечения проведена повторная ОП с исследованием клинических показателей, АД, ЛСК.

Результаты: в контрольной группе явлений ортостатической гипотензии (ОГ) не выявлено. СрСАД в положении лёжа –121+7 мм рт.ст, при проведении ОП –114+8 Мм рт. ст. СрДАД в положении лёжа –72+6, при проведении ОП –66+7 Мм рт. ст. СрЛСК в положении лёжа –21+3 см/сек, при проведении ОП –19+4 см/сек. СрЧСС в положении лёжа –72+10 уд/мин, при проведении ОП –94+12 уд/мин. У всех 50 пациентов с ТБСМ на фоне ОП наблюдалось выраженное снижение САД, ДАД и ЛСК, при этом у 31 пациента клинических проявлений не было, тогда

Tesis_006_end.indd 221 24.08.2006 22:25:30
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

как у 19 пациентов ОП сопровождалось клиническими проявлениями. У 31 пациента без клинических явлений ОГ СрСАД в положении лёжа составило с 114+7 Мм рт. ст. при проведении ОП –68+6 Мм рт. ст., СрДАД в положении лёжа 63+4, при проведении ОП –39+6 Мм рт. ст. СрЛСК в положении лёжа –22+4 см/сек, при проведении ОП –17+3 см/сек. СрЧСС в положении лёжа –76+11 уд/мин, при проведении ОП-132+16 уд/мин. У 19 больных ТБСМ с выявленными клиническими проявления ОГ СрСАД в положении лёжа составило –106+9 мм рт.ст, при проведении ОП –62+6 Мм рт. ст. СрДАД в положении лёжа –60+9 Мм рт. ст., при проведении ОП –37+7 мм.рт.ст. СрЛСК в положении лёжа –19+3 см/сек, при проведении ОП –15+5 см/сек. СрЧСС в положении лёжа –68+12 уд/мин, при проведении ОП –144+15 уд/мин. Всем пациентам ТБСМ с клиническими проявлениями ОГ назначен М. на 10 дней, проведена повторная ОП во время которой изучены клиническая картина, АД, ЧСС и ЛСК. В результате терапии М. – у 16 из 19 пациентов клинические симптомы ОГ при ОП исчезли. У этих пациентов СрСАД в положении лёжа составило –112+7 мм рт.ст, при проведении ОП –66+4 Мм рт. ст. СрДАД в положении лёжа –62+6 Мм рт. ст., при проведении ОП –48+7 Мм рт. ст. СрЛСК в положении лёжа –21+3 см/сек, при проведении ОП –18+4 см/сек. СрЧСС в положении лёжа –63+10 уд/мин, при проведении ОП –134+12 уд/мин. У 3 пациентов терапия мидодрином не оказала существенного влияния ни на клинические проявления ОГ, ни на показатели АД, ЧСС и ЛСК.

Выводы: у всех 50 больных ТБСМ выявлена ОГ. При этом, лишь у 38% (19 больных) она сопровождалась клиническими проявлениями. Терапия М, значительно улучшает переносимость ОП, снижается количество больных с клиническими проявлениями, уменьшается степень падения САД, ДАД, снижается ЧСС и повышается ЛСК во время ОП.

0521 СРАВНЕНИЕ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА, КАК СПОСОБ ДАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Мазур В.В., Калинкин А.М., Мазур Е.С.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Принципиальное различие хирургических подходов к лечению дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) и постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) делает актуальным поиск эхокардиографических показателей, позволяющих надежно разграничивать эти заболевания.

Обследовано 26 больных ДКМП (мужчины, средний возраст 41,9±2,7 года) и 49 больных ПИКС (мужчины, 56,4±1,3 года). Больные с инфарктом правого желудочка в анамнезе в обследование не включались. Контрольную группу составили 14 практически здоровых мужчин (средний возраст 46,6±1,7 года). При эхокардиографическом исследовании (аппарат Sonos 2000, HP) определялись фракции выброса правого и левого желудочка (ФВЛЖ и ФВПЖ), рассчитывалась разность этих показателей (ФВПЖ-ФВЛЖ).

Проведенное исследование показало, что во всех выделенных группах ФВПВ была существенно и достоверно выше, чем ФВЛЖ (у больных ДКМП –51,73±3,03% и 32,2±1,7, у больных ПИКС –70,5±2,1% и 40,2±1,5%, в контрольной группе –77,9±1,5% и 61,3±0,5%, все $p<0,01$). Средние величины ФВПЖ-ФВЛЖ у больных ДКМП и здоровых лиц достоверно не отличались и равнялись соответственно 19,5±2,3 и 16,6±1,4 процентных пунктов. У больных ПИКС величина рассматриваемого показателя была существенно и достоверно больше, составив в среднем 30,3±1,7 процентных пункта (оба $p<0,01$).

Таким образом, у больных ПИКС разница величин ФВ правого и левого желудочка значительно больше, чем у больных ДКМП и здоровых лиц, что позволяет использовать этот показатель для дифференциальной диагностики указанных заболеваний.

0522 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ

Мазур В.В., Калинкин А.М., Мазур Е.С.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель работы –сравнение состояния левого (ЛЖ) и правого желудочков (ПЖ) сердца у больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС).

Эхокардиографическое исследование (аппарат Sonos 2000, HP) проведено 26 больным ДКМП (мужчины, средний возраст 41,9±2,7 года) и 49 больным ПИКС (мужчины, 56,4±1,3 года). Определялись конечный диастолический объем левого и правого желудочков (КДОЛЖ и КДОПЖ), их фракции выброса (ФВЛЖ и ФВПЖ) и состояние диастолической функции.

Между группами больных ДКМП и ПИКС не выявлено статистически значимых различий по средним величинам КДОЛЖ (соответственно 177,9±9,2 и 167,7±6,8 мл), однако, КДОПЖ у больных ДКМП был в среднем достоверно больше, чем у больных ПИКС (соответственно 106,6±5,4 и 86,1±2,7 мл, $p<0,05$). ФВЛЖ у больных ДКМП была в 1,25 раза меньше, чем у больных ПИКС (соответственно 32,2±1,7 и 40,2±1,5%, $p<0,01$), ФВПЖ – меньше в 1,36 раза (51,7±3,0% и 70,5±2,1%, $p<0,01$). НДФЛЖ по релаксационному типу выявлено у 26,9±8,7% больных ДКМП и у 67,3±6,7% больных ПИКС ($p<0,01$), по рестриктивному – соответственно в 69,2±9,1 и 30,6±6,6% случаев ($p<0,01$). НДФПЖ по релаксационному типу отмечалось у 57,7,9±9,7% больных ДКМП и у 30,6±6,6% больных ПИКС ($p<0,01$), по рестриктивному – у 26,9±8,7 и 2,0±2,0% ($p<0,01$).

Таким образом, проведенное исследование показало, что выделенные группы сопоставимы по степени дилатации ЛЖ, однако, нарушения систолической и диастолической функции ЛЖ у больных ДКМП более выражены, чем у больных ПИКС. Дилатация ПЖ, нарушение его систолической и диастолической функции у больных ДКМП более значимы, чем у больных ПИКС. При этом, различия в структурно-функциональном состоянии левого и правого желудочков сердца у больных ПИКС более выражены, чем у больных ДКМП.

0523 ПАТОЛОГИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Макарова В. Л., Смоленская О.Г, Зенин Д.М., Пивень А.И., Суслов С.А.

ГОУ ВПО УГМА, ООО «ГКБ №41», Екатеринбург, Россия

Катастрофический рост нарушений углеводного обмена в популяции и связанное с этим дальнейшее увеличение патологии сердечно-сосудистой системы в последние годы является причиной наиболее пристального внимания кардиологов к этой группе больных. Целью настоящего исследования было выявление атеросклеротического поражения коронарного русла с определением содержания кальция в сосудистой стенке у больных, имеющих патологию углеводного обмена.

Обследовано 85 пациента в возрасте 45-65 лет (53,5±5,6 года), из них: мужчин – 75, женщин –10. Нарушение углеводного обмена без клиники ИБС (1 группа) установлены у 55 больных (у 19 человек СД 2 типа, у 18 –нарушение толерантности к глюкозе, у 18 –гипергликемия натощак). В группу сравнения (2 группа) соответствующего половозрастного состава вошли

Tesis_006_end.indd 222 24.08.2006 22:25:30
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

30 пациент с ИБС, стабильной стенокардией II–III функционального класса без нарушений углеводного обмена. Оценки состояния коронарных артерий (КА) с определением содержания кальция в коронарных сосудах по методике Ca-score осуществлялась на мультидетекторном спиральном компьютерном томографе Somatom Sensation16, Siemens.

В результате анализа полученных данных у больных 1 группы патологические изменения в коронарных артериях атеросклеротического генеза были выявлены у 32 человек (58,18%), т.е. более чем в половине случаев, а во 2 группе – у 22 больных (73,33%). 6 больных из 1 группы (10,9%) имели гемодинамически значимые стенозы, 5 из них (83,33%) страдали СД 2 типа. В количественном выражении Минимальная и незначительная кальцинация сосудов (1-100 ед.) чаще установлена у больных 1 группы (40 %), а умеренная и выраженная (101-400 ед.) – во 2 группе (35,48%), причем в 1 группе отложения кальция в коронарных сосудах чаще не сопровождались наличием гемодинамически значимого стеноза (14,55% больных), а при ИБС подобная картина была лишь в 9,52% случаев. Отложение кальция в коронарных сосудах наиболее выражено у больных с СД 2 типа (в 73,68% случаев), несколько реже при нарушении толерантности к глюкозе (55,56%), и еще реже при гипергликемии натощак (38,89%).

Таким образом, нарушение углеводного обмена несомненно является фактором риска развития атеросклероза. Атеросклеротические изменения в коронарных артериях у данной категории больных появляются еще до развития сахарного диабета 2 типа, нарастают по мере утяжеления углеводных нарушений и по многим параметрам сопоставимы с показателями больных ИБС. Изменения в артериальной стенке характеризуются значительно более ранним отложением кальция по сравнению с формированием стеноза и, возможно, этим фактом может быть обусловлено своеобразие течения ИБС у больных СД 2 типа.

0524 УКОРОЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛА PR, ДВУНАПРАВЛЕННАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ И БРАДИКАРДИЯ – КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ АРИТМОГЕННОЙ СМЕРТИ

Макаров Л.М., Курылева Т.А., Чупрова С.Н., Комолятова В.Н., Гарипов Р.Ш.

Отделение диагностики аритмий ДНПЦ нарушений сердечного ритма, МНИИП и ДХ Росздрава, Москва, Россия

Двунаправленная желудочковая тахикардия – одна из наиболее опасных форм полиморфной желудочковой тахикардии. Идиопатические формы (катехоламинергические – КЖТ) встречаются преимущественно у лиц молодого возраста. Механизм и прогноз КЖТ мало изучен. Целью исследования явилось изучение особенностей ритма сердца у больных с идиопатической ДЖТ. Обследовано 20 больных с КЖТ 3-15 лет (8,5±3,2). Впервые КЖТ была выявлена у 12 больных (60%) при Холтеровском мониторировании (ХМ), у 6 (30%) – на ЭКГ покоя, 2 (10%) –тредмил-тесте, 6 больных ранее лечились от эпилепсии. Всем проведены: ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ. Органические заболевания, пороки сердца, синдромы удлиненного интервала QT и Бругада были исключены у всех больных, никто не получал дигоксин. У 13 больных на ЭКГ покоя выявлен короткий (<0,11с) интервал PR (КИРR) без других проявлений синдрома WPW (у 6 больных он исключен при ЭФИ). Все больные с КИРR имели синкопе (4,9±3,7/год против 2,6±2,0/год у больных без КИРR), случаи клинической смерти были у 6 больных (все с КИРR), 2 из которых внезапно умерли в процессе наблюдения. ЧСС и циркадный индекс – ЦИ (отношение дневной к ночной ЧСС при ХМ) составили 56,3±8,7 vs 78,1±2,8 уд/мин и 1,69±0,09 vs 1,42±0,18 (p=0,009) соответственно у больных с КИРR и без. Укорочение QTc<350 мс и суправентрикулярные тахикардии были выявлены только у больных с КИРR – 4 (30,8%) и 7 (53,8%) соответственно. ВРС была достоверно исходно повышена у всех больных с КИРR по сравнению с нормативными лимитами в следующих параметрах: Mean 870,5±125 мс против 706±46 мс (p<0,05); SDNNi 130±45 против 78±14 мс (p<0,05); rMSSD 117±44 против 60±12 мс (p< 0,05), pNN50 47±12 против 27±12% (p<0,02). Показатели ВРС нормализовались на фоне эффективной антиаритмической терапии (β -блокаторы, верапамил, ритмонорм).

В ряде работ нами выявлен аналогичный ЭКГ паттерн, но не отмеченный авторами (D.Reid 1975, Eisenberg S 1995 и др.), что позволяет считать его более распространенным, чем считалось ранее. В основе данного паттерна может лежать повышение чувствительности АВ соединения и миокарда в целом миокарда к симпатическим влияниям на фоне исходной ваготонии, что отражено в выраженной брадикардии без признаков СССУ и высоких значениях ЦИ. Заключение: КЖТ в сочетании с укорочением интервала PR является оригинальным специфическим паттерном или синдромом в группе больных с КЖТ. Все больные с синкопальными состояниями неясной этиологии, укорочением интервала PR на ЭКГ нуждаются в исключении КЖТ на основании проведения повторных ХМ и/или стресс-тестов.

0525 ТЕНДЕНЦИИ ВО ВНЕГОСПИТАТАЛЬНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ДО 45 ЛЕТ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Макаров Л.М., Дроздова А.И., Черкасов Н.С., Багдасарян И.О.

Московский НИИП и ДХ МЗ РФ Росздрава, Москва, Россия; Астраханская медицинская академия, Астраханская ОДКБ, Астрахань, Россия

Цели исследования: определить распространенность внегоспитатальной внезапной смерти (ВСС) у лиц молодого возраста до 45 лет в Астраханской области.

Методы: Проанализировано 6289 случая смерти, зарегистрированных в Астраханской области за период с Января 2004 по Октябрь 2005 года. Результаты: Всего было выявлено 130 случая ВВС у лиц молодого возраста (до 45 лет) среди всех погибших (2%). Из них 116 (89%) были мужчины (М) и 14 (11%) –женщины (Ж). У 38 (29%) из 130 погибших 29 М (76%), 7 Ж (24%), при патологоанатомическом исследовании не было выявлено признаков очевидных заболеваний сердца и сосудов, которые могли бы стать причиной смерти. У 45 (41-М, 5–Ж) из 130 (35%) погибших причиной смерти явились острый инфаркт миокарда или коронарный криз. 4 (80%) погибших были моложе 40 лет; 5 (15%) моложе 35 лет и 1 (20%) моложе 30.

Выводы. ВВС у лиц молодого возраста (до 45 лет) составляет до 2% в структуре общей смертности в Астраханской области. До 25% случаев ВВС у лиц моложе 45 лет не связаны с очевидными заболеваниями сердца и сосудов. Предупреждение ВВС в этой возрастной группе должно включать прижизненное исключение причин и заболеваний ассоциированных с высоким риском развития внезапных жизнеугрожающих аритмий и внезапной смерти.

0526 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Макаров Л.М., Комолятова В.Н., Ахунова С.Ю., Горлицкая О.В.***

ФГУ МНИИП и ДХ Росздрава, Москва, Россия; *Межрегиональный КДЦ, Казань, Россия; **2 Муниципальная больница, Саратов, Россия

Цель: определение прогностического значения турбулентности ритмам (ТРС) у больных с желудочковыми тахиаритмия-

Tesis_006_end.indd 223 24.08.2006 22:25:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ми и роли вегетативных влияний в ее формировании.

Материалы и методы: анализ ТРС (турбулентность «onset» -ТО и турбулентность «slope»-TS) был проведен у 92 пациентов (14 из них-16,6% имели синкопальные состояния в анамнезе), 44 муж. и 40 ж. (ср. возраст 26,1±22,5), имеющих желудочковые экстрасистолы во время проведения холтеровского мониторирования (ХМ). В группу обследование вошли больные: 53 пациента с идиопатической желудочковой экстрасистолией –ИЖЭ (2 с синкопальными состояния), 3 –с синдромом удлиненного интервала QT-СУИQT (все с синкопе), 9 – с катехоламинергической двунаправленной желудочковой тахикардией –КЖТ (все с синкопе), 1 –с аритмогенной дисплазией правого желудочка –АДПЖ (синкопе), 1 –с синдром Бругада (без синкопе), 1 –с синдром короткого интервала QT (синкопе), 5 –с дилатационной кардиомиопатией –ДКМП (все с синкопе), ФВ<40%, 1 с идиопатической фибрилляцией желудочковой (синкопе), 18 пациентов с ИБС и недостаточностью кровообращения (НК) II степени, из которых 8 проводилось ХМ повторно на фоне приема антиаритмических препаратов I-III класса с -блокирующими свойствами (эгилок, ритмонорм, кордарон, соталол). Определялись показатели ЧСС и циркадного индекса (ЦИ). ЦИ определялся, как отношение средней дневной ЧСС к средней ночной. У всех пациентов определялась ТО (100%),а TS у 21 пациента (25%). Анализ ТРС проводился по критериям G.Smidtt и соавтр. (1999г.) Катамнез составил (5,2±4,3 лет), у 26 (40,6%) больных отмечена отрицательная динамика: синкопе, дилятация сердца, сердечная недостаточность, 10 – пациентов умерли (1-СУИQT, 5- ДКМП, 1-АДПЖ, 2-КЖТ, 1-ИБС), 2 во время проведения ХМ (пациентки 13 лет с ДКМП и 77 лет с ИБС).

Результаты: отмечены достоверно более низкие показатели ЦИ у пациентов принимающих антиаритмические препараты. Патологические значения ТО (ТО>0) были выявлены у всех больных с КЖТ (4,1±11,7) и ДКМП (0,50±1,02) и 5 с ИЖЭ (2 из них имели синкопе и толерантность к проводимой антиаритмической терапии), 5 с ИБС, в том числе обе пациентки умершие во время ХМ. Чувствительность оценки ТО для определения плохого прогноза ЖЭС составила 45%, специфичность – 89%. Патологических значений TS выявлено не было при норме 2,5 мм/RR. Отмечена положительная нестойкая ассоциация (r=+0,56) между показателем ТО и ЦИ у больных с ИЖЭ, и отсутствие взаимосвязи между этими параметрами у пациентов, принимающих антиаритмические препараты (r=-0,22).

Выводы: Прием антиаритмических препаратов ведет к ригидности циркадного ритма сердца и снижению ЦИ. ТРС – новый высокоспецифичный метод оценки ритма сердца у больных с кардиоваскулярной патологией. Изменения ТРС определяются особенностями вегетативной регуляции ритма сердца.

0527 ВСЕМИРНЫЙ ВЕБ-СИМПОЗИУМ ПО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБМЕНА НАУЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ И ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ КАРДИОЛОГОВ

Макаров Л.М., Комолятова В.Н., Васюк Ю.А.

Международное общество Холтеровского мониторирования и неинвазивной электрокардиологии (ISHNE), МНИИП и ДХ Росздрава, Кафедра клинической функциональной диагностики МГМСУ, Москва, Россия

В апреле 2006г. прошел Всемирный веб-симпозиум (ВС) посвященный сердечной недостаточности (СН). Сайт симпозиума http://www.hf-symposium.org). ВС организован Международным обществом Холтеровского мониторирования (ISHNE, www.ISHNE.org), президент ВС A. Moss (Рочестер, США), председатель научного комитета S. Dubner (Аргентина). В программе ВС были лекции мировых лидеров в изучении СН, дискуссии, презентации клинических случаев и интерактивные форумы вместе с ведущими специалистами мира по данной проблеме, в том числе российскими (В.Ю.Мареев, Арутюнов Г.П., Васюк Ю.А. и др.). Участникам ВС имели возможность получить образовательные кредиты от ACCME-USA, принимаемые в зачет в программе постдипломного образования врачей во многих странах мира. Официальным языком ВС являлся английский, однако, были организованы сектора на русском, испанском, португальском и китайском языках. Эффективность проведения ВС сравнима с самыми крупными международными научными форумами. В последнем ВС ISHNE (2005г.) по мерцательной аритмии приняли участие врачи из 93 стран, материалы загружались 33,981 раз (22,559 раз лекции, 6,655 –описание клинических случаев, 4,766 – интервью). Только Лекция F. Marcus была загружена через интернет врачами из разных стран более чем 6000 раз! Организация научных и образовательных веб-симпозиумов является новой, перспективной формой научных контактов и обучения и может служить эффективным дополнением к традиционным методам, особенно в для российских врачей в условиях часто значительной оторванности от крупных медицинских центров и в свете постоянно повышающих современных требований к уровню профессиональной подготовки врача и ученого.

0528 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛОПИДОГРЕЛЯ В СОЧЕТАНИИ С АСПИРИНОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЬЕМОМ СЕГМЕНТА ST.

Макарычева О.В., Дыскин Ю.А., Васильева Е.Ю., Шпектор А.В.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель исследования: оценить целесообразность сочетанной антиагрегантной терапии клопидогрелем и аспирином при проведении тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST.

Материалы и методы: в исследование включен 131 больной ОКС с подъемом сегмента ST. Всем больным проводился системный тромболизис стрептокиназой. 46 больных получили, помимо стандартной терапии (включая аспирин), клопидогрель в дозе 300 мг перед началом системного тромболизиса с последующим приемом 75 мг в сутки. 85 пациентов составили контрольную группу.

Результаты исследования: отмечалась тенденция к уменьшению летальности в группе больных, принимавших клопидогрель: умерло 4 человека (8,7%) по сравнению с 11 пациентами (12,8 %) в контрольной группе (p<0,07, по критерию II).

В группе больных, получивших клопидогрель, не было ни одной смерти от острой сердечной недостаточности, тогда как в контрольной у 8 пациентов (9,4%) причиной смерти была острая недостаточность кровообращения (p<0,03, по критерию II). Фракция выброса левого желудочка в первые – вторые сутки заболевания в группе больных, получавших терапию клопидогрелем, оказалась достоверно выше по сравнению с контрольной группой (52,8%±2,2 и 46,5%±2,0, p<0,03). Ранняя постинфарктная стенокардия встречалась чаще в контрольной группе –у 39 пациентов (48,1%) по сравнению с 14 пациентами (30,4 %), получившими клопидогрель, но эта тенденция не достигла статистически значимых величин (p=0,06).

Заключение: Применение сочетанной антиагрегантной терапии клопидогрелем и аспирином при тромболизисе у больных ОКС с подъемом сегмента ST позволяет сохранить большую массу миокарда левого желудочка, что приводит к уменьшению смертности от острой сердечной недостаточности.

Tesis_006_end.indd 224 24.08.2006 22:25:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0529 ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПОДВЕРЖЕННОСТИ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

Макеева О.А., Минайчева Л.И., Погребенкова В.В., Пузырев В.П.

ГУ НИИ медицинской генетики ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Несмотря на стремительное развитие технологий генотипирования, большинство генетических тестов, использующихся на практике, направлено на выявление моногенных заболеваний, затрагивающих в общей сложности не более 5% общей популяции. Однако уж сегодня накоплен большой объем знаний о генетических вариантах, предрасполагающих к развитию сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), которые занимают в структуре смертности более 60%. Выявление наследственной предрасположенности к болезни (в том числе предиктивное тестирование), может предотвратить развитие у пациента необратимых изменений органов и тканей, посредством осуществления профилактических мероприятий и более агрессивного подхода к лечению.

На основе собственных исследований и анализа данных мировой литературы в НИИ медицинской генетики Томского научного центра СО РАМН разработана панель генетических маркеров для диагностики наследственной предрасположенности к сердечно-сосудистым заболеваниям. Панель включает варианты генов, предрасполагающих к венозным тромбозам, нарушению обмена гомоцистеина, регуляции сосудистого тонуса, гипертрофического ответ миокарда, атеросклероза и др. Среди критериев для выбора генетических вариантов, наряду с участием продуктов генов в ключевых метаболических путях и подтвержденными ассоциациями с сердечно-сосудистыми эндофенотипами/ болезнями в исследуемой популяции, служили данные о наличии фармакогеномных эффектов выбранных генов.

Опыт внедрения генетических тестов для оценки предрасположенности к мультифакториальным заболеваниям (МФЗ) показывает, что основными проблемами являются: (1) разработка четких критериев для оценки целесообразности тестирования тех или иных генетических вариантов (клиническая значимость); (2) разработка алгоритмов оценки риска; (3) необходимость обучения врачей общей практики эффективному использованию результатов тестирования; (4) этические проблемы. Необходимы исследования по сравнению эффективности новых генетических подходов с уже существующими «классическими» системами оценки риска сердечно-сосудистых осложнений на основании измерения промежуточных фенотипов (АД, уровень общего холестерина и т.д.). Проведенный специальный опрос врачей и населения г. Томска об отношении к генетическому тестированию, выявляет огромный интерес и доверие как врачей, так и пациентов к генетическим технологиям. Более 90% опрошенных врачей считают, что результаты тестирования могут помочь им убедить пациента в необходимости профилактики и лечения МФЗ. В то же время, более 70% пациентов готовы изменить образ жизни, если у них будет выявлен повышенный риск развития патологии. Таким образом, несмотря на ряд трудностей, которые еще только предстоит преодолеть, нет сомнения в том, что генетическое тестирование подверженности к ССЗ, может значительно повлиять на клиническую практику уже в ближайшие годы.

Работа поддержана грантами РФФИ № 04-04-48532а и Администрации Томской области.

0530 ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Максютова Л.Ф., Максютова С.С., Фазлыева Р.М., Султанова Р.М., Гадельшина Р.Х., Хасанова И.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель работы: проанализировать терапевтическую эффективность комплексного санаторно-курортного лечения больных ИБС.

Методы. Было обследовано 38 больных, страдающих хронической ИБС (длительность заболевания 8,4±4,5 лет, из них –20 мужчин и 18 женщин в возрасте 48,9±7,6 лет), прошедших санаторно-курортное лечение в санатории Карагай в Мечетлинском районе Республики Башкортостан. Курс лечения составил 10-21 день. После адаптации в течение 2-3 дней проводилось объективное исследование больных и в зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы, продолжительности заболевания, толерантности к физической нагрузке им назначался соответствующий комплекс лечебных процедур (бальнеотерапия, грязелечение, электролечение, массаж, психотерапия, оксигенотерапия (дозированная ходьба по сосновому бору по 30-40 Мин 3 раза в день, ежедневно) в сочетании с лечебной физкультурой и лечебным питанием). Базисную терапию ИБС пациенты получали по показаниям.

Полученные результаты. Уже через 3-5 дней пациенты отмечали улучшение самочувствия, снижение общей слабости. В дальнейшем наблюдалась положительная динамика клинических проявлений ИБС, что выражалось в снижении частоты развития приступов стенокардии (на 38%, $p<0,05$), их интенсивности. Имела место стабилизация артериального давления при его повышенном уровне ($p<0,05$). Также отмечалось увеличение терапевтической эффективности кардиотропных и коронаролитических препаратов, толерантности к физической нагрузке, что подтверждалось повышением физической активности пациентов и возрастанием дистанции, проходимой ими при пеших прогулках ($p<0,05$). Были зафиксированы положительные изменения на ЭКГ, снижение ЧСС в покое и не резкое повышение ее при физических нагрузках ($p<0,05$), улучшение реологических свойств крови, тенденция к нормализации липидного спектра крови. Применение в комплексном лечении бальнеопроцедур, массажа, оксигенотерапии, лечебной физкультуры и лечебного питания и, особенно, психотерапии, способствовало нормализации сна, уменьшению раздражительности и нервозности, улучшению настроения больных, а также оказало положительное влияние на показатели гормонально-метаболического профиля (снижение гликемии и уровня липопротеидов низкой плотности). У 8-10% больных наблюдалось учащение приступов стенокардии и нарушений ритма по типу предсердной и желудочковой экстрасистолии, повышение АД при применении тепловых бальнеопроцедур и грязелечения, что не является определяющими противопоказаниями для использования санаторно-курортных методов лечения при стабильном течении ИБС.

Выводы. Использование в комплексной терапии физических методов для лечения и профилактики стабильных форм ИБС позволяет улучшить качество жизни и повысить адаптационные возможности больных.

0531 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Максютова С.С., Муталова Э.Г., Максютова Л.Ф., Фрид С.А., Фаррахова Ф.И., Кудрявцева И.В.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности использования милдроната (М) у больных пожилого возраста с ИБС, осложненной сердечной недостаточностью (СН).

Методы. Нами проведено комплексное клиническое обследование 56 больных (34 мужчин и 22 женщин) в возрасте 68-79 лет с клиническими признаками II и III функционального класса –ФК (NYHA) СН на фоне ИБС. Снижение фракции выброса менее 50% определялось у 54% пациентов, у остальных ее значения не превышали 55%. У наблюдаемых больных оценивали

Tesis_006_end.indd 225 24.08.2006 22:25:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

клиническое состояние, показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики, толерантность к физической нагрузке по данным пробы 6-минутной ходьбы в течение курсовой 25-дневной терапии М в сравнении с дигоксином (Д) до и после лечения. Пациенты были разделены на 2 группы – 1-я (33 человека) получала М в суточной дозе 1,0 г и 2-я (23 больных) принимала Д 0,50 мг в сутки. В качестве базисной терапии использовались аспирин (0,125 г в сутки) у 87,2% больных, ретардные формы нитратов – у 46,3%, диуретики – у 18,5% больных.

Полученные результаты: на фоне применения М и Д у большинства больных отмечено значительное улучшение субъективного состояния, проявляющееся уменьшением одышки и астении. Снижение ФК СН к окончанию срока лечения выявлено при приеме М у 66,7% пациентов, а при лечении Д –у 76,3% больных. Изменения ЧСС при лечении М были незначительными, тогда как при приеме Д отмечалось урежение ЧСС в среднем на 22,5%. У больных, получавших М, наблюдалось снижение САД (с138,3±14,3 до 129,2±12,5 Мм рт. ст., p<0,05), тогда как при лечении Д изменения САД были недостоверными.

Влияние М на показатели внутрисердечной гемодинамики оценивали у больных со сниженными значениями ФВ. Средние величины МО достоверно повышались по сравнению с исходным уровнем при приеме М на 6,8%, с 4,39±0,98 до 4,69±1,02мл (p<0,05), Д – на 7,5%, с 4,52±0,77 до 4,86±0,87мл (p<0,05). Отмечалось достоверное возрастание показателей сократительной и насосной функции сердца в сравнении с исходным уровнем: при приеме М увеличение ФВ составило 11,7% (с 44,6±6,4 до 49,8±9,1%, p<0,05) и ФС – на 10,9% (с 24,8±1,8 до 27,5±2,5%, p<0,05). ФВ увеличилась при лечении Д на 16,9% (с 43,8±1,2 до 51,2±7,6%, p<0,05), а ФС – на 14,3% (с 25,1±1,2 до 28,7±2,2%, p<0,05). При выполнении пробы 6-ти Минутной ходьбы расстояние, преодолеваемое пациентами 1 группы, возросло на 12,2%, с 286,7±18,5 до 319,5±23,2 м (p<0,05), а во 2 группе оно повысилось на 17,7%, с 289,3±19,8 до 340,4±24,5 м (p<0,05).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о хорошей клинической эффективности М у больных пожилого возраста с СН II и III ФК на фоне ИБС. М способствует снижению ФК СН, повышает сократительную функцию левого желудочка и улучшает показатели физической работоспособности.

0532 ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Макухин В.В., Лобанова А.С., Нижельский С.А., Дурбанов С.А., Кирсанов С.П., Трегубов В.Г., Сентюрина Э.В., Чимерева Т.Р., Гутнева Л.В.

МУЗ Горбольница № 2 (КМЛДО), Краснодар, Россия

Целью работы явилось изучение динамики временных показателей вариабельности ритма сердца у больных инфарктом миокарда в процессе реабилитации, получавших, и не получавших β-адреноблокаторы.

Методы. Обследовано 79 больных инфарктом миокарда (74 мужчины, 5 женщин) возрастом от 37 до 82 лет. Инфаркт миокарда с зубцом Q имели 68 больных, без зубца Q – 11. Все пациенты получали лечение согласно общепринятым стандартам, в том числе 59 – -адреоблокаторы (у остальных больных имелись противопоказания к их применению). Исследование временных показателей вариабельности ритма сердца проводилось во время суточного мониторирования ЭКГ системой «MedExel» при поступлении в стационар (2-3 день), через 10-12 дней после поступления и при выписке из стационара (18-23 день). Статистическая обработка проведена с использованием пакета анализа Microsoft Excel.

Результаты. В целом по группе остром периоде инфаркта миокарда отмечалось снижение показателей вариабельности ритма сердца: SDNN – 84,58±5,09 с; SDANN – 64,8±4,9 с. Через 10-12 дней реабилитации временные показатели ВРС статистически достоверно повысились: SDNN – 100,54±4,16 (p<0,01); SDANN – 85,12±4,09 с (p<0,001). При выписке показатели вариабельности ритма сердца продолжали достоверно повышаться: SDNN до 114,93±6,14 с, SDANN – 99,2±5,83 с (p<0,05 в сравнении с предыдущим этапом).

Приём β-адреноблокаторов по нашим данным не приводил к статистически достоверным изменениям SDNN и SDANN. Однако в подгруппе пациентов, получавших -адреноблокаторы, при выписке отмечались достоверно (p<0,01) более высокие показатели SDNN index (52,72±3,9) и rMSSD (40,92±4,98), чем у больных, на соответствующем этапе не получавших эти препараты (SDNN index – 40,56±2,53; rMSSD – 26,0±3,26).

Выводы. Временные показатели вариабельности ритма сердца (SDNN и SDANN), сниженные в остром периоде инфаркта миокарда, в процессе реабилитации статистически достоверно возрастают. Приём β-адреноблокаторов не вызывает достоверных изменений SDNN и SDANN, но способствует повышению SDNN index и rMSSD.

0533 ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Малинова Л.И., Симоненко Г.В., Денисова Т.П., Довгалевский П.Я., Тучин В.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГУ им. Н.Г. Чернышевского Министерства науки и образования, Саратов, Россия

Введение. Межклеточные взаимодействия форменных элементов крови и сосудистой стенки в потоке являются ключевым механизмом регуляции перфузии миокарда. Изучение указанных взаимодействий in vivo лимитировано инвазивностью процедуры и разрешающей способностью визуализирующей техники. Поэтому нами была поставлена цель: оценить особенности структуры кровотока больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сравнении с практически здоровыми лицами в эксперименте.

Материалы и методы. Обследовано 20 пациентов ИБС (все мужчины, возрастной диапазон составил от 47 до 60 лет) стенокардией напряжения II и III функционального класса по Канадской классификации и 7 мужчин (52-59 лет) с острым Q инфарктом миокарда. Контрольную группу составили 10 практически здоровых мужчин в возрасте от 20 о 41 года. Образцы цельной крови забирались натощак, у пациентов с Q инфарктом миокарда в первые 30 Минут пребывания в блоке интенсивной терапии до начала проведения антикоагулянтной, тромболитической и антиангиальной терапии. Оценка структуры кровотока проводилась при помощи визуализации РС совмещенной видеокамерой с последующим покадровым анализом. В качестве сосуда использовалась силиконовая трубка диаметром сопоставимым с калибром средних коронарных артерий. Изучение проводилось на фоне постоянной объемной скорости кровотока (1 мл/ч) на фоне повышения концентрации глюкозы и добавления в исследуемую кровь 10 000 ED нефракционированного гепарина.

Результаты исследования. Обращала на себя внимание повышенная адгезивность форменных элементов крови к стенкам сосуда среди пациентов ИБС по сравнению с практически здоровыми лицами более выраженная у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ). Выявлены отличия профиля линейных скоростей во всех обследованных группах. У пациентов ОИМ отмечалось образование устойчивых к напряжению сдвига пространственных эритроцитарных агрегатов и микросгустков, сопровождавшихся ростом последних вплоть до полного перекрывания просвета трубки. В ответ на введение глюкозы отмечалось повышение тромбо- и агрегатообразования более выраженное у пациентов с ИБС. Причем пространственная организация последних качественно отличалась у больных ОИМ и стабильной стенокардией. Введение гепарина также изменяла профиль

Tesis_006_end.indd 226 24.08.2006 22:25:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

линейных скоростей в виде повышения скорости осевого тока и замедления пристеночного, также более выраженного у пациентов ОИМ.

Заключение. Полученные данные иллюстрируют особенности межклеточного взаимодействия форменных элементов крови в условиях ламинарного течения у пациентов ОИМ, стабильной стенокардией и практически здоровых лиц. Изучено качественное влияние глюкозы и гепарина на формирование структуры кровотока, как ключевого момента регуляции миокардиальной перфузии.

0534 КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Малинова Л.И., Довгалевский П.Я., Денисова Т.П.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия

Введение. Расшифровка значения ряда нейрогуморальных систем в процессах формирования и прогрессирования кардиальной патологии обусловила повышение интереса к исследованию функции почек у кардиологических больных. Нами была поставлена цель: проследить сопряжение поражения миокарда и почек у больных с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. Обследовано 87 пациентов ИБС, мужчины в возрасте от 45 до 74 лет. Период наблюдения составил 7 лет (2000-2006 гг.). У всех больных проводилось изучение параметра кажущейся вязкости цельной крови в диапазоне скоростей сдвига от 300 до 5 Гц, рассчитывались индексы агрегации и деформируемости эритроцитов. Определялись концентрации форменных элементов, характеристики насыщения эритроцитов гемоглобином, уровни общего холестерина, триглицеридов, глюкозы и креатинина. Оценивались систолическая и диастолическая функции миокарда при помощи ЭхоКГ. Проводился общий анализ мочи. Размеры почек, соотношение коркового и мозгового вещества, наличие кист изучались по данным УЗИ почек. На протяжении периода наблюдения изучалась динамика толерантности к физической нагрузке, количество и повод госпитализаций, уровни систолического, диастолического и пульсового артериального давления при каждом стационарном лечении.

Результаты. Обращало на себя внимание повышение уровня кажущейся вязкости цельной крови (на низких скоростях сдвига), степени протеинурии и уровня креатинина с ростом числа случаев острого коронарного события. Выявлены сильные корреляционные связи между уровнем вязкости крови и концентрацией креатинина спустя 3 и более лет (r =0,78, p=0,021). Установлена зависимость уровня пульсового артериального давления от уровня креатинина сыворотки крови. В группе пациентов, у которых при первом обследовании не было выявлено протеинурии, отмечалась зависимость ее появления от уровня вязкости цельной крови. Указанные подгруппы также статистически достоверно отличались по функциональному классу стенокардии спустя 5 лет после начала исследования. Обращало на себя внимание прогрессивное снижение фракции выброса левого желудочка более выраженное у пациентов со стабильной на протяжении всего периода наблюдения протеинурией. Выявлено прогрессивное нарастание признаков нефросклероза более выраженное среди пациентов с синдромом гипервязкости, которое сопровождалось повышение количества госпитализаций по поводу развития острого коронарного синдрома.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о сопряженном нарушении функции сердца и почек у пациентов ишемической болезнью сердца. Выявление многоуровневых кардиоренальных связей свидетельствует о формировании кардиоренального континуума у пациентов ишемической болезнью сердца.

0535 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТАХ МИОКАРДА (ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ)

Малыхина О.П., Волкова Э.Г., Василенко М.М., Левашов С.Ю.

Уральская Государственная Медицинская Академия Дополнительного Образования, Челябинск, Россия

Цель: изучение особенностей ремоделирования миокарда левого желудочка при повторных инфарктах миокарда.

Методы: обследовано 25 больных повторными инфарктами миокарда с применением методологии «случай – контроль». На каждый случай основной группы подбирался контрольный случай из группы больных первичными инфарктами миокарда (n=30) соответствующих по полу, наличию факторов риска (курение, артериальная гипертензия) в возрасте, отличавшемся от возраста больного повторным инфарктом миокарда не более чем на 5 лет. Критерием для включения в исследование было наличие симптоматики и электрокардиографических изменений согласно критериям ВОЗ. В сомнительных случаях проводилось исследование ферментов: КФК-МВ и тропонина I.

Ремоделирование миокарда изучалось методом стандартной эхокардиографии на аппарате ALOKA 650.

Результаты: при повторных ИМ статистически значимо преобладают показатели: конечный диастолический размер (5,48±0,125 см) и ударный объем (81,36±3,53 мл) относительно первичных ИМ (КДР –5,13±0,111 см, p=0,043; УО –67,58±2,83 мл, p=0,03). Имеется тенденция к увеличению конечного диастолического объема (145,0±8,27) при повторных ИМ относительно первичных (125,65±6,35) p=0,06. Не выявлено достоверных различий в величине показателей: конечный систолический размер (при повторных ИМ –3,88±0,135 см, при первичных – 3,61±0,125 см, p=0,145); конечный систолический объем (при повторных ИМ –65,33±5,59, при первичных –61,38±4,17, p=0,566); фракция выброса (при повторных ИМ –55,69±1,8%, при первичных –55,14±1,45%, p=0,812); толщина межжелудочковой перегородки (при повторных ИМ –1,0±0,041 см, при первичных –0,99±0,029 см, p=0,343); толщина задней стенки левого желудочка (при повторных ИМ –1,0±0,042 см, при первичных –0,97±0,028 см, p=0,599). Статистически значимо преобладает индекс массы миокарда левого желудочка (143,88±11,78 г/м) при повторных ИМ относительно первичных (113,40±7,52 г/м) p=0,038. Имеется тенденция к увеличению ММЛЖ при повторных ИМ (263,45±16,92 г) относительно первичных (221,56±12,54 г) p=0,053. С одинаковой частотой определялись аневризмы левого желудочка (5 –при повторных ИМ, 4 –при первичных).

Выводы:

1. Ремоделирование миокарда у больных повторными ИМ существенно превышает морфофункциональные изменения при первичных ИМ, при этом наиболее значимо увеличены размеры КДР и УО.
2. Особенностью ремоделирования при повторных ИМ является увеличение размеров сердца без существенного снижения ФВ.
3. Отличительной особенностью ремоделирования при повторных ИМ является существенное увеличение ММЛЖ и ИММЛЖ при отсутствии артериальной гипертензии.

0536 ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕХОДЯЩЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, В СРОКИ 6-9 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Мальгина М. П., Клокова Е.С., Есипович И. Д., Прокудина М. Н., Недошивин А.О.

ФГУ НИИ кардиологии им. В. А. Алмазова Росздрава, Санкт-Петербург, Россия

Tesis_006_end.indd 227 24.08.2006 22:25:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель. Оценить частоту и сроки рецидивов ишемии миокарда после интервенционных вмешательств на коронарных артериях, выявить причины данного патологического процесса.

Методы. С целью обследования пациентов после ангиопластики со стентированием коронарных артерий были применены следующие методы: общеклинический осмотр, оценка биохимических показателей крови, электрокардиография, суточное мониторирование ЭКГ, стресс-эхокардиография с нагрузкой на велоэргометре или тредмиле, коронарная ангиография.

Результаты. Обследовано 45 пациентов, которым была выполнена реваскуляризация миокарда методом ангиопластики и стентирования коронарных артерий в отделении рентгенэндоваскулярной хирургии ФГУ НИИ кардиологии им. В.А. Алмазова в период 2004- 2005 гг. Применялись различные виды стентов, как с лекарственным покрытием (Cypher), так и без него. С целью выявления преходящей ишемии миокарда выполнялась стресс-эхокардиография с физической нагрузкой, через 6 и 9 месяцев после перенесенного вмешательства у пациентов без стенокардии, и в кратчайшие сроки после операции у пациентов с рецидивом болевого синдрома в грудной клетке. Возобновление стенокардии наблюдалось в трех случаях, спустя 1, 3 и 8 месяцев после хирургического лечения, соответственно. Положительный (ишемический) результат был получен у 9 из 45 обследованных, в 1 случае при наличии клинического синдрома стенокардии результат нагрузочного теста был отрицательным. Всем пациентам с положительным нагрузочным тестом, включая вышеописанный случай с отрицательным тестом, была выполнена контрольная коронарная ангиография. Ни в одном из случаев не был выявлен гемодинамически значимый рестеноз в стенте.

Выводы. В данном исследовании рецидивы ишемии миокарда в виде стенокардии и безболевой ишемии наблюдались в 20% случаев. У большинства пациентов (67%) рецидив ишемии был обусловлен неполной реваскуляризацией миокарда, невозможной вследствие диффузного поражения коронарного русла, малого диаметра сосудов. Значительно реже причинами возобновления ишемии послужили выраженное прогрессирование атеросклеротического процесса в коронарных артериях, потребовавшее выполнения коронарного шунтирования (11%), микрососудистое поражение с резким замедлением коронарного кровотока (11%) и рестеноз в стенте менее 50% (11%). В группе пациентов, где возможности хирургического лечения ИБС были исчерпаны, проводилась коррекция консервативной терапии, включавшая модификацию факторов риска, усиление фармакологической антиангинальной терапии с положительным эффектом.

0537 КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ

Малютина С.К. , Денисова Д.В. , Бабина Т.Д. , Симонова Г.И. , Bobak M. , Никитин Ю.П.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия; University College London, London, UK

Цель: оценить тренды контроля повышенного артериального давления в 1995-2004гг. в типичной городской популяции (г. Новосибирск).

Методы исследования: В серии кросс-секционных популяционных исследований мониторировали уровни артериального давления (АД), осведомленность о наличии артериальной гипертензии (АГ) и эффективность контроля АГ в период 1995-2004 гг. в городской Новосибирской популяции. Настоящий анализ выполнен для лиц 45-64 лет. В 1995/96гг. в третьем популяционном скрининге по проекту ВОЗ MONICA была обследована репрезентативная популяционная выборка (1690 мужчин и женщин 45-64 лет). Новые представительные выборки мужчин и женщин 45-64 лет были обследованы в 1999/2000гг. (n=1038) и в 2003/2004 гг. (n=3454) в рамках международного проекта HAPIEE. Артериальную гипертензию устанавливали при уровне систолического АД>140 Мм рт. ст. и/или диастолического АД>90 мм рт.ст или приеме гипотензивной терапии в течение 2-х предшествующих недель.

Результаты: Распространенность АГ в течение периода мониторирования составляла 54-58% среди мужчин и 60-65% среди женщин 45-64 лет. В период с 1995г. по 2000г. информированность о повышенном АД среди гипертензивных лиц возросла с 49,4% до 59,5% у мужчин ($p<0,01$) и с 70,6% до 89,1% у женщин ($p<0,001$) и сопровождалась дальнейшим увеличением для мужчин до 74,6% в 2004г. ($p<0,001$). В 1995 г. эффективный контроль гипертензии (целевое АД ниже 140/90 мм рт.ст) был достигнут у 8% гипертензивных мужчин и у 10,9% гипертензивных женщин. Между 1995 и 2004 гг. уровень контроля повышенного АД возрос у женщин до 16,4% ($p<0,01$) и не изменился у мужчин (7,9%). Средний уровень АД в изучаемой популяции существенно не менялся за исключением снижения систолического АД у женщин в период наблюдения между 2000 и 2004гг. (144,8 мм рт.ст и 140,1 Мм рт. ст., $p<0,001$).

Выводы: Полученные в Новосибирской популяции данные свидетельствуют о существенном повышении информированности о повышенном АД среди гипертензивных лиц в период 1995-2004гг. В то же время, уровень контроля артериальной гипертензии умеренно увеличился у женщин, не изменился у мужчин и, в целом, является недостаточным.

0538 ДЕТЕРМИНАНТЫ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ОТРАЖЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

Малютина С.К., Иванов С.В., Рябиков А.Н.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: изучить популяционные детерминанты характеристик жесткости сосудистой стенки и отражения пульсовой волны у мужчин в возрасте 45-69 лет.

Методы исследования: в рамках популяционного исследования сердечно-сосудистых заболеваний (проект HAPIEE) для изучения сосудистых характеристик факультативно была обследована случайная репрезентативная подвыборка мужчин 45-69 лет (n=419). Показатели дигитального объемного пульса определяли с помощью метода фотоплетизмографиии (Pulse Trace, Micro Medical, UK). Анализировали параметры индекса жесткости (SI), связанного со скоростью пульсовой волны в крупных артериях, и индекса отражения (RI) пульсовой волны. При проведении линейного регрессионного анализа мультивариантная модель в качестве ковариат включала возраст, систолическое артериальное давление (САД), индекс массы тела (ИМТ), курение, максимальную дозу потребления алкоголя, уровень общего холестерина крови (ОХС) и частоту сердечных сокращений (ЧСС). Для анализа данных использовали статистический пакет SPSS (v 13.0).

Результаты: показатель индекса жесткости артериальной стенки SI у обследованных мужчин в среднем составил 9,5+0,14 м/с. По результатам мультивариантной регрессионной оценки обнаружена линейная зависимость SI от возраста ($b=0,102$, $p<0,001$), САД ($b=0,021$, $p<0,001$) и курения ($b=0,361$, $p=0,001$). Величина индекса отражения пульсовой волны RI в обследованной выборке в среднем составила 77,1+0,49%. Показатель RI линейно связан с САД ($b=0,077$ $p<0,001$) и ЧСС ($b=-0,504$, $p<0,001$) и имеет тенденцию к ассоциации с уровнем ОХС крови ($b=0,017$, $p=0,060$). Не выявлено линейной ассоциации RI с возрастом в диапазоне 45-69 лет. Величина индекса отражения пульсовой волны в обследованной выборке существенно не менялась в возрастном диапазоне 45-60 лет и возрастала в старшей группе (65-69 лет), $p=0,041$.

Выводы: среди конвенционных факторов детерминантами жесткости сосудистой стенки у мужчин 45-69 лет являются возраст, систолическое АД и курение; детерминантами отражения пульсовой волны являются систолическое АД, частота

Tesis_006_end.indd 228 24.08.2006 22:25:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сердечных сокращений и уровень общего холестерина крови. Полученные результаты подтверждают независимую ассоциацию показателей дигитального объемного пульса с установленными предикторами риска сердечно-сосудистых заболеваний в общей популяции.

Исследование выполнено при инструментальной поддержке ЗАО "ЛассаМед", Москва.

0539 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Малюченко Н.Г., Васильева Н.В., Конакбаева Р.Д., Ларюшина Е.М.

КГМА, кафедра внутренних болезней № 2, Караганда, Казахстан

Сочетание артериальной гипертензии (АГ) и сахарного диабета (СД) является наиболее неблагоприятным фактором возникновения и прогрессирования целого каскада сердечно-сосудистых осложнений.

Целью исследования явилась сравнительная оценка гипотензивной эффективности и клинической переносимости антагониста рецепторов ангиотензина II эпросартана (теветена) и селективного агониста имидазолиновых рецепторов моксонидина (физиотенза) у пациентов АГ высокого риска, ассоциированной с СД тип 2.

Методом исследования явился традиционный трехкратный контроль АД в течение суток (АД определялось как среднее трех измерений после 5-минутного отдыха у 100% пациентов) и трехкратное суточное мониторирование АД –у 85%. Всем больным проводилось стандартизированное обследование. Гипотензивный эффект оценивали через каждые 7 дней проводимой терапии с анализом ежесуточных значений и суточного мониторирования АД. Критериями эффективности считали снижение диастолического АД (ДАД) на 10%; целевым уровнем являлось АД 130/85 Мм рт. ст. для дневных часов и 125/75 Мм рт. ст. для ночных.

Результаты. Динамическое наблюдение проводилось за 36 больными СД тип 2 и диабетической нефропатией III и IV ст. с синдромом АГ, 12 из которых (Iгруппа) получали теветен в дозе 600 мг/с и 14 пациентов (II группа) получали физиотенз в дозе 0,4 мг/с. Лечение СД проводилось традиционными пероральными сульфаниламидами и бигуанидами; при исходной гиперлипидемии – азтор. Курс лечения составил 23±3 дня. Средний возраст в I группе – 54,4±3,4 года и длительность сахарного диабета 5,3± 2,4; во II группе – 55,3±3,5 и 5,8±2,8 соответственно. Преобладали женщины (I группа–10, II–11человек). Средний индекс массы тела составил 32,2±1,4 кг/м2. Средняя продолжительность АГ в I группе–7,7±1,8 лет, II группе–7,4±1,6 лет. По группам исходное среднее систолическое АД (САД) было 172±3,1 и 174±2,8 Мм рт. ст., диастолическое (ДАД) – 102±3,0 и 104±2,8 Мм рт. ст. К 7 дню лечения монотерапия теветеном привела к стабильному снижению АД у 68,2%, физиотензом – у 65,3% больных. В остальных случаях осуществлен перевод на программы комбинированной терапии: сочетание с антагонистами кальция или мочегонными препаратами. Достижение целевого АД при использовании монотерапии отмечено у 24% больных I группы и 22% у II-й. Уменьшение клинических признаков диабетической нефропатии отмечено к концу лечения у пациентов, получавших теветен (72%); во II группе лишь у 60,2%. Микроальбуминурия не выявлялась у 2 пациентов, суточная потеря белка уменьшилась у 30% больных и уровень креатинина крови без тенденции роста при применении теветена. Не отмечено отрицательного влияния препаратов на липидный спектр и уровень гликемии. Выраженных побочных эффектов препаратов у больных обеих групп не отмечено, но прием физиотенза в первые дни усиливал сухость во рту.

Все выше изложенное, может служить основанием для предпочтительного использования в комплексной терапии АГ и СД блокаторов рецепторов ангиотензина II.

0540 НАРУШЕНИЕ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО БАРОРЕФЛЕКСА-РАННИЙ МАРКЕР ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 1

Мамонтов О.В., Красильникова Е.И., Хмельницкий О.К., Шапкова Е.А., Редухина М.И., Шляхто Е.В.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Выявление автономной нейропатии у больных сахарным диабетом (СД) на доклинической стадии является актуальной проблемой современной диабетологии, однако, надежные маркеры ее диагностики практически отсутствуют.

Цель работы: оценить возможность использования кардиопульмонального барорефлекса (КПБР) и спектрального анализа вариабельности сердечного ритма (ВСР) в покое и при пассивном ортостазе для диагностики доклинических стадий нейропатии у больных СД тип 1.

Материалы и методы: обследовано 32 больных СД тип 1 без клинических проявлений автономной нейропатии ССС. Больным проводилось общеклиническое, лабораторное обследование, а также были выполнены: спектральный анализ коротких фрагментов интервалов R-R ВСР в покое и при пассивном ортостазе с расчетом временных и спектральных параметров КПБР.

Результаты: установлено, что у больных СД тип 1 без клинических проявлений автономной нейропатии ССС, имело место снижение КПБР, сопровождавшееся пародоксальным увеличением общей вариабельности сердечного ритма. Отмечено, что снижение КПБР зависит от уровня гликированного гемоглобина в сыворотке крови обследованных больных.

Вывод: полученные результаты позволяют рассматривать использованные методы исследования вегетативной функции ССС в качестве ранних диагностических тестов для выявления у больных СД тип 1 скрытых форм автономной нейропатии.

0541 ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Мандельштам М.Ю., Пчелина С.Н., Татищева Ю.А., Тихомирова О.С., Голубков В.И., Масленников А.Б., Липовецкий Б.М., Константинов В.О., Васильев В.Б.

Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины РАМН, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург; Государственный Новосибирский областной клинический диагностический центр, Новосибирск; Институт мозга РАН, Санкт-Петербург; Санкт-Петербургская Государственная Медицинская Академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Семейная гиперхолестеринемия (СГ) – широко распространенное аутосомно-доминантное заболевание человека, гетерозиготная форма которого встречается в популяциях людей белой расы с частотой 1:500. Причиной заболевания являются мутации в гене рецептора липопротеинов низкой плотности (ЛНП), спектр которых специфичен для каждой популяции и этнической группы. В Санкт-Петербурге описано 33 мутации этого локуса, в Москве – 14, в Новосибирске –2. Из числа мутаций лишь две: C139G (c. 478 T>G) и G197del (c.652-654del), – встречались в четырех или в большем числе семей, и к тому же были выявлены в разных регионах России.

Tesis_006_end.indd 229 24.08.2006 22:25:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Целью работы была разработка быстрых скрининговых методов для определения истинной частоты встречаемости двух мажорных мутаций гена рецептора ЛНП среди пациентов с СГ и ишемической болезнью сердца в России. Для тестирования мутаций применили метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) в режиме реального времени (технология TaqMan). Зонды для ПЦР спланировали с помощью программы PrimerExpress, а затем их синтезировала фирма "Синтол"; каждая проба несла метку по 5' концу флуоресцеином (FAM) и по 3' концу –гасителем флуоресценции RTQ1. Реакцию ПЦР проводили на приборе ABI377 (Applied Biosystems).

В исследовании показана высокая дискриминирующая способность зонда специфичного для мутантного аллеля с делецией G197del, не обнаруживающего ДНК пациентов без этой мутации. Для тестирования нуклеотидной замены (мутации C139G) наиболее эффективными оказались зонды с двумя дополнительно введенными неспаренными нуклеотидами (мисмэтчами), но их дискриминирующая способность была не абсолютна. Для более эффективной дискриминации аллелей предполагается использовать одновременно два аллель-специфичных зонда, меченных разными флуорофорами, при амплификации двух аллелей в одной пробирке. В результате работы предложены протоколы для быстрой идентификации повторно встречающихся мутаций в гене рецептора ЛНП без анализа продуктов ПЦР в геле, которые могут быть применены для скрининговых программ.

Настоящее исследование было поддержано грантом Российского Фонда Фундаментальных исследований (РФФИ), проект № 05-04-48235.

0542 РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β_1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТОПРОЛОЛОМ CR\XL БЕТАЛОКОМ ЗОК

Манешина О.А., Леонова М.В., Белоусов Ю.Б., Гоголевская И.К., Ерофеева С.Б.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; Институт молекулярной биологии им. В.А.Энгельгардта, Москва, Россия

Цель: оценить влияние генетического полиморфизма β_1-адренорецептора (Arg389Gly) на эффективность проводимой терапии метопрололом CR\XL (Беталоком ЗОК) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: в исследование было включено 33 пациента с ХСН в возрасте 35-68 лет с II-III ФК по NYHA. После 2-недельного отмывочного периода на фоне базисной терапии ХСН пациентам назначался метопролол Беталок ЗОК 12,5 мг с последующим удвоением дозы каждые 2 недели до достижения (при переносимости) 200 мг/сутки. Завершили исследование 30 пациентов. Эффективность проводимой терапии оценивалась по динамике клинического состояния (ФК), показателям сердечной гемодинамики по данным эхокардиографического исследования (ФВ, КСР, КДР), толерантности к физической нагрузке по результатам 6-минутного теста, качества жизни при использовании Минессотского опросника качества жизни пациентов с ХСН и динамике снижения ЧСС по результатам офисных измерений и суточного мониторирования АД через 3 месяца и 6 месяцев терапии. Генетический полиморфизм гена β_1-адренорецептора определялся методом полимеразной цепной реакции.

Результаты: частота встречаемости генотипов полиморфных алеллей Arg389 и Gly389 в случайно выборке пациентов с ХСН составила: Arg389Arg – 40%, Arg389Gly –43%, и Gly389Gly –16,7%. Максимальное снижение ЧСС отмечалось в группе пациентов с генотипом Arg389Arg, в то время как при увеличении доли Gly 389 аллеля в генотипе, степень снижения ЧСС уменьшалась, и приводила к достоверным различиям между группами Arg389Arg и Gly389Gly генотипов ($p<0,05$). Были выявлены достоверные корреляции между генетическим полиморфизмом и степенью снижения ЧСС (%) по данным офисных измерений ($R=0,37$; $p<0,05$) и СМАД ($R=0,42$; $p<0,05$) . Не было выявлено влияния полиморфизма гена β1-АР на динамику ФК, ФВ, КСР, КДР, толерантность к физической нагрузке и качество жизни пациентов с ХСН. Было выявлено влияние полиморфизма Arg389Gly на достижение целевой дозы Беталока ЗОК. Среднее значение достигнутой дозы было значительно выше в группе пациентов, гомозиготных носителей аллеля Gly389 (170±12,2 и 180±12,2 мг) как через 3, так и через и 6 месяцев терапии, соответственно, по сравнению с группой Arg389Gly (100±17,7мг и 138,5±11,5мг) и Arg389Arg (133,3±15,2 мг и 158,3±14,5 мг) генотипов, соответственно ($p>0,05$).

Выводы: полиморфизм гена β1-АР Arg389Gly является предиктором отрицательного хронотропного ответа пациентов с ХСН на фоне терапии метопрололом Беталоком ЗОК.

0543 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Масляева Л.В., Старченко Т.Г., Шкапо В.Л.

Институт терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины, Харьков, Украина.

Цель исследования – оценить эффективность антигипертензивной терапии по данным суточного мониторирования артериального давления (АД) у больных гипертонической болезнью (ГБ) и сахарным диабетом 2 типа (СД 2 типа) в зависимости от типа кардиальной автономной нейропатии (КАН).

Материалы и методы: всего обследовано 36 больных с ГБ II ст. и СД 2 типа. Антигипертензивную эффективность терапии оценивали методом суточного мониторирования АД при помощи аппарата «Meditech АВРМ – 04» (фирма «Meditech», Венгрия). Тип КАН определяли с помощью кардиоваскулярных тестов –пробы с активным ортостазом и пробы с гипервентиляцией (глубоким дыханием). Антигипертензивная терапия проводилась периндоприлом (препарат «Престариум» фирмы «Servier», 8 мг/сут.) в комбинациии с бетаксололом (препарат «Локрен» фирмы «Sanofi», 10 мг/сут). В качестве антидиабетического средства использовали гликлазид (препарат «Диабетон MR» фирмы «Servier», 30–60 мг/сут.). Курс лечения составил 6 месяцев.

Результаты: на фоне комбинированной терапии периндоприлом и бетаксололом у обследованных наблюдалось снижение систолического и диастолического АД (САД и ДАД) преимущественно в дневные часы: Δ САДд –(16,4+2,2) мм рт. ст., $p<0,001$; Δ ДАДд –(12,3+1,4) мм рт. ст., $p<0,001$. При этом отмечалось существенное снижение среднесуточной и дневной вариабельности САД: соответственено с (16,5+0,5) мм рт. ст. до (13,5+0,9) мм рт. ст., $p<0,001$ и с (18,8+0,4) мм рт. ст. до (13,2+1,1) мм рт. ст., $p<0,001$. Данная комбинация антигипертензивных препаратов была наиболее эффективной у больных с суточным профилем АД типа «non-dipper» и «dipper». Установлена зависимость эффективности терапии периндоприлом и бетаксололом от наличия у больных КАН: при симпатическом ее типе отмечалась благоприятная динамика гемодинамических показателей в виде достоверного снижения САД, ДАД и частоты сердечных сокращений, особенно выраженного в дневные часы, существенного уменьшения скорости (для САД –с (13,7+1,1) мм рт. ст./час до (7,0+0,8) мм рт. ст./час, $p<0,05$; для ДАД – с (11,8+1,0) мм рт. ст./час до (5,2+0,9) мм рт.ст/час, $p<0,05$) и степени утреннего подъема АД (для САД – с (45,4+3,8) мм рт. ст. до (27,5+3,2) мм рт. ст., $p<0,05$; для ДАД – с (34,7+2,9) мм рт. ст. до (19,3+3,0) мм рт. ст., $p<0,05$). Напротив, при вагусном типе КАН назначение данной комбинации препаратов приводило к развитию значимой ночной гипотензии, которая, как известно, является фактором риска сердечно-сосудистых осложнений. Так, степень ночного снижения САД до лечения составила (9,0+1,1)%, после курса лечения – (25,4+2,1)%, $p<0,01$; ДАД – соответственно (8,5+0,8)% до лечения и (21,6+2,2)% после лечения, $p<0,001$.

Выводы. Таким образом, комбинация периндоприла и бета-

Tesis_006_end.indd 230 24.08.2006 22:25:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ксолола у больных ГБ II ст. и СД 2 типа наиболее эффективна при суточных профилях АД типа «non-dipper» и «dipper», а также при симпатическом типе КАН.

0544 ОЦЕНКА ВАЗОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИРАПРИЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 1 И 2 СТЕПЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Матросова И.Б., Томашевская Ю.А., Герасимова А.С.

Медицинский институт при ПГУ, Пенза, Россия

Цель: оценка клинической эффективности и влияния на податливость артерий препарата спираприл (квадроприл, «Pliva») у пациентов с метаболическим синдромом (МС) и артериальной гипертензией (АГ) 1 и 2 степени.

Методы: обследовано 37 человек, включая 13 человек с АГ 1 и 2 степени (7 мужчин и 6 женщин в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст 48,4 лет) и 24 человека с МС (4 мужчины и 20 женщин в возрасте от 40 до 64 лет, средний возраст 54,4 года). В группе пациентов с АГ 1 и 2 степени до лечения САД и ДАД составило 149,9±3,2 мм рт. ст. и 90,92±1,7 мм рт. ст.; в группе больных с МС –157,5±2,5 мм рт. ст. и 94,26±1,6 мм рт. ст., соответственно. Все пациенты в течение 24 недель получали препарат квадроприл в дозе 6 мг/сут. При недостижении целевых значений АД его комбинировали с гипотиазидом в дозе 12,5-25 мг/сут. До лечения и в динамике определяли офисное АД по Н.С. Короткову. Податливость артерий оценивали автоматически с помощью объемной сфигмографии прибором VaSera-1000 (Fucuda Denshi, Япония) по следующим показателям: скорости распространения пульсовой волны справа и слева (R-PWV и L-PWV) и сердечно-лодыжечному сосудистому индексу (CAVI1 и L-CAVI1). Индекс CAVI – новый показатель, характеризующий истинную жесткость артерий. Он не зависит от уровня АД и отраженной волны в сосуде.

Результаты: на фоне 24-недельного лечения квадроприлом, как в виде монотерапии, так и в комбинации с диуретиком, отмечалось достоверное снижение офисного АД в группе больных с АГ 1 и 2 степени: САД снизилось до 124,2±1,4 мм рт. ст. ($p<0,001$), а ДАД до 79,9±1,6 мм рт. ст. ($p<0,001$). В группе пациентов с МС САД снизилось до 130,2±1,5 мм рт. ст. ($p<0,001$) и ДАД до 82,1±0,7 мм рт. ст. ($p<0,001$). Наряду с положительной динамикой АД, у больных с МС достоверно снизились показатели R-PWV –с 14,78±0,4 м/с до 13,81±0,3 м/с ($p\geq0,0001$) и L-PWV с 14,8±0,5 м/с до 13,76±0,3 м/с ($p\geq0,001$). Наблюдалось снижение индекса CAVI1 и L-CAVI1 –на 6,5% и 4,3%, соответственно. В группе пациентов с АГ PWV и CAVI на фоне лечения не изменились.

Выводы: снижение податливости и увеличение жесткости артериальной системы при АГ, в том числе при МС – один из независимых факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. В связи с этим коррекция структурно-функциональных изменений сосудов при этих заболеваниях приобретает большое клиническое значение. Препарат квадроприл эффективно снижает АД как в группе больных с МС, так и у пациентов с АГ 1 и 2 степени. При МС квадроприл, кроме того, улучшает податливость артерий, оказывая вазопротекторное действие.

0545 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ БЕНАЗЕПРИЛОМ

Мациевич М.В., Нестеренко О.И., Задионченко В.С., Адашева Т.В., Федорова И.В.

ГОУ ВПО МГМСУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить состояние NO-HSP70 системы у больных с различной степенью артериальной гипертонии (АГ) в процессе терапии беназеприлом (Лотензином).

Материалы и методы: было обследовано 50 больных с 1, 2 и 3-ей степенью повышения артериального давления (АГ1, АГ2 АГ3) в возрасте 52,0±7,0 лет. Исследование проводилось в течение 6 месяцев с титрацией дозы от 5 до 10 мг при необходимости в комбинации с 12,5 мг гидрохлоротиазида. Общую продукцию NO оценивали по содержанию в плазме нитратов и нитритов – конечных стабильных метаболитов NO. Для количественного определения нитратов и нитритов использовался спектрофотометрический метод по реакции Грисса. Содержание белков теплового шока HSP70 определялось методом Western blot analysis в лейкоцитах периферической крови.

Результаты: на фоне лечения все больные достигли целевых цифр АД. При исследовании концентрации уровня нитритов и нитратов в плазме крови было выявлено, что у пациентов с АГ1 имело место повышение данного маркера на 23% ($p<0,05$) по сравнению с нормой –гиперпродукция NO в организме. По мере утяжеления артериальной гипертонии наблюдалось снижение продукции NO на 57,7% ($p<0,05$) у больных АГ2 и на 50,2% ($p<0,05$) у пациентов АГ3. До начала терапии было выявлено увеличение уровня HSP70: у больных АГ1 – на 6,2 %, в группе АГ2 – на 49,2% ($p<0,05$), у пациентов с АГ3 – на 63% ($p<0,05$). На фоне терапии у пациентов с АГ1 отмечалось уменьшение уровня нитритов и нитратов в плазме крови на 19,9% ($p\geq0,05$) до нормального. У пациентов АГ2 и АГ3 наблюдалось повышение исходно сниженного уровня этих показателей: в группе АГ2 на 138% ($p\geq0,05$) до нормального уровня, у больных АГ3 на 128% ($p\geq0,05$) до умеренной гиперпродукции NO компенсаторного характера, направленной на вазодилатацию. Полученные данные динамики NO в плазме крови коррелируют с изменением уровня HSP70: у больных АГ1 этот показатель недостоверно снизился на 8% и приблизился к норме, у пациентов с АГ2 и АГ3 уровень HSP70 снизился на 19,6% и 30,2% соответственно ($p\geq0,01$), и сохранялась умеренная гиперпродукция HSP70, что является благоприятным прогностическим признаком.

Выводы: 1. Изменение продукции NO при АГ имеет четкий двухфазный характер: повышение продукции NO на начальных стадиях АГ и её снижение по мере прогрессирования АГ. 2. С нарастание степени АГ наблюдается увеличение уровня HSP70, что является компенсаторной реакцией, направленной на защиту клеток эндотелия и имеет прогностическое значение при АГ. 3. На фоне терапии беназеприлом улучшается функциональное состояние эндотелия, что проявляется нормализацией эндотелиальной продукции вазодилататора NO. Показано, что препарат ограничивает клеточное повреждение, маркером которого является уровень внутриклеточного HSP70. В большей степени цитопротекторный эффект беназеприла проявляется на более тяжелых стадиях АГ.

0546 БЕССИМПТОМНАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА И НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И АД

Медведева В.Н., Марков А.П., Медведев В.Н.

Ивановская государственная медицинская академия, городская больница № 2. Иваново, Владимир. Россия

Цель: выявить наличие и частоту бессимптомной ишемии миокарда и нарушений ритма сердца при первичной артериальной гипертонии 1 и 2 степени.

Материал и методы: обследовано 78 больных с артериальной гипертонией (АГ) 1 и 2 степени: 1 группа – 38 больных с АГ 1 степени в возрасте от 32 до 54 лет, мужчин – 21, женщин – 17; 2 группа – 40 больных с АГ 2 степени в возрасте от 35 до 58 лет, мужчин – 19, женщин – 21. Проводились общепринятые мето-

Tesis_006_end.indd 231 24.08.2006 22:25:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ды исследования, включая ЭКГ и лабораторные тесты, исследование глазного дна и суточное мониторирование ЭКГ и АД.

Результаты: факторы риска АГ и ИБС имелись у 78,9% больных в 1 группе и у 90,0% во 2 группе больных в различных сочетаниях, но в обеих группах больных преобладало курение, гиперхолестеринемия и отягощенная наследственность. Длительность АГ была в обеих группах сравнимой: 7,4+0,9 и 8,1+0,8 лет соответственно.

При регистрации ЭКГ в общепринятых отведениях ишемия миокарда не выявлялась, нарушение ритма сердца (экстрасистолия) у 5,3% и у 5,0% больных соответственно в каждой группе.

Суточное мониторирование ЭКГ бессимптомную ишемию миокарда, продолжительностью от 1 до 3 Минут, совпадающую с наибольшим подъемом АД, характеризующуюся бессимптомной депрессией сегмента ST ишемического типа диагностировало в 13,2% случаев и в 15,0% случаев соответственно в каждой группе (p>0,05). Нарушение ритма сердца также констатированы чаще. В 1 группе больных – в 13,2% случаев (суправентрикулярная экстрасистолия и неустойчивая пароксизмальная тахикардия, одиночная желудочковая экстрасистолия), во 2 группе – в 30,0% случаев (p<0,05 по сравнению с 1 группой) и характеризовались суправентрикулярными нарушениями ритма сердца и желудочковой экстрасистолией одиночной и высоких градаций.

Выводы:

1. Бессимптомная ишемия миокарда при АГ 1 и 2 степени выявляется при суточном мониторировании ЭКГ на максимуме АД при одинаковой длительности АГ в 13,2% и 15,0% случаев соответственно.
2. Нарушение ритма сердца достоверно чаще констатированы при АГ 2 степени по сравнению с АГ 1 степени.

0547 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Медведева Е.А., Гелис Л.Г., Островский Ю.П., Севрук Т.В., Устинова И.Б.

РНПЦ “Кардиология”, Минск, Беларусь

Цель: сравнительная оценка эффективности различных методов лечения больных с постинфарктной стенокардией (ПИС).

Материал и методы. Обследовано 94 пациента (16 женщин и 78 мужчин) с Q-позитивным инфарктом миокарда (ИМ), осложненным ПИС. В первую группу (аортокоронарного шунтирования) включено 42 пациента (44,7%), вторую группу (стентирования) составили 20 (21,6%) больных, третья группа (с консервативной тактикой лечения) представлена 32 больными (34%). Средний возраст- 56,2±7,2 года. Артериальная гипертензия выявлена у 62 (65,9%) пациентов, сахарный диабет –у 16 (17%) лиц, ИМ в анамнезе –у 28 (29,7%) больных. Класс сердечной недостаточности (СН) по NYHA составил 2,68±0,5. У больных 1 группы фракция выброса (ФВ) составила 45,3±12%, у лиц 2 группы –47,1%, в 3 группе –42,9±6,9%. По данным коронароангиографии среднее количество пораженных артерий составило–3,53±1,6 –в 1 группе, 1,67±0,72 во 2 группе и 3,2±1,6 –в 3 группе. Аортокоронарное и маммарокоронарное шунтирование (АКШ, МКШ) с АИК (искусственным кровообращением) выполнено у 38 (90,5%) пациентов, АКШ, МКШ на работающем сердце –у 4 (9,5%) пациентов 1 группы. Полнота реваскуляризации составила 89,2%. Медикаментозное лечение в обеих группах включало в себя назначение непрямых антикоагулянтов, антиагрегантов, -блокаторов, иАПФ, статинов, нитратов, триметазидина. Тромболитическая терапия выполнена 30 (32%) пациентам, доля тромболизиса в каждой группе- 30%.

Результаты. При выписке и через 9 месяцев наблюдения снижение функционального класса (ФК) стенокардии до I-II класса наблюдалось у 39 (92,8%) лиц после оперативного лечения. Класс СН по NYHA через 9 мес после АКШ составил 1,6±0,4. На стационарном этапе умерло 2 пациента (4,76%). У 1 пациента развился нефатальный крупноочаговый ИМ (2,38%), острая сердечная недостаточность –у 12 (28,6%) пациентов. У лиц 2 группы ФК стенокардии при выписке составил 1,8±0,4. Госпитальная летальность – 5%. В 3 группе летальность составила 3,12%, смертность-6,25%. За 9 мес наблюдения из 3 группы регоспитализированы по поводу нестабильной стенокардии 17 (53,1%) пациентов, из них 11 (34,4%) выполнена реваскуляризация миокарда. По данным ЭхоКГ в 1 группе через 9 месяцев наблюдения достоверно уменьшились следующие показатели: КДО (p=0,03), КДИ (p=0,02), КСО (p=0,04) и отмечалась тенденция к уменьшению КДД, КСД, ИЛСМ, ИММЛЖ и увеличению ФВ (p=0,08). ИОТ (индекс относительной толщины) до операции составил 0,32±0,08, через 6 месяцев –0,37±0,03, что свидетельствует о снижении скорости ремоделирования миокарда левого желудочка. Во 2 группе отмечалась тенденция к увеличению МС. У лиц 3 группы достоверно увеличились: КДО, КДИ, миокардиальный стресс (p=0,05), ИОТ составил 0,37±0,04 при выписке и 0,33±0,06 через 6 мес наблюдения. Выводы Инвазивная тактика является предпочтительным методом лечения пациентов с постинфарктной стенокардией. Хирургическая реваскуляризация миокарда у больных с ПИС благоприятно воздействует на процессы постинфарктного ремоделирования ЛЖ.

0548 ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Медведев В.В.

Клиническая больница МСЧ «Запорожсталь», Запорожье, Украина

Цель: сопоставление структурных параметров сердца и сосудов у больных, умерших от инфаркта миокарда (ИМ) с зубцом Q, в зависимости от сочетания с гипертонической болезнью (ГБ) по данным патологоанатомического исследования.

Материал: проведен анализ 62 историй болезни и протоколов патологоанатомического исследования: 1 группа – 40 умерших больных от ИМ, которому в течение 15,2+1,4 лет предшествовала ГБ II-III стадии со 2 и 3 степенью повышения артериального давления в возрасте 65,4+3,1 лет, мужчин было 26, женщин – 14; 2 группа – 22 умерших больных от ИМ, у которых в анамнезе не было ГБ, в возрасте 70,2+2,8 лет, мужчин – 8, женщин – 14. Контрольная группа пациентов состояла из 21 умерших больных без ГБ и ИБС, в возрасте 48,3+3,6 лет.

Результаты: в 1 группе умерших больных от ИМ и ГБ масса сердца была в среднем 554,3+7,8 г., толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 2,02+0,03 см., толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) – 1,65+0,02 см. При ИМ без ГБ данные параметры соответственно составляли: 453,5+6,2 г., 1,74+0,02 см., 1,43+0,02 см., что достоверно меньше, чем при ИМ с ГБ (p<0,05)в 1 группе умерших больных от ИМ и ГБ масса сердца была я в возрасте 65,4 _ 3,1 лет, мужарда. При ИМ в сочетании с ГБ и без ГБ эти параметры были больше, чем в контроле (p<0,05).

Площадь некроза миокарда при ИМ с ГБ была 13,2+0,04 см^2, глубина его – 2,1+0,02 см., площадь атеросклеротических бляшек в брюшной аорте – 54,2+2,5%, толщина стенки брюшной аорты – 1,15+0,01 мм, количество коронарных артерий с гемодинамически значимым стенозом – 2,23+0,02, площадь атеросклеротических бляшек в общих сонных артериях – 7,2+0,04%. При ИМ без ГБ площадь некроза была – 11,3+0,02 см2, глубина некроза в миокарде – 1,60+0,02 см.; площадь атеросклеротических бляшек в брюшной аорте – 45,2+2,3%, толщина стенки брюшной аорты – 1,05+0,02 мм., количество коронарных артерий с гемодинамически значимым стенозом – 1,25+0,02, площадь атеросклеротических бляшек в сонных артериях – 3,21+0,03%. Все эти показатели значимо меньше, чем при ИМ с ГБ (p<0,05). Толщина стенки брюшной аорты в контроле – 1,01+0,01, достоверно меньше, чем при ИБС в сочетании и без сочетания с ГБ (p<0,05).

Tesis_006_end.indd 232 24.08.2006 22:25:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выводы:
1. При ИБС (ИМ) в сочетании с ГБ и без нее достоверно увеличена масса сердца по сравнению с контролем и наиболее выражена при сочетании ИМ с ГБ, чем без нее (p<0,05).
2. Глубина и площадь некроза при ИМ достоверно превалируют в сочетании с ГБ.
3. Атеросклероз аорты и сонных артерий при ИБС значимо больше, чем в контроле и превалирует при сочетании с ГБ (p<0,05).
4. Больные ИБС (ИМ) в сочетании с ГБ умирали на 5 лет раньше, чем без ГБ.

0549 АТЕРОСКЛЕРОЗ БРЮШНОЙ АОРТЫ И СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ И В СОЧЕТАНИИ ЕГО С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

Медведев В.Н., Боева Н.А., Медведева В.Н., Курицына С.И., Шкарина Т.Ю.

Ивановская государственная медицинская академия, ОКБ и городская больница № 2. Иваново, Владимир, Россия

Цель: изучить частоту и выраженность атеросклероза брюшной аорты и сонных артерий при ожирении и в сочетании его с другими факторами риска сердечно-сосудистых (ССЗ) заболеваний в молодом возрасте.

Материал и методы: обследовано 110 больных. Методом УЗИ изучали частоту и выраженность атеросклероза в брюшной аорте – 1 группа больных (50 человек) и в сонных артериях – 2 группа (60 человек) при ожирении в возрасте 35,7+2,4 лет. Продолжительность ожирения у всех больных была более 5 лет и в среднем составляла 10,2+2,5 лет. Контрольная группа представлена 40 больными без ожирения в аналогичном возрасте.

Результаты: При ожирении в молодом возрасте до 40 лет атеросклероз в брюшной аорте и в общих сонных артериях выявлен соответственно в 75,0% и в 52,2% случаев (утолщение стенки аорты более 2 мм, увеличение толщины интима медиа, атеросклеротические бляшки). У больных без ожирения в сочетании с другими факторами риска ССЗ атеросклероз этих сосудов наблюдался в 40,3% и 30,8% случаев соответственно, т.е. достоверно реже (p<0,05). Ожирение в молодом возрасте сочеталось с гиперхолестеринемией в 65,0%, с триглицеридемией – в 32%, с гипертонической болезнью – в 84,0%, с нарушенной толерантностью к глюкозе – в 20,1%, с сахарным диабетом 2 типа – в 12%, с курением – в 82,5% случаев. Отягощенная наследственность была у 65% больных.

Гипертрофия левого желудочка по данным УЗИ наблюдалась в 68,2% и в 54,5% случаев; нарушение диастолической функции – в 79,8% и в 64,5% случаев соответственно в каждой группе.

Вывод: ожирение в молодом возрасте у большинства больных представляет метаболический синдром и требует коррекции липидного и углеводного обмена, снижения массы тела и других факторов риска ССЗ.

0550 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРИЗОВОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Медведев В.Э., Копылов Ф.Ю., Троснова А.П., Мачильская О.В.

Научный центр психического здоровья РАМН, ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования. Клиническая оценка психосоматических соотношений при кризовом течении артериальной гипертензии (АГ) с учетом данных психиатрического и соматического обследования.

Материал исследования. Изученную выборку составили 57 пациентов (42 женщины и 15 мужчин) клиники кардиологии ММА им. И.М. Сеченова с кризовым течением гипертонической болезни (ГБ). Средний возраст больных 52,3±4,2 лет.

Результаты исследования. Выделены две группы больных с различными психосоматическими характеристиками. 1-я группа (41 набл.) – больные с психогенно провоцированными гипертоническими кризами (ГК). В 33 набл. выявлено расстройство личности драматического кластера, в 8 набл. – тревожно-мнительное. В психическом статусе больных преобладают проявления инволюционной истерии (29 набл.), затяжной депрессии (6 набл.), тревожно-фобическим расстройством (4 набл.) и посттравматическим стрессорным расстройством (2 набл.). Манифестация и/или экзацербация АГ связана с психотравмирующими ситуациями (семейные неурядицы, коллизии на работе). На фоне ГК отмечаются проявления конверсионной (globus hystericus, астазия-абазия, дизэстезии, имитирующие топографически ограниченные нарушения чувствительности) и вегетативной симптоматики, достигающие уровня панических атак (28 набл.). Максимальные подъемы артериального давления (АД) у больных этой группы достигают 180,4±12,3 на 112,1±16,7 мм.рт.ст. при относительно невысоком «рабочем» АД (131,4±64,9 мм.рт.ст.). ГК возникают часто (2,3±0,9 раза в месяц). Тяжесть заболевания умеренная: ГБ I и II стадии диагностированы соответственно в 14 и 27 набл. При инструментальном обследовании практически не выявляются признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ): толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ составляют соответственно 0,99±0,13 и 1,01±0,11 см. 2-я группа (16 набл.) – больные с ГК, развивающимися без психогенной провокации. В 14 набл. у пациентов доминируют черты гипертимной личности, в 2 набл. –эмоционально- неустойчивого расстройства личности. ГК сопровождаются лишь типичными “соматическими” симптомами – тошнотой, рвотой, мельканием “мушек” перед глазами, головными болями. Максимальное АД достигает 220,4±16,3 на 116,1±16,7 Мм рт.ст. при относительно высоком «рабочем» АД (150,8±84,9 Мм рт.ст.). ГК возникают редко (3,3±0,9 р/год). Тяжесть заболевания более выражена: ГБ II и III стадии отмечается соответственно в 7 и 9 набл. Выявляются осложнения АГ (транзиторные нарушения мозгового кровообращения, дисциркуляторная энцефалопатия, почечная и сердечная недостаточность). Обнаруживаются признаки гипертрофии миокарда ЛЖ: толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки –соответственно 1,29±0,13 и 1,31±0,11 см. В большинстве случаев отмечается нарушение локальной и/или общей сократимости ЛЖ. У всех больных выявляется диастолическая дисфункция ЛЖ

Заключение. Выделены два типа кризового течения ГБ, отличные по признаку психогенной и соматогенной реактивности, что предполагает дифференцированный подход к терапии указанных состояний. При лечении АГ с психогенно провоцированными кризами целесообразно комбинирование кардио- и психотропных препаратов, тогда как при терапии больных с ГК, развивающимися без психогенной провокации, можно ограничиться кардиотропным лечением.

0551 К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МОНОТЕРАПИЕЙ СИОФОРОМ И В ЕГО СОЧЕТАНИИ С БЕРЛИПРИЛОМ 5

Мельчинская Е.Н., Громнацкий Н.И.. Брагинская Н.М.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель: оценить у больных артериальной гипертонией (АГ) с метаболическим синдромом эффективность коррекции углеводного обмена монотерапией сиофором и в его сочетании с берлиприлом 5.

Методы: обследованы больные (средний возраст 51,2±1,2 года) АГ I-II ст. с метаболическим синдромом (у всех пациентов

Tesis_006_end.indd 233 24.08.2006 22:25:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

был сахарным диабет типа 2, ожирение, в 45,2% случаях ГЛП). Курс монотерапии сиофором (500-1700 мг/сут.) и в его сочетании с берлиприлом 5 (5-15 мг/сут.) проведен у 26 и 28 больных соответственно, на протяжении 12 нед. исходно, через 4 и 12 нед. лечения определяли концентрацию базальной и стимулированной гликемии и содержание ИРИ натощак, диагностировали инсулинорезистентность при уровне инсулина более 25 мк ЕД/мл и индексу инсулинорезистентности (ИР) по модели HOMA. Оценивали критерии компенсации углеводного обмена у больных диабетом типа 2 как низкий риск, риск макро- и микроангиопатий.

Результаты: монотерапия сиофором на протяжении 4-12 нед. ограничивала базальный (10,0% и 13,2%, p<0,05) и стимулированный (14,8% и 16,4%, p<0.05) уровень гликемии, увеличивала рост числа больных с низким риском (20,8% и 22,5%) и уменьшала количество пациентов с риском микроангиопатий (22,4% и 23,5%). Снижение концентрации ИРИ (21,2%), исходной гиперинсулинемии (50,0%) и индекса ИР-HOMA (31,8%) наблюдалось к 12 нед. лечения. Сочетанный прием сиофора и берлиприла 5 более выражено уменьшал тощаковую (21,5%) и стимулированную (22,0% p<0,01) гликемию на 12 нед. исследования, отчетливее повышал низкий риск (33,9% и 35,1%) и снижал риск микроангиопатий (39,9% и 31,5%). Ограничение инсулинемии (28,7%), и градиента ИР-HOMA (36,5%) выявлено через 4 нед. со стабилизацией к 12 нед. сочетанного лечения. ИРИ уменьшился у 77,8% больных с начально высоким содержанием гормона. Выводы: у больных АГ с метаболическим синдромом сочетанное применение сиофора и берлиприла 5 в сравнении с монотерпией бигуанидом более эффективно корригирует метаболизм глюкозы, повышает низкий риск и снижает риск микроангиопатий, уменьшает резистентность к ингибирующему действию инсулина печенью и периферическими тканями и может оценено как приоритетное у пациентов данной категории.

0552 ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Мендукшева Ю.Е., Кирпикова М.Н., Колоскова Н.В., Шутемова Е.А., Николаева Л.И., Назарова О.А.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Артериальная гипертония (АГ) и заболевания костно-суставного аппарата существенно ухудшают качество жизни людей. При остеопорозе (ОП) это связано с наличием постоянных болей, нарушением функциональной активности, потерей свободы перемещения, развитием вследствие этого депрессивного состояния. Наличие АГ также неблагоприятно сказывается на качестве жизни. В то же время данных о качестве жизни больных АГ, сочетающейся с ОП, нет, что и делает актуальным изучение субъективных характеристик качества жизни у этой категории больных.

Целью исследования являлось изучение субъективных характеристик качества жизни у больных с АГ, сочетающейся с постменопаузальным ОП.

Материалы и методы. Обследовано 54 женщины 50-77 лет (средний возраст 64,6 ±6,2) с ОП различной степени тяжести, страдающих АГ 1-3 степени. Диагноз ОП был верифицирован методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии. Все больные получали адекватную гипотензивную терапию с достижением целевого уровня артериального давления, а также стандартное лечение по поводу ОП. Осуществлялась оценка реактивной и личностной тревожности по методу Спилберга – Ханина, уровня депрессии по шкале CES-D. Состояние здоровья и выраженность болевого синдрома оценивались по визуально-аналоговой шкале Euro-Qol.

Результаты. При исследовании одной из составляющих психологического статуса – тревожности – получили следующие данные. Реактивная тревожность больных составила 35 (27-44) баллов, что соответствует умеренному уровню, личностная тревожность – 56 (48-63), что относится к градации высокого уровня. По результатам анализа данных опросника CES-D уровень депрессии составил 19 (13-27) баллов, что соответствует легкой степени выраженности депрессивных расстройств. Выраженность болевого синдрома пациентки оценили в 50% (40-50 %) и состояние своего здоровья – в 50% (50-60%).

Заключение: у больных АГ, сочетающейся с ОП, имеет место умеренный уровень реактивной и высокий уровень личностной тревожности, а также наличие депрессивного расстройства легкой степени выраженности.

0553 ОЦЕНКА АРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИБС

Мердиян И.Н., Калев. О.Ф., Немкова Л.М., Пискунов С.А., Нагирная И.Я., Кругликова А.В.

Челябинская Государственная Медицинская Академия, Челябинск, Россия

Цель данной работы: выявить зависимость между степенью и протяженностью стенозирующего поражения коронарных артерий и типом и характером нарушений ритма и проводимости сердца.

Материалы и методы исследования: обследовано 46 мужчин, страдающих ИБС, в возрасте от 45 до 65 лет. Средний возраст больных составил 56±6,1 лет. У 37 пациентов (80%) в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, из них у 13 (35%) чел. обнаружена хроническая аневризма сердца. Всем больным было выполнено полное клиническое обследование (электрокардиография, суточное ЭКГ мониторирование, эхокардиография, электрокардиография, селективная коронароангиография и вентрикулография).

Результаты и их обсуждение: по данным суточного ЭКГ мониторирования у всех больных зарегистрирован преобладающий синусовый ритм с тенденцией к тахикардии в 34 случаях (78%). Средняя ЧСС днем составила 89,3 +- 5.1 уд/минуту днем и 68,2+-3,4 уд/минуту ночью. Были зарегистрированы следующие типы аритмий и блокад сердца: в 26 случаях (57%) наблюдалась суправентрикулярная экстрасистолия; в 4 случаях (9%) – пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия; у 36 человек (78%) – желудочковая экстрасистолия (ЖЭС), из них у 25 пациентов (69%) наблюдалась ЖЭС высоких градаций (III–V), а у 3 пациентов зарегистрированы пароксизмы желудочковой тахикардии. У 13 пациентов с хронической аневризмой сердца во всех случаях зарегистрирована ЖЭС высоких градаций и в 3 случаях пароксизмальная желудочковая тахикардия. Пароксизмальная мерцательная аритмия –в 4 случаях (9%). В одном случае у пациента с постинфарктным кардиосклерозом и хронической аневризмой сердца зарегистрирована преходящая ПБЛНПГ. По результатам коронароангиографического исследования в 26 случаях выявлено поражение ПКА (57%), из них в 20 случаях выявлены желудочковые нарушения ритма сердца. Степень стеноза ПКА не коррелирует с выраженностью желудочковой экстрасистолической аритмии. Достоверно выше градация ЖЭС при большей протяженности стеноза ПКА (p < 0,04). В 30 случаях (65%) выявлено многососудистое поражение коронарных артерий – во всех случаях выявлялись сочетанные нарушения ритма и проводимости сердца (пароксизмальная мерцательная аритмия, суправентрикулярная экстрасистолия и ЖЭС), из них у 13 человек выявлено поражение ОВ ЛКА и ПМЖВ, без поражения ПКА – в данных случаях наблюдалась тенденция к синусовой тахикардии и частой экстрасистолической суправентрикулярной и ЖЭС (I–III градации) аритмии. Во всех случаях, 46 чел., наблюдалась депрессия сегмента ST от 1 до 4 мм, однако четкой корреляции между уровнем ишемии и аритмической активностью сердца не определяется.

Выводы: у больных с поражениями ПКА достоверно чаще

Tesis_006_end.indd 234 24.08.2006 22:25:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

регистрируются желудочковые нарушения ритма, выявлена прямая зависимость градации ЖЭС от протяженности стеноза ПКА. Многососудистое поражение коронарных артерий является фактором, способствующим развитию наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма сердца.

0554 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Милевская И.В., Крюков Н.Н., Киселева Г.И.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Самарский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», Самара, Россия

До настоящего времени патология сердечно-сосудистой системы остается основной причиной заболеваемости и смертности среди населения во всем мире. Поэтому продолжается поиск факторов риска, идентификация которых позволила бы влиять на уровень смертности от этих заболеваний. В последние годы был определен новый метаболический фактор риска сосудистых поражений. Им оказалась повышенная концентрация в крови гомоцистеина –небелковой сульфгидрильной аминокислоты.

Цель работы. Оценить роль гомоцистеина в становлении, стабилизации и развитии осложнений артериальной гипертонии.

Материалы и методы исследования. Обследовали 64 пациента. Все участники были разделены на 4 группы в зависимости от степени выраженности артериальной гипертонии, без признаков вторичного генеза гипертонии. Первую группу составили 17 пациентов с артериальной гипертонией 1 степени, вторую –16 больных с артериальной гипертонией 2 степени, третью –15 человек с артериальной гипертонией 3 степени, и в контрольную группу вошли 16 обследуемых без артериальной гипертонии, но сопоставимых по основным биологическим характеристикам. У всех больных определяли иммуноферментным методом сывороточные концентрации гомоцистеина, и методом дуплексного сканирования сосудов брахиоцефального ствола измеряли толщину интимы –медии подключичных артерий.

Полученные результаты. В первой группе средний исходный уровень гомоцистеина в сыворотке крови составил 12,1+0,5 мкмоль/л, средняя толщина интимы-медии подключичных артерий –0,8+0,1 мм, во второй –14,2+1,5 мкмоль/л и 1,1+0,2 мм ($p<0,01$) соответственно. В группе больных с артериальной гипертонией 3 степени обнаружено достоверное по сравнению с другими группами пациентов с артериальной гипертонией повышение сывороточных концентраций гомоцистеина. Средний исходный уровень гомоцистеина составил 18,7+1,7 мкмоль/л, средняя толщина интимы–медии –1,5+0,3 мм ($p<0,01$). В контрольной группе уровень гомоцистеина –10,7+0,1 мкмоль/л, средняя толщина интимы- медии –0,6+0,1 мм ($p<0,01$).

Выводы. В результате проведенных исследований следует отметить, что наиболее высокий уровень как гомоцистеина, так и толщины интимы-медии отмечался в группе у больных с артериальной гипертонией 3 степени. В первой и второй группах сывороточная концентрация гомоцистеина находилась на верхней границе или незначительно превышала норму. Толщина интимы–медии в этих группах также значительно не превышала нормальные показатели.

0555 ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА (ДАПРИЛА) НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ

Миллер О.Н., Бахметьева Т.А., Старичков С.А., Субраков Г.Е., Беляева И.Е.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы: оценка динамики функционального состояния миокарда левого предсердия после купирования пароксизма фибрилляции (ФП) на фоне применения гидрофильного иАПФ лизиноприла (ДАПРИЛА).

Материал и методы. В исследование включено 12 пациентов средний возраст 45,2±6,7 года, которые поступали в клинику с пароксизмами ФП. С учетом анамнеза, клиники, данных ЭхоКГ пароксизмы тахикардии возникали на фоне артериальной гипертонии (АГ) различной степени. Всем больным проводилось детальное ЭхоКГ исследование с определением объема и индекса объема ЛП сразу после купирования пароксизма тахиаритмии, через 1 мес, спустя 3 мес, и планируется через 6 и 12 месяцев на фоне приема антигипертензивной терапии, включающей тиазидоподобные диуретики, иАПФ (ДАПРИЛ), а при наличии выраженной симпатикотонии (8 пациентов) – бета-блокаторы. В течение первого месяца больные принимали ААП (пропанорм 450 мг/сут) с целью удержания синусового ритма.

Результаты. Объем ЛП у больных с пароксизмальной ФП в среднем был равен 44,3±9,2 см3, индекс объема равнялся 22,5±6,2 см3/м2. Средний показатель по группе больных превышал средний показатель нормы более чем на 98,7%, а индекс объема – более чем на 75,8%. После фармакологической дефибрилляции на 7-10 сутки на фоне синусового ритма объем и индекс объема ЛП не претерпели каких-либо изменений, несмотря на назначенную гипертензивную терапию. Таким образом, темп восстановления механической систолы ЛП после медикаментозной дефибрилляции не зависел от назначения ингибиторов АПФ. Через 1 мес синусовый ритм сохранялся у всех больных и проведенное ЭхоКГ и допплер-ЭхоКГ исследование показало, что у больных на фоне ДАПРИЛА объем ЛП уменьшился на 37,1%, индекс объема – на 22,3% по сравнению с аналогичными показателями в первые сутки после восстановления синусового ритма, а фракция предсердного наполнения (ФПН) составила 36,1%.

Через 3 месяца синусовый ритм сохранялся у 11 пациентов, что составило 91,7%. Допплер-ЭхоКГ показала, что объем и индекс объема у 8 пациентов (66,7%) достоверно уменьшились ($p<0,01$) по сравнению с показателями, полученными в первые сутки после восстановления синусового ритма и практически не изменились ($p>0,05$) по сравнению с данными, рассчитанными через 1 мес после купирования аритмии.

Выводы. Таким образом, после успешного восстановления синусового ритма у всех больных имело место угнетение механической функции левого предсердия. Назначение иАПФ лизиноприла (ДАПРИЛА) способствовало ре-ремоделированию миокарда этого отдела сердца. Раннее назначение иАПФ будет приводить к более быстрому восстановлению механической систолы предсердий, уменьшению размеров левого предсердия, а в конечном итоге, к предотвращению возникновения фибрилляции предсердий.

0556 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ПОЗИТИВНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Милованова Е.В., Урванцева И.А., Улитин А.О., Ярков В.И.

Окружной кардиологический диспансер, Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургут, Россия

Цель исследования: изучить непосредственные и отдаленные результаты реваскуляризации миокарда у больных, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Материал и методы: В 2003 году в центре были прооперированы 192 больных, перенесших Q-ИМ.

Результаты: Стабильную стенокардию III-IV функциональных классов имели 135 (70%) больных, стенокардию 11 функционального класса 34 (18%), 17 (9%) прооперировано в связи с острым коронарным синдромом. Передняя локализация ИМ отмечена у 86 больных, задняя локализация – у 93 больных, в 2 случаях инфаркт был циркулярным. 30 больных перенесли 2

Tesis_006_end.indd 235 24.08.2006 22:25:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

инфаркта, в 10 случаях попеременно передней и задней стенки. Формирование аневризмы отмечено у 34 (18%) больных.

У 156 (81%) больных инфаркт был первым проявлением ИБС. Длительность ИБС составляла от 3 недель до 18 лет (в среднем 3,8 года). Возраст пациентов от 33 до 79 лет (в среднем 53,2 года).

3-сосудистое поражение коронарного русла выявлено в 99 (52%) случаях, стеноз ствола ЛКА у 24 (13%), ФВ менее 40% у 25 (13%) пациентов.

120 (63%) больных прооперировано в условиях ИК. Шунтирование с использованием только аутоартериальных графтов (левая ВГА и правая ВГА, левая ВГА и лучевая артерия) выполнено у 43 (22%) пациентов. Артериальные и венозные графты: левая ВГА и аутовены использованы у 126 (66%) больных. Аутовенозное шунтирование выполнено у 23 (12%) больных. Индекс реваскуляризации 3,6. В 9 случаях операции коронарного шунтирования сочетались с пластикой аневризмы ЛЖ, в 3 случаях – с протезированием АК и в 3 случаях с реконструктивными вмешательствами на брахиоцефальных артериях. Частота госпитальных осложнений при плановых вмешательствах 1,6%, летальность 0,5%. Госпитальная летальность после сочетанных операций составила 33%.

При динамическом наблюдении в течение 3 лет выживаемость 96,2%. Инфаркт миокарда перенесли 5 (2,7%) больных, повторную реваскуляризацию 11 (6%). Рецидив стенокардии у 75 (40%) больных: 3-4 ФК-34 больных, 2 ФК-41 больной. У 110 (60%) больных стенокардия отсутствует. Работают 47 (25%) больных, 56 (30%) нетрудоспособны, имеют группу инвалидности, остальные пенсионеры.

Выводы: полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности хирургического метода лечения ИБС.

0557 ПРИМЕНЕНИЕ ЛИПТОНОРМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Минаков Э.В., Бабенко Н.И., Поповская Ю.В.

ГОУ ВПО «Воронежская медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, ГУЗ Воронежская областная клиническая больница № 1, Воронеж, Россия

Цель: изучение эффективности действия российского статина-генерика липтонорма (аторвастатина) на показатели липидного обмена у больных ИБС, и гипертонической болезнью с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений и наличием гиперхолестеринемии.

Материал и методы. Обследовано 30 больных ИБС и гипертонической болезнью (ГБ) с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений в возрасте от 34 до 71 лет (средний возраст – 52,3 лет), мужчин –17 , женщин – 13. Уровень общего холестерина (ОХ) –более 5,2 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) –более 3,0 ммоль/л. Исследование крови проводили до начала лечения и через 4 недели терапии липтонормом. Определяли уровни общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП), триглицеридов (ТГ) ферментативно-колориметрическим методом, уровень трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) до начала лечения и после 4 недель терапии. Назначался отечественный статин липтонорм (аторвастатин, Фармстандарт) в дозе 10 мг в сутки однократно после ужина на фоне соблюдения гиполипидемической диеты. Полученные данные обработаны статистически.

Полученные результаты. Большая часть больных имела несколько факторов риска: избыточную массу тела – 56,6%, отягощенный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям – 60%, курение – 70,5% мужчин, сахарный диабет 2 типа –13,3%, перенесли нарушение мозгового кровообращения –6,6%, инфаркт миокарда –10%, нарушения ритма сердца имелись у 6,6% больных. У 21 больного диагностирована ишемическая болезнь сердца, в 90% в сочетании с ГБ. У 9 больных (30%) –ГБ с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений.

Через 4 недели терапии липтонормом выявлено статистически достоверное снижение уровня ОХС с 6,3±0,8 до 4,9±0,7 ммоль/л ($p<0,001$) или на 22% от исходного. Показатели ЛПНП достоверно снизились с 4,5±0,8 до 3,4±0,6 ммоль/л ($p<0,05$) – на 22%. Менее значимо снизился уровень ТГ –с 2,17±0,8 до 1,98±0,7 ммоль/л, (статистически недостоверно), на 8,8%. Показатели ЛПВП достоверно не изменились: 0,99±0,15 и 1,01±0,2 ммоль/л). Не отмечено статистически значимого изменения АСАТ: 95,4±9,2 и 85,4±7,4 нмоль/л и уровня АЛАТ: 147,4±14,6 и 156,1±12,5 нмоль/л соответственно. Переносимость липтонорма у всех пациентов была хорошей.

Выводы: 1). Отечественный препарат липтонорм (Фармстандарт) в дозе 10 мг/сут. статистически достоверно снижает уровни ОХС, ЛПНП через 4 недели терапии. 2). Препарат практически не изменяет показатели ЛПВП. 3). Снижение показателей ТГ под влиянием приема липтонорма в течение 4 нед. является статистически недостоверным. 4). После 4-недельной терапии липтонормом не отмечено значимого увеличения уровней трансаминаз. 5). Липтонорм хорошо переносится больными. 6). Пациенты считают режим назначения препарата удобным и необременительным, что может увеличивать приверженность к лечению.

0558 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Минушкина Л.О.[1], Носиков В.В.[2], Бражник В.А.[1], Никитин А.Г.[2], Бровкин А.Н.[2], Чудакова Д.А.[2], Шестаков А.Е.[2], Воронько О.Е.[2], Бабунова Н.Б.[2], Затейщиков Д.А.[1], Сидоренко Б.А.[1]

[1] Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ и [2] Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Цель работы. Артериальная гипертония (АГ) относится к широко распространенным полигенным заболеваниям и целью настоящей работы было изучение генетической предрасположенности к этому заболеванию с использованием полиморфных маркеров нескольких групп генов-кандидатов. Одна из них включает гены, продукты которых регулируют тонус сосудов. Это гены ренин-ангиотензиновой системы: ангиотензиногена (AGT), фермента, превращающего ангиотензин I (ACE), сосудистого рецептора ангиотензина II типа 1 (AT2R1). Кроме того, в эту группу входят гены химазы (CMA1), NO-синтетазы (NOS3), синтетазы альдостерона (CYP11B2) и эндотелинов 1 и 2 (END1 и END2). Еще одну группу составляют гены, кодирующие ферменты, которые обеспечивают инактивацию свободных радикалов и перекисей. К ним относятся гены каталазы (CAT), супероксиддисмутаз (SOD2 и SOD3), а также параоксоназ 1 и 2 (PON1 и PON2). Другая группа генов кодирует компоненты системы тромбообразования и включает гены фибриногена (FGB), факторов коагуляции II, V и VII (F2, F5 и F7), тромбомодулина (THBD), ингибитора активатора плазминогена типа 1 (PLANH1), протеина С (PROC) и редуктазы метилентетрагидрофолата (MTHFR). Еще одну группу составляют гены, кодирующие аполипопротеины B, E, C-III и A5 (APOB, APOE, APOC-III и APOA5) и липазу липопротеинов (LPL). И последняя группа – это гены, кодирующие ряд клеточных рецепторов (GNB3, PPARA, PPARG2 и ADRB3). Методы исследования. Обследовано 234 пациента русского или восточнославянского происхождения (120 мужчин и 114 женщин) с АГ. Средний возраст – 65,1±0,64 лет. Пациенты были разделены на три группы по тяжести протекания АГ: 36 пациентов с мягкой АГ 1-ой степени, 84 пациентов с умеренной АГ 2-ой степени и 114 пациентов с тяжелой АГ 3-ей степени. Сравнение частот аллелей и генотипов полиморфных маркеров проводилось между

Tesis_006_end.indd 236 24.08.2006 22:25:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

группой, включающей больных с АГ 1-ой и 2-ой степеней, и группой больных с АГ 3-ей степени. 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. Результаты. Нам не удалось обнаружить значимой ассоциации с АГ в случае генов AGT, ACE, CMA1, NOS3, CYP11B2, END2, SOD2, SOD3, F2, F5, F7, PLANH1, PROC, APOB, APOE, APOC-III, APOA5, GNB3, PPARA, PPARG2 и ADRB3. Выраженная ассоциация с АГ была обнаружена нами в случае полиморфных маркеров A(–153)C гена AT2R1, A1298C гена MTHFR, Ser447Ter гена LPL и Pro12Ala гена PPARG2. Слабая ассоциация с АГ была обнаружена нами в случае полиморфных маркеров Lys198Asn гена END1 и C(–262)T гена CAT. Заключение. Показано, что гены MTHFR, AT2R1 PPARG2, EDN1 и CAT вносят существенный вклад в формирование генетической предрасположенности к тяжелой форме АГ среди этнических русских, проживающих в городе Москва.

0559 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ ADRB1, CYP1A1, CYP1A2 И CYP2D6 С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТЕРАПИИ БЕТАКСОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Минушкина Л.О.[1], Никитин А.Г.[2], Савельева Е.С.[3], Бровкин А.Н.[2], Затейщиков Д.А.[1], Носиков В.В.[2]

[1] Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ и [2] Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия

Цель работы. Изучение ассоциации генов, кодирующих адренорецептор бета 1 (ген ADRB1), который блокируется бетаксололом, и цитохромы CYP1A1, CYP1A2 и CYP2D6, которые осуществляют метаболизм бетаксолола, с эффективностью терапии этим препаратом у больных с артериальной гипертонией (АГ) 1-ой и 2-ой степени тяжести. Материал и методы. Обследовано 39 больных (19 мужчин и 20 женщин) с АГ. 16 больных имели АГ 1-ой степени тяжести и 23 больных – 2-ой степени тяжести. Средний возраст больных составил 48,79±1,48 лет, средняя длительность заболевания на момент включения в исследование 5,6±1,15 лет. 75% больных имели избыточную массу тела (ИМТ >25 кг/м2), средний ИМТ составил 29,3±1,03 кг/м2. Все больные получали бетаксолол в начальной дозе 10 мг/сут. , при неэффективности препарата (АД оставалось выше 140/90 мм.рт.ст.) через 2 недели доза препарата удваивалась. Общая продолжительность лечения составила 28 дней. При включении в исследование проводилось измерение артериального давления и выполнялся нагрузочный тредмил-тест по протоколу Брюса. Тредмил-тест и измерение АД повторялись на 28-ой день терапии. Идентификация аллелей полиморфных маркеров Ser49Gly и Gly389Arg гена ADRB1, Ile286Thr гена CYP1A1, A(–163)C гена CYP1A2 и Pro34Cys гена CYP2D6 проводилась с использованием полимеразной цепной реакции, расщепления фрагментов ДНК рестриктазами и электрофоретического разделения фрагментов ДНК в 8%-ном полиакриламидном геле. Результаты. Нам не удалось обнаружить ассоциации гипотензивной эффективности бетаксолола с генотипами полиморфных маркеров Ser49Gly и Gly389Arg гена ADRB1, Ile286Thr гена CYP1A1 и A(–163)C гена CYP1A2. В случае полиморфного маркера Pro34Cys гена CYP2D6 оказалось, что в обследованной группе 36 больных имеют генотип Cys/Cys и 3 больных – генотип Pro/Cys. У больных, носителей генотипа Pro/Cys полиморфного маркера Pro34Cys гена CYP2D6 отмечалась достоверно более высокая эффективность терапии бетаксололом. Носители аллеля Pro имели достоверно более выраженное снижение диастолического АД на фоне лечения (–16,7±4,47 Мм рт.ст. против – 3,0±1,73 Мм рт.ст., p=0,012). У больных, носителей аллеля Pro было выявлено достоверно более выраженное снижение ДАД на фоне максимума нагрузки (–15,3±3,06 Мм рт.ст. против –6,6±1,9 Мм рт.ст.), p=0,026). У этих больных было выявлено достоверно более выраженное уменьшение ЧСС на фоне лечения бетаксололом. В покое снижение ЧСС составило –23,3±5,59 уд/мин против –15,7±1,48 уд/мин, p=0,038. В момент максимума нагрузки на фоне лечения ЧСС снизилось на –29,3±3,53 уд/мин против –18,1±2,26 уд/мин, p=0,002. Заключение. У больных, имеющих в генотипе аллель Pro полиморфного маркера Pro34Cys гена CYP2D6, терапия бетаксололом более эффективна, чем у гомозиготных носителей аллеля Cys, что может быть связано с пониженной скоростью метаболизма бетаксолола у этих больных.

0560 ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Миронова О.П.,Федин А.И., Болевич С.Б., А.Д.Велинкевич, Федотова А.В.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение влияния антиоксидантной терапии мексидолом на клинические проявления и выраженность окислительного стресса при хронической ишемии мозга (ХИМ).

Методы: Проведено комплексное обследование 78 больных с ХИМ в возрасте 48-76 лет (средний возраст 66,3±7,1 лет). Контрольная группа (КГ) составила 26 пациентов. С целью количественной оценки клинических проявлений ХИМ применялась адаптированная количественная неврологическая шкала А.И.Федина, количественная шкала субъективной оценки астении и анкета Шпигеля субъективной оценки нарушений сна. Экспериментально-психологическое обследование включало компьютеризированный тест «Отыскивания чисел» (таблицы Шульте), тест А.Р.Лурия запоминания 10 слов и компьютеризированную шкалу тревоги Спилбергера. В качестве показателей свободно-радикальных процессов регистрировались генерация активных форм кислорода лейкоцитами крови (показатели базальной – ПИХЛб – и стимулированной – ПИХЛс хемилюминисценции лейкоцитов), вторичный продукт свободно-радикального перекисного окисления липидов – малонового альдегида плазмы (МДА) и антиперекисная активность вторичной плазмы крови в виде отношения индуцированной к спонтанной ХЛ вторичной плазмы (К/АПА). Больным основной и КГ по показаниям назначались антигипертензивные и антиагрегантные препараты по стандартным схемам. Цереброваскулярные и нейрометаболические препараты не применялись. Больным основной группы (ОГ) назначался мексидол 6 мл (300 мг) внутривенно капельно на 200 мл 0,9% физиологического раствора в течение 7 дней, затем мексидол перорально по 125 мг 3 раза в день в течение 3-х недель.

Результаты: в ОГ с ХИМ на фоне комплексного лечения отмечена существенная динамика неврологических проявлений заболевания (-56,3±4,6 баллов) по сравнению с КГ (-24,8±3,1баллов) (p<0,05). Динамика астении после лечения по данным ее субъективной шкалы прослеживалась в разделах «общая астения» и «физическая астения» (p<0,05). Ситуационная тревожность с 43,6±4,0 снизилась до 24,3±3,1 баллов (p<0,05). Личностная тревожность с 56,2±6,8 баллов уменьшилась до 29,3±3,8 баллов (p<0,05). В ОГ проведенное лечение было достаточно эффективным при сравнении когнитивных функций в виде расстройств памяти и внимания (p<0,05). Подобного действия лечения в КГ больных не было (p>0,05). У больных с I стадией ХИМ после курса антиоксидантной терапии нормализовалось содержание малонового альдегида, выявлявшееся до лечения (p>0,05). У больных II стадией ХИМ после проведенного курса все показатели лабораторного исследования также приблизились к показателям доноров (p>0,05). Существенным являлось снижение определявшихся до лечения увеличение ПИХЛс и МДА (p<0,05). После курса лечения у больных с III

Tesis_006_end.indd 237 24.08.2006 22:25:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

стадией ХИМпо сравнению с фоновым исследованием обнаруживалось снижение показателей ПИХЛб и ПИХЛс, МДА и повышение антиперекисной активности плазмы крови ($p<0,05$).

Выводы: применение мексидола выявило существенную динамику неврологических проявлений заболевания в первых двух стадиях ХИМ. Выявлено его модулирующее действие на свободно-радикальные процессы, перекисное окисление липидов и систему антиоксидантной защиты у больных с ХИМ.

0561 КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ

Миронова Т.Ф., Миронов В.А., Локтионова И.В, Куренков Е.Л., Миронов М.В.

ГОУ ВПО Челябинская медицинская академия Росздрава, Челябинск, Россия

Представляется 14-летний опыт применения при кардиоаритмиях (КА) высокоразрешающего метода ритмокардиографии (РКГ) с временным и спектральным анализом волновой структуры вариабельности синусового ритма сердца (ВСР). У 4620 пациентов с КА, помимо стандартных кардиологических исследований, на компьютерном комплексе КАП-РК-01-"Микор" с точностью до 0.001 секунды регистрировалась и анализировалась ВСР в клинико-экспериментальном режиме тестирования. Синхронно регистрировалась ЭКГ. Выделялись временные статистические и спектральные показатели в соответствии с Российскими рекомендациями. Анализ РКГ при КА по ряду симптомов определял связь КА с первичным патоморфологическим субстратом в сердце –наличием дополнительных проводящих путей, эктопических очагов, слабости синусового узла (СУ) и др. Наиболее клинически привлекательной оказалась возможность оценки автономного фона КА и их гемодинамического значения. Эктопические очаги были на многовариантном фоне патологически измененной структуры ВСР, часто –ее стабилизации и снижения реакций в пробах, что патогенетически было обусловлено участием интрамуральной рецепторной ткани в патогенезе заболевания. Активность эктопии была зависима от преобладания того или иного фактора регуляции СР, поэтому в соответствующих тестах КА достоверно учащались, урежались или исчезали. Клинико-экспериментальный анализ ВСР повышал возможности определения связи КА с преимущественным поражением сосудов, миокарда или с дисфункцией СУ. При ИБС со стенокардией (СТ) выявлены общее снижение ВСР, участки стабилизации, синхронные с депрессией ST, соответствующие по частоте и продолжительности функциональным классам СТ, их временная связь с КА. Острому коронарному синдрому предшествовало увеличение частоты и продолжительности эпизодов стабилизации ВСР и КА. При ишемической сердечной недостаточности отмечено прогрессирующее снижение ВСР вплоть до формирования автономной кардионейропатии, замедленное реагирование ритма на стимулы в тестах, медленное восстановление ритма после их действия. Дисфункции СУ соответствовали сверхкомпенсаторные паузы после экстрасистол и периодика Венкебаха с постепенным снижением декремента увеличенных постэктопических интервалов на фоне брадикардии и стабилизации ВСР с РКГ-признаками снижения автономных показателей и преобладания влияния гуморальной среды в СУ. На пробу с атропином ВСР дифференцированно реагировала при ДСАУ и СССУ. Электрическая нестабильность миокарда на РКГ проявлялась желудочковыми экстрасистолами с удлиненной сверхкомпенсаторной паузой на фоне симпатической волны. При гемодинамически опасных экстрасистолах изменялись волновая структура ВСР и уровень ритмограммы. РКГ оказалась удобной для выбора лекарственной терапии, иногда это удавалось при первой разовой дозе препарата. РКГ исследование с клиническим анализом ВСР содержит возможности регистрации большинства клинических форм КА, автономного фона их патогенетического формирования и гемодинамической значимости, способно обеспечить индивидуальный выбор и контроль фармакотерапии.

0562 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СТЕНОКАРДИИ

Миронов В.А., Миронова Т.Ф., Шамуров Ю.С., Миронов М.В.

ГОУ ВПО Челябинская медицинская академия, Челябинск, Россия

Для оценки диагностической значимости периферической вегетативной дизрегуляции пейсмекерной активности сино-аурикулярного узла сердца (СУ) при стенокардии (СТ) под наблюдением в течение 5-8 лет находились 15670 пациентов с ИБС. Все обследованы методом ритмокардиографии (РКГ) с помощью комплекса КАП-РК-01-«Микор» с анализом вариабельности сердечного ритма (ВСР). Особенностями РКГ была высокая точность синхронной регистрации ЭКГ и ВСР в 1000 Гц, что в 8-14 раз выше, чем в системах для ХМ. Были выделены РКГ-симптомы, характерные для хронической ИБС: снижение общей дисперсии ВСР (RR-SDNN), потеря протектирующего вагусного преобладания в СУ – снижение s и s% (HF%), увеличение спектра гуморального влияния – l% (VLF%), снижение всех реакций в пробах, в том числе в активной ортопробе-Аор (прямо коррелирует с коронарным резервом), увеличение времени восстановления после них. Для настоящего сообщения из больных ИБС отобран по специальным критериям 171 пациент с СТ. Помимо названных изменений, при СТ была найден РКГ-симптом выраженной стабилизации ВСР, синхронно регистрируемой при эпизодах ишемии с депрессией ST на ЭКГ. Стабильная СТ (ФК1) с фиксированным порогом ишемии характеризовалась эпизодом стабилизации ВСР при нагрузке (ВЭМ) или сразу после неё (высокий порог ишемии), которая купировалась нитратами. Появление стабилизации ВСР при нагрузке и в Аор (низкий порог ишемии), смещение ST на ЭКГ и отсутствие реакции на нитроглицерин соответствовали СТ 2 ФК. При 3ФК эпизоды СТ регистрировались в покое, Аор, при нагрузке и не реагировали на приём нитроглицерина. Одновременно на РКГ зафиксированы эпизоды стабилизации менее 1 Минуты, соответствующие вазоспастической СТ. При СТ 4ФК регистрировались эпизоды стабилизации ВСР и ЭКГ признаки ишемии более продолжительные, чем при ФК1 и 2. В межприступном периоде СТ 4ФК сопровождалась выраженным снижением ВСР, то есть, при автономной кардионейропатии (АКН), поэтому эпизоды ишемии визуально были различимы лишь при увеличении РКГ-записи. АКН сопутствовала клиника сердечной недостаточности. Приступам стабильной СТ предшествовало снижение уровня РКГ (к примеру, в Аор или при нагрузке) или низкочастотные симпатические волны ВСР. Фиксированному порогу ишемии при РКГ соответствовали эпизоды стабилизации ВСР при одинаковых нагрузках, а вариабельному –при различных нагрузках и в вегетативных пробах. РКГ-признакам нестабильной СТ соответствовало увеличение продолжительности эпизодов ишемии, появление их при меньшей нагрузке, чем это было ранее, а также прогрессирующее снижение ВСР по статистическим показателям, увеличение спектра очень низкочастотного гуморального влияния за счёт снижения симпато-парасимпатического. РКГ-симптомами улучшения были рост величин автономных временных и спектральных показателей ВСР, а также реакций в пробах. При исходной АКН увеличение амплитуды любых волн ВСР предшествовало положительной клинической динамике. Таким образом, при РКГ-исследовании в коротком контролируемом мониторинге зарегистрированы многовариантные автономные дизрегуляции СУ, облигатные для ИБС, стабилизация ВСР при эпизодах ишемии, частота и продолжительность которых соответствовала функциональным классам и патофизиологическим характеристикам СТ.

Tesis_006_end.indd 238 24.08.2006 22:25:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0563 ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У СПОРТСМЕНОВ

Михайлова А.В.

Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, кафедра спортивной медицины, Москва, Россия

Синдром дисплазии соединительной ткани сердца (ДСТС) выявляется у спортсменов примерно с такой же частотой, как и в популяции в целом. При этом многие исследователи рассматривают пролапс митрального клапана (ПМК) и аномально расположенные хорды (АРХ) левого желудочка не только как факторы, нарушающие адаптацию сердца к физическим нагрузкам, но и как состояния повышенного риска внезапной смерти при занятиях спортом.

Целью настоящего исследования было оценить особенности фенотипических проявлений у спортсменов с различными проявлениями ДСТС и их влияние на процессы адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам.

Нами обследованы 100 спортсменов (средний возраст – 20,25+2,85, спортивный стаж – 9,15+1,7 лет, спортивная квалификация от I взрослого разряда до Заслуженного мастера спорта); по признаку выявления соединительнотканной дисплазии сердца спортсмены были разделены на 4 группы: I группа – с пролапсом митрального клапана (ПМК) – 29 человек, II группа – с атипично расположенными хордами левого желудочка (АРХ) – 20 человек, III группа – с сочетанием ПМК и АРХ – 28 человек, контрольная группа (без признаков дисплазии соединительной ткани сердца) – 23 человека.

Результаты исследований показали, что спортсмены с различными проявлениями синдрома дисплазии соединительной ткани сердца достоверно отличаются общим количеством фенотипических признаков “слабости” соединительной ткани (от 2,83 до 3,52, по сравнению с 1,29 в контрольной группе). Кроме того, было установлено, что наличие 3 и более фенотипических признаков увеличивает вероятность выявления ПМК в 1,7 раза, а АРХ – в 1,4 раза; при наличии 5 и более фенотипических признаков вероятность выявления ПМК увеличивается в 5 раз, а АРХ – в 1,7 раза. ПМК значительно чаще выявлялся у высокорослых и спортсменов, имеющих астеническую конституцию (было показано, что наличие высокого роста увеличивает вероятность выявления ПМК в 4,5 раза, наличие астенического типа телосложения – в 3,5 раза). Кроме того, высокорослые спортсмены отличались сниженными показателями физической работоспособности (PWC170/кг) и аэробной производительности (МПК/кг), а такие показатели адаптации сердечно-сосудистой системы к физическим нагрузкам, как увеличение массы миокарда левого желудочка и урежение ЧСС обнаруживались у них достоверно реже ($p<0,05$).

Таким образом, заподозрить наличие различных проявлений синдрома ДСТС можно уже на этапе физикального обследования. Спортсменов, имеющих 3 и более фенотипических признака дисплазии соединительной ткани, а также астенический тип телосложения и высокий рост необходимо направлять на эхокардиографическое обследование с целью своевременного выявления ПМК и/или АРХ и коррекции их тренировочного процесса.

0564 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДОВ ТРОМБОЗА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВАРФАРИН

Михеева Ю.А., Кропачева Е.С., Игнатьев И.В., Булытова Ю.М., Сычев Д.А., Патрушев Л.И., Аттаулаханова Д.М., Добровольский А.Б., Панченко Е.П.

ФГУ «РКНПК Росздрава», Москва, Россия; Филиал «Клиническая Фармакология» НЦ БМТ РАМН, Москва, Россия

Цель: изучить генетические особенности, влияющие на исход тромбоза ушка левого предсердия (УЛП) и частоту геморрагических осложнений у больных мерцательной аритмией (МА), получающих терапию варфарином (В) с целью профилактики тромбоэмболических осложнений (ТЭ).

Методы: в исследование включено 100 больных МА (71 мужчина) без поражения клапанов сердца, возраст 60+0,9 лет, длительность МА 3,9+0,5 лет. Причины МА: артериальная гипертония (АГ) –47%, ИБС –22%, заболевания мышцы сердца – 10%, изолированная МА –21%. Частота факторов риска ТЭ: возраст >65лет –35%, АГ-69%, ИБС –37%, ТЭ в анамнезе-16%, хроническая сердечная недостаточность (ХСН)-39%, сахарный диабет –18%, 53 больных имели 2-х ФР. Пациенты получали В с ежемесячным контролем МНО, целевое значение 2,0-3,0. Всем больным до и через год терапии В проводились чреспищеводная Эхо-КГ для оценки состояния УЛП, а также с помощью ПЦР осуществлялся поиск следующих мутаций: Фактор V Лейден, протромбин G20210A, МТГФР(C677T), цитохром P450 CYP2C9 (аллели CYP2C9*2 и CYP2C9*3).

Результаты: через 1 год терапии В частота тромбоза УЛП уменьшилась с 75% до 42% ($p=0,02$). За период наблюдения 2 больных умерло от прогрессирования ХСН, произошли: 1 ИИ, 2 больших (нефатальных) и 23 малых геморрагических осложнения (ГО), среднее значение МНО за год 2,3+0,4. У семи больных обнаружена гетерозиготная мутация ФV Лейден, у всех из них до терапии В выявлялся тромб в УЛП. Мутации протромбина G20210A и МТГФР(C677T) не ассоциировались с исходным тромбозом УЛП. Среди 24 больных МА в возрасте до 65 лет без ИИ в анамнезе и тромбом в УЛП у 16 обнаружено не менее одной из изученных мутаций. У24 больных моложе 65 лет обнаружена связь между лизисом тромба на терапии В и отсутствием мутаций ассоциирующихся с тромбозом УЛП. Через год терапии В из 16 носителей мутации тромб УЛП растворился только у 8, в то время как у всех 8 больных без мутации тромб растворился (тромб УЛП через 1 год терапии В обнаружен у 8 из 16 с наличием мутации против 0 из 8 без мутации, $p=0,01$). «Дикий тип» гена CYP2C9 был обнаружен у 68% больных, суммарная частота вариантов *1/*2, *1/*3, *2/*2, *2/*3 и *3/*3 составила 32%. У носителей аллелей CYP2C9*2, CYP2C9*3 частота «выходов» МНО за терапевтический диапазон (2,0-3,0) по сравнению с носителями «дикого типа» оказалась выше, соответственно: 82% и 40% ($p=0,004$). Средние поддерживающие суточные дозы В для носителей CYP 2C9 аллелей: *1/*2, *1/*3, *2/*2, *2/*3 и *3/*3 составили соответственно: 3.6; 3.4;3.1; 3.4;1.6 мг, что оказалось достоверно ниже, чем у носителей «дикого типа» (6,1 мг, $p<0,05$). У носителей аллелей CYP2C9*2 и CYP2C9*3 имелась тенденция к увеличению частоты ГО ($p=0,089$), достигшая достоверности у носителей CYP2C9*3($p=0,03$).

Выводы: лизис тромба в УЛП на терапии В у больных МА ассоциируется с отсутствием врождённой тромбофилии. Носительство аллелей CYP2C9*2 и CYP2C9*3 требует меньшей поддерживающей дозы В, ассоциируется с большей частотой ГО и вариабельностью МНО.

0565 ВЗАИМОСВЯЗИ ВЕГЕТАТИВНОГО И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Мишина И.Е., Громова О.А., Ткачева О.Н.

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава, Иваново, Россия; ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава, Москва, Россия

В настоящее время установлено, что при АГ возникает комплекс взаимоотягощающих гуморально-метаболических нарушений, которые при отсутствии правильного лечения приводит к развитию метаболического синдрома. Одним из ключевых звеньев, участвующих в запуске при АГ, является гиперсимпа-

Tesis_006_end.indd 239 24.08.2006 22:25:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тикотония. Цель исследования: оценить взаимосвязи вегетативного статуса беременных с хронической артериальной гипертонией (ХАГ) и высоким нормальным артериальным давлением (ВН АД) и содержания отдельных макро- и микроэлементов в крови и волосах женщин. В сроке до 20 недель беременности проведен анализ микроэлементного статуса у 68 женщин: 25 беременных с ХАГ, 12 человек с ВН АД и 31 нормотензивной пациентки. Группы были сопоставимы по возрасту. Изучение микроэлементного статуса осуществлялось сотрудниками ГУ ВПО ИвГМА и «Независимого Экспертно-Аналитического Совета по разработке и внедрению современных методов исследования и анализа» (НЭАС). Проводилось количественное определение 45-ти макро- и микроэлементов в волосах и цельной крови беременных методами атомно-абсорбционной спектрометрии с атомизацией в пламени и масс-спектрометрии с ионизацией в индукционно-связанной плазме. Вегетативный статус оценивался при исследовании вариабельности ритма сердца на аппарате «Поли-спектр-3» («Нейрософт», Иваново) в положении лежа и при проведении активной ортостатической пробы с одновременным расчетом показателей кардиоинтервалографии.

Микроэлементный статус беременных с ХАГ и ВН АД характеризовался снижением содержания жизненно важных элементов, играющих ключевую роль в регуляции тонуса сосудов, свободно-радикальных процессов клеточного метаболизма, обеспечения нормальной секреции инсулина и синтеза холестерина (Mg, Mn, Co, Cr, Se). Одновременно в крови пациенток с повышенным артериальным давлением отмечалось статистически значимое повышение уровня натрия и кальция. Анализ корреляционных взаимосвязей показал, что абсолютное и относительное снижение уровня магния в крови и волосах всех обследованных беременных сопровождался достоверным ($p<0,05$-$0,01$) повышением тонуса симпатической нервной системы в состоянии покоя (Mg – AMo r=-0,401; Mg – ИВР r=-0,38; Ca/Mg – AMo r= 0,344; Ca/Mg – ИВР r= 0,35). При уменьшении количества Mn, Fe и Co в крови женщин происходило статистически значимое снижение показателя вегетативной реактивности в ортопробе, что свидетельствовало об относительной недостаточности тонуса вагуса, следствием которой может быть возникновение тахикардии и у беременных (Mn – K30/15 r=0,338; Fe– K30/15 r=0,354; Co – K30/15 r=0,32). У пациенток с ХАГ были обнаружены средней силы достоверные корреляционных взаимосвязи, свидетельствующие о том, что повышение уровня Na и Ca, а также относительное снижение Mg сопровождается повышением тонуса симпатической нервной системы (Na – LF/HF r=0,515; Ca – LF/HF r=0,453; Ca/Mg – LF/HF r=0,453). Аналогичные взаимосвязи обнаружены в группе пациенток с ВН АД.

0566 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Мишланов В.Ю., Мухамадиев И.С., Середенко Н.Н.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Росздрава», Областная клиническая больница, Пермь, Россия

Известно, что высокая частота атеросклероза магистральных сосудов и развитие ишемической болезни сердца отмечается у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Вместе с тем многие авторы указывают на особенности атеросклеротического поражения сосудов (АПС) различных регионов, а также выявляют разнообразные изменения сосудистой стенки в виде бляшек, диффузного фиброза, склероза, кальцинатов или кровоизлияний. Особенности влияния сопутствующей патологии, в том числе органов дыхания, на клиническое течение атеросклероза изучены недостаточно.

Цель исследования: изучить распространенность АПС нижних конечностей, а также некоторые клеточно-молекулярные механизмы заболевания у больных облитерирующим атеросклерозом (ОА) в сочетании с ХОБЛ.

Материал и методы исследования. В условиях отделения диабетической стопы обследовано 174 больных ОА (группа 1), не имеющих сахарного диабета (СД) и 95 – ОА в сочетании с СД 2 типа (группа 2). Возраст больных сопоставим в обеих группах (от 42 до 82 лет). По половому составу в 1 группе преобладали мужчины (92 %), в группе 2 – женщины (72 %). 67 % составляли больные с III и IV стадиями хронической артериальной недостаточности. Выполнялись обще-клинические тесты, допплерография сосудов нижних конечностей, дуплексное исследование магистральных сосудов, ангиография, морфологическое исследование сосудов, полученных в результате реконструктивных операций.

Результаты исследования. Установлено, что распространенность ХОБЛ составляет 16,1% в 1-й и всего 1,3% во 2-й группе больных. В обеих группах преобладали больные с распространенным поражением магистральных сосудов. Больные 1-й группы отличались высокой частотой поражений подвздошных и бедренных артерий. В группе 2 преобладали поражения подколенной и артерий голени. Частота сочетанного поражения 2-3 артерий голени во 2-й группе 78%. Морфологически и по данным дуплексного исследования у больных 1 группы поражение артерий чаще носило локальный характер в виде фиброзных или атероматозных бляшек. Во 2-й группе преобладал диффузный тип поражения, резкое уплотнение сосудистой стенки с диффузным склерозом и кальцинатами. У больных гангреной в стенках артерий выявлялся некроз.

Выводы: 1. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей значительно чаще развиваются у больных СД 2 типа, чем у больных ХОБЛ. 2. При СД 2 типа облитерирующее поражение имеет дистальный распространенный характер с диффузным поражением артериальной стенки в виде фиброза, кальциноза и элементов некротического поражения. 3. У больных ХОБЛ атеросклероз поражает подвздошные и бедренные артерии в виде бляшек, в структуре которых преобладает фиброз и элементы атероматоза.

0567 ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: СИСТЕМНОСТЬ И МУЛЬТИФОКАЛЬНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АТЕРОТРОМБОЗЕ

Мишнев О.Д., Шевченко О.П., Шевченко А.О., Трусов О.Д., Лысова Н.Л., Алимова Е.А.

Кафедра кардиологии ФУВ, Кафедра патологической анатомии Российского государственного медицинского университета, Москва, Россия

Цель. На основании клинического, лабораторного и патологоанатомического обследования изучить острые изменения в коронарных артериях (КА) и периферических артериях (ПА) и выявить их предикторы у больных, умерших на фоне острого коронарного синдрома (ОКС).

Методы. Выполнено патоморфологическое и морфометрическое изучение 224 сегментов КА, и ПА (сонных и средних мозговых) артерий у 32 умерших больных (средний возраст 74,2±12,1 лет, 11 лиц мужского пола). В качестве острых изменений оценивались разрывы и эрозии фиброзных покрышек (ФП) атеросклеротических бляшек и кровоизлияния в артериальную стенку. В плазме крови, полученной посмертно, определялись уровни С-реактивного белка (СРБ), интерлейкина-6 (ИЛ-6) и Fas-лиганда (Fas).

Результаты. Выявлено 39 сегментов КА и ПА с признаками разрыва ФП, 21 – с признаками эрозии ФП и 18 – с кровоизлиянием в стенку артерии. Острые изменения только в одной КА отмечались в 8 случаях (25%), в двух и более КА – в 13 случаях (40,6%) и в ПА – в 11 случаях (34,4%). Подгруппы с единичными или мультифокальными острыми изменениями достоверно не отличались по полу, возрасту, факторам риска ИБС, наличию

Tesis_006_end.indd 240 24.08.2006 22:25:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

в анамнезе перенесенного инфаркта миокарда, сахарного диабета, мерцательной аритмии, артериальному давлению, массе сердца, содержанию в крови липидов, глюкозы натощак, СРБ, ИЛ-6 и Fas. Площадь внутреннего просвета и степень стенозирования просвета в сегментах артерий без признаков острых изменений и сегментах с различными острыми изменениями достоверно не отличались. Отношение площади поперечного среза стенки артерии к площади её внутреннего просвета в сегментах артерий с эрозией ФП было достоверно большим, чем в сегментах артерий без острых изменений (16,.9±19,5 против 9,5±13,9, соответственно, p=0,044), достоверно больше, чем в сегментах артерий с кровоизлияниями в артериальную стенку (16,9±19,5 против 4,2±3,9, соответственно, p=0,006) и достоверно больше, чем в сегментах с разрывом ФП (16,9±19,5 против 5,4±3,9, соответственно, p=0,001). Индекс эксцентричности (ИЭ) внутреннего просвета, в сегментах с кровоизлияниями в стенку артерии был достоверно ниже, чем в сегментах с эрозией и разрывом ФП (0,26±0,10 против 0.43±0,19, p=0,001 и 0,26±0,10 против 0,36±0,18, p=0,022, соответственно) и достоверно не отличался от такового в сегментах с без признаков острых изменений. ИЭ в сегментах с разрывом ФП был выше, чем в сегментах без острых изменений (0,43±0,19 против 0,31±0,19, p=0,009).

Заключение. При ОКС отмечаются множественные (мультифокальные) острые изменения в КА и ПА. Клинические проявления ОКС связаны чаще всего с атеротромбозом в одной из КА, при этом острые изменения в других артериях могут клинически не проявляться. Морфометрические показатели, отражающие особенности ремоделирования артериальной стенки, явились основными предикторами развития острых изменений в изучаемых сегментах артерий.

0568 ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мкртчян Р.И., Жерлицина Л.И., Джатдоева Л.М.

Кисловодская кардиологическая клиника ФГУ «Пятигорский ГНИИК Росздрава», Кисловодск, Россия

В течение 2005 года в клинике проводилось наблюдение и обследование больных с различными заболеваниями сердечно-сосудистой системы с изучением их метеопатических реакций в процессе курортного лечения. Диагностика повышенной метеочувствительности проводилась на основе метеоанамнеза; оценки клинического состояния больных с ежедневным заполнением карты о влиянии факторов внешней среды, проведением объективных тестов на охлаждение, чувствительность к ультрафиолетовой радиации. Обследовано 485 больных в возрасте от 20 до 70 лет. Из их числа 368 человек (75,9%) составили пациенты с ИБС –со стенокардией напряжения I-II ФК. Из них: ИБС с перенесенным в прошлом инфарктом миокарда – 45 чел (12,2%); ИБС в сочетании с артериальной гипертензией (АГ) – 112 чел (30,4%); ИБС в сочетании с АГ и ожирением – 211 чел (57,3%). Базисное курортное лечение включало: бальнеолечение, физиолечение, массаж позвоночника, терренкур в индивидуальном режиме. Повышенная метеочувствительность выявлена у 94,3% больных. У 55,6% отмечалось ухудшение самочувствия накануне изменения погоды; у 38,7% –в день изменения или на следующий день. Согласно оперативному медицинскому прогнозу погоды, который составлялся на предстоящие трое суток и вывешивался на доске объявлений клиники, с наступлением неблагоприятных типов погоды одна группа больных – 323 чел (66,5%) получала разработанное нами профилактическое лечение, включавшее адаптогены, антиангинальные, коронаролитические, гипотензивные препараты. По показаниям назначались препараты седативного, а также вазоактивного действия. Другая группа – 162 чел. (33,4%) не получали дополнительно профилактического лечения. Сумма метеопатических реакций, по выраженности и продолжительности, среди больных получавших профилактическое лечение была ниже, в сравнении с больными не получавшими его, и составила соответственно 2,7 дня и 6,04 дня на 1 больного. По результатам оценки комплексного курортного лечения больных, получавших профилактическое лечение, выписано со значительным улучшением 17,5% чел, с улучшением – 82,5%, без перемен – нет. Среди больных, не получавших профилактическое лечение, выписанных со значительным улучшением нет; с улучшением – 95,7%; без перемен – 4,3%.У части больных ИБС (20 человек) была изучена чувствительность кожи к воздействию естественного солнечного ультрафиолетового облучения (УФО) в начале и в конце лечения с определением времени образования эритемы, расчетом индивидуальной биодозы. Воздействие УФО осуществлялось на кожу живота. Колебания биодозы в начале лечения варьировали от 0,16965 Дж/м^2 до 3,28334 Дж/м^2. В конце лечения – от 0,47927 Дж/м^2 до 3,31423 Дж/м^2. У большинства больных в конце лечения удлинялось время эритемной дозы. Изучение гелиочувствительности позволит использовать гелиотерапию в общем комплексе курортного лечения. Установленное удлинение времени эритемной биодозы, позволяет в последующих исследованиях поставить вопрос о целесообразности постепенного увеличения по ходу лечения продолжительности сеансов гелиотерапии.

0569 О ГЕНЕЗЕ ПОТЕНЦИАЛА ПОКОЯ СОКРАТИТЕЛЬНОГО МИОКАРДА И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Мкртчян Р. И.

Кисловодская кардиологическая клиника ФГУ «Пятигорский ГНИИК Росздрава», Кисловодск, Россия

За последние 100 лет электрокардиографический (ЭКГ) метод исследования широко внедрился в клиническую практику и стал одним из основных методов исследования сердца. Однако и по сей день многие аспекты интерпретации ЭКГ остаются сомнительными. В частности, относительно происхождения одного из самых важных показателей– потенциала покоя кардиомиоцитов и клеток специализированной ткани. От этого показателя прямо или косвенно зависит возникновение всех нарушений деятельности сердца. Не понятно также происхождение периода экзальтации, волны «U», ранней и поздней постдеполяризации, аритмогенной мембранопатии и др. В современной электрофизиологии трансмембранный потенциал покоя клетки (-80–90мВ) определяется градиентом концентрации ионов K+ относительно клеточной мембраны при отсутствии возбуждения клетки. По законам диффузии в период диастолы ионы K+ стремятся покинуть клетку, а K+/Na+ насос энергетическими затратами удерживает существующий градиент. Сторонники диффузионной теории (D.C.Gedsby, A.L.Wit,1977г; W.J.Mandel,1996 et al.) считают, что в связи с наличием в период диастолы градиента K+, направленное кнаружи движение положительно заряженных ионов K+ приводит к возникновению отрицательного заряда внутри клетки. Для доказательства они прибегают к уравнению Нерста по потенциалу равновесия ионов K+ и уравнения «постоянного поля» (Coldman D. E.,1943; Hodkin A.Z. and Katz, 1949г) и приходят к гипотетическому выводу, что оболочка клетки в покое проницаема в основном для ионов K+ и в меньшей степени для Na+ и Ca++ и, что потенциал покоя чувствителен к отношению проницаемости ионов, а не к самим величинам проницаемости, что противоречит законам диффузии. Видимо, одной теорией диффузии ионов вряд ли мы сможем представить истинные механизмы ответственные за формирование потенциала покоя и его функциональную мобильность. Формирование потенциала покоя более сложный интегральный процесс. Если учесть возможность участия внутриклеточных белков в формировании

Tesis_006_end.indd 241 24.08.2006 22:25:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

потенциала покоя, а именно образование химической связи ионов K+ с внутриклеточными белками, то мы можем получить ответ на поставленные вопросы, имеющие важное теоретическое и практическое значение. Еще в 1942 г лауреат Нобелевской премии Вейс установил возникновение при химической реакции атомов металлов с белками –металло-коллоидов со свойствами молекулярных диполей. В 1959 г. Szent-Juorgu указывал на возможную роль молекулярных диполей в живой природе. Им же было установлено, что в формировании потенциала покоя участвует не более 3% внутриклеточного K+ и Na+. Видимо помимо процессов диффузии образование должного количества молекулярных диполей (металлоколлоидов «K+- белок») с расположением их отрицательного полюса к внутренней оболочке клетки и завершает формирование потенциала покоя оболочки клетки. В таком представлении о формировании потенциала покоя оболочки клетки чрезвычайно важное значение приобретает учет механизмов определяющих устойчивость расположения молекул диполей, их демпфинговой системы. Возможно в изучении устойчивости молекулярных диполей и их физиологических и патологических колебаниях мы найдем ответ на многие сомнения, которые вызывает принятая на сегодняшний день диффузная теория.

0570 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СД ТИПА 2 В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Могутова П.А., Потешкина Н.Г., Джанашия П.Х.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Артериальная гипертония (АГ) наблюдается у 90% пациентов, страдающих сахарным диабетом типа 2. Прогностическая значимость изменения формы и геометрии ЛЖ у пациентов с АГ продолжает дискутироваться. Установлено, что ремоделирование ЛЖ создает условия для развития и поддержания аритмий.

Цель: изучить структуру аритмий в зависимости от структурно-функционального ремоделирования ЛЖ у пациентов СД типа 2 в сочетании с АГ.

Материалы и методы: обследовано 12 больных СД типа 2 в сочетании с АГ (1 группа) и 30 пациентов с АГ 2-3 степени, II стадии (2 группа). Средний возраст больных 1-й группы составил 53,72±6,51 года, 2-й группы 50,3±7,34 лет (p=0,7). Группы сопоставимы по стажу (p=0,2) артериальной гипертонии. Проведено длительное мониторирование ЭКГ и ЭХО КГ.

Результаты: в 1-й группе преобладали больные с концентрической гипертрофией ЛЖ – 6 пациентов (50%). Нормальная модель ЛЖ наблюдалась у 3 (25%) больных; эксцентрический тип гипертрофии ЛЖ и концентрическое ремоделирование ЛЖ определены у 2 (16,6%) и 1 (8,4%) пациента соответственно. Во 2-й группе максимальное количество пациентов имело эксцентрический и концентрический тип гипертрофии ЛЖ (n=11; 36,6% и n=10; 33,4% соответственно). Нормальная модель ЛЖ наблюдалась у 6 больных (20%), а концентрическое ремоделирование ЛЖ у 3 (10%) обследуемых.

При проведении длительного мониторирования ЭКГ определено, что в группе с СД типа 2 в сочетании с артериальной гипертонией 11 пациентов (91 %) имели различные нарушения ритма сердца, в то время как в группе с АГ аритмии наблюдались у 15 больных (50%). В структуре аритмий 1-й группы преобладало сочетание желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии у пациентов с концентрической гипертрофией и нормальной моделью ЛЖ (55%). В то время как во 2-й группе чаще наблюдалась наджелудочковая экстрасистолия и фибрилляция предсердий у пациентов с эксцентрической гипертрофией ЛЖ (30%). ЖЭ преобладала у пациентов с концентрической гипертрофией ЛЖ (16%).

Выводы: нарушения ритма сердца достоверно чаще наблюдаются у пациентов с СД типа 2 в сочетании с артериальной гипертонией в отличие от пациентов с изолированной артериальной гипертонией. Среди аритмий доминирует сочетание желудочковой и наджелудочковой экстрасистолии, которая чаще встречается у пациентов с концентрической гипертрофией и нормальной моделью ЛЖ.

0571 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ «ОПРЕДЕЛЕННОГО» ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ СРЕДИ МУЖЧИН

Мозерова Е.М., Дульский В.А.

МУЗ Городская поликлиника №6, ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев «определенного» инфаркта миокарда (ОИМ), продолжительности интервала Q-Tc (ПИQ-Tc) среди мужчин, обратившихся в городскую поликлинику, по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Всего было выполнено 5209 ЭКГ, из них 64 – признаны бракованными. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. За ОИМ на ЭКГ мы принимали «Миннесотский код 1982» с 1-1-1 по 1-2-7), учитывая взаимоисключающие коды. Показатель распространенности рассчитывали как отношение зарегистрированного ОИМ к общему числу обследованных мужчин на 1000. Заболеваемость оценивали по плотности новых случаев, т.к. группа мужчин постоянно менялась и время наблюдения было неодинаково для разных участников. Для того чтобы вклад разных обследованных лиц был соизмерен со сроком их наблюдения в формуле расчета плотности новых случаев мы использовали не число лиц включенных в исследование за определенный период времени, а время наблюдения каждого до возникновения ОИМ. ПИQ-Tc мы рассчитывали по формуле Q-Tc = Q-Тизм/ R-R. Измерение ИQ-T производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию. В случае наслаивания на конечную часть зубца «Т» волны «U» или P, проводили касательную по нисходящему колену зубца «Т» до пересечения с уровнем изолинии, и эту точку принимали за окончание ИQ-T. Измерения ИQ-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при артифициальной 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. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методами описательной статистики и таблицы частот. Полученные результаты. ОИМ был зарегистрирован в 165 случаях (58,8 на 1000 мужчин). Плотность новых случаев ОИМ составила 3,75 на 100 человеко-лет. Медиана измеренного ИQ-T составила 376,84 мс1/2 (интерквартильный размах от 360,2 до 401,48 мс1/2). Медиана ПИQ-Tc составила 414,89 мс1/2 (интерквартильный размах от 398,39 до 430,16 мс1/2).

Выводы:

1. Распространенность ОИМ на ЭКГ среди мужчин составила 58,8 на 1000 обследованных.
2. Плотность новых случаев ОИМ на ЭКГ составила 3,75 на 100 человеко-лет.
3. В 16,3% случаев продолжительность интервала Q-Tc была выше 440,00 мс1/2.

Tesis_006_end.indd 242 24.08.2006 22:25:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0572 ПРИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ СРЕДИ МУЖЧИН И ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT

Мозерова Е.М., Дульский В.А.

МУЗ Городская поликлиника №6, ГОУ ВПО Иркутский государственный медицинский университет ФА Росздрава, Иркутск, Россия

Целью исследования явилось изучение распространенности и частоты новых случаев гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), продолжительность корригированного интервала Q-T (ПИQ-Tc) среди мужчин обратившихся в городскую поликлинику по данным электрокардиографического исследования (ЭКГ).

Материалом работы послужили данные, полученные при проведении ЭКГ исследования в 12-ти общепринятых отведениях на аппарате «Spectrum ECG Systems» (USA) в городской поликлинике среди мужчин 15 лет и старше. Всего было выполнено 5209 ЭКГ, из них 64 – признаны бракованными. Часть обследуемых выполнили регистрацию ЭКГ более одного раза, но в анализ включали только одну ЭКГ. За ГЛЖ на ЭКГ мы принимали «Миннесотский код 1982» 3-1, учитывали взаимоисключающие коды при этом. Показатель распространенности рассчитывали как отношение зарегистрированной ГЛЖ к общему числу обследованных мужчин на 1000. Заболеваемость оценивали по плотности новых случаев, т.к. группа мужчин постоянно менялась и время наблюдения было неодинаково для разных участников. Для того чтобы вклад разных обследованных лиц был соизмерен со сроком их наблюдения в формуле расчета плотности новых случаев мы использовали не число лиц включенных в исследование за определенный период времени, а время наблюдения каждого до возникновения ГЛЖ. ПИQ-Tc мы рассчитывали по формуле Q-Tc = Q-Tизм/ R-R. Измерение ИQ-T производили от самой ранней точки комплекса QRS до максимально поздней точки зубца Т в месте его перехода в изоэлектрическую линию. В случае наслаивания на конечную часть зубца «Т» волны «U» или Р, проводили касательную по нисходящему колену зубца «Т» до пересечения с уровнем изолинии, и эту точку принимали за окончание ИQ-T. Измерения ИQ-T не проводили в случаях с продолжительностью комплекса QRS более 0,11 с., при синдроме WPW, при артифициальной 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. Статистическая обработка проведена с использованием STATISTICA (StatSoft, USA) с оценкой нормальности распределения показателей, методами описательной статистики и таблицы частот.

Полученные результаты. ГЛЖ была зарегистрирована в 161 случае (57,2 на 1000 мужчин). Плотность новых случаев ГЛЖ составила 4,2 на 100 человеко-лет. Медиана ПИQ-Tc составила 409,79 мс1/2 (интерквартильный размах от 393,06 до 426,85 мс1/2).

Выводы:

1. Распространенность ГЛЖ на ЭКГ среди мужчин составила 57,2 на 1000 обследованных.
2. Плотность новых случаев ГЛЖ на ЭКГ составила 4,2 на 100 человеко-лет.
3. В 14,6% случаев продолжительность интервала Q-Tc была выше 440,00 мс1/2.

0573 СОСУДИСТАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Мокеев А.Г., Капишникова О.В., Новокшенова И.В.

ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», Самара, Россия

Целью настоящего исследования является сравнительная оценка нарушений функции сосудистого эндотелия у больных с хронической сердечной недостаточностью при дилатационной кардиомиопатии (ДКМП) ишемической и неишемической этиологии.

В исследовании участвовали 26 больных ДКМП воспалительной, наследственной и идиопатической, и 22 больных с диагнозом ишемической КМП (ИКМП). Для оценки выраженности эндотелиальной дисфункции использовалась проба с реактивной гиперемий. Регистрировались фазовые, скоростные и объемные характеристики кровотока в плечевой артерии, а так же степень прироста диаметра артерии через 3 Минуты после восстановления кровотока. Измерялось время прохождения пульсовой волны от начала выброса в аорту, до появления кровотока в оцениваемом сегменте плечевой артерии. Одновременно оценивалась концентрация фактора Фон Виллебранда. До начала исследования все больные получали лечение сердечными гликозидами и петлевыми диуретиками.

Полученные результаты. Выраженность сердечной недостаточности в группах была сопоставима, но средний возраст больных с неишемической КМП был достоверно меньше (44,6+7,3; 57,07+9,9; $p<0,05$). При сопоставимых размерах камер сердца, сократимость ЛЖ была существенно ниже у больных с ДКМП не ишемической этиологии (ФИ лж %: 25,21+1,06; 32,84+2,55). Степень эндотелий зависимой вазодилатации при пробе с реактивной гиперемией была ниже нормы в обеих группах. Но наименьший прирост диаметра плечевой артерии регистрировался у больных ИКМП (5,38+3,92;12,82+4,32%, $p<0,05$), приближаясь у больных ДКМП к нормальным значениям. Так же у больных с ИКМП было достоверно меньше время прохождения пульсовой волны от устья аорты до исследуемого сегмента плечевой артерии при сопоставимом темпе сердечных сокращений. Очевидно, это было связано с повышенной жесткостью сосудистой стенки, обусловленной развитием артериосклероза, которая и определяла увеличение скорости пульсовой волны. Концентрация фактора Фон Виллебранда в обследуемых группах достоверно не различалась. Но обращало внимание наименьшее значение этого показателя у женщин с неишемической КМП. В этой же категории обследуемых был отмечен максимальный прирост диаметра плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией (29,37+6,21%), что, по-видимому, обусловлено протективным эффектом эстрогенов.

Таким образом, на этапе предварительного анализа, полученных данных, можно предположить, что нарушение сосудорелаксирующей функции эндотелия в большей степени выражено у больных с ИБС. Снижение эластичности сосудистой стенки в этой группе больных приводит к увеличению скорости пульсовой волны и принимает участие в нарушении нормального ответа при пробе с реактивной гиперемией.

0574 РОЛЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ АСИНЕРГИИ В ФОРМИРОВАНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА

Мокеев А.Г., Новокшенова И.В., Капишникова О.В.

ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», Самара, Россия

Цель работы: изучить влияние внутрижелудочковой асинергии (асинхронии) на характер трансмитрального кровотока и релаксацию левого желудочка (ЛЖ) сердца при дилатационном и гипертрофическом морфофункциональном типах поражения сердца с развитием хронической сердечной недостаточности. К исследованию были привлечены 28 больных дилатационной кардиомиопатией (ДКМП), как ишемической, так и неишемической этиологии и 41 больной с диагнозом гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП). У всех больных отсутствовали ЭКГ признаки внутрижелудочковой блокады. Параметры внутрисердечной гемодинамики оценивались при комплексной эхокардиографии согласно общепринятым критериям.

Tesis_006_end.indd 243 24.08.2006 22:25:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Внутрижелудочковая асинергия рассматривалась как сдвиг по времени между максимальной амплитудой межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ в систолу. Измерения проводились при получении изображения по длинной оси ЛЖ из парастернального доступа на уровне среднего сегмента межжелудочковой перегородки. За истинный показатель принималось среднее значение из трех измерений последовательных сердечных циклов.

Полученные результаты. В группе больных ГКМП наибольшая толщина межжелудочковой перегородки достигалась раньше, чем аналогичный показатель задней стенки ЛЖ (382,9+8,39 мс; 414,75+11,62 мс, p< 0,05). Таким образом, начальная фаза увеличения диаметра ЛЖ протекает на фоне продолжающегося утолщения его задней стенки, а конечносистолический размер достигается опережающим сокращением МЖП. В группе здоровых не было достоверного различия между этими показателями (401,93+13,32 мс и 421,20+14,35 мс). Показатель асинергии (Δ Т) составил 32,04+4,02 мс. Нами была выявлена положительная корреляционная связь между длительностью изоволюмического расслабления и Δ Т (p<0,02), а так же между Δ Т и отношением скорости потока быстрого наполнения к длительности фазы замедления этого потока (pvE/DTe) (p<0,05). У больных с дилатацией ЛЖ Δ Т был увеличен в среднем до 232,38 +29,4 мс. В этой группе так же была обнаружена слабая, но достоверная корреляционная связь между Δ Т и отношением пиковых скоростей потоков раннего наполнения и систолы предсердий (pvE/pvA). В нескольких случаях уменьшение ΔТ в процессе лечения сопровождалось изменением модели трансмитрального кровотока, с нарастанием пиковой скорости раннего наполнения. Без сомнения, характер наполнения ЛЖ при сердечной недостаточности зависит не только от диастолической функции миокарда, но и от величины давления в легочной артерии. В то же время, мы не нашли связи отношения пиковых скоростей трансмитрального потока (pvE/pvA) и диаметра легочной артерии, как показателя величины давления в малом круге кровообращения.

Эти результаты позволяют сделать вывод, что внутрижелудочковая асинергия в значительной степени определяет характер наполнения ЛЖ у больных, как с дилатационным, так и с гипертрофическим типами ремоделирования сердца.

0575 ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ЭТАНОЛА

Молостова О.Ю., Тютиков В.В., Молчанов А.А., Сакович Т.В., Сазанова И.Ю.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Клинические признаки поражения сердца имеются не менее, чем у 50% людей, злоупотребляющих алкоголем. Алкогольное поражение сердца в 30 –80% случаях является одним из главных факторов риска внезапной сердечной смерти. Важным для оценки состояния функций сердечно-сосудистой системы, прогнозирования риска внезапной смерти является изучение состояния нейровегетативной регуляции сердечного ритма у больных алкоголизмом при помощи кардиоритмографии (КРГ). Одним из основных показателей вариабельности сердечного ритма является среднеквадратичное отклонение (СКО). Установлено, что уменьшение величины СКО ниже 50 мс в 2-3 раза повышает риск внезапной смерти у больных коронарной болезнью, а при СКО ниже 35 мс риск увеличивается в 10 раз.

Материал и методы исследования. С целью изучения вариабельности сердечного ритма, нарушений ритма и прогнозирования риска внезапной смерти было обследовано 100 мужчин, поступивших в отделение неотложной наркологической помощи по ургентным показаниям. 30 (30%) человек поступило в отделение с алкогольным психозом, 70 (70%) –с алкогольным абстинентным синдромом тяжелой степени. Средний возраст обследуемых составил 46 лет (от 25 до 68 лет). Стаж злоупотребления алкоголем –от 6 до 37 лет (в среднем –15 лет). Длительность последнего запоя перед поступлением в среднем составляла 15 дней (от 7 до 25 дней). Только у 12 (12%) человек не было выявлено сопутствующей соматической патологии. У 36 (36%) человек был выставлен диагноз алкогольной кардиомиопатии. Всем пациентам была проведена запись КРГ с помощью диагностического комплекса «Валента». Во время проведения исследования 56 (56%) больным была выполнена дыхательная проба, 44 (44%) –активная ортостатическая проба.

Полученные результаты. У 53 (53%) больных были зарегистрированы нарушения ритма: у 42 (79,2%) выявлены редкие или умеренно-редкие (до 6 за запись) экстрасистолы, у 7 (13,2%) – частые экстрасистолы, у 4 (7,5%) -мерцательная аритмия. При анализе СКО выявлено следующее: у 62 (62%) человек отмечалось уменьшение величины СКО ниже 50 мс, из них у 36 (58%) человек –ниже 35 мс.

Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют о том, что больные с хроническим токсическим действием этанола имеют высокий риск развития сердечно-сосудистых расстройств, в том числе развития внезапной сердечной смерти.

0576 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Морова Н.А., Демакова Н.Л.

Омская государственная медицинская академия, ГУЗОО Областная клиническая больница, Омск, Россия

Цель. Оценить эффективность и безопасность приема аторвастатина у больных в раннем послеоперационном периоде после операций на коронарных артериях

Методы исследования. В исследование включено 28 больных, перенесших операцию на коронарных артериях (24 –коронарное шунтирование, 4 – стентирование). В исследование включали пациентов, имевших повышение уровня холестерина и триглицеридов. Изучен уровень холестерина (ОХС), беталипопротеидов (БЛП), триглицеридов (ТГ) и функциональных показателей печени на 8-14 день послеоперационного периода и через 6 недель приема аторвастатина (АТОРИС, KRKA). Препарат назначали в дозе 10 мг в сутки, при недостаточном эффекте через 6 недель дозу увеличивали до 20 мг (12 пациентов).

Полученные результаты. Средний уровень ОХС на момент начала приема препарата составил 6,2 ммоль/л. Через 6 недель приема целевых значений ОХС (ниже 4,5 ммоль/л) достигли 16 пациентов. При исходном уровне ОХС ниже 6,5 ммоль/л целевых значений ОХС достигли 15 из 16 пациентов, при ОХС выше 6,5 ммоль/л – 1 из 12. Пациентам, не достигшим целевых значений ОХС, доза Аториса была увеличена до 20 мг. При приеме Аториса в дозе 20мг целевых значений достигли все пациенты.

Наблюдалось снижение уровня БЛП с 61,1 ФЕ до 47,8 ФЕ, до нормальных значений уровень БЛП снизился у 16 человек.

Средний уровень ТГ составлял до начала приема 2,2 ммоль/л, при приеме 10 мг аторвастатина нормальных значений (ниже 1,7 ммоль/л) достигли 12 из 28. При приеме 20 мг препарата все пациенты достигли целевых значений.

Нежелательных явлений и повышения уровня трансаминаз не было.

Выводы:

1. Прием Аториса в дозе 10 мг/сут. у пациентов после операций на коронарных артериях позволил достичь целевых значений ОХС у 57,1%, триглицеридов –у 43% пациентов, начавших принимать препарат в раннем послеоперационном периоде.
2. Степень достижения целевого уровня ОХС зависит от его исходного уровня в плазме. У пациентов с исходным уров-

Tesis_006_end.indd 244 24.08.2006 22:25:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нем ОХС ниже 6,5 ммоль/л прием Аториса в дозе 10 мг позволил достичь целевых значений общего холестерина в 94% случаев. Учитывая важность быстрой коррекции уровня липидов после коронарных операций целесообразно у пациентов с уровнем ХС выше 6,5 ммоль/л назначать препарат в дозе 20 мг с последующей коррекцией дозы.

Исследование показало хорошую переносимость и безопасность применения аторвастатина у больных в раннем послеоперационном периоде после вмешательства по поводу коронарной болезни сердца и возможность его применения с первой недели после операции.

0577 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОГО АСИНХРОНИЗМА МИОКАРДА НА ДИНАМИКУ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА

Мороз-Водолажская Н.Н., Водолажский Ю.Л.

РНПЦ "Кардиология", Минск, Республика Беларусь

Изучение внутрижелудочкового проведения (ВЖП) у больных с дилатационной, ишемической и гипертрофической кардиомиопатией доказало, что замедление ВЖП достоверно коррелирует с прогрессированием сердечной недостаточности и увеличением числа неблагоприятных исходов заболевания. В то же время у больных с аортальным стенозом несмотря на большую частоту встречаемости выраженной гипертрофии миокарда и нарушения атрио-вентрикулярного и внутрижелудочкового проведения, электромеханический асинхронизм миокарда практически не изучен.

Цель – изучить ВЖП у больных с аортальным стенозом и связь электромеханического асинхронизма миокарда с динамикой массы миокарда левого желудочка у больных после протезирования аортального клапана.

За период 2003-2005 гг.. аортальное протезирование выполнено у 293 больных в возрасте 52,2 года с аортальным стенозом или его преобладанием, функциональным классом сердечной недостаточности по NYHA в среднем 2,73, митрализацией порока у 35-56% больных (в зависимости от года операции) и выраженной гипертрофией миокарда (масса миокарда 406,6±117,7 г, индекс массы миокарда 213,2±51,1 г/м). Ревматическая этиология порока была у 51-73% больных (в зависимости от года операции). В остальных случаях причиной формирования порока явился двустворчатый аортальный клапан (12-16%), дегенерация створок (2-5%), атеросклероз (13-28%). До операции 112 больных имели нарушение ВЖП (QRS>120 мс).

В раннем послеоперационном периоде в целом по группе масса миокарда (ММ) уменьшилась в среднем на 17,5±4,4%, при этом достоверной связи между динамикой ММ и замедлением ВЖП до операции не выявлено. В то же время при анализе этих показателей у больных с аортальным стенозом ревматической этиологии оказалось, что при QRS>120мс гемодинамическая коррекция порока не приводит к достоверному уменьшению ММ после операции, кроме того у 37% этих больных в раннем послеоперационном периоде появились нарушения атрио-вентрикулярного проведения (блокады 1-2 степени) и желудочковые нарушения ритма.

Выводы. Наличие гемодинамически значимого аортального стеноза или его преобладания сопровождается замедлением ВЖП более чем в 1/3 случаев. Отсутствие динамики ММ в послеоперационном периоде у больных с ревматическим аортальным стенозом и QRS>120 мс свидетельствует о необходимости изучения асинхронизма миокарда у этих больных и проведении ресинхронизации сердца.

0578 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИУ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Мороз-Водолажская Н.Н.

РНПЦ "Кардиология", Минск, Республика Беларусь

Операция аорто-коронарного шунтирования (АКШ) не только способствует восстановлению функционального статуса больных, но и значительно увеличивает долговременную выживаемость пациентов. В то же время исследования последних лет показали, что мозговой натрийуретический гормон (BNP), является не только биохимическим маркером функционального состояния миокарда, но фактором прогноза у больных после АКШ.

Цель исследования: оценить взаимосвязь показателей внутрисердечной гемодинамики с уровнем BNP у больных ИБС после операции АКШ.

Материал и методы. Эхокардиография (SONOS 5500) была проведена у 84 больных ИБС с многососудистым поражением коронарных артерий (3,18+0,96) в возрасте 51,4±10,8 лет с функциональным классом сердечной недостаточности (СН) по NYHA 2,7±0,7. ФВ ЛЖ и индекс КДО (биплановый метод дисков) составили 31,9+10,7% и 121,5+48,4 мл/м соответственно, фракция изменения площади правого желудочка ФИП 38,05+10,93%. Анализ плазменного уровня BNP (Triage Bioset, USA) выполнен у всех больных за 1-3 суток до операции на фоне стандартной терапии ИБС и СН (BNP 573,1+421,96 пг/мл (47-1300)).

Результаты. До операции уровень BNP достоверно коррелировал с ФИП ($r=-0,56$, $p<0,05$), ФК СН по NYHA ($r=0,72$, $p<0,02$), индексом КДО ($r=0,43$, $p<0,05$), систолическим давлением в легочной артерии ($r=0,41$, $p<0,05$), % утолщения МЖП в систолу ($r=-0,42$, $p=0,05$), степенью митральной регургитации ($r=0,48$, $p<0,05$), степенью трикуспидальной регургитации ($r=0,63$, $p<0,05$).

К концу 1-го месяца после операции выявлена прямая корреляция уровня BNP с неблагоприятными кардиальными осложнениями (сердечная недостаточность и смерть $r=0,54$ $p<0,02$) и выраженной диастолической дисфункцией ЛЖ и ПЖ (рестриктивный тип $r=0,77$ and $r=0,87$ соотв. $p<0,001$ в обоих случаях). Обратная корреляционная связь BNP определена с ФВ ЛЖ ($r=-0,55$ $p<0,02$) в раннем послеоперационном периоде и с ФИП на протяжении 1 года после операции ($r=-0,57$ $p<0,01$ в раннем послеоперационном периоде, $r=-0,82$ $p<0,001$ – через 1 год после операции).

Выводы. Уровень BNP является предиктором кардиальных осложнений, как в раннем, так и позднем послеоперационном периодах. Сильная корреляционная связь BNP с ФИП свидетельствует о значимости вовлечения правого сердца в процесс прогрессирования сердечной недостаточности у больных после операции АКШ.

0579 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ СТАТИНОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ

Морозова Т.Е., Захарова В.Л.

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

Цель исследования: Определить фармакотерапевтические пределы и возможности статинов у больных с сочетанием артериальной гипертонии (АГ) и дислипидемии (ДЛП).

Материал и методы: Обследованы 65 больных (30 м, 35 ж, ср. возраст –55,7±8,6 лет) АГ I-II степени с гиперлипидемией IIA и IIB типов. Больные были распределены на 3 группы: 1-ую группу

Tesis_006_end.indd 245 24.08.2006 22:25:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

составили 25 больных, получавших симвастатин (С) в дозе 10-20 мг/сут, 2-ую группу – 20 больных, получавших аторвастатин (А) в дозе 10-20 мг/сут, и 3-ю группу – 20 больных, получавших флувастатин (Ф) в дозе 20-40 мг/сут. Группы были сопоставимы по основным демографическим параметрам, показателям систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления и частоты сердечных сокращений (ЧСС), уровням общего холестерина (ОХС), ХС липопротеинов низкой плотности (ХС ЛНП), триглицеридов (ТГ) и ХС липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП). Оценка основных параметров липидного профиля, гемодинамических показателей, результатов суточного мониторирования АД (СМАД) проводилась до начала и по окончании гиполипидемической терапии. Длительность лечения составила 12 недель.

Результаты: под влиянием лечения С отмечено достоверное снижение уровней ОХС, ХС ЛНП и ТГ на 25,1%, 27,4% и 19,2% ($p<0,01$); А снижал указанные показатели на 27,9%, 29,6% и 19,5% ($p<0,01$), а Ф – на 20,2%, 25,2% и 18,8% соответственно ($p<0,01$). Уровень ХС ЛВП под влиянием лечения С, А и Ф повысился соответственно на 11,2%, 7,1% и 8,4% ($p<0,01$). Через 12 недель лечения С отмечено статистически значимое снижение САД и ДАД на 8,1 и 4,5 Мм рт. ст. ($p<0,05$); А вызывал снижение САД и ДАД на 7,6 и 4,1 Мм рт. ст. ($p<0,05$); Ф – на 7,3 и 3,7 Мм рт. ст. ($p<0,05$) соответственно. Достоверной динамики ЧСС под влиянием терапии ни в одной группе лечения не выявлено. По данным СМАД терапия С, А и Ф приводила к достоверному снижению среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей АД. Во всех группах лечения выявлено снижение процента лиц с повышенной вариабельностью за счет нормализации амплитуды колебаний АД в течение суток у больных с ее исходно повышенными значениями – в группе С на 4%, А – на 10% и Ф – на 5%. Терапия С, А и Ф привела к достоверному повышению суточного индекса АД, а также к уменьшению на 16% числа лиц с non-dipper типом суточной кривой в группе С и на 15% в группах А и Ф. Терапия статинами хорошо переносилась. Побочные эффекты на фоне приема статинов проявлялись болями в животе, тошнотой, горечью во рту, метеоризмом, признаками синусита у 16% больных в группе С, 20% больных в группе А и 15% в группе Ф. Ни в одном случае побочные эффекты не потребовали отмены препарата.

Заключение: применение симвастатина и аторвастатина в суточной дозе 10-20 мг и флувастатина в дозе 20-40 мг в течение 12 недель приводило к достижению целевых уровней ОХС у 56%, 55% и 45% больных и ХС ЛНП у 60%, 65% и 45% больных и достоверному антигипертензивному эффекту в виде снижения САД/ДАД на 8,1/4,5 Мм рт. ст., 7,6/4,1 Мм рт. ст. и 7,3/3,7 Мм рт. ст. соответственно.

0580 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭНЗИКС У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Морозова Т.Е.

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

Цель: оценить антигипертензивную эффективность, безопасность и влияние на суточный профиль артериального давления (АД) комбинированного препарата энзикс у больных эссенциальной артериальной гипертонией (АГ) I-II ст. с гипертрофией миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) с помощью суточного мониторирования АД (СМАД).

Методы исследования: у 28 больных эссенциальной АГ I-II ст. (м.-11, ж.-17, ср. возраст 63,3±3,2 года) с ГМЛЖ изучены антигипертензивная эффективность и безопасность комбинированного препарата Энзикс (Э) (Хемофарм, Югославиия), представляющего собой комбинацию эналаприла и индапамида. Дозы препаратов составляли 10/2,5 мг и 20/2,5 мг соответственно для пациентов с I и II ст. АГ. Гемодинамические эффекты Э оценивались по результатам офисного измерения артериального давления (АД) и по динамике параметров суточного мониторирования АД (СМАД). При СМАД анализировались среднесуточные, среднедневные и средненочные показатели систолического, диастолического и пульсового АД (САД, ДАД, ПАД сут., дн., ночн. соответственно), вариабельность САД, ДАД и ПАД, степень ночного снижения. Длительность лечения составила 12 недель.

Полученные результаты: До начала лечения офисное АД составляло 155,9/93,2 Мм рт. ст., по данным СМАД – 145,2/88,6 Мм рт. ст. Через 12 недель лечения у 71,5% больных были достигнуты целевые значения АД. У остальных больных САД снизилось на 12-20 Мм рт. ст., но не достигло целевых значений. Офисное АД после 12-недельной терапии Э составило 133,0/85,1 Мм рт. ст. ЧСС достоверно не изменилась. По данным СМАД отмечено снижение среднедневных показателей САД, ДАД и ПАД на 7,1%, 9,1% и 4,9% ($p<0,001$) соответственно; средненочные показатели снизились на 8,8%, 9,1% и 6,7% ($p<0,01$) соответственно; среднесуточные – на 7,2%, 8,4% и 4,6% ($p<0,01$) соответственно. У 11 больных с повышенной вариабельностью АД наблюдалось ее снижение на 23%($p<0,05$). У 13 больных отмечена нормализация степени ночного снижения САД и ДАД. При анализе влияния комбинированной терапии на степень ГМЛЖ отмечена тенденция к снижению индекса массы миокарда левого желудочка на 4,1%, однако различия не были статистически значимыми ($p=0,2$). С целью оценки безопасности лечения проводился контроль лабораторных показателей, который не выявил достоверного изменения креатинина, калия, натрия и глюкозы плазмы крови. Отмечена тенденция к снижению величины протеинурии на 4,1% ($p=0,7$).

Выводы: антигипертензивный препарат энзикс на основе комбинации ингибитора АПФ эналаприла и диуретика индапамида является эффективным средством для лечения больных артериальной гипертонией I-II ст., позволяющим у 71,5% больных достичь целевого уровня АД, что подтверждается положительной динамикой основных показателей СМАД. Препарат обладает хорошим профилем безопасности и оказывает положительное влияние на органы-мишени.

0581 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Мультановский Б.Л., Максимов Н.И., Кузелин Ю.Л.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель работы. Изучение циркадных колебаний АД при АГ различной степени тяжести и выявление взаимосвязей между ними.

Материалы и методы. У 244 пациентов разделенных на 4 группы (группа 1 (40 человек) –АГ отсутствовала, группа 2 (40 человек) –больные с мягкой АГ, группа 3 (40 человек) –с умеренной АГ, группа 4 (124 человека) –с тяжелой АГ) проведен суточный мониторинг АД с использованием кардиомониторов “Кардиотехника – 4000АД” производства АОЗТ “Инкарт” (г.Санкт-Петербург). Изучались вариабельность (STD) систолического и диастолического АД время и скорость утреннего подъема АД (ВУП и СУП), степень ночного снижения (СНС).

Результаты. По мере появления и роста тяжести АГ происходит достоверный рост вариабельности САД и ДАД как в дневное, так и в ночное время, достигающий наибольших значений при тяжелой АГ. Наличие и тяжесть АГ не влияли на ВУП как САД так и ДАД. СУП ДАД также не зависела от наличия и тяжести АГ, однако СУП САД, не имея существенных различий у нормотоников и больных АГ 1 и 2 степени, достоверно возрастала у больных АГ 3 степени, при этом среднегрупповое значение СУП САД у больных тяжелой АГ превышало принятое за норму значение (10 мм рт. ст./час). Возникновение и рост тяжести

Tesis_006_end.indd 246 24.08.2006 22:25:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

АГ сопровождается прогрессивным достоверным уменьшением СНС как САД так и ДАД, которое достигает максимальной выраженности у пациентов с ТАГ. Результаты суточного мониторирования АД свидетельствуют о том, что его суточный профиль структурно (т.е. по встречаемости различных его типов) у больных с нормальным АД и мягкой АГ между собой достоверно не различался, однако в дальнейшем, по мере появления и роста тяжести АГ, происходит достоверное снижение доли пациентов с нормальным, физиологическим суточным профилем АД и нарастает доля пациентов с прогностически неблагоприятными суточными профилями АД (его недостаточным снижением или повышением в ночное время) – начиная с АГ 2 степени, достоверно ($p<0,05$) увеличивается доля «нон-дипперов», а у больных с АГ 3 степени с высокой степенью достоверности ($p<0,01$) выше доля «найт-пикеров», чем в других группах. Следует отметить, что в целом (суммарно) эти изменения наиболее выражены у пациентов с ТАГ: суммарная доля лиц с неблагоприятными суточными профилями АД среди них достоверно выше, чем среди обследованных без АГ и с АГ 1 и 2 степени (среди обследованных без АГ – 10±4,74%, с АГ 1 степени –15±5,65%, с АГ 2 степени –35±7,54%, с АГ 3 степени – 52,41+4,48%; p1-3<0,01; p1-4<0,0001; p2-3<0,05; p2-4<0,001; p3-4<0,05).

Выводы. Появление и рост тяжести АГ сопровождаются нарастающими изменениями циркадной динамики АД, которые выражаются в прогрессирующих нарушениях его суточного профиля, росте вариабельности САД и ДАД, а также росте скорости утреннего подъема САД. В наибольшей степени указанные изменения были выражены у пациентов с тяжелой АГ (АГ 3 степени), что дает основание считать ее прогностически наиболее неблагоприятной. АГ 3 степени, следует считать одним из обязательных показаний для проведения СМАД.

0582 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Муромкина А.В., Назарова О.А.

ГУЗ «Кардиологический диспансер», Иваново, Россия

Цель исследования – изучить качество жизни (КЖ) больных с хронической и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материал и методы: КЖ больных с ФП исследовалось с помощью специфического опросника Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (MOS SF-36). Результаты представлялись в виде баллов по 8 шкалам. Шкалы были объединены в два суммарных показателя, отражающих раздельно физическое и эмоциональное здоровье исследуемых лиц.

Основная группа обследуемых состояла из 54 больных с ФП (мужчин – 25, женщин – 29, средний возраст – 59,1 года). У 28 больных была диагностирована хроническая и у 26 – пароксизмальная форма ФП. Критериями исключения из исследования являлись острый инфаркт миокарда, острая сердечная недостаточность и декомпенсация кровообращения в стадии Н2Б и выше.

Этиологическим фоном нарушения ритма у обследованных больных была ИБС (67,1% случаев), гипертоническая болезнь (23,9%), миокардиодистрофия (5,8%) и ревматические пороки сердца (3,2 %).

Контрольную группу (35 человек: мужчин – 15, женщин – 20, средний возраст – 57,3 года) составили лица без нарушений ритма в анамнезе и у которых при клиническом обследовании не было выявлено сердечно-сосудистой патологии.

При сравнении показателей КЖ в этих группах выявлено достоверное ($p< 0,05$) снижение суммарного показателя физического здоровья в основной группе по сравнению с контрольной, в то время как суммарные показатели психического здоровья в обеих группах различий не выявили. Отмечено достоверное ($p< 0,05$) снижение КЖ у лиц основной группы по сравнению с контрольной по шкалам физического функционирования (основная группа – 50,44±18,96, контрольная группа – 88,57±10,38), физически-ролевого функционирования (3,33±8,80 и 78,12±27,19 – соответственно), интенсивности боли (43,32±15,07 и 72,21±17,54 – соответственно) и эмоционально-ролевого функционирования (17,58±23,21 и 80,95±28,40 – соответственно).

При сравнении показателей КЖ в подгруппах больных с хронической и пароксизмальной формами ФП достоверных различий не выявлено, хотя отмечена тенденция к снижению показателей КЖ по шкалам физического и физически-ролевого функционирования у пациентов с хронической формой ФП по сравнению с пациентами с пароксизмальной формой ФП. Это свидетельствует о том, что физическая активность и повседневная деятельность пациентов с хронической формой ФП значительно ограничена их физическим состоянием.

Выводы: ФП значительно снижает качество жизни пациентов как за счет физической, так и эмоциональной составляющих, что следует учитывать при оценке результатов лечения этой категории больных.

0583 ВЗАИМОСВЯЗЬ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭКГ ПОТЕНЦИАЛА И МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Муромцева Г.А., Бахарова Л., Баум О.В., Ворошнин О.М., Розанов В.Б., Попов Л.А., Волошин В.И.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия; ГУ «ИТЭБ РАН», Пущино, Россия; Международный Центр лазерных исследований, Братислава, Словакия

Общеизвестно, что гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) сопровождается увеличением амплитудных характеристик комплекса QRS ЭКГ. Предложенный ранее Л.Бахаровой специфический ЭКГ потенциал (СЭП) выявил на начальных стадиях развивающейся гипертрофии миокарда недостаточный прирост вольтажа относительно ожидаемого. Было высказано предположение об искажающем влиянии геометрических факторов, в частности, диаметра левого желудочка на вольтажные характеристики ЭКГ. Целью этой работы было оценить взаимосвязь СЭП и массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) при различных стадиях артериальной гипертонии (АГ).

Методы. В условиях скрининга обследовано 228 человек обоего пола (199 мужчин и 28 женщин), включая 174 человека здоровых в возрасте 37,5±6,4 лет с оптимальным (43 чел., гр.1), нормальным (86 чел., гр.2) и высоким нормальным артериальным давлением (АД, 45 чел., гр.3) и 54 больных в возрасте 52,2±9,7 лет с мягкой (17 чел., гр.4), умеренной (16 чел., гр.5) и тяжелой АГ (6 чел., гр.6). 8 больных АГ на момент обследования имели нормальное АД (гр.3/4). ЭКГ 12-ти отведений регистрировалась на автоматизированной ЭКГ-системе “Уран”, разработанной в ИТЭБ РАН. Анализировались величины максимального вектора деполяризации желудочков (QRSmax) и СЭП. СЭП рассчитывали как QRSmax/ММЛЖ. Верификация размеров сердца производилась по ЭхоКГ.

Результаты. Получены достоверные различия ($p<0,05$) между здоровыми (1-3 гр.) и больными АГ (4-6 гр.) по ММЛЖ (181,5±48,1 против 240,2±58,7 г), индексу ММЛЖ (96,9±23,0 против 122,2±26,5 г/м2) и СЭП (0,012±0,001 против 0,008±0,003 мВ/г); величина QRSmax (2,0±0,6 против 1,9±0,5 мВ) и конечно-диастолический размер (КДР, 4,93±0,38 против 4,96±0,42 см) достоверно не различались. При увеличении уровня АД и индекса ММЛЖ наблюдалось постепенное снижение величины СЭП: в среднем 0.013, 0.012, 0.011, 0.009, 0.008, 0.006 мВ/г соответственно в 1-6 группах. QRSmax при нарастании уровня АД до 130-139/85-89 Мм рт. ст. увеличивался в среднем с 1.90 (гр.1) до 2.15 мВ (гр.3), у больных АГ с нормальным АД этот показатель составлял 2.22 мВ (гр.3/4), затем постепенно снижался до 1.64 мВ при АД>180/110 Мм рт. ст. (гр.6). При увеличении АД

Tesis_006_end.indd 247 24.08.2006 22:25:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

наблюдалось изменение соотношения толщин межжелудочковой перегородки и задней стенки: в среднем 0.7, 0.9, 0.5, 1.0, 1.0, 5.0 в группах с 1 по 6, соответственно. Для здоровых характерно преобладание толщины перегородки, а для больных АГ – задней стенки ЛЖ. Оценка корреляционных коэффициентов Пирсона показала, в отличие от QRSmax, более тесную обратную связь СЭП с толщинами стенок ЛЖ, чем с КДР у женщин и близкую у мужчин.

Заключение: изменение величины QRSmax у обследованного контингента было связано скорее с ремоделированием структуры миокарда ЛЖ, чем с изменением КДР. Снижение СЭП у больных АГ в сравнении со здоровыми было вполне закономерным: близкие средние значения QRSmax и ощутимое увеличение ММЛЖ при увеличении АД.

0584 ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСНОВ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ ПО ПОЛИМОРФИЗМУ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ

Мустафина О.Е., Тулякова Г.Х., Насибуллин Т.Р., Туктарова И.А., Сальманов А.А., Зуева Л.П., Адельгужина А.Х., Закирова А.Н., Хуснутдинова Э.К.

ИБГ УНЦ РАН, Уфа, Россия; БГМУ, Уфа, Россия; Бюро судебно-медицинской экспертизы, Уфа, Россия

Цель исследования заключалась в проверке предположения о потенциальной значимости полиморфизма генов цитокиновой сети (TNFA, IL1B, IL1RA) как молекулярно-генетической основы предрасположенности к развитию ишемической болезни сердца (ИБС) и внезапной кардиальной смерти (ВКС).

Материалом для исследования служили образцы ДНК, полученные из цельной венозной крови. Типирование по аллельным вариантам генов TNFA, IL1B, IL1RA проведено в целом у 734 человек, русских и татар по этнической принадлежности. Группу больных ИБС (306 человек: русских – 191, татар – 115) и перенёсших крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ), составили не родственные между собой лица, обследованные на базе Республиканского кардиологического диспансера (г.Уфа) в возрасте от 24 до 62 лет (средний возраст 47,54±5,74 лет). Контрольную группу (246 человек: 119 – русских, 127 – татар) составили неродственные между собой лица без признаков сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст 38,86±8,14 лет). Кроме того, был проведен забор материала от больных, умерших в результате острой сердечной недостаточности, основной причиной которой явился острый ИМ, (147 человек: русских – 106, татар – 41) в возрасте от 27 до 67 лет (средний возраст 49,78±10,77 лет). Анализ полиморфизма генов цитокинов осуществляли методом полимеразной цепной реакции с последующей рестрикцией ампликонов.

В результате проведенного исследования получены следующие результаты. Полиморфизм -308G/A гена TNFA предрасполагает к ВКС у больных ИБС, и русских и татар по этнической принадлежности, а также к ИБС у татар. Повышенный риск ВКС соотносится с генотипом TNFA*A/*G, а повышенный риск ИБС, осложненной крупноочаговым ИМ, с генотипом TNFA*G/*G. Полиморфизм -511T/C гена IL1B ассоциирован с ВКС у русских; у носителей генотипа IL1B*T/*T риск ВКС понижен. Полиморфизм +3954C/T гена IL1B сопряжен с ИБС в присутствии дополнительных факторов риска, таких как избыточная масса тела, ожирение и гипертрофия левого желудочка сердца у этнических русских; редкий генотип IL1B*2/*2 ассоциирован с повышенным риском сердечно-сосудистой патологии. Полиморфизм Минисателлита гена IL1RA ассоциирован с ИБС и ВКС. У этнических русских в возрасте старше 45 лет генотип IL1RA*B/*B предрасполагает к ИБС с развитием ИМ. У этнических татар генотип IL1RA*B/*B предрасполагает к ВКС как к неблагоприятному исходу инфаркта миокарда.

Таким образом, полиморфизм генов цитокиновой сети (TNFA, IL1B, IL1RA) вносит вклад в формировании молекулярно-генетических основ предрасположенности к ИБС и ВКС у этнических русских и татар.

0585 АССОЦИАЦИЯ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ

Мустафина О.Е., Тулякова Г.Х., Насибуллин Т.Р., Туктарова И.А., Сальманов А.А., Зуева Л.П., Адельгужина А.Х., Закирова А.Н., Хуснутдинова Э.К.

ИБГ УНЦ РАН, Уфа, Россия; БГМУ, Уфа, Россия; Бюро судебно-медицинской экспертизы, Уфа, Россия

Цель исследования заключалась в проверке предположения о потенциальной значимости полиморфизма генов цитокиновой сети (TNFA, IL1B, IL1RA) как молекулярно-генетической основы предрасположенности к развитию ишемической болезни сердца (ИБС) и внезапной кардиальной смерти (ВКС). Материалы и методы. Для исследования использовали образцы ДНК, полученные из цельной венозной крови. Типирование по аллельным вариантам генов TNFA, IL1B, IL1RA проведено в целом у 734 человек, русских и татар по этнической принадлежности. Группу больных ИБС (306 человек: русских – 191, татар – 115) и перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда (ИМ), составили не родственные между собой лица, обследованные на базе Республиканского кардиологического диспансера (г. Уфа) в возрасте от 24 до 62 лет (средний возраст 47,54±5,74 лет). Контрольную группу (246 человек: 119 – русских, 127 – татар) составили неродственные между собой лица без признаков сердечно-сосудистых заболеваний в возрасте от 25 до 65 лет (средний возраст 38,86±8,14 лет). Кроме того, был проведен забор материала от больных, умерших в результате острой сердечной недостаточности, основной причиной которой явился острый ИМ, (147 человек: русских – 106, татар – 41) в возрасте от 27 до 67 лет (средний возраст 49,78±10,77 лет). Анализ полиморфизма генов цитокинов осуществляли методом полимеразной цепной реакции с последующей рестрикцией ампликонов. Результаты. Полиморфный маркер -308G/A гена TNFA ассоциирован с ВКС у больных ИБС, и русских и татар по этнической принадлежности, а также к ИБС у татар. Повышенный риск ВКС коррелирует с носительством генотипа TNFA*A/*G, а повышенный риск ИБС, осложненной крупноочаговым ИМ, с генотипом TNFA*G/*G. Полиморфный маркер -511T/C гена IL1B ассоциирован с ВКС у русских; у носителей генотипа IL1B*T/*T риск ВКС понижен. Полиморфный маркер +3954C/T гена IL1B ассоциирует с ИБС в присутствии дополнительных факторов риска, таких как избыточная масса тела, ожирение и гипертрофия левого желудочка сердца у этнических русских; редкий генотип IL1B*2/*2 ассоциирован с повышенным риском сердечно-сосудистой патологии. Полиморфный Минисателлит гена IL1RA ассоциирован с ИБС и ВКС. У этнических русских в возрасте старше 45 лет генотип IL1RA*B/*B предрасполагает к ИБС с развитием ИМ. У этнических татар генотип IL1RA*B/*B предрасполагает к ВКС как к неблагоприятному исходу инфаркта миокарда. Заключение. Полиморфные маркеры генов цитокиновой сети (TNFA, IL1B, IL1RA) вносят определенный вклад в формирование молекулярно-генетических основ предрасположенности к ИБС и ВКС у этнических русских и татар.

Структурно-функциональное состояние щитовидной железы и АРТЕРИАЛЬНая

0586 ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКА 45-69 ЛЕТ

Мустафина С.В., Рымар О.Д., Симонова Г.И., Никитин Ю.П., Рябиков А.Н., Малютина С.К.

ГУ НИИ Терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Tesis_006_end.indd 248 24.08.2006 22:25:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель: изучить средний уровень артериального давления (АД) и частоту встречаемости АГ при наличии различной структурной и функциональной патологии щитовидной железы (ЩЖ).

Материалы и методы. В репрезентативной выборке (280 человек) было выполнено ультразвуковое исследование ЩЖ на ультразвуковом сканере «Сономед-400» с датчиком 7.5 мГЦ, определен уровень тиреотропного гормона (ТТГ) –норма: 0,167-4,05 мЕд/л. Проводилось измерение АД после 5-минутного отдыха, трехкратно через 2 Минуты аппаратом фирмы OMRON. Регистрировалось среднее значение АД. Повышенными цифрами АД считали: САД ≥140 мм.Hg и/или ДАД ≥90 мм.Hg (ВОЗ 2004г.) Статистическая обработка проведена на компьютере Intel P-IV с использованием статистической программы SPSS-11.

Результаты исследования. Средний уровень ТТГ в представленной популяции составил 1,8±0,15мЕД/л. Средний уровень САД –143,4±1,8 мм.Hg, ДАД –92,8±1,1 мм.Hg. Артериальная гипертензия выявлена у 63,9% (179 человек). Без АГ –36,1% (101 человек). Определено АД у 155 человек без структурно-функциональной патологии ЩЖ. Распространенность АГ у лиц без патологии ЩЖ составила –62,5%. Средний уровень САД = 143,4±1,8 мм.Hg. ДАД = 92,7±1,1 мм.Hg. Эти показатели не отличаются от показателей в популяционной выборке. Узловая патология выявлена у 14,3%, средний уровень САД –146,3±2,7 Мм рт. ст., ДАД –92,6±2,2 Мм рт. ст., частота АГ- 57,5%. Диффузная патология составляет –15,4%, частота АГ –56,3%. Очаговая патология встречается одинаково часто в группах с АГ и без в 32% (p>0,05). Во всей популяционной выборке эутиреоидное состояние имеют 91,7% (257 человек). Частота АГ составляет 62,6% , как и у лиц без патологии ЩЖ. Средний уровень САД = 143,9±1,5 мм.Hg., средний уровень ДАД = 93±0,83 мм.Hg. Субклинический гипотиреоз (СГ) выявлен в 6,7%, частота АГ- 85,7%. Частота АГ при СГ достоверно чаще, чем у лиц с эутиреоидным состоянием ЩЖ (p=0,02). Средний уровень САД –149,3±1,8 мм.Hg, ДАД –93,5±9,2 мм.Hg.

Заключение. Частота встречаемости АГ и средний уровень САД и ДАД не зависит от узловой и диффузной патологии щитовидной железы. При субклиническом гипотиреозе АГ выявляется достоверно чаще, чем у лиц без патологии ЩЖ (p=0,02).

0587 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗНЫХ ПРОГРАММ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Муталипов Х.М., Гафурова Р.М., Абдуллаев А.А., Хабчабов Р.Г., Оцокова П.Д.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава», Махачкала, Россия

Цель: выявить сравнительное влияние эгилока в составе стандартной терапии и его сочетания с эднитом и предукталом МВ на показатели вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Методы исследования: мы наблюдали 87 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 42 до 70 лет (мужчин – 85, женщин –2), со дня их выписки из стационара и в течение 1 года. 41 из них страдали артериальной гипертензией, у 12 имела место стенокардия напряжения 1-П ФК. Всем пациентам кроме регистрации ЭКГ в 12 отведениях, суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру, эхокардиографии проводили регистрацию сигнал-усредненной ЭКГ (СУ-ЭКГ) с выделением поздних потенциалов желудочков, временной и спектральный анализ показателей ВРС с использованием компьютерного комплекса «Поли-спектр» фирмы «Нейрософт ЛТД, Иваново». Исследование за период наблюдения проводилось в сроки 16-21 сут. и к концу 3 мес от начала ИМ. Больные были рандомизированы методом случайной выборки на 2 группы: 1-я (контрольная) из 45 пациентов получала стандартную терапию: аспирин, метопролол –эгилок фирмы Эгис, Венгрия в дозе 50-100 мг/сут. , нитросоединения и другие средства по показаниям), 2-я (основная) из 42 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, –эналаприл (эднит фирмы Гедеон Рихтер, Венгрия) в дозе 5-10 мг/сут. и триметазидин (предуктал МВ фирмы Servier, Франция) в дозе 70 мг/сут. в сочетании со стандартной терапией. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в основной группе проводили в течение 3 мес сразу после стационарного этапа, в дальнейшем в обеих группах применяли только стандартную терапию.

Полученные результаты: в основной группе через 3 мес лечения по сравнению с исходными показателями увеличились: стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R (SDDN) – 115,0±7,1 мс; стандартное отклонение от средних длительностей синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDANN) –96,2±7,0 мс; среднее для стандартных отклонений от средних значений продолжительности синусовых интервалов R-R на всех 5-минутных участках записи ЭКГ (SDNNi) –51,5±2,7 мс в большей степени по сравнению с таковыми в контрольной группе –101±6,9, 93,2±7,2 и 46,8±2,5 мс соответственно.

Выводы: У пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, сочетанное лечение предукталом МВ, эднитом и эгилоком, входящим в состав стандартной терапии, увеличивает временные показатели ВРС и, следовательно, уменьшает симпатическое влияние на сердце, что способствует уменьшению частоты фатальных нарушений ритма и внезапной смерти.

0588 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ИМПАЗА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Муталова Э.Г., Саттаров Ш.З., Нигматуллина А.Э.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность препарата Импаза в лечении эректильной дисфункции у больных артериальной гипертонией.

Материал и методы. Обследовано 30 больных АГ с ЭД в возрасте от 32 до 55 лет (средний возраст – 47,3±1,8 лет). Всем включенным в исследование пациентам было проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Критериями исключения из исследования являлось наличие урологической патологии, ИБС, сахарного диабета, гиперхолестеринемии. Для выявления ЭД было проведено анкетирование по Международному индексу эректильной функции (МИЭФ) и по вопроснику СФМ (сексуальная формула мужская). Психологическое тестирование проводилось по опроснику СМОЛ (Сокращенный Многопрофильный Опросник Личности). В течение 12 недель пациентам проводилось лечение ЭД препаратом Импаза в дозе 1 таблетка в день сублингвально и 1 таблетка за 1 час до полового акта. Эффективность лечения оценивалась по увеличению показателя «эректильная функция» (ЭФ) на 3 и более баллов –положительный ответ на лечение, либо по достижению величины 26 баллов –восстановление ЭФ.

Результаты исследования. Первая степень АГ была выявлена у 36%, вторая степень – у 47%, третья степень – у 17% пациентов. Средние величины систолического АД (САД) в группе обследованных за сутки по результатам СМАД были 168,6±32,4, диастолического АД (ДАД) –102,6±7,3 Мм рт. ст. Индексы нагрузки давлением за сутки составили для САД 69%, для ДАД 56%. При оценке суточного ритма АД обследованные пациенты по типам суточных кривых АД были распределены следующим образом: dippers – 67%, over- dippers -17%, non- dippers – 13%, night peakers – 3%. Положительный ответ на лечение ЭД

Tesis_006_end.indd 249 24.08.2006 22:25:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Импазой к 4 и 12 неделе был выявлен у 58% и 72% пациентов соответственно, средний прирост показателя ЭФ составил 3,4±0,5 к 4 неделе и 4,5±0,6 – к 12 неделе. Нормальная ЭФ на 4 неделе была достигнута у 17,1% больных, на 12 неделе –у 19% пациентов. Доля пациентов, оценивших эффективность как «отличную» или «хорошую» составила 56% и 64% через 4 и 12 недель соответственно. За весь период лечения у больных не наблюдалось побочных эффектов и нежелательных взаимодействий с гипотензивными препаратами. Анализ результатов тестирования по шкале СМОЛ показал, что среди пациентов с АГ и ЭД отмечаются высокие показатели по шкале ипохондрии у 93,3%, депрессии у 63,3%, психастении у 56,7%- больных. Средние показатели по шкалам ипохондрии составили 65 баллов, психастении 57 баллов, депрессии 54 балла, и шизоидности 52 балла. На фоне лечения импазой через 12 недель было выявлено достоверное ($p<0.05$) снижение показателей по шкалам ипохондрии и депрессии на 6% и 9,3% соответственно.

Выводы. Таким образом, применение препарата Импаза в обследованной когорте пациентов с АГ и ЭД привело к достоверному улучшению ЭФ, а также снижение уровней депрессии и ипохондрии по шкалам СМОЛ. На всем протяжении лечения препарат не вызывал побочных эффектов и нежелательных взаимодействий с гипотензивными препаратами, что доказывает его эффективность и безопасность для лечения ЭД у больных с АГ.

0589 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Муталова Э.Г., Рустямова З.Я.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Инфаркт миокарда (ИМ) является одним из наиболее серьезных проявлений ИБС, которая продолжает оставаться основной причиной смертности и инвалидизации в России. Тревожно-депрессивные расстройства (ТДР), возникшие в результате заболевания или явившиеся провоцирующим фактором развития ИМ, оказывают негативное влияние на клиническое течение ИМ, затрудняют проведение реабилитации. Механизмы связи ТДР и сердечно-сосудистой патологии не изучены до конца. Повышение сердечно-сосудистого риска у пациентов с ИБС и ТДР частично объясняется эндотелиальной дисфункцией (Sherwood A, 2005, Sundquist J., 2005). В связи с чем, целью данной работы явилось изучение взаимосвязи ТДР и эндотелиальной дисфункции у больных ИМ. Обследовано 120 мужчин, проходящих реабилитацию после перенесенного ИМ в санатории, из них 68,4% с Q-ИМ, 31,6% с ИМ без зубца Q, средний возраст – 50,3±7,1 лет. Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц сопоставимых по возрасту. Для выявления ТДР использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983), шкала Гамильтона для оценки депрессии HDRS (M. Hamilton, 1967).Вазорегулирующую функции эндотелия изучали ультразвуковым методом (Celermajer D.S., 1992) с использованием пробы с реактивной гиперемией и применением сублингвально 500 мкг нитроглицерина. В ходе обследования были получены следующие результаты: клинически выраженные ТДР по результатам теста HADS среди больных ИМ существенно превышали таковые в контрольной группе (45% и 8% соответственно). У больных ИМ с депрессией наблюдалось статистически достоверно более выраженное нарушение функции эндотелия. Эндотелий зависимая вазодилатация при пробе с реактивной гиперемией у больных ИМ с клинически значимыми ТДР по результатам теста HADS (более/равно 11 баллов) достоверно ниже, чем у больных ИМ без психологических нарушений или с субклинически выраженными тревожно-депрессивными состояниями (4,2±0,14%, против 6,0±0,33%; $p<0,05$). Статистически достоверных различий ЭЗВД между пациентами с субклинически выраженными тревожно-депрессивными состояниями и больными ИМ без тревожно-депрессивных проявлений не выявлено. Статистически достоверных различий ЭЗВД между пациентами с субклинически выраженными тревожно-депрессивными состояниями и больными ИМ без тревожно-депрессивных проявлений не выявлено. У больных ИМ с депрессией, выявленной с использованием теста Гамильтона (более/равно 7 баллов), эндотелийзависимая вазодилатация при пробе с реактивной гиперемией в 1,44 раза ($p<0,05$) ниже по сравнению с больными ИМ без депрессивной симптоматики. Показатели ЭНВЗД и чувствительности плечевой артерии к напряжению сдвига в данных группах пациентов статистически достоверно не различались.

0590 СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

Муталова Э.Г., Туник В.Ф., Касаткина Е. Е., Бакулина И.А., Еникеев Д.Е.

ГОУ ВПО БГМУ, Уфа, Россия

Нарушения в функции эндотелия занимают одно из ключевых мест в развитии многих сердечно-сосудистых заболеваний. В большом количестве исследований показано, что одним из важных патогенетических звеньев прогрессирования гипертонической болезни (ГБ) является нарушение вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия, которое проявляется снижением эндотелий-зависимой вазодилатации в ответ на воздействие эндотелий-опосредованных стимулов. Целью нашего исследования явилось изучение функционального состояния эндотелия у больных ГБ III ст., осложненной мозговым инсультом. В исследование было включено 55 больных обоего пола, средний возраст которых составил 41,62±3,9 лет, находившихся на лечении в неврологическом отделении. Систолическое АД в среднем по группе составило 174,81±2,84 Мм рт.ст., диастолическое АД — 97,60±3,72 мм рт ст. Продолжительность заболевания колебалась в пределах от 2-х до 16-ти лет, составив в среднем 7,9±1,6 года. В качестве контроля обследована группа из 20 практически здоровых лиц, по полу и возрасту сопоставимых с больными ГБ. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали по методике Celermajer и соавт. (1992).

Результаты исследования. У обследованных пациентов показатель процента прироста диаметра артерии на эндотелий-зависимый стимул был снижен и составлял 9,26±1,38%. У 60% больных диаметр во время реактивной гиперемии увеличивался менее чем на 10%, т.е. выявлена сосудодвигательная дисфункция, зависимая от эндотелия. Величина КИМ составила 0,078±0,003 см. Проведенный анализ взаимосвязей морфологических и функциональных показателей сосудистой реактивности с факторами риска показал, что толщина КИМ высоко коррелирует с ранее перенесенными сердечно-сосудистыми осложнениями ($r=0,56$; $p=0,00034$). Особенно значимая связь обнаружена между КИМ и наличием в анамнезе инсульта ($r=0,38$; $p=0,019$) и инфаркта миокарда ($r=0,46$; $p=0,0038$). Также найдена зависимость толщины сосудистого комплекса с возрастом пациентов ($r=0,44$; $p=0,0035$), продолжительностью гипертонии ($r=0,33$; $p=0,015$). Связи между основными показателями липидов крови (ХС, ЛПНП, КА, ТГ) и наличием нарушений в эндотелий-зависимой релаксации артерий не выявлено ($r<0,3$; $p>0,05$). Через 12 нед лечения наряду с улучшением общего состояния, нормализацией уровня АД отмечено значительное улучшение функционального состояния эндотелия сосудов: возросла ЭЗВД плечевой артерии с 9,26±1,38 до 15,63±2,08% ($p=0,009$), в значительно большей степени в группе больных, у которых до начала терапии ЭЗВД плечевой артерии при пробе с реактивной гиперемией была менее 10%, т.е. дисфункция эндотелия была выражена в большей степени. Через 12 нед КИМ уменьшился и составил 0,056±0,003 см ($p=0,0001$). Причем тенденция к уменьшению показателя КИМ определялась как в группе с выявленной дисфункцией эндотелия, так и в группе, в которой до лечения сосудодвигательная функция была сохранена. Таким образом, у больных артериальной гипертензией, осложнен-

Tesis_006_end.indd 250 24.08.2006 22:25:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ной мозговым инсультом, имеет место дисфункция эндотелия и структурная перестройка плечевых артерий, которая коррелирует с наличием сосудистых осложнений.

0591 ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Муталова Э.Г., Бакулина И.А., Алтынбаева Г.Т.
ГОУ ВПО БГМУ, Уфа, Россия

Несмотря на большое количество применяемых на сегодняшний день антигипертензивных препаратов, эффективный контроль гипертонии остается актуальной проблемой. Среди причин неадекватного контроля АД значение имеют недостаточная эффективность, плохая переносимость антигипертензивной терапии, отсутствие приверженности больных лечению (комплаенс), асимптоматическое течение, вызывающее отказ от постоянного приема лекарств.

Таким образом, знание модифицируемых факторов, определяющих уровень приверженности к терапии, позволит оптимизировать подходы к лечению больных с АГ.

Цель исследования: провести анализ факторов, влияющих на приверженность гипотензивной терапии на амбулаторном этапе.

Материалы и методы. Обследовано 150 больных с АГ I-III степени, II-III стадии, риск 3-4 пожилого и старческого возраста (средний возраст 75,2±2,9 лет, средний стаж заболевания 10,8±2,4 лет, мужчин 43,54% и женщин 56,46%) с заполнением индивидуальной карты. Приверженность к терапии оценивалась по следующим группам: низкая приверженность – соблюдается до 30% врачебных рекомендаций; средняя – от 30 до 70%; достаточная – более 70%.

Результаты и обсуждение. При оценке приверженности к терапии низкая была определена у 92 (61,3%) пациентов, средняя – у 30 (20%) и достаточная – у 28 (18,7%) больных. Достаточная приверженность чаще отмечена у женщин, при небольшом сроке заболевания. У мужчин выявлена обратная тенденция, то есть увеличение комплаентности при длительном течении АГ. Эти факторы уравнивают значения приверженности для обеих популяций.

Успешность антигипертензивной терапии во многом зависит от количества управляемых и неуправляемых факторов, влияющих на приверженность пациентов к лечению. Недостаточный комплаенс можно оценивать как дополнительный фактор риска неблагоприятного течения АГ, что необходимо учитывать при проведении антигипертензивной терапии. Одной из основных проблем лечения артериальной гипертонии является несоблюдение частоты, дозировок и длительности приема препаратов – 40,7%, что обусловлено низкой приверженностью пациентов к антигипертензивной терапии – в 61,3% случаев.

Факторы низкой приверженности антигипертензивной терапии: 1) неуправляемые: мужской пол (34,6%); стаж заболевания от 4 до 9 лет (46,6%); 2) управляемые: 1 и 2 степень (67,8%) и II и III (46,8 %) стадии артериальной гипертонии; недостаток денежных средств (43,1%); отсутствие льготного отпуска гипотензивных средств (42,0%); более низкий уровень образования (среднее, среднеспециальное) (46,5%); низкая информированность об осложнениях и возможностях современной терапии артериальной гипертонии (60,1%).

0592 СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Муталова Э.Г., Стрекалова Л.Ф., Еникеев Д.Т.
ГОУ ВПО БГМУ, Уфа, Россия

При артериальной гипертонии (АГ) возникают функциональные и структурные изменения мелких артерий и артериол головного мозга, происходит изменение границ уровня артериального давления (АД), при котором осуществляется ауторегуляция мозгового кровотока, следствием которых является развитие различных неврологических и психических расстройств. Все это позволяет рассматривать головной мозг как орган-мишень у больных АГ и требует изучения функционального состоянии мозгового кровообращения (ФСМК). У больных АГ молодого возраста подобные исследования немногочисленны. Целью исследования явилась оценка ФСМК у больных АГ и влияние на его состояние наиболее часто назначаемых препаратов бисопролола и амлодипина, оказывающих дифференцированное воздействие на центральную и периферическую гемодинамику при сходном гипотензивном эффекте.

Материал и методы исследования. Обследовано 98 пациентов АГ 1 и 2 степени (46 мужчин, 52 женщины) в возрасте от 28 до 50 лет. Диагноз АГ верифицирован согласно критериям ВОЗ/ВНОК. ФСМК определяли методом транскраниальной допплерографии по качественным и количественным характеристикам, включавшим непосредственно измеряемые параметры и рассчитанные на их основе индексы (максимальная систолическая скорость VS, скорость в конце диастолического цикла VD, индекс циркуляторного сопротивления RI, индекс пульсации PI и индекс цереброваскулярной реактивности ICVR). Группу 1 составили 50 пациентов (средний возраст 39,4±1,2 года, длительность АГ 7,1±1,3 года), получавшие бисопролол в суточной дозе 5-20 мг. Группа 2 включала 48 пациентов (средний возраст 40,1±1,3 года, длительность АГ 6,8±1,1 года), принимавшие амлодипин в дозе 10-20 мг в сутки.

Результаты. Установлено, что оба препарата в целом благоприятно воздействуют на ФСМК, которое оценивалось по стабильным величинам VS и PI и однонаправленному повышению ICVR в обеих группах. Снижение VD и увеличение периферического RI при лечении бисопрололом расценивались как благоприятные факторы, обеспечивающие сохранение адекватного ответа мозговых сосудов (фактор компенсации). У курящих пациентов назначение амлодипина не сопровождалось увеличением ICVR, что свидетельствует о нарушениях тонуса и реактивности сосудов мозга и может рассматриваться как снижение адаптационно-компенсаторных возможностей мозговых артерий. Назначение бисопролола у курящих пациентов способствовало увеличению PI, что может быть одним из факторов, влияющих на эластические свойства сосудов головного мозга, нарушение которых способно привести к структурным изменениям артерий и артериол, хотя молодой возраст пациентов и отсутствие атеросклероза сосудов мозга пока еще способствуют адекватной компенсаторной реакции тонуса сосудов, что проявляется в увеличении ICVR даже у курящих пациентов.

0593 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II КАНДЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мухаматулина Д.М., Гизатулина Т.П., Шалаев С.В., Сабянина Е.Н.
Государственная медицинская академия, Областная клиническая больница, Тюмень, Россия

Цель исследования: изучить влияние кандесартана на частоту возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертонией (АГ) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сравнении с ИАПФ эналаприлом.

В исследование включено 44 пациента (28 женщин) в возрасте от 39 до 65 (средний возраст 49,6±4,2) лет с АГ I-II степени в сочетании с ХСН ф.к. II (по классификации NYHA). Все пациенты рандомизированы в 2 группы: гр. I (n=22) принимала кандесартан в дозе 8-16 мг/сутки, гр. II (n=22) – эналаприл в

Tesis_006_end.indd 251 24.08.2006 22:25:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

дозе 5-20 мг/сутки. Кроме этого, пациенты обеих групп получали по показаниям следующие препараты: β-блокаторы, кордарон, пропафенон, дезагреганты, диуретики. Доли пациентов в группах, получающих данные препараты, статистически значимо не различались. Эффективность лечения оценивалась через 3 месяца по следующим критериям: уровень АД, частота рецидивов ФП (в среднем в месяц), дистанция ходьбы по данным теста с 6-минутной ходьбой. Всем больным исходно и через 3 месяца проводилась ЭхоКГ по стандартной методике.

Через 3 месяца отмечен положительный гипотензивный эффект, более выраженный в гр. I, проявившийся значимым снижением систолического и диастолического АД, в то время как в гр. II отмечена тенденция к снижению систолического АД и значимое снижение диастолического АД. По данным ЭхоКГ, в гр. I статистически значимо снизились диаметр левого предсердия (p=0,009), толщина межжелудочковой перегородки (p=0,003) и задней стенки левого желудочка (p=0,004), увеличилась фракция выброса левого желудочка (p=0.0001), в то время как в гр. II вышеуказанные показатели статистически значимо не изменились. В процессе лечения в обеих группах увеличилась дистанция в ходе теста с 6-минутной ходьбой: с 421.1 м до 514,1 м в гр. I (p=0,03) и с 470,0 м до 482,6 м в гр. II (p=0,04). При анализе клинического течения ФП было отмечено преимущество в группе кандесартана: достоверно снизилось количество больных с частыми (≥1 в месяц) пароксизмами ФП (с 93% до 28%, p=0,002) и, соответственно, увеличилось количество пациентов с редкими (<1 в месяц) пароксизмами ФП. В гр. II статистически значимого снижения частоты пароксизмов ФП не отмечено: частые пароксизмы ФП имели исходно и через 3 месяца 64% и 36% пациентов соответственно (p=0,12).

Таким образом, применение блокатора AII кандесартана у пациентов с пароксизмальной ФП на фоне АГ и ХСН в сравнении с ИАПФ эналаприлом показало преимущества кандесартана в отношении гипотензивного эффекта, более выраженного влияния на процессы ремоделирования левого желудочка, уменьшении проявлений ХСН и урежении пароксизмов ФП. Представляется целесообразным включение блокаторов рецепторов ангиотензина II в комплекс лечения больных пароксизмальной формой ФП на фоне АГ и ХСН.

0594 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕЗИНА II КАНДЕСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мухаматулина Д.М., Гизатулина Т.П., Шалаев С.В., Сабянина Е.Н.

Тюменская государственная медицинская академия, Тюменская областная клиническая больница, Тюмень, Россия

Цель исследования: изучить влияние кандесартана (КН) на частоту возникновения пароксизмов фибрилляции предсердий (ФП), а также на выраженность хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с артериальной гипертонией (АГ) в сравнении с ингибитором ангиотензин-превращающего фермента (ИАПФ) эналаприлом (ЭН). Материалы и методы: Исследование –рандомизированное, контролируемое, открытое. Критерии включения: наличие АГ I-II степени по классификации ВНОК, в сочетании с пароксизмальной (≥1 устойчивого пароксизма в месяц) ФП. Эффективность лечения оценивалась спустя 3 месяца после начала исследования, при этом критерии оценки эффективности были следующими: частота рецидивов ФП (более 1 раза в неделю, более 1 раза в месяц, менее 1 раза в месяц), выраженность ХСН (теста с 6-минутной ходьбой, сумма баллов Минессотского опросника качества жизни пациентов с ХСН). В исследование включено 44 пациента, в том числе 32 женщины, в возрасте от 41 до 63 лет (средний возраст – 51,4±2,3 лет). Все пациенты были рандомизированы в 2 группы: группа I (22 человек) принимала КН (20 человек –8 мг\сутки и 2 пациента –16 мг\сутки) и группа II (22 человек) получала ИАПФ ЭН в дозе от 5 до 20 мг\сутки. Результаты и их обсуждение: Через 3 месяца в обеих группах отмечен положительный гипотензивный эффект: в 1 группе уровень систолического АД снизился с 169,5 до 126,7.(p=0,004), в группе 2 с 159,7 снизился до 132,4 Мм рт.ст.(p=0,007), а уровень диастолического АД в группе 1 снизился с 94,9 до 78,4 Мм рт.ст. .(p=0,013), в группе 2 с 95,1 до 80,2 Мм рт.ст. (p=0,002). Показатели ЭХОКГ: у пациентов группы 1 наблюдается достоверная динамика конечно-диастолического размера левого желудочка (с 5,07 до 4,8 см, p=0,004), толщины межжелудочковой перегородки (с 1,00 до 0,04 см, p=0,002), достоверная динамика фракции выброса: (53,36 до 56,09, p=0,009). У пациентов группы 2 динамика основных показателей ЭХОКГ не достоверна (p=от 0,3 до 0,7). Показатели динамики выраженности ХСН: достоверное увеличение показателей теста с 6-минутной ходьбой как в группе 1, так и в группе 2 (в среднем с 324,2 до 407,4 м, p=0,05), увеличение количества баллов по данным Минессотского опросника (с 67,2 до 30,5 в группе 1, с 69,9 до 43,2 в группе 2, p=0,05). Степень уменьшения частоты приступов ПМА была достоверно выше (p<0,01) в группе, получавшей КН. Выводы: лечение КН у пациентов с сочетанием АГ, ХСН и ФП сопровождается достоверным уменьшением частоты пароксизмов аритмии, а также КН обладает существенной эффективностью и хорошей переносимостью у больных с АГ в сочетании с ФП и ХСН. Таким образом, можно предположить, что положительное влияние КН на клиническое течение АГ в сочетании с ФП и ХСН в большей мере обусловлено его специфическим влиянием на миокард и в меньшей –изменением гемодинамики. Этот вывод подтверждают данные J. Mayet et al. о взаимосвязи регрессии гипертрофии левого желудочка и антиаритмического эффекта гипотензивной терапии. Очевидно, следует считать перспективным изучение действия блокаторов AII рецепторов на различные нарушения сердечного ритма.

0595 ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Мухаметшина Г.А., Сайфутдинов Р.Г.

Казанская медицинская академия, Казань, Россия

Актуальность проблемы: в последнее время уделяется много внимания трем ишемическим синдромам: станинг, гибернирующий миокард и ишемическое прекондиционирование.

Цель работы: изучить клинически развитие феномена «ишемического прекондиционирования» у больных со стабильной стенокардией напряжения ФК II-III.

Материалы и методы: нами обследовано 25 больных со стабильной стенокардией напряжения ФК II-III, из них 18 мужчин (72%) и 6 женщины (28%). Средний возраст мужчин –51,7±1,86, женщин – 55,2±1,90. Кроме клинических, лабораторных методов исследования для оценки феномена «ишемического прекондиционирования нами проводились парные ВЭМ по протоколу Corival.

Результаты: проведенные нагрузочные пробы дали положительные результаты во всех случаях в виде: увеличение времени начала депрессии ST сегмента, время окончания депрессии уменьшилось на 20%, время продолжительности уменьшилось на 44%, глубина депрессии уменьшилась на 12% , количество отведений с депрессией ST сегмента уменьшилось на 4%, двойное произведение увеличилось на 20%, макс. ЧСС уменьшилась на 2,4%, макс. АД (сист.) уменьшилось на 1,8%, макс. АД (диаст.) уменьшилось на 3,4%. Средний показатель уровня сахара до первой ВЭМ 5,82±0,25, после первой ВЭМ 5,46±0,19, снижение уровня сахара произошло на 6,2%.Средний показатель уровня сахара до второй ВЭМ 5,45±0,12, после второй ВЭМ 5,07±0,16, снижение уровня сахара произошло на 7,0%.

Выводы: полученные результаты подтверждают наличие феномена «ишемического прекондиционирования» у больных со стабильной стенокардией напряжения ФК II-III.

Tesis_006_end.indd 252 24.08.2006 22:25:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0596 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Мясоедова Е.Е.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава, Иваново, Россия

Цель: установить структурно-функциональные особенности миокарда левого желудочка и выраженность эндотелиальной дисфункции у больных ревматоидным артритом (РА) с учетом характера течения заболевания, наличия артериальной гипертонии (АГ) и факторов общего сердечно-сосудистого риска.

Методы: до начала гипотензивной терапии у 55 больных РА, 30 из них – с АГ 1-2 степени, развившейся на фоне РА; 36 больных первичной АГ (ПАГ) без ревматических заболеваний оценивали уровень АД, данные эхо-КГ, сосудодвигательную функцию эндотелия (СДФЭ), содержание L-аргинина плазмы, малонового диальдегида (МДА) в плазме и эритроцитах. Контроль – 26 здоровых лиц. Все группы сопоставимы по полу и возрасту, группы РА с АГ и с ПАГ –по уровням систолического и диастолического АД (САД и ДАД), длительности анамнеза АГ, риску SCORE. Пациенты не имели ассоциированных клинических состояний. Больные РА получали метотрексат в сочетании с преднизолоном и/или диклофенаком или нимесулидом.

Результаты: Среднее число факторов сердечно-сосудистого риска (ФР) на каждого пациента с РА и АГ было в 1,5 раза меньше, чем на больного ПАГ ($p<0,05$). Структура ФР в этих группах не различалась. При ПАГ был выше процент лиц с гипертриглицеридемией и средний уровень триглицеридов (ТГ) в крови, чем при РА ($p<0,05$), а также наиболее высокий уровень мочевой кислоты ($p<0,05$). Однако пациенты с РА и АГ имели более неблагоприятный метаболический профиль – более высокий уровень ТГ, индекс массы тела и показатель объема талии, чем больные РА без АГ ($p<0,05$). Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) и показатель дисфункции эндотелия по данным СДФЭ были выше при РА с АГ по сравнению с ПАГ ($p<0,05$). При РА с АГ наблюдались наиболее неблагоприятные варианты ремоделирования ЛЖ, ассоциированные с наиболее высоким сердечно-сосудистым риском. У молодых пациентов с РА ИММЛЖ коррелировал с длительностью анамнеза РА ($r=0,48$; $p<0,05$). Уровень L-аргинина плазмы при РА был ниже, чем при ПАГ ($p<0,05$) и обратно коррелировал с наличием системных проявлений ($r=-0,45$, $p<0,01$), активностью РА ($r=-0,45$, $p<0,01$). Обнаружена корреляция активности РА с уровнем МДА плазмы ($r=0,37$, $p<0,05$), серонегативного варианта течения РА – с уровнем МДА в эритроцитах ($r=0,72$, $p<0,05$). Наиболее неблагоприятные показатели отмечены у женщин с РА в период менопаузы – у них чаще фиксировалась АГ ($p<0,05$), были выше отягощенность по ФР ($p<0,05$), уровень С-РБ ($p<0,05$), более выраженные нарушения СДФЭ ($p<0,05$), чем у женщин с сохраненной менструальной функцией.

Выводы: развитие АГ при РА связано с метаболическими и гормональными нарушениями на фоне хронического аутоиммунного воспаления и противовоспалительной терапии. Раннее возникновение, существенная выраженность гипертрофии ЛЖ, особенности его ремоделирования, выраженная дисфункция эндотелия при РА предполагают увеличение риска сердечно-сосудистых осложнений и необходимость своевременного выявления и коррекции этого состояния препаратами с ангио- и кардиопротективными свойствами.

0597 К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРОМБОЦИТАРНЫХ ТРОМБОЗОВ В КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Наджимитдинов С.Т., Аляви А.Л., Садыкова Г.А., Абдуллаев А.Х., Нуритдинова С.К., Узенбаева Ф.В.

НИИ медицинской реабилитации и физической терапии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить диагностическое и прогностическое значение тромбоцитограммы, агрегометрических показателей и содержания фибриногена до и после лечения больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Материал и методы. В исследование включены 44 больных с ИБС стенокардией напряжения, ФК I-II-III класса без и в сочетании с гипертонической болезнью. Больные основной группы на фоне физиотерапевтического лечения получали гирудотерапию (медицинские пиявки). Пациенты контрольной группы гирудотерапию не получали. Проведено изучение цитоморфологической характеристики тромбоцитов в периферической крови (Наджимитдинов С.Т.), агрегометрические исследования на аппарате «АР 2110» (SOLAR) и коагулограммы.

Результаты. Разработан метод расшифровки тромбоцитограммы, позволяющий учитывать не только количественные, но и качественные изменения тромбоцитов в периферической крови. С учётом изменений цитоморфологии тромбоцитов соответственно их реакции освобождения от содержимого проведён сравнительный анализ качественной характеристики по количеству адгезированных и агломерированных тромбоцитов в зависимости от потенциальных тромбоцитарных тромбов, от артериального давления, агрегометрических показателей, уровня фибриногена, состояния коронарного, мозгового кровообращения у каждого пациента. Установлено, что одним из главных и решающих моментов возникновения тромбоза кровеносного сосуда является начальное образование тромбоцитарного тромба. По мере прогрессирования болезни усиливается адгезия тромбоцитов, поверхность их становится шероховатой, появляются отростки, и адгезия переходит в агломерацию 1, 2 степени с выделением тромбоксана А2 и других веществ, вследствие чего молодые тромбоциты становятся старыми или отработанными, что имеет важное значение в образовании тромбоцитарного тромба. Данный процесс коррелирует с быстрым, стойким повышением процесса дезагрегации при агрегометрическом исследовании и не коррелирует с уровнем фибриногена. После 4 процедур гирудотерапии отмечено уменьшение степени адгезии и агрегации тромбоцитов. Гирудотерапия оказала благоприятное влияние на клиническую картину ИБС и изученные показатели крови. Выявлен «параллелизм» (возможность сопоставления данных) результатов при микроскопическом и агрегометрическом исследовании тромбоцитов, что имеет диагностическое и прогностическое значение.

Выводы. При ИБС нарушается нормальная секреторная функция тромбоцита, приводящая к частичной или полной агломерации и образованию тромбоцитарного тромба. Гирудотерапия ингибирует один из механизмов образования тромбоцитарного тромба.

0598 ДИНАМИКА РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

Назарова О.А., Масленникова О.М., Березина А.М., Васильева О.А., Петров М.А.

Ивановская государственная медицинская академия, Иваново, Россия

Одним из желательных свойств антигипертензивных препаратов является его положительное действие на процесс сердечно-сосудистого ремоделирования, в частности на сосудистое поражение.

Целью исследования было изучение влияния антагониста кальция амлодипина (Кардилопин, Эгис) на эластические свойства крупных сосудов у больных артериальной гипертонией.

В исследование включено 32 пациента в возрасте 27-52 лет с гипертонической болезнью II стадии, артериальной гипертонией 2-й степени. Пациенты получали монотерапию амлодипином 5-10 мг/сут. Проводилось общеклиническое обследова-

Tesis_006_end.indd 253 24.08.2006 22:25:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ние больных при включении в исследование и через 3 месяца лечения. Эластические свойства сосудистой стенки изучались методом дуплексного исследования сонных артерий на аппарате «Vivid-3» (GE) в М- и В-режимах с помощью датчика 10 МГц с определением толщины комплекса «интима-медиа» (КИМ), коэффициента жесткости и коэффициента податливости и путем определения скорости распространения пульсовой волны (СРПВ) по сосудам эластического и мышечного типа на аппаратно-программном комплексе «Полиспектр» (ООО «Нейрософт», Иваново).

Результаты исследования. Через 3 месяца лечения целевой уровень АД имели 23 человека. На фоне лечения кардилопином СРПВ по сосудам эластического типа изменилась с 9,3±1,5 до 8,6±1,5 м/сек ($p<0,05$), СРПВ по сосудам мышечного типа –с 9,4±0,9 до 8,5±1,1 м/сек ($p<0,05$).

Толщина КИМ, как считается, наиболее адекватно отражает сосудистое поражение и отнесена к стратификационным факторам. Среднее значение толщины КИМ за время наблюдения уменьшилось с 0,87±0,19 мм до 0,82±0,18 мм ($p<0,05$), что является наиболее значимым результатом и свидетельствует о влиянии кардилопина на сосудистое ремоделирование в изучаемой группе пациентов.

В среднем значение толщины КИМ снизилось на 10,1%, СРПВ по сосудам эластического и мышечного типа – соответственно на 6,6% и 7,8%. В большей степени изменились расчетные коэффициенты: коэффициент жесткости уменьшился на 15,5%, коэффициент податливости увеличился на 14,5%.

Параллелизм динамики результатов разных методов исследования эластических свойств сосудов свидетельствует о том, что изменения показателей происходят не только в результате прямого гипотензивного действия, но и улучшения эластических свойств крупных сосудов под влиянием кардилопина.

Полученные данные позволяют считать, что изменения различных показателей эластичности/жесткости сосудов происходят однонаправлено и могут использоваться в качестве дополнительных критериев эффективности антигипертензивной терапии. При этом метод определения СРПВ перспективен для применения на этапе первичной медицинской помощи как информативный и менее затратный, чем метод дуплексного сканирования сосудов.

0599 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Найданова Т.А., Шардина Л.А., Епифанова Е.С., Шардин С.А.
УГМА, ОКБ №1, Екатеринбург, Россия

Цель работы –оценить клиническую эффективность препарата Геримакс® Женьшень у молодых женщин с первичной артериальной гипотензией.

Материал и методы. В открытое контролируемое рандомизированное исследование включены 40 женщин с первичной артериальной гипотензией (Аг) в возрасте от 18 до 30 лет (средний возраст –21,75±4,34 года), средний уровень АД – 96,73±6,14/62,0±3,7 Мм рт. ст. Качество жизни (КЖ) пациентки оценивали по разработанному нами специальному опроснику, включающему оценку общего самочувствия, состояния здоровья и степени ограничения повседневной деятельности физическим и эмоциональным состоянием, а также наличие и выраженность таких симптомов, как головная боль, головокружение, общая слабость, повышенная утомляемость, сонливость, снижение работоспособности и метеозависимость. Для оценки профиля АД все женщины в течение дня проводили самостоятельное амбулаторное мониторирование артериального давления (САМАД) по методике, предложенной В.И. Бакшеевым (2002). По результатам САМАД рассчитывались следующие показатели: среднедневные уровни систолического (САДср.) и диастолического (ДАДср.) давления, вариабельность САД (ВСАД) и ДАД (ВДАД), индекс времени гипотензии САД и ДАД – ИВгСАД и ИВгДАД. Далее выборка рандомизирована на две равные по количеству группы: основную и группу сравнения, статистически не различимые по возрасту, уровню САД и ДАД, наличию жалоб и показателям САМАД. Пациентки основной группы получали Геримакс® Женьшень по одной таблетке в утренние часы в течение двух недель. Через 14 дней в обеих группах повторно оценивалось КЖ, измерялось АД и рассчитывались показатели САМАД. Обработку результатов проводили с помощью пакета статистических программ NCSS. Данные представлены в виде средних значений ± стандартное отклонение (M±σ).

Результаты исследования. Прием препарата Геримакс® Женьшень пациентки переносили хорошо. На фоне приема препарата у женщин основной группы повысились средние уровни артериального давления до 101,25±4,83/64,25±4,1 Мм рт. ст. (для САД $p=0,008$, здесь и далее –с группой сравнения). Анализ данных САМАД в основной группе показал как повышение среднедневных уровней САД ($p=0,022$) и ДАД ($p=0,001$), так и улучшение профиля АД пациенток в дневное время: снижение частоты эпизодов гипотензии как систолического ($p=0,005$), так и диастолического ($p=0,001$) давления. Эта положительная динамика АД привела к повышению работоспособности пациенток, получавших Геримакс® Женьшень, их физическое состояние стало меньше ограничивать повседневную деятельность ($p=0,002$). Нами выявлена достоверная зависимость работоспособности пациенток от уровня систолического АД ($p=0,015$) и таких показателей САМАД, как ИВг САД ($p=0,017$) и ИВг ДАД ($p=0,000$).

Выводы

1. Прием в течение двух недель препарата Геримакс® Женьшень повышает уровень АД ($p<0,05$) у молодых женщин с первичной артериальной гипотензией. 2. На фоне приема препарата Геримакс® Женьшень повышается работоспособность и улучшается качество жизни женщин молодого возраста с первичной Аг.

0600 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ

Налетова Е.Г., Налетова Т.Д.
РГМУ, Москва, Россия; Поликлиника Общевойсковой академии, Москва, Россия

Цель: исследование вариабельности ритма сердца (ВРС) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) и гипертонической болезнью (ГБ) в сочетание с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ).

Методы: исследование ВРС у пациентов ИБС и ГБ с сопутствующим ХОБ в фазе ремиссии проводилось с помощью холтеровского мониторирования ЭКГ.

Результаты: у пациентов с ИБС и ГБ с сопутствующим ХОБ было выявлено достоверное снижение показателей ВСР по сравнению с нормой (SDNN, SDANN).

Параметры ВРС такие как SDNN у больных ХОБ с объемом форсированного выдоха за Минуту (ОФВ1) больше 80% составляли 90 (82-100), у пациентов с ХОБ с ОФВ1 меньше 80% составляли 72 (65-82) достоверно различались (уровень значимости 0,005). Также достоверное отличие (уровень значимости 0,003) было получено при сравнении показателей SDANN у больных ХОБ с объемом ОФВ1 больше 80% составляли 77 (70-82), у пациентов с ХОБ с ОФВ1 меньше 80% составляли 58 (54-68). С целью коррекции выявленных нарушений параметров ВСР в нашей работе были использованы 1-адреноблокаторы, такие как бисопролол и бетаксолол в дозе 5 мг в сутки. С помощью применения непараметрического критерия Уилкоксона были выявлены достоверные изменения параметров ВСР (SDNN, SDANN, RMSSD), происходящие уже после месячно-

Tesis_006_end.indd 254 24.08.2006 22:25:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

го курса лечения бисопрололом и бетаксололом у больных ИБС и ГБ с ХОБ. В обеих группах достоверно снижалась ЧСС, увеличивались показатели SDNN, SDANN, RMSSD, что отражает улучшение ВРС, снижение активности симпатической нервной системы и повышение тонуса парасимпатического звена автономной нервной системы.

Выводы: выраженность изменений параметров ВСР зависела от степени нарушений вентиляционной способности легких, о чем свидетельствовали статистически значимые различия между группами по показателям SDNN и SDANN. Эти данные показывают значение хронической легочной недостаточности в снижении общей вариабельности ритма сердца и ухудшение показателей регуляции ритма сердца у больных ИБС и ГБ с сопутствующим ХОБ. Полученные результаты применения 1-адреноблокаторов свидетельствуют о наличие положительного действия изучаемых препаратов на функциональное состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с сочетанной патологией, с возможным улучшением прогноза заболевания.

0601 ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН С ИБС

Настрадин О.В., Кучеренко Н.В., Потапова Е.С., Родионова Л.В., Невзорова В.А.

Владивостокский ГМУ, Владивосток, Россия

Цель: оценить содержание тестостерона (Т) в сыворотке крови у мужчин с ИБС в зависимости от объема висцеральной жировой ткани (ВЖТ).

Материалы: в исследование были включены 65 мужчин в возрасте от 35 до 50 лет, страдающих ИБС (стабильная стенокардия напряжения II ФК, нестабильная стенокардия), которые были разделены на две подгруппы в зависимости от индекса массы тела: 1 – мужчины с нормальной массой тела (ИМТ менее 26 кг/м^2); 2 – мужчины с избыточной массой тела (ИМТ более 26 кг/м^2, но менее 30 кг/м2). Больных с выраженным ожирением мы не включали в исследование, так как ожирение является самостоятельным фактором риска развития ССЗ. Контроль составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу с основной группой. Т в сыворотке крови одределяли методом иммуноферментного анализа с использованием стандарт-тестов системы Elecsys фирмы «Берингер Маннхайм». Объем ВЖТ в л рассчитывали по формуле: Vвжт = 0,731 • СДТ -11,5, где СДТ – саггитальный диаметр туловища в см.

Результаты: по мере увеличения ИМТ содержание Т в сыворотке крови уменьшается и наиболее низкая его концентрация отмечена в подгруппе больных ИБС с ИМТ>26 кг/м^2, т.е. при наличии избыточной массы тела. Так, в контроле уровень Т составил 5,68 нг/мл с ДИ 4,65-6,7 нг/мл; в подгруппе мужчин ИБС с нормальной массой тела – 3,03 нг/мл с ДИ 2,78-3,24 нг/ мл; в подгруппе ИБС с избыточной массой тела – 2,42 нг/мл с ДИ 2,08-2,7 нг/мл. Данное снижение Т может быть связано с более интенсивным его превращением в Э2 в жировой ткани и подавлением им гонадотропной активности гипофиза.

Следует отметить, что у мужчин с ИБС как с нормальной массой тела (ИМТ<26 кг/м2), так и при незначительном ожирением было выявлено избыточное накопление ВЖТ, за счет чего у них происходило снижение Т в сыворотке крови. Так, в подгруппе мужчин с нормальной массой тела, объем ВЖТ составил 2,09 л с ДИ 1,98-2,21 л, что почти в 1,5 раза больше, чем в контрольной группе (1,58 л, ДИ 1,4-1,75 л). Это свидетельствует об отложении жировой ткани в висцерально-абдоминальной области. Еще более значимое увеличение объема ВЖТ до 5,239 л, ДИ 4,92-5,55 л наблюдается в подгруппе больных ИБС с избыточной массой тела.

Выводы: таким образом, наши исследования показали, что объем ВЖТ определяет наибольшее снижение Т у мужчин с ИБС за счет его превращения в Э2 в абдоминальной клетчатке.

0602 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ДИЛАТРЕНДА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН)

Насыров.Ш.Н., Субханова Р.Р.

Ташкентский институт усовершенствования врачей, кафедра фармакотерапии. Ташкент, Узбекистан

Цель: оценить влияние дилатренда на основные параметры центральной гемодинамики у больных с II-III ФК ХСН по NYHA.

Методы: 75 пациентов(средний возраст 56,6±10) были распределены на 2 группы: 1 группа –47 с ХСН II ФК и 2 группа-28 с ХСН III ФК. Все больные принимали дилатренд, начиная с дозы 3,125 мг 2 раза в сутки на фоне базисной терапии. Для выяснения эффективности и безопасности лечения проводилась оценка клинического состояния больных с ХСН (по шкале Мареева В.Ю 2000г.), определялась дистанция шестиминутной ходьбы, основные параметры гемодинамики, выполнялось эхокардиографическое исследование и биохимическое исследование крови. Длительность наблюдения составила 6 месяцев.

Результаты: У первой группы больных отмечались положительные изменения основных показателей гемодинамики, без каких-либо побочных эффектов. Показатели артериального давления (АД) и ЧСС снизились уже в первые дни приема препарата у обеих групп (особенно у пациентов с исходно высоким уровнем АД и ЧСС). У первой группы систолическое АД (САД) к концу 6-го месяца с исходного показателя 130,0±9,0 снизилось до 105 ±7,0 Мм рт. ст. (p<0,05), т.е на 19,3%, у второй, более тяжелой в функциональном отношении группы САД снизилось на 14,8% –с 115±3,9 до 98±4,1 Мм рт. ст. Соответственно диастолическое АД (ДАД) с 85±3,7 до 65 ±2,9 Мм рт. ст. (p<0,01) –уменьшилось на 23,6% у первой группы, и на 25% у второй группы – с 80±3,3 до 60±3,1 Мм рт. ст. (p<0,05). Отмечено также достоверное урежение ЧСС к концу 6-месячного лечения на 14,5% в первой группе- с 76,3±4,7 до 65±3,9 уд/мин (p< 0,05), и на 19,2% во второй группе –с 83±4,1 до 67±5,1 (p<0,01). Фракция выброса левого желудочка у первой группы к концу 6-го месяца повысилась с 50±5,5 до 53,7±4,1% (на 7,4%), а у второй группы с 38,6 ±2,7 до 40±3,7 (на 4,5%). У 15 из 75 обследованных пациентов в течение первого месяца терапии препаратом путем медленного титрования дозы, отмечалось снижение фракции выброса на 1,5%, относительная гипотония и симптоматическая брадикардия, что позволило у 12 больных отменить препарат.

Выводы: под влиянием дилатренда у обследованных больных изменились основные параметры гемодинамики: снизилось САД, ДАД, ЧСС, причем в большей степени у больных с выраженным функциональным классом ХСН. Отмечалось также более заметное снижение уровня ДАД, в сравнении с САД. Достоверно положительная динамика фракции выброса отмечается к концу 6-го месяца регулярного приема препарата. К факторам, способствующим плохой переносимости препарата относились увеличение возраста больных и изначально низкое ДАД.

0603 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ЕЕ ПОВЫШЕНИЕ

Наумова Е.А., Шварц Ю.Г.

Саратовский Государственный Медицинский Университет, Саратов, Россия

Цель: обзор литературы по проблеме приверженности пациентов к лечению, определение степени доказательности найденных исследований, оценка реальной эффективности вмешательств, улучшающих выполнение назначений больными.

Материал и методы: проводился поиск статей на английском языке, опубликованных с января 1994 по январь 2005 в базах дан-

Tesis_006_end.indd 255 24.08.2006 22:25:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ных MEDLINE, Ovid, British Medical Journal и более 600 журналов через его поисковую систему, Cochraine Database, сайт организации Medicines-Partnership. Поиск статей опубликованных на русском языке с января 1996 по апрель 2004 производился в электронных базах данных издательства "Медиасфера", издательства "Медицина", издательства "Consilium-medicum", ОССН, "Русского медицинского журнала", журнала "Клиническая фармакология и терапия". Дополнительно производился ручной просмотр номеров перечисленных журналов на русском языке, тексты которых недоступны в Интернете. Отбирались исследования, описывающие причины и предикторы не выполнения врачебных рекомендаций, характер и эффективность вмешательств, направленных на повышение выполнения пациентами врачебных рекомендаций. Отдельно анализировались рандомизированные контролируемые испытания таких вмешательств. Просмотрено свыше 900 публикаций. Для окончательного анализа отобраны 218 исследований.

Основные результаты: 88 исследований посвящены факторам, влияющим на приверженность пациентов к терапии. Объем исследований невелик и в половине случаев не превышает 100 пациентов. Тематика исследований разнообразна. Наибольшее внимание отводится именно различным аспектам общения врача и пациента. 128 исследований посвящены специальным вмешательствам, направленным на повышение приверженности пациентов к лечению. Из них 45 – это не рандомизированные испытания, и 83 – рандомизированные. Большинство исследований выполнялись на небольшом количестве пациентов. По тематике на первом месте по числу исследований стоят разнообразные образовательные программы для пациентов. Отмечены существенные различия в длительности наблюдения за пациентами: от 10 дней до 4 лет, причем в 42 исследованиях это 6 месяцев и менее. Было отобрано 14 рандомизированных исследований, в которых количество участников более 100 и срок наблюдения за пациентами – не менее 6 месяцев. Все вмешательства – комбинированные, большинство из них эффективны. ОР для всех исследований 1,54 (95% ДИ 1,46-1,63), что означает, что вмешательство, направленное на повышение приверженности пациентов к лечению, действительно повышает степень выполнения врачебных рекомендаций.

Заключение: определенные успехи в понимании того, что такое приверженность к лечению уже достигнуты, однако, несомненно, необходимы новые методы воздействия на комплайнс и новые подходы к изучению этой многогранной проблемы.

0604 ИЗУЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ЭФФЕКТОВ РОЗУВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ

Небиеридзе Д.В., Кулиева Г.Р., Олферьев А.М., Выгодин В.А.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение влияния розувастатина на состояние микроциркуляции у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией и дислипидемией.

Методы: в исследовании участвовали 25 пациентов, в возрасте от 46 до 75 лет, средний возраст 62±2,4 лет, с уровнем САД 140-179 Мм рт. ст. и ДАД 90-109 Мм рт. ст., и уровнем – ХС выше 5 ммоль/л и/или ХС ЛНП выше 3 ммоль/л. Все пациенты получали розувастатин (Крестор, AstraZeneca, Великобритания) 10 мг в течение 12 недель. Состояние микроциркуляции изучалось методом лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ), на аппарате ЛАКК 01, НПО «ЛАЗМА», Россия. Основными изучаемыми параметрами микроциркуляции были: показатель микроциркуляции (ПМ), отражающий число и скорость движения эритроцитов в микрососудах, резерв капиллярного кровотока (РКК), отражающий прирост кровотока после 3-х Минутной окклюзии. Кроме того, оценивалась регуляция периферического сосудистого тонуса. Динамика АД изучалась на основании офисных измерений АД и дневников самоконтроля АД.

Результаты: Влияние розувастатина на микроциркуляцию зависело от гемодинамического типа микроциркуляции. В группе лиц со спастическим типом микроциркуляции отмечалось повышение исходно сниженного уровня ПМ от 4,47±0,4 до 8,05±1,09 перф.ед., и снижение исходно повышенного РКК, от 357±39,8 до 229±22,6 перф.ед. ($p<0,001$), что свидетельствует об уменьшении спастических явлений, повышении числа функционирующих капилляров и улучшении перфузии тканей. В группе с гиперемическим типом напротив выявлено снижение исходно повышенного ПМ от 7,97±1,2 до 5,8±0,6 перф.ед. РКК был исходно снижен 185±19,02 и на фоне розувастатина отмечалось повышение РКК до 258±30,2 ($p<0,01$). Это свидетельствует об уменьшении явлений гиперемии. По данным исследования на фоне приема розувастатина отмечалось повышение миогенных амплитуд у всех пациентов от 0,23±0,03 до 0,33±0,05 перф. ед., что составило 63±23% ($p<0,05$). Это свидетельствует об улучшении функционирования активных механизмов регуляции тонуса микрососудов, снижении периферического сопротивления и повышении притока артериальной крови к капиллярам. Лечение розувастатином приводило к снижению уровня САД на 8 Мм рт. ст. (-5,4%, $p<0,05$), и ДАД на 6 Мм рт. ст. (-6,1%, $p<0,05$). В исследовании отмечена гиполипидемическая активность розувастатина: уровень ХС до лечения 7,47±0,4 ммоль/л, после лечения 4,89±0,3 ммоль/л, уровень ХС ЛНП до лечения 5,19±0,2 ммоль/л, после лечения 3,06±0,2 ммоль/л. Таким образом, снижение ХС составило 34±3,8% ($p<0,001$), ХС ЛНП 49±5,2% ($p<0,001$), ТГ 28±2,4% ($p<0,01$).

Побочных эффектов на фоне приема розувастатина не было.

Выводы: таким образом, розувастатин подтвердил выраженную гиполипидемическую эффективность. Кроме того, розувастатин обладает благоприятными сосудистыми эффектами: снижает АД и улучшает важные параметры микроциркуляции у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертонией и дислипидемией.

0605 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СОДЕРЖАНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ЛЕЧЕНИИ АТОРВАСТАТИНА

Невзорова В.А., Родионова Л.В., Потапова Е.С.

Владивостокский государственный медицинский институт, Владивосток, Россия

Цель: изучить влияние аторвастатина (Аторис фирмы KRKA) на липиды крови и С-реактивный белок (СРБ) у больных острым коронарным синдромом (ОКС).

Материалы исследования. В исследование включены 62 пациента с ОКС с подъёмом и без подъёма сегмента ST выше изолинии. Все пациенты были разделены на 2 группы: I – 32 больных, которые при поступлении получали Аторис в дозе 10-40 мг в сутки. II – 30 пациентов получали стандартную терапию (не включали статины из-за противопоказаний к ним). Помимо традиционных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования программа обследования пациентов включала: определение липидного профиля и уровня СРБ в сыворотке крови при поступлении, через 14 дней и 2 месяца наблюдения.

Результаты обследования. В результате исследования было выявлено, что исходные показатели липидного профиля достоверно ($p>0,05$) не отличаются в двух группах. Так, в I группе уровень общего холестерина (ОХ) составил 6,8±0,71 ммоль/л, ХС ЛПНП 4,2±0,39 ммоль/л, ХС ЛПВП 0,8±0,083 ммоль/л. Во второй группе ОХ – 7,1±0,69 ммоль/л, ХС ЛПНП 3,8±0,4 ммоль/л, ХС ЛПВП 0,7±0,072 ммоль/л. Через 14 дней наблюдения на фоне приёма Аториса показатели липидного профиля статистически значимо снизились ($p<0,05$) по сравнению с исходными данны-

Tesis_006_end.indd 256 24.08.2006 22:25:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ми, тогда как во второй группе достоверных отличий не было: ОХ 5,3±0,51 и 7,0±0,64 ммоль/л, ХС ЛПНП 3,4±0,32 и 3,6±0,27 ммоль/л, ХС ЛПВП 1,0±0,095 и 0,68±0,05 ммоль/л соответственно. Ко второму месяцу наблюдения показатели липидного профиля у больных, принимающих Аторис достигли нормального уровня, в то время как у больных II группы концентрация ОХ, ХС ЛПНП остались повышенными, а ХС ЛПВП сниженным и достоверно не отличались от исходных данных (p>0,05).

Анализируя результаты исследования содержания СРБ в сыворотке крови при поступлении было установлено, что у пациентов I и II групп данный показатель превышал норму в 10,1 и 9,8 раз соответственно, достоверно не отличаясь в двух группах (p>0,05). Однако, через 2 месяца наблюдения у пациентов, принимающих Аторис отмечалось достоверное снижение концентрации СРБ (в 2 раза) по сравнению с больными не получающих Аторис, где статистически значимых отличий с исходными данными получено не было (p>0,05).

Вывод. Таким образом в результате нашей работы было установлено, что Аторис уже к 14 дню достоверно снижает уровень липидного профиля, а через 2 мес. достигаются нормальные значения. Кроме того, на фоне приема Аториса происходит снижение концентрации СРБ, одного из ведущих факторов патогенеза при ОКС – воспалительного процесса.

0606 МОЗГОВОЙ КРОВОТОК И СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НОРМОДИПИНОМ И КАВИНТОНОМ-ФОРТЕ

Невзорова В.А., Севериненко Р.М., Захарчук Н.В., Плотникова И.В.

Владивостокский государственный медицинский университет, Городская клиническая больница №1, Владивосток, Россия

Цель исследования: изучить состояние мозгового кровотока методом транскраниальной допплерографии сосудов головного мозга (ТКДГ ГМ), способность сосудистого эндотелия к синтезу вазодилатирующих субстанций (оксид азота) у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ) при включении в антигипертензивную терапию блокатора медленных кальциевых каналов (амлодипин) и церебропротектора (кавинтон-форте).

Методы исследования: в исследование были включены 90 человек, лица обоего пола, в возрасте 35–48 лет. У 60 пациентов диагностирована ГБ, осложненная кризовым течением, эти больные были разделены на 3 группы по 20 человек. В 1-ой группе применяли гипотензивную терапию без блокаторов медленных кальциевых каналов (БМКК), 2-ая группа больных получала монотерапию амлодипином (нормодипин, Гедеон Рихтер, Венгрия) в дозе 5 мг/сут, пациенты 3-ей группы принимали комбинированную терапию амлодипином (нормодипин) в дозе 5 мг/сут и кавинтон-форте (Гедеон Рихтер, Венгрия) по 1 таблетке 3 раза в день. Контрольную группу составили 30 человек соответствующего возраста без гипертонической болезни.

Всем пациентам до лечения и после 12 недель терапии определяли уровень метаболитов оксида азота (NO) в сыворотке крови и такие параметры ТКДГ ГМ, как индекс резистентности (IR) и пульсационный индекс (PI) для характеристики нарушений мозгового кровотока.

Результаты: у 60 пациентов гипертонической болезнью во время криза выявлено нарушение мозговой гемодинамики, что подтверждается результатами IR и PI, в контрольной группе таких нарушений не было. Через 12 недель терапии отмечено увеличение показателей линейной скорости мозгового кровотока. IR в 1-ой группе увеличился на 8,7%, во 2-ой группе –на 10,5% и в 3-ей группе –на 13,9%. PI индекс возрос в обследуемых группах на 9,5%, 15,9%, 16,7% соответственно. Причем у больных 3-ей группы эти показатели были достоверно выше. Уровень метаболитов NO до лечения составил в 1-ой группе 17,3 мкмоль/л, во 2-ой –21,92 мкмоль/л, в 3-ей –16,8 мкмоль/л, в контрольной группе – 30,2 мкмоль/л. Через 12 недель терапии отмечалось достоверное увеличение данных показателей, причем наиболее значимое у тех пациентов, которые одновременно принимали нормодипин и кавинтон-форте.

Выводы: комплексная терапия нормодипином и кавинтоном-форте привела к более значимому улучшению NO-продуцирующей функции эндотелия, а так же к повышению IR и PI, отражающих мозговой кровоток при кризовом течении ГБ.

0607 СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Некрасов А.А., Кузнецов А.Н.

ГОУ ВПО НижГМА Минздрава, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: оценить риск сердечно-сосудистых осложнений при длительном наблюдении за больными с сочетанием ИБС, стабильной стенокардии II –III и хронического обструктивного бронхита (ХОБ), в зависимости от исходного уровня легочной гипертензии.

Материалы и методы. Наблюдались 35 больных с ИБС, стабильной стенокардией II-III ФК и сопутствующим ХОБ в течение 50-ти месяцев. Исходно у всех эхокардиографически оценивали показатели внутрисердечной и легочной гемодинамики, в том числе среднее давление в легочной артерии (СрДЛА) по методу Kitabatake. У 16 больных (I группа) исходные показатели СрДЛА превышали 30 мм рт.ст, а у 19 (II группа) были равны или ниже этого уровня. I и II группы были близки по возрасту (61,0+2,70 и 60,9+2,58), полу (мужчин и женщин – по 50% в I и 52,6% и 47,4% во II группе), по частоте ИМ в анамнезе (12,5% и 15,7%), по тяжести ИБС (ср. ФК 2,7+0,13 и 2,5+0,12), ХОБЛ (1,63+0,18 и 1,69+0,17). В группах оценивали частоту сердечно-сосудистых событий (инфаркт миокарда, инсульт, внезапная коронарная смерть). Выживаемость оценивали по методу Каплана-Майера и Гехана.

Результаты. Всего в когорте дожития, включающей 35 человек, в течение 50 месяцев сердечно-сосудистые осложнения развились у 7 пациентов. При этом в I группе сердечно-сосудистые события имели место у 5 человек (31,2%), а во II они отмечены в 2-х случаях (10,5%). Соответствующие показатели кумулятивной выживаемости к 50-му месяцу наблюдения составили 0,55+0,165 и 0,83+0,115 (p=0,046). Это свидетельствует о статистически значимом увеличении частоты сердечно-сосудистых осложнений при нарастании легочной гипертензии у больных с сочетанной патологией.

Выводы. Легочная гипертензия является патогенетическим фактором, отягощающим течение сердечно-сосудистой патологии у больных с сочетанием ИБС и ХОБ, способствующим увеличению риска развития острых сердечно-сосудистых осложнений. При оценке прогноза у больных с сочетанием ИБС и ХОБЛ необходимо учитывать тяжесть легочной гипертензии, а в процессе длительной терапии таких больных – стремиться к ее устойчивой компенсации.

0608 ВНЕСЕРДЕЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

Некрасова Н.В.

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

Цель: Оценить влияние внесердечных поражений на течение инфекционного эндокардита.

Методы: в период с 1996 по 2003 гг. обследовано 92 больных с подострым инфекционным эндокардитом. Пациенты были разделены на две группы: группа 1 – с летальным исходом (n=32),

Tesis_006_end.indd 257 24.08.2006 22:25:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

женщины составили – 18,7%, мужчины – 81,3%.; группа 2 – без летального исхода (n=60), женщины –26,6%, мужчины – 73,4%. Проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, необходимые биохимические показатели, ЭхоКГ, ЭКГ, рентгенография грудной клетки).

Результаты: При анализе полученных данных выявлено , что в обоих группах в структуре клапанной патологии преобладали комбинированные (митрально-аортальные) пороки. Основным осложнением инфекционного эндокардита (ИЭ) среди наблюдаемых больных была застойная сердечная недостаточность, в том числе высокой степени. В общей группе Н 1 была выявлена у 13,8% больных, Н 2А – 42,9%, Н 2Б – 29,0%, Н 3 – 13,4%, по NYHA ФК 1 – 14,1%, ФК 2 – 29,4%, ФК 3 – 34,8%, ФК 4 – 21,7%. При рассмотрении общего анализа крови больных ИЭ установлено, что в 1 группе по сравнению со 2 группой был более выражен анемический синдром, это подтверждается достоверно сниженными показателями гемоглобина и эритроцитов крови. О высокой активности воспалительного процесса в группе 1 указывают и достоверные различия ускоренного СОЭ и повышения серомукоидов. Имелись также достоверные различия и в показателях общего анализа мочи. В первой группе был более выраженный протеинурический синдром, снижен удельный вес мочи и был выраженным мочевой синдром, проявляющийся в высоких показателях эритроцитов и лейкоцитов. В первой группе, при сравнении со 2-й гр. отмечены изменения биохимических показателей достоверно отражающих дисфункцию печени АсАТ и АлАТ. Уровень фибриногена, отражающий активность воспалительного процесса в 1 группе был ниже, чем во 2 группе, что косвенно указывает на снижение функции печени в первой группе. Поскольку, наибольшие различия в группах 1 и 2 по данным лабораторно-инструментальных исследований получены по системам мочевыделения, крови (анемия) и по показателям, отражающим дисфункцию печени, далее проведен анализ выживаемости больных ИЭ в зависимости от дисфункции того или иного органа или системы.

Выводы: в результате исследования влияния внесердечных поражений на течение инфекционного эндокардита выявлено, что из внесердечных проявлений существенное влияние оказывают три системы – поражение почек, печени и в меньшей степени системы крови.

0609 ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ: СВЯЗЬ С ПОЛОМ И КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ

Некрасова Н. И., Ермакова Т. А., Преображенский Д. В., Шишина Р. Н., Тарыкина Е. В., Сидоренко Б. А.

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, ФГУ Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования – изучить частоту анемии у госпитализированных больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от возраста и пола больных, а также диагностических критериев анемии.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 385 больных с ХСН I—IU функционального класса. Среди больных были 197 мужчин и 188 женщин в возрасте от 39 до 97 лет (средний возраст 73,6±10,9 лет). Подавляющее большинство больных были в возрасте 60 лет и старше (89%). В работе использовали как единый критерий анемии для мужчин и женщин (концентрация гемоглобина [Hb] <120 г/л), так и различные критерии (Hb <120 г/л для женщин и <130 г/л для мужчин) в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ (2001).

Результаты исследования. Средние концентрации Hb у обследованных больных с ХСН приближались к нижней границе нормальных значении и составляли 129,7±21,3 г/л. Тяжелая анемия (Hb <70 г/л) была обнаружена лишь у 5 больных (или 4,4% от всех случаев анемии), умеренная (Hb=70—99 г/л) – у 23 больных (или 20,4%) и легкая – у 85 больных (или 75,2%). На основании единого для женщин и мужчин диагностического критерия анемии (Hb <120 г/л) ее частота среди обследованных больных с ХСН составила в среднем 29,4%. Частота обнаружения анемия колебалась от 16% у больных моложе 60 лет до 39% у больных в возрасте 80 лет и старше. Анемия (Hb <120 г/л) достоверно чаще обнаруживалась у женщин по сравнению с мужчинами (40% против 19%; p≥0,05). У женщин с ХСН частота обнаружения анемия в значительной мере зависела от возраста и колебалась от 12% в возрастной группе моложе 60 лет до 54% в возрастной группе 80 лет и старше. Напротив, у мужчин с ХСН частота обнаружения анемия практически не зависела от возраста и колебалась от 17% в возрастной группе моложе 60 лет до 20% в возрастной группе 80 лет и старше. Если использовать различные диагностические критерии анемии (Hb <120 г/л для женщин и Hb <130 г/л для мужчин), то окажется, что распространенность анемии при ХСН у женщин и мужчин в целом практически не различаетсяь – 39,9% и 32,5% соответственно (p>0,05).

Заключение. У каждого третьего госпитализированного больного с ХСН преимущественно пожилого и старческого возраста обнаруживается анемия. Частота анемия в значительной мере зависит от пола больных с ХСН и использованных критериев. У женщин с ХСН частота обнаружения анемии у женщин с ХСН увеличивается с возрастом, достигая более 50% среди больных в возрасте 80 лет и старше. У мужчин с ХСН частота обнаружения анемии не зависит от возраста, однако увеличивается с 19% до 32% при повышении пороговых значений Hb со 120 до 130 г/л.

0610 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ЗАЩИТНОЙ СИСТЕМЫ HSP70 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЁГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Нестеренко О.И., Задионченко В.С., Погонченкова И.В., Холодкова Н.Б., Щикота А.М., Игнатова Ю.В.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучение нарушений функционального состояния эндотелия и защитной системы HSP70 у пациентов с хроническим легочным сердцем (ХЛС) на различных стадиях его формирования.

Методы: обследовано 22 пациента в возрасте от 58 до 75 лет, с компенсированным (n=11) и декомпенсированным (n=11) ХЛС. Оценивалась продукция NO по суммарному содержанию нитритов и нитратов в плазме и конденсате выдыхаемого воздуха, уровень фактора Виллебранда (ФВб), определялось содержание стресс-белков HSP70. Определение уровня нитритов/нитратов в плазме крови и конденсате выдыхаемого воздуха проводилось спектрофотометрически с использованием реакции Грисса; содержание HSP70 в лейкоцитах периферической крови определяли методом вестерн-блот-анализа; концентрацию ФВб оценивали с использованием лазерного аггрегометра.

Результаты: при исследовании уровня нитритов и нитратов в плазме крови была выявлена высокая суммарная их концентрация, особенно у пациентов с декомпенсированным ХЛС (9,76±0,8мкМ в контрольной группе, 17,8±2,3мкМ (p<0,01) в группе с компенсированным ХЛС, 38,04±3,6мкМ (p<0,001) в группе с декомпенсированным ХЛС). Аналогичные изменения наблюдались и при исследовании конденсата выдыхаемого воздуха. Полученные данные свидетельствуют о компенсаторной гиперпродукции NO, вплоть до цитотоксического действия при декомпенсации ХЛС. Изменения функционального состояния эндотелия, выявляемые при анализе синтеза NO, подтверждаются и изменениями синтеза ФВб. Повышение данного показателя по мере прогрессирования заболевания и формирования

Tesis_006_end.indd 258 24.08.2006 22:25:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

декомпенсированного ХЛС (p<0,01) также свидетельствует об увеличении степени дисфункции эндотелия. При оценке базального уровня HSP70 была выявлена значительная разница между их концентрациями в группах: у пациентов с компенсированным ХЛС имела место выраженная активация синтеза стресс-белков HSP70 (3,52±0,72Нг/мкг), тогда как у пациентов с декомпенсированным ХЛС их содержание было резко снижено (0,92±0,27Нг/мкг), то есть прогрессирование ХЛС вызывало значительное угнетение синтеза защитных HSP70.

Выводы: 1. У пациентов с компенсированным ХЛС имеет место компенсаторное, умеренное повышение уровня NO, а у пациентов с декомпенсированным ХЛС его выраженная гиперпродукция, приводящая к цитотоксическому эффекту. Дисфункция эндотелия, выявляемая при анализе синтеза NO, подтверждается повышением ФВб по мере прогрессирования заболевания и присоединения симптомов недостаточности кровообращения. 2. Установлено, что у больных ХЛС происходит включение в лимфоциты периферической крови системы синтеза внутриклеточных защитных белков –HSP70. У больных с компенсированным ХЛС имеет место их выраженная активация, при декомпенсированном ХЛС – истощение их синтеза.

0611 РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ

Нечаев С.В., Стрижаков Л.А., Чурганова Л.Ю., Седов В.П., Кривошеев О.Г., Семенкова Е.Н.

Кафедра терапии и профессиональных заболеваний, межклиническое отделение функциональной диагностики ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Возможные варианты поражения сердца при системных васкулитах до настоящего времени остаются недостаточно изученной. Между тем, нередко наблюдается развитие бессимптомных тяжелых поражений сердечной мышцы, в том числе способных приводить к сердечной недостаточности. В связи с этим для ранней диагностики таких поражений возникает необходимость в современных визуализирующих методах исследования сердца, в частности – эхокардиографии.

Цель исследования: оценка состояния миокарда у пациентов с системными васкулитами при помощи эхокардиографии.

Методы исследования: Для оценки состояния проводилась эхокардиография 34 пациентам (14 мужчинам и 20 женщинам) в возрасте от 22 до 75 лет (средний возраст 48,05 лет). Обследовались больные с узелковым полиартериитом, гранулематозом Вегенера, синдромом Churg-Strauss, неспецифическим аортоартериитом, гигантоклеточным артериитом. Измерялись толщина стенок миокарда, оценивалось состояние клапанного аппарата, изменения движения стенок (гипокинезия, дискинезия), фракция выброса и допплеровские характеристики кровотока (чрезклапанный кровоток, диастолическая функция, помимо отношения E/A, систоло-диастолический индекс левого желудочка, или Tei-индекс).

Результаты: У подавляющего большинства пациентов (70%), жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы отсутствовали. Изменения на ЭКГ отмечались только у 11% больных. Вместе с тем изменения при эхокардиографическом обследовании были выявлены у 79,4%. Самым распространенным изменением явилась диастолическая дисфункция обнаруженная при обычном измерении E/A лишь у 44% обследованных больных, в то время как оценка систоло-диастолического индекса левого желудочка позволила выявить наличие ранних стадий сердечной недостаточности у 59% пациентов. Уплотнение стенок аорты отмечалось у 41%. Изменения со стороны аортального клапана в виде уплотнения створок отмечались у 41%, митральный клапан поражался в 23% случаев, сочетанное поражение клапанов (митрального и аортального) наблюдалось у 23%. Гипертрофия стенок сердца выявлена в 29,4% случаев. Изменения движения стенок, такие как гипокинезия, дискинезия наблюдались у 12% пациентов, снижение систолической функции левого желудочка было выявлено у 3%.

Выводы: учитывая высокую частоту изменений со стороны сердца у пациентов с системными васкулитами, проведение эхокардиографии необходимо в качестве скринингового исследования всем пациентам с данными нозологиями.

При проведении эхокардиографии всегда необходимо оценивать допплеровские характеристики (кровоток через клапаны, диастолическую функцию, причем в последнем случае помимо измерения отношения E/A, необходима оценка систоло-диастолического индекса левого желудочка).

Отмечено высокое число бессимптомных или малосимптомных изменений (диастолическая дисфункция, клапанная патология), что в дальнейшем требует динамического наблюдения с целью определения тактики ведения больного.

0612 АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ С ПОЛИМОРФНЫМ МАРКЕРОМ C(–1947)A ГЕНА HMGCR У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ

Никитин А.Г.[1], Королева О.С.[2], Бровкин А.Н.[1], Азизова О.А.[3], Носиков В.В.[1], Затейщиков Д.А.[2]

[1] Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», [2] Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ и [3]НИИ физико-химической медицины МЗ РФ, Москва, Россия

Цель работы. Окислительный стресс, развивающийся у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), приводит к ускоренному окислению липидов плазмы крови, что является одной из причин зарождения атеросклеротических бляшек. У больных ИБС уровень окисления возрастает в 1,5–2 раза по сравнению со здоровыми людьми. Ингибиторы ключевого фермента, обеспечивающего синтез холестерина в клетках печени, а именно, редуктазы гидрокси-метаглутарил-коэнзима А (HMG CoA) обладают антиокислительным эффектом, зависимым от дозы статинов, и уменьшают атерогенность сыворотки крови. Однако антиокислительный эффект статинов у разных больных проявляется в различной степени. Целью нашего исследования была оценка уровня ассоциации полиморфного маркера C(–1947)A гена редуктазы HMG CoA (HMGCR) на уровень окисления липидов плазмы в ответ на терапию аторвастатином у больных с ранней ИБС.

Методы исследования. Обследован 41 мужчина с ИБС. Средний возраст 46,4±4,1 лет, возраст манифестации ИБС 43,8±4,4 лет. Инфаркт миокарда в анамнезе был у 39 больных (95,1%), повторный инфаркт миокарда перенесли 6 человек (14,6%). Больные были разделены слепым методом на две группы и получали две дозы аторвастатина (10, затем 80 мг/сут. или 80, затем 10 мг/сут. , по 5 дней), с «отмывочным» периодом между ними более десяти периодов полувыведения препарата. До и после каждой дозы оценивали уровень окисления липидов плазмы по накоплению вторичного продукта перекисного окисления липидов – малонового диальдегида (МДА). Идентификацию аллелей и генотипов полиморфного маркера C(–1947)A гена HMGCR 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 стандартного статистического пакета программ SPSS 13.0.

Результаты. Уровень МДА достоверно не изменялся на фоне приема 10 мг/сут. аторвастатина, в то время как при приеме 80 мг/сут. аторвастатина отмечено достоверное снижение уровня МДА в среднем на 16,8% (p=0,031). У носителей генотипа CC на фоне приема 80 мг/сут. аторвастатина продемонстрировано более выраженное снижение уровня окисления липидов плазмы

Tesis_006_end.indd 259 24.08.2006 22:25:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

по сравнению с носителями генотипов АА и АС (33,95±5,90 против 8,82±1,70, соответственно; p=0,022), в то время как на фоне приема 10 мг/сут. аторвастатина различия в снижении уровня МДА между носителями различных генотипов оказались недостоверными (8,18±7,62 против 5,9±2,7; p=0,940). Заключение. У носителей генотипа СС полиморфного маркера С(–1947)А гена HMGCR1 обнаружено более выраженное снижение уровня окисления липидов плазмы у больных с ранней ИБС на фоне терапии высокими дозами аторвастатина (80 мг/сут.).

0613 МИНИМИЗАЦИЯ КСЕНОБИОТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Николаев Н.А., Тюрина М.В., Беляева О.Л., Воробьева Ю.А.

МУЗ Городской клинический кардиологический диспансер, Омск, Россия

Цель: оценить клиническую эффективность и ксенобиотическую нагрузку антигипертензивной терапии больных гипертонической болезнью (ГБ) и ГБ сочетающейся с ишемической болезнью сердца (ИБС) при использовании традиционных препаратов и фиксированных комбинаций низкодозовых антигипертензивных средств.

Методы: 50 участников исследования, из них: 26 больных АГ (40-80 лет, медиана 56), в том числе 16 в сочетании с ИБС (9 страдающих стенокардией напряжения с классом ФК≥2 и 7 перенесших инфаркт миокарда) – группа 1; 24 больных АГ (40-80 лет, медиана 55), в том числе 14 в сочетании с ИБС (9 страдающих стенокардией напряжения с классом ФК≥2 и 5 перенесших инфаркт миокарда) – группа 2. До включения в исследование все больные получали комбинированную терапию, включающую ингибитор ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) эналаприл, диуретик (ДУ) гидрохлортиазид, антиагрегант ацетилсалициловую кислоту (АСК) и изосорбд-5-мононитрат (ИМН). При включении в исследование больным группы 1 была назначена фиксированная комбинация: 2 мг иАПФ периндоприла с 0,625 мг ДУ индапамида (нолипрел Les Laboratories Servier, Manufactured by Les Laboratories Servier Industrie, Франция), при продолжении приема АСК и ИМН; при необходимости доза иАПФ/ДУ увеличивалась до 4 мг периндоприла с 1,25 мг индапамида (нолипрел-форте Servier, Франция). У больных группы 2 была продолжена прежняя терапия с титрованием доз по показаниям. Выполнен полный объем обследования кардиологического больного в соответствии с клиническими стандартами. Дизайн: простое открытое рандомизированное поперечное кросс-секционное исследование.

Результаты: в период наблюдения все больные получали хроническую комбинированную патогенетическую терапию. При целевом среднем АД (АДс) 115 Мм рт.ст., в начале исследования АДс составляло 129,8 Мм рт.ст. в группе 1 и 130,1 Мм рт.ст. в группе 2. Через 2 недели исследования АДс в обеих группах достигло целевого уровня (в группе 1 – 112,9 Мм рт.ст., в группе 2 – 113,4 Мм рт.ст.), индивидуально в 73% случаев в группе 1 и 62% случаев в группе 2. В то же время отмечены значимые (Wald-Wolfowitz runs test, p<0,001) различия в ксенобиотической нагрузке: в группе 1 суммарная ксенобиотическая нагрузка составила 193,46 мг/сут., в том числе 4,46 мг за счет иАПФ+ДУ, при 247,4 мг/сут. (58,9 мг за счет иАПФ+ДУ) в группе 2. Участники исследования из группы 1 демонстрировали значимо большую (Wald-Wolfowitz runs test, p<0,05) приверженность к проводимой терапии (84% против 52% соответственно).

Выводы: использование фиксированных низкодозовых комбинаций антигипертензивных средств в терапии больных ГБ и ГБ в сочетании с ИБС при достаточной клинической эффективности во всех случаях ведет к значимому уменьшению суммарной ксенобиотической нагрузки. Включение в комбинированную терапию фиксированных низкодозовых комбинаций антигипертензивных средств улучшает комплаентность терапии за счет увеличения приверженности пациентов к лечению.

0614 СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

** Николаевский Е.Н.,** Хубулава Г.Г., ** Шустов С.Б., * Аврам Г.Х.,* Пичко Г.А.*

* Военно-медицинский институт МО РФ, Самара, Россия; ** Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель работы – повысить эффективность диагностики и лечения инфекционного эндокардита (ИЭ). Материал и методы исследования. Проведено лечение 300 больных ИЭ за 10 лет (1995-2005 гг). В диагностике ИЭ использованы современные лабораторно-инструментальные исследования.

Результаты. Первичный ИЭ выявлен у 60% пациентов, вторичный – у 40%. Поражение аортального клапана обнаружено у 54% пациентов, митрального – у 36%, трикуспидального – у 10%. Гемокультура представлена St. aureus (39%), St. epidermidis (29%), Str. viridans (16%), Alcaligenes faecalis (9%), Acinetobacter (4,5%), Echerichia coli (2,5%).

В диагностике использованы разработанные ультразвуковые диагностические критерии, которые по чувствительности, специфичности расклассифицированы на главные и дополнительные. К главным отнесены: вегетации (100%, 100%), признаки “отрыва” протеза клапана (100%, 100%), выраженная регургитация (74%, 100%), абсцессы сердца (72%, 100%). В состав дополнительных вошли: септическое поражение органов брюшной полости (86%, 91%), выпот в полость перикарда (71%, 77%), тромбоз протеза клапана (22%, 72%), парапротезные фистулы (20%, 69%), отрыв хорд, перфорации, разрыв створок клапанов (51%, 59%).

Специфичность критериев достигала 98% при выявлении не менее 1 главного и 2 дополнительных ультразвуковых критериев, 2-3 главных при наличии клинической картины. По данным исследования показатели чувствительности, специфичности чреспищеводной ЭхоКГ составили 93% и 98% соответственно.

Лечебная программа ИЭ включала антибактериальную (АБТ), патогенетическую, симптоматическую терапию, проведение кардиохирургической операции. Основа предоперационного лечения – АБТ. Наиболее эффективно применение цефалоспоринов 3-4 генерации и антибиотиков резерва. После консервативного лечения 140 больным проведена операция протезирования искусственного клапана. Показаниями к хирургическому лечению были: выраженная недостаточность аортального клапана или нескольких клапанов; сепсис, некупируемый АБТ в течение 2-3 недель; нарастание сердечной недостаточности до 3-4 ФК (по NYHA); рецидив или высокий риск тромбоэмболий, острой сердечной и полиорганной недостаточности; билатеральное поражение сердца инфекционным процессом; абсцесс (ы) сердца; эндокардит, вызванный высоковирулентной микрофлорой; эндокардит протеза клапана; сочетание двух и более показаний. Снижение фракции выброса менее 40%, полиорганная недостаточность явились противопоказаниями к операции. Госпитальная смертность у пациентов с консервативной терапией составила 10%, у прооперированных больных –5%. Пятилетняя выживаемость больных после хирургического лечения достигла 78%, после терапии –36%.

Выводы. Современная лечебно-дианостическая тактика при ИЭ включает лабораторный скрининг, чреспищеводную ЭхоКГ в динамике, проведение комбинированного лечения, включающего рациональную антибактериальную, патогенетическую, симптоматическую терапию, проведении хирургического лечения по показаниям. Разработанный подход позволил снизить госпитальную смертность до 10%, увеличить пятилетнюю выживаемость больных ИЭ до 78%.

Tesis_006_end.indd 260 24.08.2006 22:25:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0615 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ПОРОГОМ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

Нилова С.А.

ГОУ ВПО Тверская ГМА Росздрава, Тверь, Россия

Цель. Изучить структурно-функциональные особенности левого желудочка (ЛЖ) сердца у больных постинфарктным кардиосклерозом (ПИКС) с артериальной гипертонией (АГ) в зависимости от порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС).

Методы исследования. Обследовано 150 больных ПИКС с АГ (мужчин- 82, женщин-68). У них изучался ПВЧПС, определялась суточная экскреция ионов натрия с мочой, проводилось эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование. Низкий ПВЧПС (менее 0,16% раствора NaCl) имелся у 28% (42) больных, средний (0,16%) у 21% (32), высокий (более 0,16%) у 51% (76). В данном исследовании проведено сравнение двух групп больных: 1-я группа – лица с низким ПВЧПС, 2-я – с высоким ПВЧПС.

Результаты. Суточная экскреция ионов натрия с мочой у больных 1-й группы составила –152±8,0 Мм сут., 2-й –274±8,7 Мм сут., ($p \geq 0,01$). При пересчете на поваренную соль (ПС) оказалось, что больные потребляли в среднем соответственно 9 и 16г. Установлено, что готовую пищу чаще досаливали больные 2-й группы ($p < 0,05$). Выявлено, что отягощенная наследственность чаще встретилась у лиц 2-й группы, чем у 1-й (соответственно в 62% и 28%; $p \geq 0,05$). У больных 2-й группы тяжелее клинически протекала АГ, заболевание развивалось на 7 лет раньше, чем у больных 1-й группы. При первом измерении АД в стационаре оказалось, что у больных 1-й группы систолическое АД составило 146±5,0 Мм рт. ст., диастолическое –86±4,0 Мм рт. ст., тогда как у 2-й –168±4,4 Мм рт. ст. ($p \geq 0,05$) и 95±5,0 Мм рт. ст. ($p > 0,05$). Анализ данных ЭхоКГ исследования показал, что конечный систолический размер (КСР), конечный диастолический размер (КДР), конечный систолический объем (КСО) у больных ПИКС с АГ с различным ПВЧПС существенно не отличались и составили у больных 1-й группы 3,7±0,13 см, 5,2±0,1 см и 58±3,5 мл, во 2-й группе – 3,6±0,12 см, 5,3±0,1 см и 54±2,6 мл (все $p > 0,05$). Напротив, конечный диастолический объем (КДО) у лиц с высоким ПВЧПС был больше, чем с низким 125±6,0 мл и 95±5,0 мл ($p < 0,05$). Масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) ($p < 0,05$), толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки ЛЖ были также существенно больше у больных с высоким ПВЧПС. Фракция выброса (ФВ) у больных 2-й группы была достоверно меньше, чем у больных 1-й (соответственно 51±1,0% и 55±1,0%; $p < 0,05$). Практически у всех больных с высоким ПВЧПС имелась диастолическая дисфункция ЛЖ.

Выводы. У половины больных ПИКС с АГ имеется высокий ПВЧПС и высокое потребление ПС, что находит отражение в клинических проявлениях заболевания. При ЭхоКГ у этих больных наблюдается увеличение КДО, выше ММЛЖ, имеется тенденция к снижению ФВ и практически у всех больных выявляется диастолическая дисфункция ЛЖ. Можно полагать что указанные различия в клинико-функциональных показателях у больных с низким и высоким ПВЧПС обусловлены тем, что АГ у последних поддерживается повышенным потреблением ПС и в значительной мере является следствием гиперволемии.

0616 РОЛЬ КАРДИОЛОГА В РАБОТЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Нихаева О.А., Стригина О.В., Арзуманова А.С., Барбухатти К.О.

Краевая клиническая больница №1 – Центр грудной хирурги, Краснодар, Россия

Цель: оценить роль кардиолога в работе кардиохирургического отделения.

Результаты: В период с декабря 2002 года по декабрь 2005 года во взрослом кардиохирургическом отделении выполнено 2565 операций, из них 2466 –с ИК (96,1%). Средний возраст пациентов, подвергшихся оперативному вмешательству, составил 56,1±10,4 лет. Основная специализация отделения – хирургическое лечение различных врожденных и приобретенных заболеваний сердца: хирургическое лечение ИБС, приобретенных и врожденных пороков сердца, хирургии патологии грудного отдела аорты, опухолей сердца. Ведется консультативная работа, направленная на выявление пациентов, подлежащих хирургическому лечению. Подавляющее большинство операций выполнено при ИБС – 1485 (57,92%): изолированное шунтирование коронарных артерий, шунтирование коронарных артерий в сочетании с коррекцией аневризм левого желудочка сердца. В последнее время отмечается значительное утяжеление контингента оперируемых пациентов, что, прежде всего, связано с возрастными параметрами, значительным увеличением пациентов со сниженной фракцией выброса, высокой лёгочной гипертензией и тяжёлым морфологическим субстратом. В задачи кардиолога кардиохирургического отделения входит подготовка пациента к оперативному лечению с учетом факторов риска, сопутствующей патологии и ведение больных в послеоперационном периоде с учетом исходного состояния пациента. Предоперационная подготовка включает в себя лабораторную диагностику, применение и интерпретацию клинико-инструментальных методов обследования (ЭКГ, Эхо-КС, в том числе ТЕЕ, КТ, рентген-контрастные методы исследования и др.) и занимает от нескольких часов при экстренных вмешательствах (ОКС, острая диссекция аорты, тромбоз протезов и др.) до 2,8±1,2 дней при плановых операциях. В послеоперационном периоде перед врачом кардиологом встает ряд задач, направленных на мониторирование состояния свертывающей системы крови, в связи с постоянным приемом непрямых антикоагулянтов у пациентов с искусственными клапанами сердца; коррекцию признаков недостаточности кровообращения и нарушений ритма сердца; коррекцию состояний, непосредственно связанных с наличием искусственного клапана сердца; профилактику дыхательной недостаточности; лечение сопутствующей патологии, усугубляющей течение послеоперационного периода, а также раннюю диагностику осложнений, возникающих в первые дни после операции. Успешное выполнение вышеперечисленных задач позволило добиться уменьшения койко-дня в отделении с 14,8±2,73 до 7,2±2,11, и с сентября 2005 года выполнять на 30 койках отделения 27-29 операций в неделю, при этом госпитальная летальность оперированных больных составила 2,38%.

Выводы: Таким образом, правильное определение показаний к оперативному лечению, качественное выполнение хирургических вмешательств и грамотное ведение больных в послеоперационном периоде позволяют добиться хороших результатов лечения.

0617 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ТЕСТАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ И МИОГЕННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Новиков В.А., Громнацкий Н.И., Шиленок В.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель: выявить изменения цереброваскулярной реактивности у больных артериальной гипертензией на фоне физических тренировок.

Методы: обследован 31 пациент (средний возраст 49,31±9,56 лет) с артериальной гипертензией. Контрольную группу соста-

Tesis_006_end.indd 261 24.08.2006 22:25:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

вили 9 человек (средний возраст 45,72±8,48 года) без признаков артериальной гипертензии по данным суточного мониторирования артериального давления (АД). Всем пациентам проводилось транскраниальное дуплексное сканирование с определением показателей цереброваскулярной реактивности средней мозговой артерии на ультразвуковом сканере Ultramark 9 (ATL, США). Оценивались индексы реактивности в пробе миогенной (сублингвальный прием 0,5 мг нитроглицерина) и метаболической (максимальное сжатие кисти в течение 30 с) направленности. Больных артериальной гипертензией обследовали дважды: исходно и после месяца физических тренировок (велотренировки 3-4 раза в неделю, длительностью 35-45 Минут, интенсивность нагрузки в основном периоде 60-80% от максимально выполненной при велоэргометрии).

Результаты: индекс реактивности (ИР) в пробе метаболической направленности оказался ниже у больных артериальной гипертензией 1,05±0,24 по сравнению с контролем 1,24±0,19, p<0,05. Для теста миогенной направленности различия между группами не выявлено, 1,26±0,25 и 1,23±0,20 соответственно. При анализе индивидуальной вариации полученных результатов оказалось, что у пациентов с артериальной гипертензией в метаболической пробе положительная реакция выявлена у 35,5%, сниженная –у 74,5%; в пробе же с миогенной направленностью положительная – у 48,4%, отрицательная – у 38,7%, а усиленная – у 12,9%. Выявлен мягкий гипотензивный эффект физических тренировок (ФТ). Снизились среднесуточные значения диастолического АД с 90±9,53 до 85±10,81 Мм рт. ст. и среднего АД с 109±10,60 до 104±10,04 Мм рт. ст., p<0,05. После цикла ФТ индексы цереброваскулярной реактивности достоверно не изменились. В пробе с метаболической направленностью ИР составил 1,12±0,19, а в миогенной пробе 1,27±0,23.

Выводы: у больных гипертонической болезнью выявлено снижение вазодилататорного резерва в ответ на метаболические воздействия и сохранение (с тенденцией к повышению) ответа на миогенные стимулы. Данный характер изменения цереброваскулярной реактивности вероятно вызван миогенным сужением сосудов в ответ на повышение артериального давления и вторичной по отношению к этой вазоконстрикции компенсаторной дилатацией мелких артерий и артериол. Физические тренировки не изменили цереброваскулярную реактивность, несмотря на мягкий гипотензивный эффект.

0618 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК

Новиков В.А., Громнацкий Н.И., Шиленок В.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель: выявить зависимость изменений цереброваскулярной реактивности у больных артериальной гипертензией от гипотензивного эффекта физических тренировок.

Методы: обследован 31 пациент (средний возраст 49,31±9,56 лет) с артериальной гипертензией. Всем пациентам проводилось транскраниальное дуплексное сканирование с определением показателей цереброваскулярной реактивности средней мозговой артерии на ультразвуковом сканере Ultramark 9 (ATL, США). Оценивались индексы реактивности в пробе миогенной (сублингвальный прием 0,5 мг нитроглицерина) и метаболической (максимальное сжатие кисти в течении 30 с) направленности. Обследование проводилось дважды: исходно и после месяца физических тренировок (велотренировки 3-4 раза в неделю, длительностью 35-45 Минут, интенсивность нагрузки в основном периоде 60-80% от максимально выполненной при велоэргометрии). По данным суточного мониторирования артериального давления (АД) пациенты с артериальной гипертензией были разделены на группы: с наличием гипотензивного действия физических тренировок, нормализация АД или снижение АД на 5 Мм рт. ст. и более, (первая группа, 16 человек) и без такового (вторая группа, 15 человек).

Результаты: группы достоверно не различались по исходным значениям АД и индексов цереброваскулярной реактивности. В первой группе среднесуточные значения АД на фоне физических тренировок снизились для систолического с 148±13,43 до 135±12,76, для диастолического с 93±12,41 до 82±11,59, для среднего с 111±11,34 до 102±12,47 мм рт ст., p<0,05. Во второй группе достоверной динамики АД не выявлено. После цикла ФТ значимо изменился лишь индекс реактивности (ИР) метаболической пробы в первой группе, повысился с 1,02±0,21 до 1,16±0,16, p<0,05. ИР в миогенной пробе у этих пациентов не изменился, 1,29±0,27 и 1,25±0,20 (до и после ФТ, соответственно). Во второй группе динамики цереброваскулярной реактивности не выявлено. ИР в метаболической пробе составил 1,08±0,26 и 1,10±0,25, в миогенной 1,24±0,24 1,29±0,25 (p>0,05, до и после ФТ соответственно).

Выводы: у больных артериальной гипертензией выявлено изменение цереброваскулярной реактивности связанное с гипотензивным эффектом физических тренировок. Повысился дилататорный резерв в пробе с метаболической направленностью, то есть имеется положительная динамика тонуса мелких артерий и артериол.

0619 ИЗУЧЕНИЕ КОРОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ МЕТОДОМ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА

Ноев Д.Д., Стрижаков Л.А., Паша С.П., Кондрашин С.А., Семенкова Е.Н., Кривошеев О.Г.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Среди поражений сердечно-сосудистой системы доминируют атеросклеротические процессы, однако существует группа заболеваний с воспалительными изменениями сосудистой стенки, которые вызывают ишемические висцеральные синдромы и расстройства регионального кровотока.

Классическим методом для оценки микроциркуляции в миокарде, диагностики ишемии и рубцовых поражений является перфузионная сцинтиграфия с радиофармпрепаратом – 99мТс – МИБИ (метоксиизобутилизонитрил) или 201TL. Метод основан на визуализации стенки левого желудочка, благодаря включению РФП в жизнеспособные кардиомиоциты.

Цель работы: Изучение перфузии миокарда у больных с системными васкулитами.

Материалы и методы: У 30 больных с системными васкулитами (неспецифический аортоартериит-5, гранулематоз Вегенера-12, узелковый полиартериит-11, гигантоклеточный артериит-2; средний возраст пациентов-48, из них мужчин-13, женщин-17) проведена ОФЭКТ миокарда с 99мТС-МИБИ(500 мбк). Анализ изображений визуальный и количественный.

У 9 больных распределение препарата было равномерным, у 9-диссеминированное поражение, у 12-очаговое поражение.

Для количественного анализа на изображениях миокарда в полярных координатах выделяли области изображения с накоплением ниже 60% и 70% от максимального и оценивали распространение подобных областей миокарда в процентах от общей площади изображения. При равномерном распределении препарата область с накоплением ниже 60% колеблется от 1 до 19% от общей площади изображения. При этом до 9% отмечается у 6,6% больных, от 10-19% –у 23% больных. При значении ниже 70% от 20-29% –у 23% больных, 30-39% –у 3% больных, 40-49% –у 3,3%. При диссеминированном поражении область с накоплением ниже 60% распределяется следующим образом: от 20-29% отмечается у 13% больных, от 30-39 у 10% больных, от 40-50 у 6,6% больных. При значении ниже 70% от 40-49%-10%, 50-59% –у 16,6% больных, от 70-79% у 3,3% больных.

Tesis_006_end.indd 262 24.08.2006 22:25:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

При очаговом поражении область с накоплением ниже 60% распределяется следующим образом: от 20 до 29% отмечается у 30% больных, от 30 до 39 у 10% больных. При значении ниже 70% от 30-39% –у 3,3% больных, 40-49% –у 26% больных, 50-59% –у 6,6% больного, 60-69% –у 3,3%.

При равномерном распределении препарата область с накоплением ниже 60% колеблется от 1 до 19 % от общей площади изображения. При диссеминированном и очаговом поражениях этот показатель выше 20%.

Выводы: 1. Количественный анализ позволяет объективизировать экспертную оценку характера распределения индикатора и тип нарушения перфузии (диффузное/очаговое).

2. Сцинтиграфия миокарда является высокоинформативным методом исследования, позволяющим диагностировать характер изменений в миокарде у больных системными васкулитами.

0620 ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ

Нолль Е.С., Попонина Т.М.

ГОУВПО Сибгму Росздрава, ТВМедИ, Томск, Россия

Цель: проанализировать исходы госпитального периода, а также наблюдения через 1 год и 5 лет больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST.

Методы: ретроспективно проведен клинико-статистический анализ историй болезни 390 случаев госпитализации в порядке неотложной помощи больных с ОКС без подъема сегмента ST, среди которых 187 больных находились на лечении в терапевтическом отделении многопрофильного стационара и 203 –в специализированном кардиологическом отделении. Оценивалась эффективность лечения по частоте неблагоприятных коронарных событий и комбинации исходов за период госпитализации до 15 суток: смерть, инфаркт миокарда (ИМ), рецидивирующая стенокардия (РС), операция реваскуляризации, а также комбинация исходов на этапах госпитального периода. Все пациенты приглашались на контрольный осмотр через 1 год и 5 лет от госпитализации.

Результаты: среди больных, проходивших лечение в терапевтическом отделении, у 91 (40%) наблюдались неблагоприятные исходы: у 19 (10%) развился ИМ с зубцом Q, причем у 16 (9%) –с летальным исходом; у 56 (30%) –наблюдалась РС; комбинация исходов составила 40%, в то время как среди больных, госпитализированных в кардиологическое отделение, у 53 (26%) наблюдались неблагоприятные исходы: ИМ с зубцом Q развился в 10 (5%) случаях, летальные исходы отсутствовали, у 35 (17%) больных наблюдалась РС, операции реваскуляризации проведены 8 (4%) больным, комбинация исходов составила 26%. При анализе объема медикаментозной терапии выявлено, что инфузия гепарина, низкомолекулярные гепарины, статины и антиангинальные препараты парентерального способа введения не использовались в лечении больных в общетерапевтическом отделении. Спустя 1 год от госпитализации среди больных, проходивших лечение в терапевтическом и кардиологическом отделениях частота развития неблагоприятных коронарных событий составила 153 (82%) и 162 (80%) соответственно: у 11 (6%) и 16 (8%) соответственно развился повторный ИМ, в 5 (3%) и 6 (3%) случаев соответственно констатирована смерть по кардиальным причинам, а у 137 (73%) и 140 (69%) больных соответственно наблюдалась РС. Через 5 лет после госпитализации частота неблагоприятных коронарных событий возросла в обеих группах больных: 178(95%) и 140 (90%) случаев, причем у 26(14%) и 26 (13%) соответственно развился повторный ИМ, в 95 (51%) и 102 (50%) случаев соответственно констатирована смерть по кардиальным причинам, а у 56 (30%) и 55 (27%) больных соответственно наблюдалась РС.

Выводы: 1.на этапе госпитализации частота неблагоприятных исходов статистически значимо выше в группе больных, леченных в общетерапевтическом отделении, за счет большей частоты смертельных исходов, ИМ и рецидивов стенокардии. 2.частота неблагоприятных коронарных событий через 1 год и 5 лет от госпитализации в группах больных, леченных в общетерапевтическом и кардиологическом отделениях, статистич1ески значимо не различается.

0621 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ ЭТНИЧЕСКИХ РУССКИХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В МОСКВЕ

Носиков В.В.[1], Затейщиков Д.А.[2], Никитин А.Г.[1], Чумакова О.С.[2], Бровкин А.Н., Минушкина Л.О.[2], Чудакова Д.А.[1], Шестаков А.Е.[1], Воронько О.Е.[1], Бабунова Н.Б.[1], Сидоренко Б.А.[2]

[1]Государственный научный центр РФ «ГосНИИ генетика», Москва, Россия; [2]Учебно-научный медицинский центр УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель работы. В настоящем исследовании проведено изучение ассоциации с ИБС полиморфных маркеров нескольких групп генов-кандидатов. Одна из них включает гены, продукты которых регулируют тонус сосудов. Это гены ренин-ангиотензиновой системы: ангиотензиногена (AGT), фермента, превращающего ангиотензин I (ACE), сосудистого рецептора ангиотензина II типа 1 (AT2R1). Кроме того, в эту группу входит ген химазы (CMA1), ген NO-синтетазы клеток эндотелия сосудов (NOS3), ген синтетазы альдостерона (CYP11B2) и гены эндотелинов 1 и 2 (END1 и END2). Еще одну группу составляют гены, кодирующие ферменты, которые обеспечивают инактивацию свободных радикалов и перекисей. К ним относятся гены каталазы (CAT), супероксиддисмутазы митохондрий (SOD2), внеклеточной супероксиддисмутазы (SOD3), а также параоксоназ 1 и 2 (PON1 и PON2). Другая группа генов кодирует компоненты системы тромбообразования и включает гены фибриногена β (FGB), факторов коагуляции II, V и VII (F2, F5 и F7), тромбомодулина (THBD), ингибитора активатора плазминогена типа 1 (PLANH1), протеина С (PROC) и редуктазы метилентетрагидрофолата (MTHFR). Еще одну группу составляют гены, кодирующие аполипопротеины B, E, C-III и A5 (APOB, APOE, APOC-III и APOA5) и липазу липопротеинов (LPL). И последняя группа – это гены, кодирующие ряд клеточных рецепторов (GNB3, PPARA, PPARG2 и ADRB3). Методы исследования. Группа больных ИБС включала 213 пациентов, а группа сравнения состояла из 123 русских индивидов из г. Москвы, имеющих аналогичный профиль факторов риска без клинических признаков ИБС. Идентификация аллелей полиморфных маркеров проводилась с использованием полимеразной цепной реакции, расщепления фрагментов ДНК рестриктазами и электрофоретического разделения фрагментов ДНК в 8%-ном полиакриламидном геле. Результаты. Нам не удалось обнаружить значимой ассоциации с ИБС в случае генов AGT, ACE, CMA1, CYP11B2, END1, END2, SOD3, PON1, F2, F5, F7, PLANH1, PROC, APOB, APOE, APOC-III, APOA5, LPL, PPARA, PPARG2 и ADRB3. Выраженная ассоциация с ИБС была обнаружена нами в случае полиморфных маркеров A(−153)C гена AT2R1, ecNOS4a/4b гена NOS3, A1298C гена MTHFR, Ala(−9)Val гена SOD2, C(−262)T гена CAT и C825T гена GNB3. Слабая ассоциация с ИБС была обнаружена в случае полиморфного маркера Ser311Cys гена PON2. Заключение. В формирование генетической предрасположенности к ИБС среди этнических русских, проживающих в г. Москве, важную роль играют гены, кодирующие антиокислительные ферменты (SOD2 и CAT) и ферменты, инактивирующие перекиси липидов (PON2), компоненты систем, которые регулируют тонус сосудов (AT2R1 и NOS3), а

Tesis_006_end.indd 263 24.08.2006 22:25:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

также ген MTHFR, продукт которого важен для поддержания нормального уровня гомоцистеина, и ген GNB3, кодирующий полифункциональный рецептор многих типов клеток.

0622 РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ИЗМЕНЕНИИ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ

Носкова А.С., Маргазин В.А., Могутова И.С., Заводчиков А.А.
Медицинская академия, Ярославль, Россия

Хронические воспалительные заболевания суставов способствуют раннему развитию сердечно-сосудистой патологии вследствие, как Минимум, низкого уровня физического состояния и повышенного уровня С-реактивного белка. Задачей данного исследования было изучение влияния трехмесячного курса регулярной интенсивной лечебной физкультуры на физическое состояние, центральную гемодинамику и вазодилатирующую функцию сосудистого эндотелия у пациентов с хроническими заболеваниями суставов.

В исследование включено 92 больных с ревматоидным артритом и генерализованным остеоартритом, из которых 46 пациентов в течение трех месяцев выполняли программу интенсивной физической реабилитации, а 46 (контрольная группа) –вели обычны образ жизни. Оценку физического состояния проводили по пробе PWC170 и тесту с 6-минутной ходьбой. Эхокардиографическое исследование проводилось на УЗ-аппарате «VIVID 3». Функцию сосудистого эндотелия оценивали в пробе с реактивной гиперемией на УЗ-аппарате «ACUSON» в триплексном режиме (В-режим, цветное доплеровское картирование потока) с применением линейного датчика 7,5 МГц.

Общая физическая работоспособность у наблюдаемых больных была практически в 7 раз ниже нормы. После 12-ти недельных интенсивных физических тренировок результат пробы PWC 170 увеличился всего лишь в 2,6 раза, оставаясь в 2,8 раза меньше нормального уровня. Расстояние шестиминутной ходьбы составило 528+81м. Результаты теста можно в соответствие с имеющимися кардиологическими стандартами рассматривать как благоприятные (прохождение более 450 м). В то же время физическое состояния для категории лиц данной возрастной группы по результатам пробы соответствует неудовлетворительной оценке –среднее максимальное потребление кислорода меньше 19,5 мл/мин*кг. После курса физической реабилитации расстояние шестиминутной ходьбы возросло до 594+72 м (+12,5%, $p<0,05$). В контрольной группе достоверных изменений в пробе PWC170 и тесту с 6-минутной ходьбой не отмечено. После курса ЛФК выявлена незначительная положительная динамика со стороны размера левого предсердия и конечно-диастолический размера левого желудочка. Достижение практически нормального уровня конечно-систолического размера левого желудочка и фракции изгнании свидетельствовали об улучшении и систолической функции миокарда. Гораздо более значимые изменения отмечены со стороны вазорегулирующей функции сосудистого эндотелия. Систолический прирост диаметра плечевой артерии после искусственно созданной окклюзии у больных с исходно выявленной эндотелиальной дисфункцией после курса ЛФК увеличился в среднем на 4,6% и составил 10,1%. Полная нормализация эндотелий-зависимой вазодилатации отмечена в 67,3% случаев.

Таким образом, положительное воздействие интенсивной ЛФК на физическое состояние больных с хроническими заболеваниями суставов реализуются в основном через периферические гемодинамические механизмы, такие как функцию сосудистого эндотелия.

0623 КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЛИПОФИЛЬНЫХ β–АДРЕНОБЛОКАТОРОВ МЕТОДОМ КАПИЛЛЯРНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Носкова Т.С., Фомин А.Н.
Медицинская академия, Ярославль, Россия

У липофильных -адреноблокаторов обнаружено достоверное кардиопротективное действие. Вместе с тем, липофильные β-адреноблокаторы уменьшают печеночный кровоток до 30%, что сопровождается удлинением периода полувыведения препаратов в 2–3 раза. Замедленная биотрансформация липофильных β-адреноблокаторов отмечается при ХСН, болезнях печени и пожилом возрасте. В итоге при определенных клинических ситуациях концентрация липофильных β-адреноблокаторов в крови при приеме стандартных доз может превышать в 5–10 раз ожидаемый уровень, приводя к развитию побочных и токсических реакций. Этим обуславливается необходимость разработки доступного метода лабораторного количественного анализа липофильных β-адреноблокаторов в сыворотке крови.

Для определения липофильных β-адреноблокаторов в плазме крови применен метода капиллярного электрофореза на аппарате «Капель105» с измерением ультрафиолетовой абсорбции при 220 нм. Экстракция липофильных β-адреноблокаторов из забуференной до pH 9,0 плазмы крови осуществлялась хлороформом. Время проведения анализа – 20 Минут. В испытаниях в качестве добровольцев выступали практически здоровые мужчины в возрасте от 28 до 52 лет.

Исследовали пять липофильных β-адреноблокаторов, включая бисопролол (Бис), карведилол (Кар), метопролол (Мет), небиволол (Неб), пропранолол (Про). Плазменные концентрации определяли после однократного приема обычных и максимальных разовых доз, составивших для Бис –5 мг, Кар – 50 мг, Мет – 100 мг, Неб – 10 мг, Про – 160 мг. Время взятия крови после приема лекарственных средств соответствовало литературным данным о пиках концентраций и составило для Бис – 3 часа, Кар – 1 час, Мет – 1,5 часа, Неб – 3 часа, Про – 1 час.

При статистической обработке результатов не выявлено строгой линейной зависимости плазменных концентраций при приеме обычных и максимальных разовых доз. Так концентрация в плазме Про при приеме 40 мг составила 46 нг/мл, а при приеме 160 мг – 13500 нг/мл. То есть четырехкратное повышение разовой дозы Про привело к трехсоткратному увеличению его плазменной концентрации.

Таким образом, количественное определение липофильных -адреноблокаторов методом капиллярного электрофореза обладает достаточной чувствительностью при проведения анализов с целью профилактики токсических реакций. Кроме того, полученные данные могут быть использованы в качестве количественного ориентира при контроле правильности выполнения больными врачебных назначений.

0624 АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНОМЕНА ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Нохрина О.Ю., Тодосийчук В.В., Кузнецов В.А., Лыкасова Е.А., Пак Ю.А.
Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

В последние годы интенсивно изучается феномен ишемического прекондиционирования миокарда (ИП), который проявляется повышением устойчивости миокарда к ишемии после одного или нескольких коротких периодов миокардиальной ишемии. Ранее нами были продемонстрированы возможности холтеровского мониторирования (ХМ) в оценке феномена ИП у

Tesis_006_end.indd 264 24.08.2006 22:25:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

больных со стабильной стенокардией напряжения (СН). Однако антиаритмический эффект феномена ИП изучен недостаточно.

Цель. Изучить антиаритмический эффект феномена ИП методом ХМ у больных СН.

Материал и методы исследования. ХМ проведено 29 пациентам (27 мужчин и 2 женщины, средний возраст 57,6±8,0 года) со СН II-III функционального класса. Оценивали: величину суммарного интеграла сегмента ST, количество наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма в двух последовательных эпизодах ишемической депрессии сегмента ST, интервал времени между которыми не превышал 60 Минут, при одинаковой максимально достигнутой частоте сердечных сокращений.

Результаты. Для проведения анализа все пациенты были распределены на две группы: первая группа (n=18) –с наличием феномена ИП, который проявился в достоверном уменьшении величины суммарного интеграла смещения сегмента ST с 2863,9±2511,7 до 1992±1779,9 (p<0,001) во время второго эпизода ишемии по сравнению с первым, вторая группа (n=11) – без признаков феномена ИП с увеличением показателя суммарного интеграла смещения сегмента ST с 1435,5±822,7 до 1929,3±1017,2 (p=0,006) во время второго эпизода ишемии по сравнению с первым. При подсчете количества наджелудочковых и желудочковых нарушений ритма у пациентов первой группы выявлено достоверное уменьшение количества одиночных желудочковых экстрасистол с 15,8±31,9 до 8,2±18,4 (p=0,046), зарегистрированных во время второго эпизода ишемии по сравнению с первым, в то время как у пациентов второй группы достоверных различий выявлено не было (1,5±3,1 против 1,8±4,1, p=0,33).

Выводы. Таким образом, уменьшение желудочковых нарушений ритма в группе пациентов с наличием феномена ИП и отсутствием их динамики в группе без проявлений феномена ИП может быть обусловлено его антиаритмическим эффектом.

0625 НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ, МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ

Нургалиева С.Ю., Максимов Н.И.

“ГУЗ РКДЦ МЗ УР”, ИГМА, Ижевск, Россия

Цель. Выявление синдрома ранней реполяризации желудочков (СРРЖ) и сопоставление его с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта (синдром WPW), определение преобладающего нарушения сердечного ритма при этих синдромах и путей медикаментозной коррекции.

Методы. Исследовались 120 пациентов с аритмическим синдромом, средний возраст которых составил 46,14±8,2. Для изучения эффективности медикаментозной коррекции пациенты распределены на 3 группы (по 40 человек): 1) лечение основного заболевания (контрольная группа); 2) дополнительное применение триметазидина (предуктал МВ 70 мг в сутки); 3) дополнительное применение солей магния (магнерот 1500 мг в сутки). В качестве методов исследования использовались: серийный анализ электрокардиограмм (ЭКГ) в покое, регистрация поздних потенциалов желудочков, суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрия (ВЭМ), стресс – эхокардиография, допплер-эхокардиография, чреспищеводное электрофизиологическое исследование.

Результаты. При анализе вида аритмии у больных с СРРЖ в чистом виде преобладают пароксизмальная и постоянная формы фибрилляции – трепетания предсердий (66,7%±4,6), а при сочетании с синдромом WPW – пароксизмальная суправентрикулярная реципрокная анти-, ортодромная тахикардия (86,7%±8,8), которая является одним из клинических проявлений синдрома WPW. При одновременной регистрации синдромов, основным следует считать синдром WPW, а СРРЖ в этом случае самостоятельного значения не имеет. Медикаментозную коррекцию оценивали после курсового приема (в течении 3 месяцев) триметазидина, препаратов магния с повторным контролем через 6 месяцев. Положительный эффект оценивался по следующим показателям: субъективное улучшение самочувствия (уменьшение или исчезновение жалоб на кардиалгии, сердцебиение, перебои в работе сердца); сглаженность или исчезновение признаков СРРЖ на ЭКГ; урежение регистрации поздних потенциалов желудочков; достоверное уменьшение количества эпизодов синусовой тахикардии, общего количества наджелудочковых, желудочковых экстасистол и других нарушений сердечного ритма (суточное Холтеровское мониторирование ЭКГ, ВЭМ).

Выводы. Применение триметазидина было эффективно в 87,5%, солей магния –в 70%; положительная динамика в контрольной группе – в 45%. Полученные данные подтверждают что триметазидин и соли магния (магнерот) обладают антиаритмической активностью и стабилизируют сердечную реполяризацию.

0626 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ: ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Нурдинов Ш.Б., Мамасалиев Н.С., Худоярова П.К.

Андижанский филиал Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи и Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Впервые в Узбекистане на репрезентативном материале эпидемиологического исследования популяции узбеков мужчин и женщин 18-70 лет определены истинные эпидемиологические условия в отношении гипертонических кризов (ГК). Выявлено, что возрастной аспект ассоциируется с увеличением распространенности ГК, метаболический синдром является наиболее распространенным фактором риска, и многие факторы риска ГК у узбекской популяции носят «изменяемый» характер.

Из полученных данных видно, что в наибольшей степени относительный риск наличия ГК имеет место при метаболическом синдроме, сравнительно ниже при микроциркуляторных нарушениях, дислипопротеидемиях, артериальной гипертонии, злоупотреблении алкоголем, курении и избыточном массе тела.

Согласно данным наших эпидисследований ГК чаще развивается –в пожилом возрасте, протекает своеобразно, дает больше осложнений и жизненноопасных «конечных точек». Установлено, что профилактика ГК и скрининговая деятельность нуждаются в совершенствовании с целью идентификации эндемических факторов риска при них и использования популяционных результатов о реальной структуре риска отдельных форм ГК. Это предоставит возможность для практики создания научных основ единой системы мониторинга и контроля факторов риска ГК и соответственно единой скринингово-профилактической сети для всех регионов Узбекистана. На пути к этой стратегической цели в первую очередь необходимы эпидемиолого-аналитические исследования для разработки общей концепции координации популяционных, прикладных и фундаментальных исследований в области глобального оздоровления нации.

0627 НАРУШЕНИЕ ПОСТРАНСЛЯЦИОННОЙ МОДИФИКАЦИИ КОЛЛАГЕНА КАК ПРИЧИНА ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВОСПАЛЕНИИ

Овчинникова О.А.[1], Robertson AKL[2], Hansson G.K.[2], Гавришева Н.А.[3], Шляхто Е.В.[1]

[1] Каф. факультетской терапии, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург; [2] Центр молекулярной медицины, Каролинский институт, Швеция; [3]Каф. патофизиологии, СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Tesis_006_end.indd 265 24.08.2006 22:25:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель. Известно, что причиной острого коронарного синдрома является нестабильность атеросклеротической бляшки. Показано, что воспалительные медиаторы способны напрямую и косвенно изменять баланс между образованием коллагена и его разрушением в атеросклеротической бляшке, что является ключевым патогенетическим фактором в механизме острых сосудистых катастроф. Целью проведенного экспериментального исследования была оценка влияния выраженного воспаления на морфофункциональное состояние компонентов межклеточного матрикса атеросклеротической бляшки.

Методы и Результаты. Работа выполнена на трансгенных мышах, у которых на всех Т-лимфоцитах отсутствовал нормально функционирующий рецептор к противовоспалительному цитокину TGF- . У данных животных наблюдалась выраженная воспалительная реакция за счет гиперактивации Т-лимфоцитов, что сопровождалось ранним развитием и нестабильным течением атеросклеротического процесса. В качестве контрольной группы использованы мыши со спонтанной гиперлипидемией с равноценными по величине атеросклеротическими бляшками.

Количественная оценка уровня экспрессии генов методом ПЦР в реальном времени показала у мышей с выраженным воспалением достоверное снижение экспрессии генов □- и □-субединиц (7,3±0,5 vs 11,3±0,95, p=0,0017, и 3,7±0,3 vs 5,4±0,3, p=0,003, соответственно) пролил-4 гидроксилазы, фермента необходимого для эффективной пострансляционной модификации первичных цепей коллагена в стабильные волокна.

Показатели экспрессии генов металлопротеаз -2, 3, 9, и 8 в аорте и количественное содержание иммунореактивных белков указанных металлопротеаз в атеросклеротических бляшках у трансгенных мышей достоверно не отличались от контроля. В то же время, у мышей с выраженным воспалением обнаружено достоверное уменьшение содержания тканевого ингибитора металлопротеаз (TIMP-1) в атеросклеротических бляшках (183,5±18,8 и 388,8±76,3, соответственно, p=0,007). Функциональное исследование общей протеолитической активности металлопротеаз (зимография in situ) в атеросклеротических бляшках не выявило достоверных различий между исследуемыми группами, несмотря на уменьшение TIMP-1.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить, что одной из причин нестабильности атеросклеротической бляшки при выраженном воспалении, является нарушение посттрансляционной организации коллагеновых волокон.

0628 ИСХОДЫ ОСТРОГО ПЕРИОДА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ

Округин С.А., Гурченок А.Г., Зяблов Ю.И.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель работы: проанализировать исходы острого периода нестабильной стенокардии (НС) у больных,зарегистрированных в Томске в 2003-2004 гг.

Методы исследования: обследовались все больные в возрасте 20-70 лет, которым на догоспитальном этапе или после выписки из стационаров был выставлен диагноз «Нестабильная стенокардия». Были выделены следующие клинические формы (КФ) НС: 1-впервые возникшая стенокардия, 2-учащение приступов стенокардии без изменения их характера, 3-учащение приступов стенокардии с изменением их характера, 4-затянувшийся приступ стенокардии длительностью более 20 Минут. Нестабильным (острым) считался период в первые 28 дней с момента появления соответствующей симптоматики. За два года было зарегистрировано 2760 случаев, подозрительных на НС. Обследовано 2139 (77,5%) больных. Наличие НС подтвердилось у 1477 (69,1%) из них.

Результаты исследования: по истечению острого периода заболевания стабилизация стенокардии отмеченау 1096 (74,2%) больных, в 7 (0,5%) случаях имело место обострение заболевания без развития острой коронарной катастрофы (ОКК). У 375 (25,4%) пациентов развился острый инфаркт миокарда (ОИМ), причем у 60 из них (16%) – с летальным исходом. В 76,4% случаев ОИМ возникал в первые 7 дней с момента появления признаков нестабильности. Среди больных с 1-й КФ стабилизация отмеченав 48,7% случаев, у остальных развился ОИМ. Летальность составила 9,7%. Среди пациентов со 2-й КФ НС стабилизация наблюдалась в 80,5% случаев, ОИМ развился у 8 больных (19,5%) без летальных исходов. В группе больных с 3-й КФНС стабилизацияотмечена в 65,3% случаев, развитие ОИМ – в 34,4%. Погибло 37 больных, летальность составила 18,6%. Самый высокий процент стабилизации (95,8%) выявлен при 4-й КФ НС, ОИМ развился в 3,3% случаев. Однако летальность от инфаркта миокарда, развившегося на фоне данной КФ НС, оказалась самой высокой и составила 50%. В остром периоде заболевания амбулаторное лечение получило 405 (27,42%) из 1477 больных. По истечению острого периода заболевания стабилизация отмечена у 379 (93,58%) из них, обострение без развития ОКП – у 2 (0,49%) больных и развитие ОИМ – у 24 (5,93 %) пациентов. Стационарное лечение проведено 721 (48,86%) больным. Соответственно стабилизация отмечена у 675 (93,62%), обострение – у 5 (0,69%) и развитие ОИМ – у 41 (5,69%) больного. Не получил адекватного (вплоть до его полного отсутствия) лечения351 (23,76%) больной. По истечении острого периода только у 42 (11,97%) больных зарегистрирована стабилизация патологического процесса, у остальных 309 (88,03%) развился ОИМ.

Заключение: анализ ближайших исходовпозволяет считать наиболее благоприятной II КФ НС, а наиболее неблагоприятной – I КФ. Наиболее высокая летальность зарегистрирована в группах больных с 3-й и 4-й КФ НС. Высокий процент случаев стабилизации НС отмеченный при амбулаторном и стационарном лечении ставит под сомнение необходимость обязательной госпитализации больных с НС в специализированные отделения.

0629 ОЦЕНКА СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ИНДЕКСА CAVI У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Олейников В.Э., Матросова И.Б., Герасимова А.С., Томашевская Ю.А.

Медицинский институт при ПГУ, Пенза, Россия

Цель: оценка информативности показателей: скорости распространения пульсовой волны справа и слева (R-PWV, L-PWV) и сердечно-лодыжечного сосудистого индекса (CAVI1 и L-CAVI1) у больных с артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степени и метаболическим синдромом (МС) в сравнении с группой нормотензивных лиц.

Методы: обследовано 126 человек, в возрасте от 43 до 68 лет. Из них 68 человек с МС, 34 человека с АГ 1-2 степени и 24 нормотензивных субъекта. В группе пациентов с МС (возраст 53±9 лет; ИМТ 32,6±0,6 кг/м2) САД составило 156,6±1,7 Мм рт. ст. а ДАД – 99,6±1,3 Мм рт. ст. У больных с АГ 1-2 степени (возраст 48,0±10 лет; ИМТ 27,5±0,6 кг/м2) отмечались следующие показатели: САД –148±2,1 Мм рт. ст. и ДАД – 94,1±1,0 Мм рт. ст. В контрольной группе нормотензивных субъектов (возраст 49,4±6,4 лет; ИМТ – 25,4±0,7 кг/м2) САД составило 121,7±1,5 Мм рт. ст. а ДАД – 80,5±1,2 Мм рт. ст.

Исследование проводилось методом объемной сфигмографии с помощью прибора VaSera-1000 (Fucuda Denshi, Япония) путём регистрации плетизмограмм на 4-х конечностях, электрокардиограммы (ЭКГ), фонокардиограммы (ФКГ).

Результаты: в контрольной группе R-PWV составила 11,82±0,2 м/с; L-PWV – 11,81±1,1 м/с; CAVI1 – 7,3±0,1 и L-CAVI1 – 7,2±0,1. У больных с мягкой и умеренной АГ в сравнении с контрольной группой отмечались достоверно (p<0,05) более высокие показателиR-PWV и L-PWV (13,1±0,4 м/с и

Tesis_006_end.indd 266 24.08.2006 22:25:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

13,12±0,3 м/с). Индекс CAVI1 и L-CAVI1 у пациентов этой группы был также выше, чем в контрольной группе: 8,4±0,3 и 8,8±0,6 (p<0,05). При обследовании больных с МС отмечено значительное увеличение всех исследуемых показателей по сравнению с контрольной группой: R-PWV составила 14,54±0,2 м/с (p<0,0001), L-PWV – 14,67±0,3 м/с (p<0,0001), CAVI1 и L-CAVI1 – 8,9±0,2 (p<0,0001). У лиц с МС значения показателей R-PWV и L-PWV были также достоверно выше, чем у пациентов с АГ (p<0,05).

Выводы: нарушение эластических свойств артериальной системы рассматривают как один из независимых факторов риска, увеличивающих смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. Эссенциальная гипертония 1-2 степени и МС вызывают увеличение скорости распространения пульсовой волны и индекса CAVI1, что свидетельствует о снижении эластичности и повышении жёсткости артерий при этих состояниях. Метаболический синдром, включающий нарушение регуляции АД, углеводного и липидного обмена, вызывает более выраженные структурно-функциональные изменения артерий.

0630 ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ЛЕВО- И ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Олесин А.И., Семенова Е.В., Козий А.В., Коновалова О.А., Шабров А.В.

Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – клиническая оценка использования турбулентности ритма сердца (ТРС) для прогностической оценки течения право- и левожелудочковой экстрасистолии (ПЖЭ и ЛЖЭ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Наблюдалось 125 больных ИБС с ПЖЭ и ЛЖЭ II-V классов по классификации Лауна. 38 (30,4%) больных перенесли инфаркт миокарда (ИМ). Все больные были разделены на две группы. В I группу было включено 76 (60,8%)больных с ПЖЭ, остальные больные вошли во II группу с ЛЖЭ. Достоверного различия по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, частоте выявления ранее перенесенного ИМ, объему и характеру антиаритмической терапии, включая препараты III класса (соталол, кордарон) у больных I и II групп выявлено не было. Всем больным, помимо клинико-лабораторного обследования, проводилось суточное мониторирование электрокардиограммы, определялись поздние потенциалы желудочков (ППЖ) по методу B. Simpson (1981), дисперсия интервала QT (QTd) с помощью компьютерного комплекса «Поли-спектр», начало (ТО) и наклон (TS) ТРС по методу G. Smidt et al. (1999). Длительность наблюдения составила от 2 до 3 лет.

Результаты исследования показали, что при трехлетнем наблюдении внезапная смерть (ВС) наблюдалась у 2 (2,63%) и у 32 (77,6%) больных I и II группы соответственно (p<0,0001). У 16 (47,1%) их них были документированы пароксизмы желудочковой тахикардии и(или) фибрилляции желудочков. Положительные ППЖ (ППЖ(+) были выявлены у 24 (31,6%) и у 22 (44,9%) (p>0,05), QTd>80 мс у 12 (15,8%) и у 26 (53,1%) больных I и II группы соответственно (p<0,05), причем значения ППЖ(+) высоко коррелировали с ИМ в анамнезе (r=0,84). Значения ТО у больных ВС в среднем составили 1,4±0,1% и 11,5±0,2% (норма <0%) у больных I и II группы соответственно (p<0,0001), в то время как значения TS у больных этих групп составили 16±2 мс/RR и 12±1 мс/RR (норма >2,5 мс/RR) соответственно (p>0,05). Корреляция значений ТО>0% с ППЖ(+) составила (r=0,64), с QTd –(r=0,34). Прогностическая значимость в отношении развития ВС значений ТО ТРС >0% для ПЖЭ и ЛЖЭ у больных ИБС составила 25% и 94% соответственно, ППЖ(+) – 8% и 33% соответственно, QTd>80 мс – 8% и 31% соответственно.

Таким образом, у больных ИБС с ЛЖЭ наиболее информативными показателем для прогнозирования ВС оказалось определение ТО>0% ТРС, в то время как прогностическая значимость ТО>0% ТРС ПЖЭ, ППЖ(+), QTd>80 мс ЛЖЭ и ПЖЭ не превышала 33%.

0631 РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЕГО АГРЕССИИ

Ольбинская Л.И., Найманн Ю.И.

ГОУ ВПО Московская Медицинская Академия им.И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: изучить взаимосвязь уровня эндотелина-1 (ЭТ-1) с различными кардиогемодинамическими параметрами у больных ХСН и оценить влияние терапии кардиоселективным β-адреноблокатором небивололом на состояние системы ЭТ.

Материалы и методы: в исследование было включено 40 больных ИБС (28 мужчин, 12 женщин, средний возраст – 64,02±1,69 лет), осложнившейся развитием ХСН II-IV ФК по NYHA, и имеющих дилатационный тип поражения миокарда со снижением систолической функции (ФВ ср. –36,5±0,86%). До начала исследования все больные получали ингибиторы АПФ, петлевые или тиазидовые диуретики, нитраты, 72% больных – спиронолактон, 34% -дигоксин. Больные были распределены в 2 группы: 1-я (n=23) получала дополнительно к проводимой терапии небиволол; 2-я (n=17) продолжала прием подобранной терапии. Доза небиволола подбиралась индивидуально с титрованием до 5 мг/сутки, длительность лечения составила 10 недель. Для оценки эффективности небиволола до начала и через 10 недель лечения выполнялись: тест 6-минутной ходьбы, Эхо-КГ исследование, определение концентрации ЭТ-1 в плазме крови с ЭДТАметодом ИФА.

Результаты: средняя концентрация ЭТ-1 у больных ХСН составила 2,36±0,47 фмоль/мл, в сопоставимой по полу и возрасту группе здоровых добровольцев (n=8) не превышала 1 фмоль/мл. Отмечено достоверное различие в концентрации ЭТ-1 между II, III и IV ФК ХСН (1,02±0,15; 2,61±0,82 и 3,93±1,19 фмоль/мл соответственно, p<0,05). У больных с повышенным уровнем давления в ЛА (среднее >19 Мм рт.ст., систолическое >30 Мм рт.ст.) наблюдались более высокие концентрации ЭТ-1 (3,61±0,78 в сравнении с 0,99±0,12 фмоль/мл, p=0,008). Выявлена достоверная положительная корреляция между уровнем ЭТ-1 и показателями гемодинамики малого круга кровообращения: средним и систолическим давлением в ЛА (r=0,63 и 0,57 соответственно), а также с размером ПЖ (r=0,44) и толщиной миокарда ПЖ (r=0,32), p<0,05. Не наблюдалось достоверной связи с другими морфометрическими показателями сердца, а также ФВ, УО ЛЖ и абсолютным результатом теста 6-минутной ходьбы. Терапия небивололом приводила к недостоверному снижению уровня ЭТ-1, однако в подгруппе больных с повышенным давлением в ЛА снижение концентрации ЭТ-1 оказалось достоверным (p=0,0096). Наиболее выраженная динамика уровня ЭТ-1 на фоне терапии небивололом наблюдалась у больных с концентрацией ЭТ-1 в пределах 1,5-5фмоль/мл, при более высоких значениях ЭТ-1 включение в терапию небиволола не приводило к его снижению. Во 2-й группе на фоне стандартной терапии достоверной динамики ЭТ-1 выявлено не было ни в одной из подгрупп.

Заключение: концентрация ЭТ-1 является маркером прогрессирования и степени тяжести ХСН и зависит в первую очередь от состояния гемодинамики малого круга кровообращения. У больных ХСН и повышенным давлением в ЛА добавление небиволола к стандартной терапии позволяет снизить концентрацию ЭТ-1 в плазме крови.

Tesis_006_end.indd 267 24.08.2006 22:25:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0632 ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ И УТЯЖЕЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Ольховская Е.А., Панова Т.В.

ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия

В конце 2005 года в России было закончено эпидемиологическое исследование «ДИАЛОГ», направленное на изучение лечебно-диагностической тактики ведения артериальной гипертонии беременных (АГБ) в России. В цели данного исследования в Нижнем Новгороде входило определение состояния здоровья и качества медицинского обслуживания женщин, имевших АГБ.

Методы исследования: проведён экспертный анализ медицинской документации (карт беременных и историй родов) за период 2003–2005 годов. Объектом исследования явились 171 беременная, имевшие АГБ, средний возраст 27,2±5,4 (17-42) лет. Использовался метод случайной выборки.

Все беременные были разделены на 4 группы согласно диагностическим критериям Рабочей группы по высокому артериальному давлению (АД) при беременности следующим образом: хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) –29%, гестоз – 29%, гестационная АГ –24%, сочетанный гестоз –18%. Из них 30% страдали ожирением I-II степени, 17% курили, 13.5% имели заболевание почек.

Из всех женщин 10% вообще не знали свой уровень АД до беременности, и лишь 39% женщин с уже диагностированной ХАГ получали лечение. Однако состав назначаемой терапии не удовлетворял имеющимся требованиям к современной гипотензивной терапии: 32% получали папазол, 13% –валериану, 10% –допегит и 45% –b-блокаторы, из которых 73% были представлены атенололом и анаприлином. При анализе ведения пациенток во время беременности оказалось, что 62% наблюдалось у терапевта, 29% –у акушера-гинеколога и только 9% направлялись на консультацию к кардиологу, обычно в сроки более 32 недель беременности. При анализе приверженности гипотензивной терапии после родов было отмечено, что через неделю после родов 63% женщин с ХАГ получают гипотензивную терапию, через месяц этот процент сокращается до 34%, а через полгода продолжают лечиться только 28%.

Результаты: мировая статистика свидетельствует, что 20-25% ХАГ осложняются во время беременности гестозом – основной причиной перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. В нашем исследовании у 39% женщин, страдающих ХАГ, развился гестоз. Подавляющее большинство женщин с ХАГ вступают в беременность, не консультируясь со специалистами, не обследуясь и не корректируя медикаментозную терапию. Абсолютное большинство женщин (72%), имевших АГ во время беременности, в позднем послеродовом периоде (практически сразу после выписки из роддома) прекращают лечение и не наблюдаются у специалиста.

Выводы: Отсутствие жестких национальных стандартов по профилактике и ведению АГБ наряду с полной неинформированностью женщин о влиянии данного патологического состояния на мать и плод приводитк практически двукратномуувеличению частоты осложнений беременностиу российских женщин по сравнению с европейской статистикой. Кроме того, АГБ является самостоятельным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в последующем, что требует регламентации наблюдения за данной группой пациенток после родов.

0633 МЕДИЦИНСКИЙ МОНИТОРИНГ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИЗАБОЛЕВАНИЙСЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ЛЕТНЫХ ПРОФЕССИЙ

Онищенко П.И., Земляницкая Т.В., Потиевский Б.Г., Стрюк Р.И.

Центральная клиническая больница гражданской авиации, Москва, Россия; ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Москва, Россия

«Рабочее место –опасная среда», –этими словами начинается Глобальная стратегия ВОЗ «Медицина труда для всех», в которой среди 10-ти приоритетов есть «разработка стандартов медицины труда, основанных на научной оценке риска» (Global Strategy on Occupational Health for All The Way to Health at Work-Geneva: WHO/OHA/95.1,1995). Внедрение в практику этой стратегии должно способствовать разработке эффективных мер, направленных на профилактику заболеваний, обусловленных воздействием вредных профессиональных факторов. Раннее выявление патологии внутренних органов, в том числе со сторонысердечно-сосудистой системы (ССС), является важнейшим фактором обеспечения безопасности полетов. Сохранение хорошего состояния здоровья необходимо для продления летного долголетия. Авиационный труд является вредным и опасным, совокупность десинхронизациии техногенных воздействий может создавать предпосылки для развития целого ряда заболеваний. Целью исследования явился анализрезультатов обследования 529 пилотов, штурманов, бортинженеров гражданской авиации в отделении экспертизы и восстановительного лечения лиц летного состава ЦКБ ГА за период 2005 года.Лишь (26%) обследованных были в возрасте до 50 лет, большая же часть проходила врачебно-летную экспертизу по возрасту (50-55 лет). Состояние сердечно-сосудистой системы оценивали по данным комплексного клинико-инструментального и лабораторного обследования, включающегоЭКГ, ЭХОКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование АД, велоэргометрию или тредмил-тест, УЗДГ магистральных сосудов, исследование содержания холестерина, триглицеридов, ХС ЛПВП. По результатам врачебно-летной экспертизы оказалось, что у 73% обследованных выявлены изменения со стороны ССС. Наиболее часто диагностировали гипертоническую болезнь (30%), атеросклеротические изменения аорты (43%), сосудов головного мозгаи магистральных сосудов (9%), в том числе с наличием нестабильной атеросклеротической бляшки или стенозомболее 50%просвета сосуда. Клинически выраженная и подтвержденная нагрузочными пробами ИБС имела место у незначительного числа обследованных (1,1%), у 5 человек по данным холтеровского мониторирования ЭКГ выявлялась безболевая ишемия миокарда. По данным обследования казалось бы выявлен небольшой процент диагностически значимой патологии ССС, но диагностированы такие заболевания, которые могут внезапно нарушать трудоспособность в полете и служить причиной профессиональной непригодности. Полученные данные позволяют сделать выводы оцелесообразности организации дальнейшей исследовательской работы среди этого контингента по двум направлениям.Изучениеструктуры заболеваемости среди авиаторов всех возрастных групп, что можетспособствовать решению вопроса о профессионально обусловленном характере целого ряда заболеваний у лиц летного состава и разработка мероприятий по их ранней профилактике.

0634 ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ – МИШЕНЕЙУ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Осипова И.В., Антропова О.Н., Белошапкина Г.А., Маркина И.Л., Михель С.Д.

Алтайский государственный медицинский университет,Барнаул, Россия

Целью исследования было оценить состояние органов мишеней и эндотелиальной функции у больных гипертонической болезнью (ГБ), работников железнодорожного транспорта.

Материал и методы. Обследованы 20 пациентов в возрасте 25-55 лет, которым при проведении суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и офисного измерения артериального давления впервые была диагностированаГБ 1-2 степени, не получавших на момент исследования постоянной медикаментозной терапии. Пациенты являлись работниками

Tesis_006_end.indd 268 24.08.2006 22:25:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

железнодорожного транспорта с высоким уровнем профессионального стресса. Всем больным проводилось дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов (БЦС) и эхокардиография на аппарате «Acuson Asper». Для исследования функции эндотелия проводилась проба с реактивной гиперемией на плечевой артерии.

Результаты исследования. Гипертрофия левого желудочка была выявлена в 60% больных, ангиоретинопатия выявлена у 75% пациентов. При проведениидуплексного сканирования БЦС у 40% больных выявлено утолщение интима-медии более 1,0 мм, атером выявлено не было, средние значения этого показателя в группе исследуемых составили 0,9±0,06 мм. При проведении пробы с реактивной гиперемией 50% больных отреагировали увеличением диаметра плечевой артерии. Исходный диаметр плечевой артерии у этих пациентов составил 4,3±0,2 мм, а максимальный диаметр при пробе увеличился до 5,3±0,1 ($p<0.01$), средняя дилатация плечевой артерии была 25,5±1,7%. У оставшихся 50% пациентов при проведении пробы с реактивной гиперемией отмечалось уменьшение диаметра плечевой артерии. У этой группы больных исходный диаметр плечевой артерии был 4,9±0,1 мм, а при проведении пробы уменьшился до 4,3±0,1 ($p<0,05$), эндотелийзависимая дилатациясоставила – 13,0±1,8%. Следует отметить, чтоу всех больных с признаками структурной перестройки сосудистой стенки при пробе с реактивной гиперемией,были отмечены парадоксальная реакция (уменьшение диаметра плечевой артерии) или вазодилатация менее 4%. В тоже время при отсутствии проявлений раннего атеросклероза БЦС функциональные изменения сосудистой стенки были различными: у 2 больных – парадоксальное уменьшение диаметра, у остальных различная степень вазодилатации.

Таким образом,у больных с ГБ работников железнодорожного транспорта имеется высокая частота поражения органов мишеней. Для полной оценки состояния сосудистой стенки у больных ГБ необходимо проведение не только дуплексного сканирования БЦС, но и выявление нарушения функции эндотелия.

0635 ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Осипова И.В., Галкина Ю.Е., Тимофеев А.В.

АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: определить особенности проведения физических тренировок у пациентов с мерцательной аритмией (МА) и хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: обследовано65 пациентов с МА, проходившие лечение и реабилитацию на госпитальном этапе в условиях кардиологического отделения МУЗ ГБ № 1 г.Барнаула. Материалы и методы. Нами исследована группа пациентов с пароксизмальной и персистирующей формоймерцательной аритмии, которым на госпитальном этапе начиная с 3 –го дня от восстановления ритма на фоне стабильных показателей гемодинамики предлагались физические упражнения со свободным выбором физической нагрузки. Пациенты, включенные в исследование не получали в первые 48 часов от начала пароксизма антиаритмиков 1А и 1С классов, им предварительно проводилась ЭхоКГ или ЧП – ЭхоКГ, обязательно назначались дезагреганты или непрямые антикоагулянты, после оценки риска развития тромбоэмболических осложнений, определялись стадия и функциональный класс ХСН.Исключались пациенты с клинически выраженным тиреотоксикозом, декомпенсацией ХСН, тяжелыми заболеваниями опорно-двигательного аппарата, ХОБЛ с дыхательной недостаточностью 2 ст. и выше.Все физические упражнения начинались в стационаре и проводились после получения информированного согласия пациента и продолжались на поликлиническом этапе лечения.

Результаты: В оценке эффективности физических тренировок были: частота рецидивов фибрилляции предсердий, частота повторных госпитализаций по – поводу пароксизмов мерцательной аритмии. Наилучшие результаты (снижение частоты пароксизмов на 64%и частоты повторных госпитализаций по – поводу пароксизмов на 26%) были получены у пациентов, режим тренировок которых максимально строго соответствовал методу свободного выбора нагрузки, а именно: индивидуальный самостоятельный выбор темпа, продолжительности и интенсивности нагрузки; интервальность тренировок -пациент останавливает занятие по своему желанию при появлении признаков утомления, что позволяет по желанию больного возобновить занятие после отдыха и максимально продлить время тренировки. По нашему мнению особенностямипроведения физических упражнений у пациентов с мерцательной аритмией являются:

1. индивидуальное проведение занятий или занятия в малых группах, где нет необходимости поддерживать общий темп группыи на начальном этапе облегчает контроль за пациентом,
2. из программы должны исключаться упражнения, ведущие к резким колебаниям артериального давления и ЧСС,
3. на начальном этапе упражнения проводятся в положении лежа и сидя, с постепенным расширением двигательной активности пациента, ориентируясь на его самочувствие,
4. всем пациентам, занимающимся физическими упражнениями обязательно должны назначаться дезагреганты или антикоагулянты, предварительно проводитсяЭхоКГ или ЧП – ЭхоКГ,
5. пациенты получают ЧСС – урежающую терапию, без активных антиаритмиков.

0636 МЕТОД ЭФФЕКТИВНОЙ МНОГОФАКТОРНОЙ КОРРЕКЦИИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД

Осипова И. В., Борисова Л. В., Воробьева Е. Н., Антропова О.Н., Кондакова Н.В.

АГМУ, Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования состояла в анализе эффективности влияния «Школы Здоровья» («ШЗ») на рабочем месте на факторы риска артериальной гипертензии, суммарный коронарный риск у работников 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 (окружность талии и бедер), функциональное (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 (АГ) диагностировали в соответствии с основными критерия ВОЗ (2003), а метаболический синдром по общепринятым критериям. Суммарный коронарный риск рассчитывали по моделям исследований SCORE, PROCAM. Для работников локомотивных бригад проводились занятия в «Школе Здоровья», которые были составлены с учетом рекомендаций ГНИЦ ПМ. Освещались основные вопросы об АГ, факторы риска (физическая активность, питание, курение, стресс, методы борьбы с ним), клинические проявления АГ, методика измерения АД, осложнения АГ.... Основные вопросы работы школы были изложены в методических рекомендациях вместе с дневником самоконтроляи выданы всем участникам. Занятия «Школы Здоровья» проводились раз в неделю «на рабочем месте» – на базе локомотивного депо станции Барнаул, в актовом зале перед проведением «графиков» для машинистов и их помощников. Лекции сопро-

Tesis_006_end.indd 269 24.08.2006 22:25:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

вождались слайдами и наглядным материалом. Число слушателей, присутствующих на каждом занятии составило от 70 до 100. Продолжительность «Школы» составила 3,5 месяцев. До и после цикла занятий «ШЗ», а также спустя 12 месяцевпроводили обследование работников, анкетирование, оценивали выраженность метаболического синдрома, суммарный коронарный риск.

Результаты. По шкале SCORE средний суммарный коронарный риск у всех пациентов соответствовал низкому уровню риска, но не учитывалось изменение липопротеидов. В связи с большим процентом распространенности метаболического синдрома у лиц данной профессии проведен расчет суммарного риска по шкале PROCAM. Оказалось, что высокий уровень риска имеют 5% пациентов, средний – 23%, низкий – 72%. Спустя 12 месяцев после окончания «ШЗ» 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±1,01 до 4,4±0,62 ($p<0,05$), уменьшение уровня ТГ, ХС ЛПНП и повышению концентрации ХС ЛПВП у обследованных пациентов.

Заключение. Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что«ШЗ», проводимая на рабочем месте, с учетом специфики профессии –является эффективным методом многофакторным коррекции у работников локомотивных бригад.

0637 СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ ПРИЕМАКОРДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТВЕЛИЧИНЫ СКОРОСТИ NA+-LI+- ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА

Ослопова Ю. В., Арлеевский И. П., Ослопов В. Н., Шакирзянов Р. Г.

КГМУ, КГМА, Казань, Россия

Цель исследования: изучить эффективность антиаритмического препарата III класса кордарона у больных с желудочковой экстрасистолией на фоне органического поражения сердца в зависимости от функционального состояния клеточных мембран, определяемого по величине скорости Na+-Li+-противотранспорта (Na+-Li+-ПТ) в мембране эритроцита.

Материал и методы: обследовано 19 больных в возрасте от 35 до 73 лет. Из них 15 мужчин (средний возраст 53 года) и 4 женщины (средний возраст 68 лет). Гипертоническая болезнь (ГБ) без другой патологии диагностирована у 2 мужчин и 1 женщины, ишемическая болезнь сердца (ИБС) –у 5 мужчин, их сочетание –у 8 мужчин и 3 женщин.

Всем больным определялась скорость Na+-Li+-ПТ в мембране эритроцита по M. Canessa (1980). Исследование проводилось в квартилях (КВ) Na+-Li+-ПТ, границы которых составили: I квартиль 38-203, II 204-271, III 272-345, IV 346-730 мкмоль Li+на литр клеток в час (В.Н. Ослопов, 1995; О.В.Богоявленская с соавт., 2004). До назначения препарата и через 1 неделю после приема кордарона в дозе 600 мг всем пациентам проводилось суточное мониторирование ЭКГ (монитор «Schiller MT-200»). Эффективность антиаритмической терапии оценивалась путем подсчета общего количества экстрасистол за сутки до лечения и после.

Результаты: распределение больных по КВ Na+-Li+-ПТ выявило следующие особенности: I КВ – 5 человек, II КВ – 6 человек, III КВ – 3 человека и в IV КВ – 5 человек. Сочетание ИБС и АГ выявляется преимущественно у пациентов крайних квартилей (I и IV), ИБС максимально представлена во II квартиле, ГБ чаще встречается у больных I и II квартилей. Снижение экстрасистолии по сравнению с исходным на фоне лечения отмечалось среди больныхI КВ – у 75%, средибольныхII КВ –у 55%, среди больныхIII КВ –у 86%, среди больныхIV КВ – у 78%.

Вывод: наиболее устойчивыми к приёму кордарона (недостаточно курабельными) оказались больные с желудочковой экстрасистолией, имеющими скорость Na+-Li+-ПТII КВ – 204-271 мкмоль Li+ /л клеток в час.

Наибольший эффект при лечении кордароном получен у больных, имеющих величины скорости Na+-Li+-ПТIII КВ 272-345мкмоль Li+/л клеток в час. Таким образом, определение квартильной принадлежности по Na+-Li+-ПТ больных с желудочковой экстрасистолией позволяет прогнозировать эффективность терапии кордароном.

0638 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕСТАРИУМА И ЛОЗАРТАНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХQ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Османова А.В., Казанбиев Н.К., Каллаева А.Н., Атаева З.Н., Гусейнова Р.К., Магомедов А.З., Ахмедова Д.А., Амбоян А.С., Алиева М.Г., Эзиляева М.Р., Исабекова Н.Б.

Дагестанская Государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Целью исследования явилось сравнительное изучение влияния периндоприла и лозартана на диастолическую функцию левого желудочка (ЛЖ) у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН), перенёсших Q инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы. Обследовано 33 больных с ХСН II-III ФК по NYHA с ФВ менее 40%, перенёсших Q -ИМ. Пациенты были распределены на 2 группы: 15 человек получали периндоприл в дозе 3,0±1,0мг/с, 18 – лозартанв дозе 46,4±2,0 мг/с в дополнение к комплексной терапии ХСН, включавшей диуретики, гликозиды, нитраты, -блокаторы по показаниям.

Оценка гемодинамических параметров производилась на 20 сутки и через 4 месяца с помощью двухмерной эхокардиографии на аппарате Simens.

Всем больным определяли морфометрические показатели. Оценку трансмитрального кровотока проводили в режиме импульсного допплера из верхушечной четырёхкамерной позиции. Из параметров характеризующих диастолическую функцию оценивали: максимальную скорость кровотока в фазу раннего наполнения (Е), максимальную скорость кровотока в фазу позднего наполнения (А), их соотношение (Е/А), время изоволюметрического расслабления ЛЖ (ВИР). Исходно у обоих групп при сравнении с контролем выявлены дилатация и гипертрофия ЛЖ с его диастолической дисфункцией.

Результаты. В результате проведённого исследования было показано, что данные препараты оказывают положительное влияние на показатели внутрисердечной гемодинамики в частности на диастолическую функцию.

На 20-е сутки достоверных изменений показателей не отмечено ни в одной из исследуемых групп. Однако через 4 месяца в группе получавшей периндоприл наблюдалось достоверное увеличение Е с 0,74±0,06 м/с до 0,85±0,07 м/с, уменьшение А с 0,080±0,05 м/с до 0,73±0,05 м/с. Соотношение Е/А повысилось с 0,80±0,09 до 1,22±0,80 м/с. Однако не отмечалось достоверных изменений ВИР. Во второй группе отмечались аналогичные изменения: наблюдалось достоверное увеличение Е с 0,70±0,05 м/с до 0,80±0,05 м/с, уменьшение А с 0,85±0,04 м/с до 0,78±0,03 м/с, увеличение соотношения Е/А с 0,74±0,06 м/с до 0,90±0,05 м/с. Изменения ВИР также были недостоверны.

Выводы. Применение периндоприла и лозартана существенно улучшает диастолическую функцию ЛЖ, однако преимуществ того или другого препарата во влиянии на диастолическую функцию не выявлено.

Tesis_006_end.indd 270 24.08.2006 22:25:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0639 РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Охотина Е.Н.

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель: определить группы риска больных первичным пролапсом митрального клапана, разработать стратегию итактику ведения пациентов ПМК.

Методы исследования: под наблюдением находилось 86 пациентов с первичным ПМК, которые в зависимости от степени пролабирования митрального клапана и клинической картины были ранжированы на группы (латентное, манифестное и осложнённое течение). Всем пациентам проводилось полное клиническое обследование. Качество жизни (КЖ) изучалось по опроснику SF-36. Диагноз устанавливался на основе диагностических критериевПМК (Perloff J.K. и соавторы, 1986).

Результаты: группа с латентным течением ПМК составила 37 пациентов. Жалоб не было. Показатели КЖ и эхокардиографические параметры не имели достоверных отличий по сравнению с контрольной группой здоровых лиц. В группе с манифестным течением ПМК было 33 пациента. Они жаловались на дискомфорт в грудной клетке, боли в грудной клетке, сердцебиение, головокружение, нарушение сна. Эхокардиографические показатели не имели достоверных отличий по сравнению с контрольной группой, но показатели КЖ были хуже, чем в группе здоровых лиц. После проведённой фармакотерапии, которая включала -блокаторы, препараты магния и адаптогены растительного происхождения, показатели КЖ у пациентов с манифестными проявлениями ПМК улучшились. Третью группу составили 16 больных с ПМК, осложнённым сердечной недостаточностью. Диагностированасердечная недостаточность –у 4 пациентов 2 функциональный класс (NYHA), у 12 пациентов –3функциональный класс (NYHA). Преобладали жалобы на одышку, перебои в области сердца, сердцебиение. У всех пациентов были морфофункциональные изменения камер сердца. Конечно-диастолический размер левого желудочка превышал нормальные показатели у 15 пациентов и составил в среднем –70,86 миллиметра; конечно-систолический размер полости левого желудочка превышал нормальные показатели у 13 пациентов и составил в среднем 48 миллиметров; размер полости правого желудочка превышал нормальные показатели у 14 пациентов и составил в среднем 30,64 миллиметра; размеры левого предсердия были увеличены у 14 пациентов и составили в среднем 47,9 миллиметров. При этом фракция изгнания левого желудочка была снижена у 3 пациентов. Выполнены операции: протезирование митрального клапана (протез «Микс-31») –10 больным. Наряду с этим проведены операции по поводу коморбидных заболеваний и осложнений: пластика трикуспидального клапана с шовной редукцией левого предсердия –1 пациенту, операция «лабиринт» –2 больным, имплантация электрокардиостимулятора –1 пациенту. У всех прооперированных пациентов интраоперационно определялась миксоматозная дегенерация митрального клапана. КЖ после проведённого лечения значительно повысилось через 3 месяца.

Выводы: 1.Субпопуляция больных ПМК полиморфна, гетерогенна и характеризуется широким диапазоном клинических и параклинических проявлений заболевания. 2.Риск-стратификация пациентов ПМК позволяет сформировать однородные группы, проводить соответствующее лечение, вторичную профилактику и врачебную экспертизу. 3.Пациентов с клинически и гемодинамически значимым ПМК и хронической сердечной недостаточностью следует рассматривать, как лиц страдающих органическими клапанными пороками сердца.

0640 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КАРДИНЕТ-ОНЛАЙН ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ И НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ

Павленко Е.П.

Тукаевская ЦРБ, Набережные Челны, Россия

Большим препятствием эффективной гипотензивной терапии в России является низкая приверженность лечению. Совершенно необходимы новые прорывные шаги в диспансеризации больных артериальной гипертонии (АГ).

Целью работы явилось организация работы компьютерной системы регистрации, обследования и лечения больных АГ, не нарушающей естественный рабочий порядок медицинского обслуживания больного в поликлинике, а также реализующей диспансеризацию прямо на рабочем месте пациента.

Методы исследования. Основная идеология предлагаемой системы заключается в максимальном освобождении участкового врача-терапевта, кардиолога и цехового врача от процедур, которые могут выполняться как средним (медсестра) или младшим (медицинский регистратор) персоналом, так и самим пациентом. К этим процедурам вполне можно отнести:

1) Организацию первичного скрининга АГ среди посещающих поликлинику по любому поводу и работников предприятий до и после рабочего дня.
2) Измерение артериального давления (АД) в кабинете профилактики или на рабочем месте с занесением данных в базу данных.
3) Доврачебный опрос больного по алгоритму, составленному в соответствии с национальными рекомендациями по АГ.
4) Домашний мониторинг артериального давления и пульса.
5) Занесение в базу данных результатов домашнего мониторирования АД.

Врач без дополнительных затрат рабочего времени к моменту встречи с больным уже имел данные регистрации пациента, краткий анамнез истратификацию риска АГ и краткие указания по лечению, согласно национальных рекомендаций.

Полученные результаты. Первый опыт применения указанной системы был реализован на одном участке городской поликлиники и в одном из цехов предприятия. В поликлинике по итогам первичного скрининга (проводившегося по данным не только офисного, но и домашнего мониторинга АД) была сформирована группа диспансерного наблюдения в 45 человек со впервые выявленной АГ (из 138-ми, ранее не знавших о своей болезни). Скрининг на предприятии по тому же принципу позволил сформировать группу из 51 человека больных АГ (из 152-х, считавших себя здоровыми). Все они получили директивы врачей согласно национальным рекомендациям по АГ. Спустя полгода был проведен повторный скрининг указанных групп. В поликлинической группе поддерживали средний уровень АД ниже 140/90 Мм рт. ст. 19 человек (42%), в то время как в заводской – 37 больных (72%).

Выводы. Опыт предложенной информационной системы диспансеризации больных АГ показал несравнимо большую, по сравнению с традиционными цифрами, выявляемость и приверженность лечению пациентов с артериальной гипертензией, в особенности в условиях организованного коллектива.

0641 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Павлова Л.А., Иванов К.И., Ощепкова Е.В., Петрова Е.П.

Институт здоровья Академия наук Республики Саха (Якутия), Якутск, Россия

Tesis_006_end.indd 271 24.08.2006 22:25:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования: изучить функциональное состояние почек у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией.

Материалы исследования: исследовали 40 больных АГ I-IIст.(12 мужчин и 28 женщин) в возрасте от 29 до 59 лет (45,7±1,5). Длительность гипертонической болезни от 1 года до 25 лет(8,7±1,3).Функцию почек изучали по уровню креатинина, скорости клубочковой фильтрации (СКФ) и суточной экскреции альбумина (микроальбуминурии-МАУ). Для определения МАУ использовали иммунотурбодиметрический метод на анализаторе «Hitachi 917», Япония с набором реагентов «Roche/Hitachi» 917 MOD P: CAN 172 for serum/plasma and urine.

Результаты исследования: у всех больных была выявлена различной степени выраженности микроальбуминурия. Интенсивность микроальбуминуриипрактически не была связана с длительностью АГ и колебалась в пределах от 53,2 до 224 мг/сут. у мужчин и от 47,2 до 220,5 мг/сут. у женщин.Средний уровень МАУ при АГ 1 ст.составил у мужчин 106,4±17,9 мг/сут. , при АГ 2ст. –131,85±17,5 мг/сут. Соответственно МАУ у женщин при АГ 1ст. 108,8±10,5 мг/сут. , при АГ 2 ст. –135,08±12,07 мг/сут. Выраженность МАУ была выше у больных с АГ 2 степени, как у мужчин (p=0,015), так и у женщин (p=0,014). Уровень креатинина крови у всех больных был в пределах нормальных значений (86-128 мкмоль/л). СКФ варьировала при АГ 1 ст. у мужчин от 89 до 124 мл/минуту (у 1(2,5%)была выявлена гиперфильтрация),при АГ 2 ст. –от 82,3 до 125,60 мл/минуту (у 1 (25%) была выявлена гиперфильтрация).При АГ 1ст. у женщин СКФ варьировала от 82 до 136 мл/мин. (у 9 (56,2%) была выявлена гиперфильтрация),при АГ 2ст. –от 83,1 до 131,20 мл/минуту (у 5 (41,67%) выявлена гиперфильтрация). Гиперфильтрация была выявлена у40% больных.Показано, что маркерами ранней стадии поражения почек у больных ГБ является повышение внутрипочечного периферического сосудистого сопротивления наряду с микроальбуминурией и увеличением скорости клубочковой фильтрации.

Заключение. Таким образом, у женщин и мужчин с АГ 1 и 2 степени были выявлены изменения скорости клубочковой фильтрации и повышение уровня микроальбуминурии. Чаще гиперфильтрация была выявлена у женщин, чем у мужчин, как при АГ 1 ст., так и при АГ 2 ст. (p=0,004). Степень выраженности МАУ был выше при АГ 2 ст., как у мужчин, так у женщин, в сравнении с АГ 1ст. (p=0,01).Функциональное состояние почек и величина МАУ определяется степенью тяжести АГ.

0642 ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ УБОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГШИХСЯ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ

Павлова О.В., Чумакова Г.А., Бобровская Л.А.

ГУЗ АККД,Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель: разработать оптимальную схему предоперационной психологической медикаментозной подготовки больных перед аорто-коронарным шунтированием (АКШ) антидепрессантом сбалансированного действия сертралином (Стимулотон, EGIS).

Материал и методы: обследовано 70 больных с хронической ИБС в возрасте 52,4±3,5 лет перед АКШ. У всех пациентов имелась стабильная стенокардия напряжения III–IV функционального класса, диагнозы верифицированы по критериям ВОЗ. Всем больным проводилась оценка психосоматического статуса по опроснику депрессии Бека, шкале тревоги Шихана, тесту СМОЛ, оценка качества жизни по методике Д.М. Аронова, В.П. Зайцева. Обследование проводилось за 2-3 недели и за 2-3 дня до операции, через 4и 12 месяцевпосле АКШ.

Результаты: выявлены депрессивные расстройства в виде лёгкой и умеренной степеней депрессии от 15 до 26 баллов по опроснику Бека у 46 пациентов (65,7%). Тревога более 20 баллов по шкале Шихана выявлена у 42,8% больных (30 человек). Анализ профиля СМОЛ показал наличие у больных ситуационно обусловленной депрессивной реакции, драматизации ситуации, сужении зоны жизненного комфорта. У 14 больных были выявлены тяжелые проявления депрессии и/или тревоги

Пациенты, у которых были выявлены сочетания депрессии и/или тревоги низкой и умеренной степеней (46 пациентов), были рандомизированы на 3 группы. 15 больным группы 1 дополнительно к антиангинальной терапии за 2 недели до АКШ был назначен Стимулотон в дозе 50 мг в сутки, в группе 2 (16 больных) Стимулотон был назначен сразу после проведения операции, в группе 3 (15 больных) антидепрессанты не назначались. Больные с тяжелыми степенямидепрессии и/или тревоги в исследование не включались, их лечением занимался психотерапевт.

Только в группе 1 перед операцией уменьшилась степень депрессии и тревоги. В этой группе на всех этапах наблюдения наблюдалась наиболее благоприятная динамика психосоматического статуса. Очень важно, что относительный риск развития неблагоприятных событий у пациентов группы 1был достоверно меньший среди всех больных, перенесших АКШ. Оценивалась частота развития желудочковых нарушений ритма, эпизодов нестабильной стенокардии, повторных инфарктов миокарда, частоты госпитализаций и выхода на инвалидность. Даже интенсивность болевых ощущений в зоне оперативного вмешательства была наименее выражена у больных группы 1.

Таким образом, практически все больные перед АКШ имеют симптомы депрессии и тревоги различной степени выраженности, поэтому оценка психосоматического статуса и его коррекция должна стать обязательным компонентом предоперационной подготовки больных перед АКШ. Стимулотон является эффективным и безопасным антидепрессантом, назначение которого в предоперационном периоде позволит снизить уровень тревоги и депрессии, а также улучшить качество жизни и прогноз больных после АКШ.

0643 ОЦЕНКА ВНУТРИСОСУДИСТОЙ АКТИВАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Павлова Т.В.

Самарский государственный медицинский университет; Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Цель исследования: изучение динамики внутрисосудистой активности тромбоцитов у пациентов ишемической болезнью сердца (ИБС) до проведения коронарного шунтирования и в ранние сроки после него.

Материал и методы: определение внутрисосудистой активации тромбоцитов проводилось по морфофункциональному методу (А.С. Шитикова, 1991). Данный метод предполагает немедленную фиксацию венозной крови, в связи с чем исследуемые морфологические признаки тромбоцитов соответствуют их функциональному состоянию в кровотоке. В патологических условиях количество активированных тромбоцитов возрастает, что прежде всего отражается на изменении их формы и появлении отростков. Под наблюдением находилось 125 больных, перенесших коронарное шунтирование. Контрольная группа состояла из 30 практически здоровых добровольцев. Сравниваемые группы были сопоставимы по полу и возрасту.

Результаты: исследование внутрисосудистой активации тромбоцитов, проведенное у пациентов ИБС до реконструктивной операции на сосудах сердца, показало статистически достоверное увеличение суммы активных форм тромбоцитов в 3,2 раза (p≥0,01) по сравнению с аналогичным показателем в контрольной группе. Общее количество тромбоцитов у пациентов с ишемической болезнью сердца (206 • 109/л) и здоровых людей (192 • 109/л) достоверно не различалось.

Повторное исследование внутрисосудистой активации тромбоцитов проводилось на 7 и 14 сутки после операции на фоне применения антитромботических препаратов (кардиомаг-

Tesis_006_end.indd 272 24.08.2006 22:25:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нил, тромбоАСС, плавикс, клексан, фраксипарин). Сумма активных форм кровяных пластинок на 7 сутки послеоперационного периода превышала аналогичный показатель до операции в 1,8 раза. Общее количество тромбоцитов составило 352 • 109/л, что значительно выше аналогичного показателя в период до операции. На 14 сутки после оперативного вмешательства количество активных форм тромбоцитов несколько снижалось, однако все же превышало нормальные показатели в 1,4 раза. Общее число тромбоцитов составило 296 • 109/л.

При сравнении влияния на активность тромбоцитов монотерапии дезагрегантами (препараты ацетилсалициловой кислоты, плавикс) и сочетанного применения дезагреганта с другим антитромботическим препаратом (клексан, фраксипарин) была установлена более выраженная эффективность сочетанной терапии.

Выводы:

1. Внутрисосудистая активность тромбоцитов у пациентов ИБС повышена по сравнению с практически здоровыми людьми.
2. Активация тромбоцитов и их количество увеличивается в раннем послеоперационном периоде.
3. Определение активности тромбоцитов позволяет оценить адекватность проводимой антитромботической терапии.

0644 АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К КРОВОТОЧИВОСТИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА

Павлова Т.В., Белый В.С., Ляс М.Н., Скуратова М.А.

Самарский государственный медицинский университет; Самарский клинический кардиологический диспансер, Самара, Россия

Тромбозы и тромбоэмболии являются закономерным осложнением у пациентов с имплантированными искусственными клапанами сердца (ИКС), для предотвращения которых больные получают пожизненную фармакологическую профилактику антикоагулянтами непрямого действия и в первую очередь – варфарином. Известно, что существует индивидуальная чувствительность к этому препарату, которая обусловлена полиморфизмом гена Р450 CYP2C9 – ключевого фермента, метаболизирующего варфарин в организме человека.

Цель работы – анализ распространенности генетически детерминированной кровоточивости на фоне приема варфарина у больных с искусственными клапанами сердца.

Материал и методы. определения аллельных вариантов гена CYP2C9 (CYP2C9*1, CYP2C9*2, CYP2C9*3) проводили с помощью полимеразной цепной реакции и последующего рестрикционного анализа. Использовали аллель-специфичные праймеры для идентификации мутации С416Т в 3 экзоне, приводящей к аминокислотной замене Arg144Cys (*2 аллель) и мутации С1061А в 7 экзоне, приводящей к аминокислотной замене Ile359Leu (*3 аллель).

Применение варфарина, антикоагулянта непрямого действия из группы монокумаринов, началось у пациентов 11 кардиохирургического отделения СОККД, прооперированных по поводу пороков сердца, в 2003 году. Уже в первые месяцы мы столкнулись с геморрагическими осложнениями разной степени выраженности. Каждый случай кровоточивости анализировался на врачебных конференциях. Неоднократно удавалось выявить неадекватный контроль за выраженностью действия антикоагулянта после выписки пациента из СОККД, погрешности в диете, совместный прием с некоторыми медикаментами, потенцирующими действие варфарина. Однако у части пациентов в 2003-2004 г.г. мы не могли выявить факторы, способствующие развитию геморрагических осложнений и были вынуждены перевести их на прием фенилина.

С 2005 года появилась возможности проводить диагностику полиморфизма гена цитохрома CYP2C9, и нами была предпринята попытка ретроспективного анализа распространенности мутантного аллеля этого гена у пациентов, отмечавших геморрагические осложнения на фоне приема варфарина. Нам удалось вызвать для генетического обследования 21 пациента. У 19% обследованных пациентов был выявлен CYP2C9*1/*3 генотип,у 52,4% –CYP2C9*1/*2 генотип. Таким образом, у 71,4% обследованных пациентов были выявлены мутации, предрасполагающие к повышенной чувствительности к действию варфарина.

Заключение. Назначение варфарина без учета генотипа пациента может привести к передозировке и развитию геморрагических осложнений, что снижает эффективность и безопасность терапии. Учитывая широкие показания к применению этого препарата в кардиологии, можно считать необходимым внедрение в клиническую практику метода идентификации мутантных аллелей до начала терапии варфарином.

0645 СОСТОЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОЙ ФУНКЦИИ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Пагаева Ф.П., Селиванова Г.Б., Джанашия П.Х.

Кафедра общей терапии ФУВ РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучить влияние состояния тиреоидной функции на антигипертензивную терапию пациентов первичным гипотиреозом с артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследованы 80 пациентов первичным гипотиреозом в фазе медикаментозной субкомпенсации и АГ (12 мужчин и 68 женщин 55-79 лет). Из исследования исключались больные с другими вариантами симптоматической АГ. Всем пациентам при поступлении в стационар до коррекции антигипертензивной и гормонзаместительной терапии (ГЗТ) измерялось АД методом Короткова. Наличие АГ подтверждалось также методом суточного мониторирования АД (СМАД) на мониторе “Tonoport IV” немецкой фирмы “Hellege”. Динамическое наблюдение проводилось в процессе достижения компенсации функции щитовидной железы (ЩЖ) и снижения уровня АД (в среднем 3,18±0,15 месяца). Для коррекции АД применялись дигидропиридиновые антагонисты кальция (АК), пролонгированные ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ), пролонгированные кардиоселективные бета-адреноблокаторы (ББ), диуретики (Д). В качестве ГЗТ применяли L-тироксин под контролем тиреоидных гормонов крови.

Результаты: в фазе медикаментозной субкомпенсации ЩЖ АГ 2 степени выявлена у 22 (27,5%) пациентов, средний возраст –65,2±1,96 лет. АГ 3 степени наблюдалась у 58 (72,5%) пациентов, средний возраст –65,79±2,08 лет. Монотерапия антигипертензивными препаратами была эффективна только при АГ 2 степени (АК – у 18,2%, иапф – у 18,2% пациентов). Необходимость в комбинации ИАПФ и АК наблюдалась у 9,0% больных. В 54,6%случаев к монотерапии АК или ИАПФ потребовалось добавление ББ (для усиления антигипертензивного эффекта и коррекции стимулирующего влияния L-тироксина на сердечно-сосудистую систему). При компенсации тиреоидной функции у пациентов с АГ 2 степени удалось снизить дозу ББ у 8 (36,4%) больных и полностью отменить у 2 (9,1%) пациентов. При АГ 3-й степени (58 больных) в фазе медикаментозной субкомпенсации эффективно корегировали уровень АД только комбинации антигипертензивных препаратов: ИАПФ + АК – 37,9%, ИАПФ + АК + Д – 6,9%, АК + ББ + ИАПФ – 10,4%, АК + ББ – 6,9%, ИАПФ + ББ – 31,0%, АК + Д – 6,9% случаев. При компенсации гипотиреоза у больных с АГ 3 степени удалось снизить дозу ББ у 14 (24,1%) пациентов и полностью отменить ББ у 4-х (6,9%) пациентов, Д были отменены во всех случаях назначения. Достижение компенсации тиреоидной функции не позволило полностью отменить гипотензивную терапию ни при 2-й, ни при 3-й степени АГ.

Выводы: медикаментозная компенсация тиреоидной функции при помощи ГЗТ Л-тироксином у больных первичным ги-

Tesis_006_end.indd 273 24.08.2006 22:25:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

потиреозом не позволяет полностью отказаться от антигипертензивной терапии вследствие сохраняющейся нестабильности уровня АД.

0646 ВЛИЯНИЕ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Пак Ю.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН – «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель. Ряд исследований продемонстрировали благоприятное влияние предынфарктной стенокардии (ПС) на течение и исход острого инфаркта миокарда (ИМ), что может быть связано с феноменом ишемического прекондиционирования (ИП). Вопрос о защитном эффекте ПС и её благоприятном влиянии на клинико-функциональные показатели и прогноз у больных ИМ до сих пор остается открытым. Целью настоящего исследования являлась оценка течения госпитального периода и клинико-лабораторных показателей у больных ИМ в зависимости от наличия или отсутствия ПС.

Материал и методы исследования.Исследование проводилось ретроспективно. Для анализа случайным образом были отобраны истории болезни 89 пациентов (59 мужчин и 30 женщин, средний возраст 65,3±1,2 года) с типичными клиническими, электрокардиографическими и лабораторными признаками ИМ. Все исследуемые были разделены на две группы: группа I –38 пациентов с наличием одного или нескольких приступов стенокардии в течение 48 часов до развития ИМ и группа II –51 пациента с отсутствием приступов стенокардии в указанный период времени. Проведен сравнительный анализ частоты госпитальных осложнений и летальных исходов, выраженности болевого синдрома при поступлении (в баллах) и результатов лабораторных исследований.

Результаты. Сформированные группы не имели статистически значимых различий по полу, возрасту, локализации и глубине (Q/не-Q) ИМ, наличию факторов риска и частоте проведения тромболизиса. У пациентов I-й группы по сравнению с группой II была отмечена менее выраженная интенсивность ангинозного синдрома при поступлении (1,05±0,3 и 1,20±0,5 балла, p=0,031), госпитальные осложнения и летальные исходы встречались у них значительно реже (16,8% и 34,8%, p=0,048; 2,2% и 11,2%, p=0,05, соответственно), чтосвидетельствует об улучшении госпитального прогноза у больных с наличием ПС. Кроме того, у пациентов I-й группы были ниже максимальные величины скорости оседания эритроцитов (14,9±1,8 и 20,3±1,7 мм/час, p=0,033) и тенденция к меньшему количеству лейкоцитов в крови (9,7±0,6 и 11,4±0,6*109/л, p=0,08), что косвенно указывает на меньшую выраженность резорбтивного синдрома у пациентов с наличием ПС в анамнезе.

Выводы. Таким образом, полученные результаты подтверждают литературные данные о более благоприятном течении госпитального периода и ближайшего прогноза у больных ИМ с наличием ПС.

0647 О РОЛИ ВИРУСОВ ВПАТОГЕНЕЗЕ ВИРУСНОГО (ИНФЕКЦИОННО-ИММУННОГО) МИОКАРДИТА И РАЗВИТИИ ДКМП

Палеев Н.Р., Палеев Ф.Н.

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНИКИ),Москва, Россия

По данным многих авторов в 50% случаев причиной развития миокардитов являются вирусы Коксаки группы В. Несмотря на то, что связь с предшествующей инфекцией выявляются у 60,7-82% больных, попытки обнаружить вирусные частицы в миокарде больных острым миокардитом часто остаются безуспешными. Вирусная инвазия и вирусопосредованное повреждение кардиомиоцитов стимулирует реакцию иммунной системы организма, направленную на элиминацию вирусных частиц, уничтожение инфицированных кардиомиоцитов. В большинстве случаев элиминация вирусов из ткани миокарда занимает 5-7 дней. В этот период активируются NK-клетки, способные передать сигнал к апоптозу инфицированных кардиомиоцитов. В Очаге воспаления накапливается свободная жидкость, макрофаги, лимфоциты (преимущественно Т-хелперы и Т-цитотоксические лимфоциты). В крови повышается уровень ФНО-α, интерферонов α и γ, интерлейкина-2, молекул адгезии ICAM-1, VCAM-2.

В докладе показана патогенетическая роль регулирующих цитокинов, аутореактивных к миокарду В-лимфоцитов, протабзимов и ДНК-абзимов.

Обсуждается роль вирусов в возникновении ДКМП, подчеркивается их генетическая детерминация (дефекты генов дистрофина, десмина, ламина А/С и др.).

Изучение этиологии и патогенеза любого заболевания – кратчайший путь к открытию эффективных методов их диагностики и лечения. Это в полной мере относится к миокардитам.

Программы иммуно- и генотерапии, терапевтические фармакоконструкции, разрабатываемые сегодня как в целях предотвращения гиперактивации иммунного ответа, так и для контроля уровня их активности в постактивационном периоде, составят основу того ближайшего будущего, которое определит клинический успех лечебно-реабилитационных мероприятий у больных аутоиммунными миокардитами.

0648 ЦИТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА И ИНТРФЕРОНА АЛЬФА И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ МИОКАРДИТОМ

Палеев Н.Р., Палеев Ф.Н.

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

Одним из актуальных вопросов патогенеза вирусного миокардита является роль иммунной системы в повреждении и прогрессировании повреждения миокарда. На различных экспериментальных моделях было показано, что фактор некроза опухоли альфа (ФНО-α) и интерферон альфа (ИФН-α) способны оказывать цитотоксический эффект на соматические клетки.

Цель: изучить роль ФНО-α и ИФН-α в патогенезе вирусного миокардита.

Материалы и методы: нами было обследовано 24 больных острым и подострым миокардитом тяжелого течения с симптомами сердечной недостаточности (СН). Группу сравнения составили 15 здоровых доноров и 10 больных с ИБС и симптомами СН. С помощью метода ELISA и соответствующих тест наборов оценивался уровень ФНО-α и ИФН-α в крови обследованных. Для оценки функции миокарда использовалась эхокардиография.

Результаты: уровень ФНО-α составил у больных миокардитом 293,6±103,2 пг/мл, и достоверно отличался от уровня в контрольных группах 75,8±42,3 и 96±58 пг/мл у больных ИБС и здоровых доноров соответственно (p<0,05). Уровень ИФН-α в крови больных миокардитом составил 75,4±27,5 пг/мл и недостоверно превысил уровень в контрольных группах 28,1±15,2 и 38,1±18,0 пг/мл соответственно. Больные миокардитом были поделены на 2 группы в зависимости от уровня ИФН-α. В первой группе (N=14) отмечен повышенный уровень по сравнению с контролем как ФНО-α, так иИФН-α 364,8±115,5 пг/мл и 104,6±34,2 пг/мл соответственно (p<0,05). Во второй (N=10), уровень ФНО-α был повышен (227,2±85,4; p<0,05), а ИФН-α не отличался от уровня здоровых доноров и составил 38,8±16,7.

Tesis_006_end.indd 274 24.08.2006 22:25:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Клинический статус больных миокардитом первой группы был достоверно тяжелее больных миокардитом второй группы и больных ИБС, фракция выброса составила 21,4±6,1% (p=0,05), 37,3±7,1 и 36,8±7,8% соответственно. Госпитальная летальность в первой группе составила 23%, в то время как во второй группе и группе контроля ни один больной не умер.

Обсуждение: ФНО-α и ИФН-α –цитокины, каждый из которых способен оказывать цитотоксическое воздействие на кардиомиоциты в ранней фазе заболевания на фоне активации клеточного иммунитета и цитотоксических Т-лимфоцитов. Ряд исследователей показали, что в комбинации эти цитокины способны резко усиливать свое цитотоксическое воздействие. Обнаруженные нами закономерности доказывают зависимость между повышенным уровнем обоих цитокинов и тяжестью течения миокардита. Уровень исследованных цитокинов может служить маркером для прогнозирования течения заболевания. В перспективе указанные цитокины можно использовать при разработки новых методов лечения миокардитов в качестве объектов воздействия.

0649 ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОГО ДИСБАЛАНСА В РАЗВИТИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО МИОКАРДИТА

Палеев Ф.Н., Палеев Н.Р.

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

У ряда больных вирус-индуцированный миокардит трансформируется в вируснегативный, при этом в биоптатах миокарда выявляются признаки активного аутоиммунного воспаления. Основная роль в поддержании и прогрессировании воспалительного процесса принадлежит цитокинам, осуществляющим процессы регуляции и контроля активности иммунной системы. На экспериментальных моделях показана роль отдельных цитокинов в развитии сердечной недостаточности (СН) у больных миокардитами.

Цель: изучить изменение уровней цитокинов: ФНОα, ИНФα, ИНФγ, ИЛ1β, ИЛ2, ИЛ4, ИЛ6, ИЛ10, ИЛ12 у больных со злокачественным и доброкачественным течением тяжелого миокардита.

Материалы и методы: нами было обследовано 27 больных острым и подострым миокардитом тяжелого течения с симптомами сердечной недостаточности (СН), которые по данным инструментального и клинического наблюдения были разделены на две группы: со злокачественным течением миокардита (Мз) 12 больных и доброкачественным течением миокардита (Мд) 15 больных. Группу сравнения составили 20 здоровых доноров (ЗД). С помощью метода ELISA и соответствующих тест наборов оценивался уровень цитокинов в крови.

Результаты: Группы Мз и Мд достоверно отличались по ФВ (25,9±12,1% и 42,5±11,2%, соответственно, p=0,003). В группе Мз госпитальная летальность составила 16,6%, а в Мд – 0%. При этом группы достоверно не отличались по продолжительности болезни (42±15 и 59±25 дней). Уровни цитокинов и достоверность различий представлены в таблице:

пг/мл	Мз	Мд	ЗД
ФНОα	353±100*	227±42†	96±58
ИНФα	99±46*	39±10	38±18
ИНФγ	5±3	8±3	14±4
ИЛ1β	162±35*	43±18	38±18
ИЛ2	2,0±1,2	1,1±0,2	1,2±0,6
ИЛ4	312,7±70,6*	209,3±90,0†	144,0±25,0
ИЛ6	45,9±20,8*	16,6±10,0	9,8±6,4
ИЛ10	1,5±0,6*	9,7±6,3	12,8±8,8
ИЛ12	22,1±12,0*	9,6±4,9	8,8±3,8

* -p≤0,05 по сравнению с Мд и ЗД; †-p≤0,05 по сравнению со ЗД

Обсуждение

Наиболее широкомасштабным, клиническим исследованием розувастатина можно считать программу GALAXY, которая состоит из исследований COMETS (A COmparative study with rosuvastatin in subjects with METabolic Syndrome), DISCOVERY (DIrect Statin COmparison of LDL-C Values: an Evaluation of Rosuvastatin. therapY), ECLIPSE (An Evaluation to Compare Lipid lowering effects of rosuvastatin and atorvastatin In force titrated subjects: a Prospective Study of Efficacy and tolerability), LUNAR (Limiting UNdertreatment of lipids in ACS with Rosuvastatin), MERCURY I, MERCURY II, ORBITAL (Open label primary care study: Rosuvastatin Based compliance Initiatives linked To Achievement of LDL goals), PLUTO, POLARIS, PULSAR и STELLAR (Statin Therapies for Elevated Lipid Levels compared Across doses to Rosuvastatin). Помимо влияния на ЛС, в исследованиях COMETS и LUNAR оценивали влияние розувастатина на факторы воспаления, в ASTEROID (A Study To evaluate the Effect of Rosuvastatin On Intravascular ultrasound – Derived coronary atheroma burden), METEOR (Measuring Effects on intima media Thickness: an Evaluation Of Rosuvastatin) и ORION – на состояние атеросклеротической бляшки, в AURORA (A study evaluating the Use of Rosuvastatin in patients requiring Ongoing Renal dialysis: an Assessment of survival and cardiovascular events), CORONA (COntrolled ROsuvatatin multiNAtional trial in heart failure) и JUPITER (Justification for the Use of statins in Primary prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) – на смертность и заболеваемость. Результаты настоящего исследования соответствуют данным, полученным в программе GALAXY и других зарубежных работах, касающихся эффективности и безопасности применения розувастатина [3]. Розувастатин позволяет снизить уровень ХС ЛНП на 46-51%, ТГ на 17-20% и повысить содержание ХС ЛВП на 10% [4]; в настоящей работе – 44%, 39% и 6% соответственно, при применении Минимальной дозы в 10 мг/сут. Пограничный уровень достоверности повышения ХС ЛВП, возможно, объясняется сравнительно небольшим количеством пациентов.

Связь между концентрацией ХС ЛНП и поражением КА изучена в достаточной мере [5,6]. В большом количестве клинических исследований, проведенных за последние 10 лет, убедительно показано положительное влияние снижения уровня ХС ЛНП при помощи статинов на течение ИБС [7-10]. Недавно были досрочно прекращены две крупные работы – ASCOT-LLA (Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid Lowering Arm) и исследование аторвастатина при сочетании ИБС и СД CARDS (Collaborative AtoRvastatin Diabetes Study) [11,12]. Причиной досрочного завершения явилось значительное улучшение показателей ЛС крови у больных, получавших липид-снижающую терапию. Однако, несмотря на доказанную эффективность такого лечения в отношении риска сердечно-сосудистых заболеваний, европейские и американские исследователи показали, что у большей части больных, лечившихся статинами, не удается достигнуть требуемого целевого уровня ХС ЛНП [13,14]. В Национальной образовательной программе по холестерину NCEP ATP (National Cholesterol Education Program Adult Treatment Pane) и в Европейских рекомендациях были расширены показания к назначению статинов. Статины рекомендовано использовать при метаболическом синдроме и при увеличении ХС ЛНП у больных с гипертриглицеридемией (ГТГ) – ТГ > 2,3 ммоль/л [14,15]. Новые рекомендации по целевым уровням липидов изменили подход кардиологов к липид-снижающей терапии. Это привело к появлению ряда проблем: в частности, увеличение дозы статинов может вызвать побочные эффекты; поэтапное увеличение дозы статина существенно увеличивает стоимость лечения.

Наиболее обнадеживающими данными, полученными в работе, было снижение концентрации ХС ЛНП на 44%. Этот факт в наибольшей степени отвечает требованиям NCEP ATP III и позволяет повлиять на риск развития и течение ИБС.

Результаты настоящей работы перекликаются с данными исследований STELLAR и MERCURY. У большинства больных удалось достигнуть требуемого уровня ХС ЛНП при назначении

Tesis_006_end.indd 275 24.08.2006 22:25:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

начальной дозы розувастатина 10 мг/сут. [16,17]. Совпадают и данные о степени влияния терапии розувастаином в начальной дозе на уровень других липидов [18]. По безопасности розувастатин не отличался от других статинов, используемых более длительное время [3].

Аналогичные выводы можно сделать и на основании результатов хорошо известного исследования DISCOVERY PENTA. Целью исследования было прямое сравнение эффективности и безопасности аторвастатина и розувастатина в достижении целевых уровней липидов, рекомендованных NCEP ATP III у больных с первичной гиперхолестеринемий (ГХС). Исследование выполнялось как многоцентровое, рандомизированное с включением 1124 больных, принимавших либо 10 мг/сут. розувастатина, либо 10 мг/сут. аторвастатина на протяжении 12 недель. Розувастатин оказался более эффективным в отношении достижения уровней липидов, рекомендованных NCEP ATP III; по безопасности препараты не различались [19].

Внедрение в клиническую кардиологию стандартов NCEP-ATP III подразумевает проведение более агрессивной терапии статинами, следовательно, дозы назначаемых препаратов будут возрастать. Использование розувастатина даже в дозе 10 мг/сут. позволяет в большинстве случаев добиваться достижения целевых уровней ОХС, ХС ЛНП, ХС ЛВП и ТГ, что позволит обосновать его экономическую более высокую эффективность по сравнению с другими статинами, применение которых требует значительного увеличения доз (исследования COMETS, DISCOVERY, LUNAR, MERCURY-I, MERCURY-II, ORBITAL).

Заключение

Таким образом, настоящее открытое исследование подтвердило существующий в настоящее время мировой опыт – использование розувастатина не сопровождается увеличением риска развития миопатий и рабдомиолиза. Применение этого препарата позволяет добиваться значимого снижения ОХС и ХС ЛНП. Оценка возможности положительного влияния розувастатина на факторы воспаления и функцию эндотелия являются целью нашей дальнейшей работы.

Обсуждение: Обращает на себя внимание выраженный дисбаланс цитокинов в группе Мз в виде одновременного выраженного повышения цитокинов, активирующих цитотоксические реакции (ФНОα, ИНФα, ИЛ1β, ИЛ12) и цитокинов регулирующих гуморальный ответ (ИЛ4 и ИЛ6). По нашему мнению выявленный дисбаланс в регуляции иммунного ответа может являться причиной озлокачествления течения миокардита.

0650 РОЛЬ КАТАЛИТИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ С ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ К КАРДИОМИОЗИНУ В ПАТОГЕНЕЗЕ МИОКАРДИТА

Палеев Ф.Н.

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

Аутоиммунный процесс при аутоиммунных миокардитах (АМ) находится под контролем апоптоза, а динамика последнего зависит от уровня в крови пациента аутоантител (аутоАТ) различных уровней специфичности, способных проникать в живую клетку и индуцировать апоптоз.

Целью работы являлось сравнительное изучение частоты встречаемости в крови больных АМ аутоАТ с каталитическими (протеолитическими) свойствами (протабзимов) для оценки их клинической значимости в диагностике аутоиммунного синдрома и возможного применения в будущем при конструировании современных диагностических и терапевтических биоконструкций.

Материал и методы исследования. Образцы сывороток крови от 32 больных с АМ и 20 клинически здоровых доноров были исследованы на содержание аутоАТ против кардиомиозина (cMyo), способных гидролизовать ряд белковых субстратов. Протеолитическую активность аутоАТ против cMyo оценивали по характеру гидролиза с использованием в качестве субстратов альбумина (БСА), cMyo и миозина скелетных мышц (skMyo).

Результаты исследования. Из 32 пациентов с АМ в 13 случаях (41%) идентифицированы протабзимы, способные осуществлять гидролиз субстратов с различной специфичностью – БСА, cMyo и skMyo. Протабзимы не обнаруживались у больных с АМ, серонегативных по антимиокардиальным аутоАТ.

Максимальную активность протабзимы проявляли в фазе обострения АМ; Минимальную – в фазе ремиссии.

В патогенезе АМ протабзимы с широким спектром протеолитической активности играют, по всей видимости, существенную роль. В этой связи необходимым будут исследования сайт-специфичности гидролиза протабзимами субстратов с различным уровнем специфичности, в частности, cMyo и skMyo, играющих, по данным литературы, важную роль в патогенезе АМ и формировании клинической картины заболевания в целом.

Полученные данные свидетельствуют о клинической ценности протабзимов как перспективных молекулярных инструментов в диагностике и прогнозировании различных клинико-иммунологических вариантов течения АМ. С учетом высоких темпов развития иммунобиотехнологии нельзя исключить возможности создания на основе антимиокардиальных протабзимов лекарственных средств нового поколения, используемых для лечения АМ в форме проактивационного лекарственного предшественника (prodrug-терапия или ADAPT).

0651 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕВЫХ КЛАССИФИКАТОРОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТА ОСНОВНЫХ КЛАССОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС

Пальчикова Т.И., Корнилов А.А., Алыменко М.А., Маль Г.С.

ГОУ ВПО «КГМУ Росздрава», Курск, Россия

Целью исследования явилась разработка нейросетевой модели прогнозирования гиполипидемического эффекта при различных вариантах коррекции гиперлипидемий на основе параметров липид-транспортной системы.

Задачи исследования: исследование состояния липид-транспортной системы у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперхолестериемией при фармакотерапии вазилипом с использованием различных выходных параметров нейросети; изучение динамики спектра липопротеидов под влиянием безафибрата у больных ИБС с сочетанной гипертриглицеридемией; анализ изменений параметров спектра липопротеидов под влиянием эндурацина у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперхолестеринемией; разработка нейросетевой модели прогнозирования гиполипидемического эффекта при различных вариантах коррекции ГЛП.

Методы исследования включали в себя: клинические, биохимические, функциональные, статистические. При решении задачи прогнозирования использовались искусственные нейронные сети.

В результате исследования получены следующие выводы:

1. При лечении вазилипом у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозироватьнаибольший гипохолестеринемический эффект 41,7% ($p<0,05$) у 40% больныхс изолированной ГХС (по ХС ЛНП), а по выходным параметрам нейросети (ХС ЛОНП, ХС ЛВП, АИ) 12%, 40%, 50% ($p<0,05$) у 21,2 %, 36,9%, 48,1% больных соответственно
2. При лечении безафибратом у больных ИБС с сочетанной ГТГ можно прогнозироватьнаименьший гипотриглицеридемический эффект 6% ($p<0,05$) у 8% больных, а наибольший 26% ($p<0,05$)- у 33%больных.
3. В условиях фармакотерапии эндурацином у больных ИБС с изолированной ГХС можно прогнозироватьнаименьший гипохолестеринемический эффект 7% ($p<0,05$) у 12%

Tesis_006_end.indd 276 24.08.2006 22:25:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

больных, а наибольший 26% (p<0,05) можно получить не менее, чем у 32%больных.

4. Разработанныенейросетевые модели прогнозирования гиполипидемического эффекта у больных ИБС с ГЛП обладают точностью прогнозирования, при которой чувствительность и специфичность прогноза составляет не менее 90%.

0652 СТРУКТУРА АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

Пальшина А.М., Баннаев И.Ф.*

Якутский государственный университет, Медицинский институт*; РБ №2 – Центр экстренной медицинской помощи, Якутск, Россия

По прогнозам ВОЗ в связи с увеличением средней продолжительности жизни населения число больных с остеопорозом будет возрастать с каждым десятилетием и особенно связанных с ним патологических переломов. Остеопороз часто сочетается с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. Высокой остается заболеваемость артериальной гипертензией (АГ), которая наиболее распространена у людей пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: изучить частоту и структуру АГ у больных с осложненным сенильным остеопорозом.

Материал и методы: обследовали 156 больных (34 мужчины в возрасте 70,0±6,6 лет и 122 женщины в возрасте 72,5±6,3 лет), находившихся на лечении в травматологическом отделении с патологическими переломами на фоне сенильного остеопороза. Больным проводили общеклинические методы исследования; определение уровня общего кальция, фосфора, щелочной фосфатазы; липидного спектра крови; ЭКГ, трансторакальную ЭхоКГ; суточное мониторирование АД.

Результаты исследования: АГ диагностирована у 105 больных (67,3%). АГ I ст. выявлена у 28 (26,7%) пациентов (5 мужчин и 23 женщины), АГ II ст. – у 27 (25,7%) пациентов (5 мужчин и 22 женщины), АГ III ст.- у 8 (7,6%) пациентов (1 мужчина и 7 женщин), изолированная систолическая АГ – у 42 (40%) пациентов (9 мужчин и 33 женщины). Осложнения АГ в виде стенокардии напряжения, нарушений ритма и проводимости, постинфарктного кардиосклероза, дисциркуляторной энцефалопатии на фоне перенесенного инсульта наблюдались у 44 (41,9%) пациентов.

Уровень общего холестерина находился в пределах 5,2±0,9 ммоль/л, липопротеидов низкой плотности 4,3±0,6 ммоль/л, триглицеридов 2,3±0,7 ммоль/л. Гипокальциемия ниже 2,1 ммоль/л обнаружена у 47,4% пациентов. Уровень фосфора повышался более 1,3 ммоль/л у 18,7% обследованных, снижение уровня фосфора ниже 0,65 ммоль/л отмечалось у 3,1% пациентов. Значительное повышение щелочной фосфатазы более 500 Ед/л обнаружено у 7,3% обследованных, умеренное повышение в пределах 300-500 Ед/л – 26,4% обследованных.

Регулярную гипотензивную терапию получала только треть больных АГ. Основными гипотензивными препаратами, которые назначались врачами, являлись ингибиторы АПФ: эналаприл, лизиноприл. Тиазидные диуретики и индапамид больным пожилого и старческого возраста с АГ назначались только в единичных случаях. В стационаре гипотензивная терапия проводилась в комбинации с диуретиками или бета-блокаторами: метопрололом. Длительность предоперационной подготовки больных с сопутствующей АГ составила в среднем 4,1±2,4 к/д, а больных без АГ 1,6±0,5 к/д.

Таким образом, у больных с сенильным остеопорозом осложненным патологическими переломами наблюдается в 67,3% АГ, чаще всего изолированная систолическая АГ, которая превалирует у женщин. Гипотензивная терапия больным АГ в сочетании с сенильным остеопорозом и нарушениями кальций-фосфорного обмена должна проводиться тиазидными диуретиками или индапамидом.

0653 ВЛИЯНИЕ ДНЕВНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Панина И.Ю., Смирнов А.В., Румянцев А.Ш., Коношкова Р.Л., Ачкасова В.В.

СПБГМУ им И.П.Павлова, Санкт–Петербург, Россия

Введение. Артериальная гипертензия является одним из важнейших факторов прогрессирования хронической болезни почек (ХБП). Среди причин, объясняющих снижение скорости клубочковой фильтрации при повышении артериального давления (АД), обсуждаются расстройства микроциркуляции, в основе которых лежит эндотелиальная дисфункция (ЭД). Однако, не вполне ясно, какие именно характеристики артериальной гипертензии наиболее значимо связаны с нарушением функции эндотелия при снижении скорости клубочковой фильтрации.

Цель исследования: оценить влияние суточного профиля АД на выраженность эндотелиальной дисфункции у больных ХБП.

Материалы и методы. Обследовали группу больных ХБП, включавшую 46 пациентов с первичной патологией почек, из них 24 мужчины и 22 женщины в возрасте 42±3 года. Контрольная группа включала 40 практически здоровых добровольца, и была сопоставима по полу и возрасту. У всех обследуемых проводили суточное мониторирование АД, перед которым отменяли препараты гипотензивного и сосудорасширяющего действия. Микроциркуляцию в сосудах кожи оценивали методом высокочастотной ультразвуковой допплерографии (“Минимакс–допплер–К”, датчик с частотой излучения 25 МГц, лоцирующий ткани на глубину 5 мм). Функцию эндотелия изучали при помощи фармакологических проб с ацетилхолином (эндотелий–зависимая вазодилатация) и нитроглицерином (эндотелий–независимая вазодилатация).

Результаты. Длительность ХБП составила 12,3±2,7 лет, длительность артериальной гипертензии 8,7±3,1 лет. Все пациенты получали терапию ингибиторами АПФ. В дневное время рекомендуемый уровень систолического АД был достигнут у 65,2%, диастолического АД – у 91,3%. Среди больных ХБП у 25 пациентов степень ночного снижения систолического и диастолического АД находилась в пределах 10–20% (“дипперы”) и у 21 – ниже 10% (“нондипперы”). Максимальная объемная скорость кровотока в сосудах кожи в пробе с ацетилхолином была несколько ниже, чем в контрольной группе, однако, достоверных различий между “дипперами” и “нондипперами” выявлено не было. В тесте с нитроглицерином максимальная объемная скорость кровотока в сосудах кожи у “дипперов” не отличалась от контрольной группы, а у “нондипперов” была на 25% ниже.

Выводы. Нарушение суточного профиля АД при ХБП сопровождается снижением эндотелий–независимой вазодилатации в ответ на фармакологические стимулы.

0654 АННЕКСИН–5 – МАРКЕР ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА

Панина И.Ю., Смирнов А.В., Румянцев А.Ш., Дегтерева О.А., Меншутина М.А. Ачкасова В.В.

СПБГМУ им И.П.Павлова, Санкт–Петербург, Россия

Введение. Аннексин–5 (Ан–5) рассматривается в настоящее время, как один из показателей выраженности апоптоза. Так, у больных с ишемической болезнью сердца его концентрация в сыворотке крови повышается при нестабильном течении стенокардии, остром коронарном синдроме, остром инфаркте миокарда. Известно, что у больных с хронической болезнью почек (ХБП) течение атеросклероза отличается агрессивностью и быстро приводит к развитию осложнений.

Tesis_006_end.indd 277 24.08.2006 22:25:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования: оценить клиническую значимость уровня Ан–5 у больных ХБП на доклинической стадии атеросклероза.

Материалы и методы. Обследовали 48 больных с ХБП без клинических проявлений атеросклероза. Группа включала 25 мужчин и 23 женщины в возрасте 42±3 года.У всех пациентов проводила традиционное нефрологическое обследование, а также определяли параметры липидограммы, величину комплекса интима–медиа и уровень Ан–5 в сыворотке крови. Микроциркуляцию в сосудах кожи оценивали методом высокочастотной ультразвуковой допплерографии (“Минимакс–допплер–К”, датчик с частотой излучения 25 МГц, лоцирующий ткани на глубину 5 мм). Функцию эндотелия изучали при помощи фармакологических проб с ацетилхолином (эндотелий–зависимая вазодилатация) и нитроглицерином (эндотелий–независимая вазодилатация).

Результаты. У всех больных было отмечено снижение скорости клубочковой до 43,5±3,7 мл/мин. Дислипопротеидемия проявлялась повышением уровня холестерина крови (6,86±0,22 ммоль/л), снижением уровня липопротеидов высокой плотности (1,25±0,03 ммоль/л), повышением липопротеидов низкой плотности (4,43±0,15 ммоль/л) и триглицеридов (2,23±0,19ммоль/л). Уровень Ан–5 был повышен у больных ХБП 2–5 ст до 3,35±0,70 нг/мл. Отмечена отрицательная взаимосвязь между этим показателем и уровнем липопротеидов высокой плотности, а также максимальным приростом скорости объемного кровотока в пробе с Ах и Нг.

Выводы. Повышение уровня Ан–5 у больных ХБП отмечается уже на доклинической стадии развития атеросклероза и сопровождается достоверным снижением эндотелий–зависимой и эндотелий–независимой вазодилатации в ответ на фармакологические стимулы.

0655 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Панова Е.И., Стронгин Л.Г., Круглова Н.Е.

ГОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия, МЛПУ Городская клиническая больница №5, Нижний Новгород, Россия

Цель работы: выявить факторы, влияющие на выживаемость больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2), перенесших острый инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы: проведено обсервационное исследование когорты дожития, которую составили 85 больных ИМ и СД 2. Продолжительность наблюдения –18 месяцев, исход-смерть от любых причин.Больным проводились ЭКГ, ЭХО-КС, исследовались липиды, гликемический профиль, гликозилированный гемоглобин (HbA1c), моча на микроальбуминурию, протеинурия.

Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ Statistica 6.0 для операционной системы Windows. Анализ выживаемости проводился методом Каплана-Мейера. При исследовании влияния одного фактора на выживаемость использовался критерий Гехана-Вилкоксона, при сравнении групп –критерий χ^2 Пирсона, корреляционный анализ проведён с использованием критерия Спирмена..

Результаты: кумулятивная выживаемость в течение 18 месяцев среди 85 больных ИМ и СД 2 составила 0,74 ±0,05; 95% доверительный интервал –(0,82; 0,65) . На выживаемость в когорте существенное влияние оказало наличие диабетической нефропатии (ДН). Кумулятивная выживаемость больных с ДН составила 0,57 (0,72; 0,51), безДН – 0,80 (0,89; 0,71), p=0,04. ДН коррелировала с наличием аритмий – r=0,3, p=0,03, которые достоверно чаще встречались у больных с ДН –52,4 и 29,2 % соответственно, p=0,05. Выявлено прогностически неблагоприятное влияние нарушений ритма. Так, кумулятивная выживаемость больных с аритмиями составляла 0,60 (0,74; 0,46), без аритмий –0,83 (0,92;0,74), p=0,02.

Обращало внимание, что аритмии у наших больных обратно коррелировали с уровнем HbA1c, r=-0,3, p=0,021, который среди больных с аритмиями и ДН составил 6,9±1,3, а без аритмий –8,2±1,5 %, что не исключает влияния метаболических нарушений, в частности гипогликемий, на возникновение аритмий.В группе с ДН чаще встречались больные с выраженной (Н IIА) –52,4% и тяжелой (Н IIБ-III) –42,9% недостаточностью кровообращения (НК), p=0,02. Отмеченакорреляция аритмий с тяжестью недостаточности кровообращения, r=0,43, p=0,000...

Выводы: выявлено существенное влияние диабетической нефропатии на выживаемость больных СД 2, перенесших ИМ, при этом ДН коррелирует с такими осложнениями, как аритмии и тяжесть хронической сердечной недостаточности кровообращения.Нарушения сердечного ритма, помимо связи с тяжестью сердечной недостаточности, обратно коррелируют с показателями гликозилированного гемоглобина, что не позволяет исключить гипогликемии как один из возможных аритмогенных факторов.

0656 АМИОДАРОН ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Паншева Е. Л., Шпектор А. В., Васильева Е. Ю.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель: оценка эффективности амиодарона для восстановления синусового ритма у больных с мерцательной аритмией.

Методы: в работу вошло 134 больных (77 мужчин и 57 женщин) в возрасте от 29 до 93 лет и давностью мерцательной аритмии от 1 суток до 19 лет. Из исследования исключались больные, в анамнезе которых были указания на СССУ, АВ-блокаду, заболевания щитовидной железы. Все пациенты получали дезагрегантную и антикоагулянтную терапию, а при необходимости стандартную терапию сердечной недостаточности. С целью восстановления синусового ритма давался кордарон в насыщающих дозах от 400 до 2000 мг в сутки в зависимости от исходной ЧЖС.

Результаты: На фоне лечения амиодароном восстановление синусового ритма произошло у 86 пациентов (66%), которые составили группу I. Остальным пациентам, не восстановившим синусовый ритм на фоне приема амиодарона, проведена электрическая кардиоверсия (группа II). Длительность приема амиодарона в группе I составила 4,78±0,56 сут., а в группе II 14,86±0,93 сут., p<0,01).После электрической кардиоверсии синусовый ритм восстановился еще у 36 человек. В целом восстановление синусового ритма достигнуто у 122 человек (93,8%). Группа I и II достоверно не отличались по возрасту, полу, этиологии. Однако у пациентов 2-ой группы была достоверно большая давность мерцательной аритмии (728,62±206,28 сут. против 77,29±35,22 сут., p<0,01), по ЭхоКГ определялась более низкая фракция выброса (45±0,02% против 55±0,02%, p<0,001), большие размеры левого желудочка (5,73±0,1 см против 5,35±0,07 см, p<0,01) меньшая исходная ЧЖС (92,09±3,01 уд в Мин против 110,58±3,18 уд в Мин, p<0,001). Из 122 больных, восстановивших синусовый ритм, те или иные осложнения возникли у 43 пациентов (35,25%), однако постоянная отмена амиодарона потребовалась лишь у 5 больных (4,1%): стойкая синусовая брадикардия (1 больной), АВ-блокада 1 степени (1 больной), возникший на фоне лечения гипотиреоз (1 больной), желудочковая тахикардия (2 больных).

Выводы: амиодарон является эффективным препаратом для восстановления синусового ритма у больных с мерцательной аритмией, а использование электроимпульсной терапии на фоне приема амиодарона позволяет восстановить синусовый ритм в большем проценте случаев. На успех восстановления синусового ритма достоверно влияют исходные размеры левого желудочка, фракция выброса, давность мерцательной аритмии и исходная ЧЖС.

Tesis_006_end.indd 278 24.08.2006 22:25:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0657 НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Паняева В.Л., Дорофеева Н.П., Кастанаян А.А., Шлык С.В., Нахрацкая О.И., Аветисов И.В., Мурлычев С.Н., Стадник М.Л., Панасенко Л.П., Старикова Н.Н., Мелкова Н.В., Порохня Е.В., Сумский М.А., Аветисова Т.Б.

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

Цель: изучить роль нейрогормонов (ангиотензина II (AII), альдостерона, эндотелина-1 (ЭТ-1), мозгового натрийуретического пропептида (МНпроП) и фактора некроза опухолей-альфа (ФНО-α) в развитии и прогрессировании хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ИБС и артериальной гипертензией (АГ).

Материал и методы. В исследование включено 80 больных ИБС. В основные группы вошли по 24 пациента ИБС, осложненной ХСН II и III ФК, и 12 больных с IV ФК ХСН. В качестве групп сравнения использованы данные 10 пациентов с АГ и 20 больных ИБС без клинических проявлений ХСН. В контрольную группу включены 10 здоровых лиц. Концентрацию нейрогормонов в плазме крови определяли методом иммуноферментного анализа.

Результаты. У больных ИБС, в отличие от здоровых лиц и пациентов с АГ, активация отдельных нейрогуморальных систем происходит на разных стадиях прогрессирования ХСН. Для одних нейрогоромов – МНпроП и ЭТ-1 характерно раннее повышение активности, нарастающее по мере увеличения тяжести ХСН, для других – альдостерона и ФНО-α присуще некоторое «отставание» активации, которое нивелируется только при III-IV ФК ХСН.

Выводы. Широкое внедрение в клиническую практику комплексного определения в плазме крови концентрации AII, альдостерона, ЭТ-1, МНпроП и ФНО-α позволит значительно сократить время обследования больных с подозрением на ХСН, и в ряде случаев избежать ненужных затрат на проведение дорогостоящих исследований в сложных дифференциально-диагностических ситуациях.

0658 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Паняева В.Л., Дорофеева Н.П., Кастанаян А.А., Шлык С.В., Нахрацкая О.И., Аветисов И.В., Дмитриева А.А., Головатенко И.С., Лынник Л.В., Плескачев С.А.

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

Цель: на основании ретроспективного и проспективного наблюдения изучить распространенность хронической сердечной недостаточности (ХСН) в стационарах Ростовской области.

Материал и методы. Ретроспективно методом сплошной выборки проанализировано 3059 историй болезней пациентов, госпитализированных в кардиологические отделения Ростовской области в 2003 году с диагнозом хроническая сердечная недостаточность I-III стадии. Критерием исключения являлась экстракардиальная этиология ХСН (хроническое легочное сердце, анемия, тиреотоксикоз). Через 1 год поле выписки из стационара по почте 3059 больным была отправлена специально разработанная анкета. Ответы прислали 745 человек (24%).

Результаты. Анализ архивного материала показал, распространенность ХСН среди больных, госпитализированных в кардиологические отделения Ростовской области, составляет 52%, летальность 3%. Число пациентов с ХСН быстро увеличивается с возрастом, достигая максимума к 60-69 годам. Основными этиологическими факторами ХСН в 82% наблюдений являются ИБС и артериальная гипертония.

Частота фармакотерапии хронической сердечной недостаточности основными группами препаратов на стационарном этапе составляет 82%, в течение последующего года снижается до 53%. Основой врачебных назначений являются иАПФ и бета-адреноблокаторы.

Выводы. В целом, проведенный ретроспективный анализ свидетельствует о высокой частоте распространения ХСН в качестве основной причины госпитализации больных в лечебные учреждения Ростовской области. В реальной клинической практике представления врачей об основных принципах дифференцированного лечения ХСН не всегда соответствуют национальным рекомендациям.

0659 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СОКРАТИМОСТИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ИУ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОММИОКАРДА

Парандей О.Р., Зубарев М.А., Думлер А.А.

ГОУ ВПО «ПГМА Росздрава», Пермь, Россия

В последние 10 лет в мире широко изучалась и продолжает изучаться проблемавариабельности сердечного ритма и артериального давления. В литературе нами не была найдена информация об изучении вариабельностисократимости сердца в покое у больных инфарктом миокарда, равно как и у здоровых лиц. Метод импедансной кардиографии (ИКГ) является надежным и удобным методом в определении индексов сократимости сердца. Наша идеяопределения вариабельности сократимости сердца (ВСС) основана на методе полиреокардиографии (ПРКГ) – модифицированном варианте ИКГ. Известно, что в момент появления в межэлектродном пространстве систолического объема крови электропроводность этой зоны увеличивается, омическое сопротивление падает, что и тестирует рост амплитуды систолической волны дифференциальнойкривой ПРКГ. Этот показатель характеризует скорость сердечного выброса в фазу быстрого изгнания. В состоянии покоя в горизонтальном положении в течение нескольких Минут записи изменениями пред-и-постнагрузки можно пренебречь, и в этих условиях вариабельность амплитуды систолической волны (Ad) явитсяпроявлением ВСС. Цель исследования –изучениевариабельности Adв покое методом коротких 5-ти Минутных записей по аналогии с определением ВСР в режиме beat- to- beat. Обследованы 25 мужчин на 12-14 сутки после перенесенного первого ИМ, средний возраст 52±2,1 года, не имевших постинфарктной стенокардии и нарушений ритма и проводимости сердца. В группу сравнения вошли 25 здоровых мужчин, средний возраст 50,4±2,5 года, заболевания сердечно-сосудистой системы у которых были исключены после комплексного обследования (опрос, физикальные данные, Эхо КГ, ВЭМ). ПРКГ регистрировалась с помощью аппаратно-программного диагностическогокомплекса«Полире окардиограф-01», Пермь. Полученные данные обрабатывались с помощью специально созданной компьютерной программы, при этом оценивалась вариабельность Ad, для чего вычислялись некоторые статистические индексы, применяемые для оценки ВСР методом коротких 5-ти Минутных записей: 1) Mo (мода) – наиболее вероятное значение Ad в максимальном разряде гистограммы (Ом/с), 2) SDAd –квадратный корень дисперсии Ad (Ом/с), 3) AMo (амплитуда моды) – количество (в %) значений Ad в максимальном разряде гистограммы. Статистическая обработка данных проводилась с помощью статистического пакета программ «STATISTICA- 5,0» и «Microsoft Excel 2000», достоверность различий в сравнимых группах рассчитывалась оп критерию t, различия считались значимыми при $p<0,05$. При анализе полученных данных установлено следующее: 1) вариабельность Ad имела место в обеих группах:в группе больных:

Tesis_006_end.indd 279 24.08.2006 22:25:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Mo = 1,34±0,44 ом/с, SDAd =1,13±0,19; AMo –47,1±26,0;вконтрольной группе: Mo =1,44±0,44 ом/с, SD = 1,24±0,33; AMo = 24,9±18,2; 2) все индексы вариабельности были достоверно ниже в группе больныхпо сравнению сгруппой сравнения: для Mo p<0,05, дляSDAdp<0,001, для AMo p<0,0001. Полученные данные позволяют сделать вывод о самом существовании ВСС, определяемой в покое в режиме beat-to-beat, атакже осуществованииразличийв ВССу больных12-14 сутки послеперенесенного ИМ по сравнению со здоровыми людьми.

0660 АНАЛИЗ ВКЛАДА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИШЕМИЧЕСКОМУ ИНСУЛЬТУ У ЯКУТОВ

Парфенов М.Г., Хасанова З.Б., Будников Е.Ю., Николаева Т.Я., Судомоина М.А., Фаворова О.О.

ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Целью настоящей работы является анализ полиморфизма генов ингибитора активатора плазминогена (PAI-1), протромбина (FII) и фактора V (FV) системы гемостаза для выявления ассоциации аллелей этих генов с ишемическим инсультом (ИИ) в якутской этнической группе.

Методы: у 93 якутов с ИИ и 107 здоровых якутов методом пиросеквенирования анализировали полиморфный участок 4G/5G в гене PAI-1, замену G20210A в гене FII, мутацию Лейдена в гене FV и сравнивали частоты аллелей и генотипов. Значение вероятности (p) оценивали с помощью критерия Фишера. Достоверным считали различие сравниваемых частот при значении p<0,05.

Результаты исследования: достоверных различий в частотах исследуемых аллелей и генотипов у больных ИИ и здоровых якутов не обнаружено.

Выводы: не наблюдается вклада генов PAI-1, FII и FV, кодирующих компоненты системы гемостаза, в развитие ИИ у якутов, по крайней мере для исследованной выборки больных и здоровых. Поддержано грантом РФФИ № 05-04-48982.

0661 СКОРОСТЬ ДВИЖЕНИЯ МИОКАРДА В ОБЛАСТИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО СОЕДИНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Пархонюк Е.В., Кузнецова Л.И., Шварц Ю.Г.

ГОУ ВПО «СГМУ Росздрава», Саратов, Россия

Цель. Исследование скорости движения межпредсерднойи межжелудочковой перегородкивзонеатриовентрикулярногосоединенияубольныхспароксизмальнойформоймерцательной аритмии.

Контингент.Восновнуюгруппувключено53больныхпароксизмальнойфибрилляцией предсердий (ПФП) беззастойнойсердечнойнедостаточности, перенесенногоинфарктамиокарда, пороковсердца, серьезнойсопутствующейпатологии. Длительность последнегопароксизма- неболее 48 часов. Средний возраст 56 лет, ИБС страдали 37 пациентов, в 36 случаях регистрировалась артериальная гипертония (АГ), в 28 из них она сочеталась с ИБС. В группы сравнения вошли 26 здоровых лиц и 31 больной в возрасте от 19 до 69 лет, у 15 из них фиксировались пароксизмы трепетания предсердий (ПТП), у 16 – пароксизмальная наджелудочковая (узловая) тахикардия (ПНТ).

Методы. Через 7-10 дней после восстановления синусового ритма проводилось ультразвуковое исследование сердца с использованием технологии DTI. Приводятся результаты анализа скорости движения нижней части межпредсердной перегородки (МПП) и базального сегмента межжелудочковой перегородки (МЖП) в различные фазы сердечного цикла.

Результаты. Достоверных различий между группами больных по скоростям в период систолы желудочков не выявлено. Скорость движения МПП в период изоволюмической релаксации и начала раннего наполнения желудочков у пациентов с ПФП была достоверно большей, чем у больных с ПНТ и здоровых. В период изоволюмического сокращения предсердий отмечалась противоположная картина: в группе с ПФП скорость движения МЖП была наименьшей. У этих же больных отмечались наименьшие различия в скоростях движения нижнего сегмента МПП и базального сегмента МЖП во время закрытия митрального клапана в период изоволюмического сокращения левого желудочка.

Выводы. У больных с ПФП отмечены существенные особенности в движении нижней части МПП и базального сегмента МЖПв различные фазы сердечногоцикла. Возможно, это обусловлено морфо-функциональными характеристиками предсердно-желудочкового соединенияуданнойгруппыпациентов.

0662 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА НА ЧАСТОТАХ МОЛЕКУЛЯРНОГО СПЕКТРА ОКСИДА АЗОТА НА СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА И СИСТЕМУ ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Паршина С.С., Головачева Т.В.,Киричук В.Ф., Афанасьева Т.Н., Тупикин В.Д., Майбородин А.В., Креницкий А.П., Ляльченко И.Ф., Петрова В.Д.

ГОУ ВПО «СГМУ Росздрава», Саратов, Россия; ОАО ЦНИИИА, Саратов, Россия

Цель: изучить влияние электромагнитного излучения терагерцового диапазона на частотах молекулярного спектра оксида азота (150,176... 150,664 Ггц) (ЭМИ ТГЧ-NO) на показатели гемокоагуляции и фибринолиза у больных стенокардией.

Методы: обследовано 48 больных стенокардией напряжения III-IV ф.к., получавших стандартную медикаментозную терапию аспирином, нитратами, -адреноблокаторами, ингибиторами АПФ и др.У пациентов основнойгруппы (18 чел.)дополнительно с помощью малогабаритного генератора “КВЧ-NO” проводилосьлечение ЭМИ ТГЧ-NO в прерывистом режиме воздействия (10 сеансов). Локализация облучения –область мечевидного отростка грудины.

У больных контрольной группы (30 чел.) использовалась только медикаментозная терапия. Изучались основные параметры коагуляционного звена системы гемостаза: активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ), активированное время рекальцификации (АВР), содержание фибриногена (ФН), протромбиновое время (ПВ), а также фибринолитическая активность кровиметодом эуглобулинового фибринолиза (ЭФ). Восновной группе обследование проводили до и после курса ТГЧ-воздействия, в контрольной – в аналогичные сроки (при поступлении и выписке из стационара).

Результаты: у больных основной группы обнаружено гипокоагуляционное действиеЭМИ ТГЧ-NO за счет удлинения АПТВ (p<0,05), увеличения АВР (p<0,05) и снижения содержания ФН (p<0,05). Выявлена тенденция к повышению фибринолитической активности крови (p<0,10). В контрольной группе гипокоагуляционного эффекта обнаружено не было.

Выводы: использование ЭМИ ТГЧ-NO способствует снижению прокоагулянтного потенциала за счет влиянияна I-ю(АПТВ, АВР)иIII-ю(ФН) фазы свертывания крови, что подтверждает патогенетическую обоснованность его применения при ИБС. Выявленное гипокоагуляционное действие является самостоятельным эффектом ЭМИ ТГЧ-NO, поскольку у обследуемых пациентов не применялись специфические препараты, оказывающие непосредственное влияние на состояние системы коагуляционного гемостаза (гепарин, варфарин и др.).

Полученные данные позволяют рассматривать ЭМИ ТГЧ-NO в качествеальтернативного метода лечения у пациентов с гиперкоагуляционными сдвигами при наличии противопока-

Tesis_006_end.indd 280 24.08.2006 22:25:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

заний к специальной гипокоагуляционной медикаментозной терапии либо при непереносимости соответствующих препаратов. Воздействие ЭМИ ТГЧ-NOодновременно на начальную и конечную фазы свертывания крови согласуется с теоретическими сведениями о том, чтооксид азота является универсальным регулятором физиологическихпроцессов в организме.

0663 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОАО САНАТОРИЙ «МЕТАЛЛУРГ»

Пахомова Т.Р., Максимов Н.И., Кононов Ю.Н., Малых Г.А.

ОАО « Санаторий «Металлург», Ижевск, Удмуртия; Ижевская Государственная Медицинская Академия, Ижевск, Удмуртия

Цель: изучение эффективности комплексногоиспользования медикаментозного лечения и природных факторов ОАО «Санаторий «Металлург» для проведения вторичной профилактики инсульта у больных артериальной гипертонией.

Методы: исследования проведены на базе специализированного неврологического отделения (СНО) долечивания больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. В процессе работы обследовано 90 пациентов с артериальной гипертонией 1-ой и 2-ой степени,перенесших ишемический инсульт или транзиторно-ишемическую атаку. Среди обследованных 51 женщина и 39 мужчин, средний возраст 51,91±0,93 года. Все пациенты были разделены на 3 группы по 30 человек. В первую группу вошли пациенты, в схему лечения которых были включены бром-йодные ванны. Пациентам второй группы помимо бром-йодных ванн проводилась гипокситерапия. Пациенты третьей (контрольной) группы получали ЛФК, массаж. Все больные принимали стандартную медикаментозную терапию: гипотензивный препарат нолипрел фирмы «Сервье» в сочетании с медикаментами нейропротективного и вазоактивного действия.

Результаты: у пациентов 1-ой группы по окончании курса лечения отмечалось снижение САД от 148,8±1,5 до 127,8±0,81 Мм рт. ст. ($p<0,001$); снижение ДАД с 89,7±0,87 до 84,9±0,63 Мм рт. ст. ($p<0,001$). У пациентов 2-ой группы САД снизилось от 150,9±0,92 до 121,4±0,79 Мм рт. ст. ($p<0,001$); ДАД от 88,9±0,96 до 81,9±0,64 ($p<0,001$). Изменение показателей САД и ДАД у пациентов 3-ей группы было следующим: САД снизилось от 149,6±1,21 до 131,1±0,81 Мм рт. ст. ($p<0,001$), а ДАД от 90,2±0,76 до 85,9±0,92 Мм рт. ст. ($p<0,001$). В результате проведенного курсового лечения изменились показатели двойного произведения (ДП): у пациентов 1-ой группы снижение уровня ДП произошло со 118,6±0,81 усл. ед. до 88,9±0,77 усл. ед. ($p<0,05$), у пациентов 2-ой группы со 117,9±0,94 усл. ед. до 82,8±0,72 усл. ед. ($p<0,05$). Показатели ДП пациентов 3-ей группы: 119,1±0,91 усл. ед. в начале лечения и 94,4±0,89 усл. ед. ($p<0,05$) в конце лечения. В результате проведенного курса лечения значительно улучшились показатели церебральной гемодинамики по данным ультразвуковой допплерографии и транскраниальной допплерографии у пациентов 1-ой и 2-ой групп. У пациентов 3-ей группы аналогичные показатели были менее выраженными.

Выводы: комплексное применение немедикаментозных методов и лекарственных препаратов для лечения артериальной гипертонии, в данном случае – гипокситерапии, бром-йодных ванн и нолипрела – у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в условиях специализированного неврологического отделенияОАО «Санаторий «Металлург», способствует достоверному снижению как САД, так и ДАД, нормализации показателей центральной гемодинамики, улучшению показателей мозгового кровотока. Использование выше названных методик в общей схеме реабилитационного лечения данной категории больных является оправданным и обоснованным. Лечение в СНО является также одним из этапов вторичной профилактики инсульта у больных артериальной гипертонии.

0664 ДИСПЛАСТИЧЕСКОЕ СЕРДЦЕ ПРИ СИСТЕМНОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Перекальская М.А., Макарова Л.И., Вихман Е.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: изучить динамику клинических проявлений диспластического сердца (ДС)у лиц с системной недифференцированной дисплазией соединительной ткани (СНДСТ).

Методы: динамическое наблюдение58 женщин (ср. возраст в начале наблюдения 25,9±0,9 лет) и42 мужчин (ср. возраст в начале наблюдения 24,7±1,2 лет) с СНДСТ и ДС на протяжении 9-16 лет с использованием клинических, электрокардиографических, ультразвуковых, рентгенологических методов исследования.

Результаты: ДС –сложный клинический синдром, обусловленный нарушением структурообразующих и механических (морфологических) свойств соединительной ткани и формирующийся при участии структурных изменений сердца, позиционных особенностей в результатеторако-вертебральных деформаций и ассоциированной с СНДСТ дизавтономии вследствие конституциональной неполноценности функционирования неспецифических структур мозга, прежде всего гипоталамуса. При динамическом наблюдении пациентов с ДС стабильная тахикардия в покое, являющаяся показателем гиперсимпатикотонии и фактором риска сердечно-сосудистых осложнений, сохранялась у 36% больных с ДС. Выявлено нарастание частоты различных дисфункций синусового узла (с 28% до 41%), пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии (с 18% до 27%), желудочковой экстрасистолии (с 56% до 73%). При ПМК отмечено увеличение (с 33% до 42%)частоты, а также степени митральной регургитации с тенденцией к увеличению средних показателей размеров левого предсердия и давления в легочной артерии, снижению показателей сердечного выброса. Значительное влияние на клиническое течение ДС продолжал оказыватьтакой дезадаптационный синдром, как вегетативная дисфункция: при сохранении средних показателей вегетативного индекса Кердо, отмечено нарастание частоты проявлений гипервентиляционных нарушений (с 17% до 24%). Также произошло увеличение у женщин частоты сезонных аффективных расстройств (с 21% до 38%), в основном за счет субсиндромальных форм.За период наблюдения не отмечено развития инфекционного эндокардита, сердечной недостаточности, внезапной смерти. У2 женщин, страдавших также артериальной гипертензией, развилосьострое нарушение мозгового кровообращения.

Вывод: ДС –синдром, имеющий прогрессирующее течение, выражающееся в нарастании частоты нарушений сердечного ритма,ремоделировании камер сердца при сопутствующем усугублении дисфункции неспецифических систем мозга.

Учитывая тесную связь системной недифференцированной дисплазии соединительной ткани с астенической конституцией, секулярный тренд в сторону грацилизации телосложения, можно ожидать увеличения числа лиц с проявлениями диспластического сердца, что требует изучения клинических проявлений и способов коррекции данного синдрома.

0665 НАСЛЕДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ В КЛИНИКЕ И ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Перекальская М.А., Антонов А.Р., Макарова Л.И., Вихман Е.А., Донская А.А.

Новосибирская государственная медицинская академия, Новосибирск, Россия

Цель: изучить механизмы формирования гормонально-гемодинамических нарушений при наследственно-обусловленной эс-

Tesis_006_end.indd 281 24.08.2006 22:25:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сенциальной гипертензии (НОЭАГ) в клинике и эксперименте.

Материал: обследовано 114 мужчин с НОЭАГ в возрасте от 15 до 28 лет (ср. возр. 18,3±0,2 лет) в качестве основной группы. Контрольную группу составили 34 практически здоровых мужчины в возрасте 16-28 лет (ср. возр. 19,3±0,6 года). В эксперименте использовались самцы крыс нормотензивной линии Вистар и гипертензивной линии НИСАГ (с наследственной, индуцируемой стрессом АГ), всего 50 крыс обеих линий. И в клинике, и в эксперименте исследовали состояние центральной гемодинамики и гормональной регуляции.

Результаты: найдено, что НОЭАГ у мужчин молодого возраста характеризуется выраженной активацией глюко- и Минералокортикоидной функции надпочечников с увеличением содержания пролактина, соматотропного гормона, ренина и формированием гиперкинетического варианта гемодинамики. Гипертоническое ремоделирование сердца и особенности течения НОЭАГ у мужчин молодого возраста взаимосвязаны с гормональным фоном: степень гипертрофии стенок левого желудочка коррелировали с содержанием альдостерона и пролактина. С наличием гипертонических кризов прямо коррелировали показатели пролактина и соматотропного гормона, что свидетельствует о выраженных нейротрансмиттерных нарушениях у этих больных. Более ранний возраст развития НОЭАГ оказался фактором риска снижения сердечного выброса и формирования гипокинетического варианта гемодинамики: при одинаковой длительности гипертензии у мужчин с НОЭАГ и началом заболевания до 18-летнего возраста показатели сердечного выброса были меньше, а периферического сосудистого сопротивления – больше по сравнению с теми, кто заболел после 18 лет.

У интактных крыс НИСАГ отмечена повышенная активность глюко- и Минералокортикоидной функции надпочечников, что отражает качественно новый уровень функционирования системы в условиях гипертензии и характерно для гипердаптоза с преобладанием эрготропных механизмов регуляции. Связь генотипа с изменениями параметров основной стресс-реализующей кортикоидной системы позволяет говорить о корреляции стресс-чувствительности с возникновением гипертензии. Миокард интактных гипертензивных крыс характеризуется признаками концентрической гипертрофии, что, в совокупности с изменениями в содержании электролитов, способствует нарушению процессов возбуждения и проводимости, аналогичному у больных гипертензией.

Выводы: проведенные клинико-экспериментальные исследования свидетельствуют об общности механизмов формирования НОЭАГ у людей и экспериментальных животных и позволяют рекомендовать гипертензивную линию крыс НИСАГ как адекватную модель гипертензии у человека.

0666 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Петелина Т.И., Гапон Л.И., Бахматова Ю.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования: изучить 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 клинико-лабораторной компенсации, абдоминальное ожирение (АО), ИБС, стабильная стенокардия напряжения (СН) II–III ФК). Группа сравнения38 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 средненочному ДАД. Достоверно более низкие значения среднесуточного ($p<0,01$) и среднедневного ($p<0,05$) 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 мониторирования ЭКГ видно, что наличие ИБС, стабильной стенокардии напряжения, привносит ряд особенностей в характеристику показателей суточного профиля АД и позволяет рассматривать данную категорию больных в качестве группы очень высокого риска развития сердечно-сосудистых осложнений, особенно в ранние утренние часы.

0667 МЕЖОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПО ДАННЫМ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Петерс З.Г., Баталин В.А., Бешенцева И.М., Корочина И.Э., Виноградова О.В.

Областная клиническая больница № 1, Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель: изучить кардиохирургические аспекты ведения пациентов, госпитализированных в кардиологическое отделение.

Методы: из 1271 пациента, госпитализированного в течение года, подготовка к коронароангиографическому исследованию проводились каждому третьему.

Результаты: из 425 обследованных женщины составили 13,7%, мужчины 86,3%, большую часть которых составили лица в возрасте от 46 до 59 лет – 59,4%. Работающих среди обследованных было 177, признано инвалидами 216, среди которых 50,9% были лица молодого возраста, перенесшие острый инфаркт миокарда. Недостаточность кровообращения I стадии (по Василенко-Стражеско) была в 35,1%, IIA –36,8%, у 10,6% – IIБ-III стадии. Ремоделирование миокарда выявлено у 31,4%, причем с фракцией выброса ниже 32 у 18,2%. Легочная гипертензия была у каждого четвертого. Из сопутствующих заболеваний артериальная гипертония была у 58,7%, имелась хроническая обструктивная болезнь легких у 38,2%, сахарный диабет и нарушения толерантности к углеводам у 8,2%, ожирение у 28%. По ангиографическим и клиническим критериям определялись способы лечения сердечно-сосудистых заболеваний консилиумом по отбору на хирургическое лечение. Консервативные

Tesis_006_end.indd 282 24.08.2006 22:25:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

подходы были рекомендованы 145 пациентам, из них 23 – модификация факторов риска, 122 пациентам – медикаментозная терапия с последующим динамическим наблюдением через 6-12 месяцев. Оперативные методы реваскуляции миокарда рекомендованы в 64,9% пациентам. Чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика с установкой стента была запланирована 19,3%, подготовка к которой проводилась в кардиологическом отделении. Реабилитационные мероприятия проводились 175 пациентам после операции прямой реваскуляризации миокарда у больных с хронической ИБС на фоне медикаментозного лечения. В послеоперационном периоде в 79,4% выявлялся перикардит, гидроторакс –29,1%, нарушение ритма –14,3%, раневая инфекция –2,3%, расхождение грудины –2,3%, пневмония –1,1%. Восстановительный комплекс включал психотерапию, физиотерапия, массаж, дыхательную гимнастику.

Выводы: в 2005г. в кардиологическом отделении лечились 1271 больной, кардиохирургическую помощь получил каждый четвертый. Наибольшее число пациентов, получивших кардиохирургическое лечение – это больные с ИБС (82,9%) преимущественно мужчины трудоспособного возраста, каждый второй –работающий. Следует отметить позднюю диагностику ИБС, т.к. из 145 больных 58,7% уже перенесли инфаркт миокарда, сердечная недостаточность имелась 82,5%. В реабилитационный период существенную роль сыграли такие сопутствующие заболевания, как артериальная гипертония, хронические заболевания бронхолегочной системы, сахарный диабет, ожирение. Задача врачей первичного звена здравоохранения и кардиологов заключается в более раннем направлении больных для решения вопросов о выборе методов лечения, в том числе хирургических, в стадии компенсации миокарда, до появления тяжелой стадии недостаточности кровообращения. В подготовительный период к кардиохирургическому лечению необходимо квалифицированно учитывать сопутствующие заболевания.

0668 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ ВЕЛОТРЕНИРОВОК ПО МЕТОДИКЕ СВОБОДНОГО ВЫБОРА НАГРУЗКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕИНФАРКТА МИОКАРДА

Петренко Т.А., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние длительных велотренировок по методике свободного выбора нагрузки на качество жизни больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ).

В исследование включено 125 больных спустя 8,5±1,9 недели от перенесенного инфаркта миокарда. Пациенты были разделены на две репрезентативные группы: основная – 90 больных, группа сравнения – 35, средний возраст больных 51,4 ±1,3 лет. В основной группе тренировки проводились в режиме свободного выбора нагрузки, частоты педалирования, длительности занятия, и включали в себяконтролируемые физические тренировкидва раза в неделю с использованием велотренажера. В группе сравнения –самостоятельные занятия с использованием дозированной ходьбы и физических упражнений. Оценка качества жизни у больных после ИМ проводилась спомощью Миннесотского опросника. Анкетирование проводилось больным при взятии в исследование и через 3, 6, 12 месяцев. Больному предлагалось самостоятельно ответить на вопросы, содержащиеся в анкете, оценить ограничения, возникшие в результате наличия патологии. Сумма баллов оценивалась как суммарный индекс (минимальное значение –0,максимальное –105), сумма баллов 2-7,12-13 вопросов – как физические возможности пациента, сумма баллов 17-21 вопросов –эмоциональный статусбольных.

До начала велотренировок показатели качества жизни были снижены за счет ограничения физической активности, имелись необходимость в дневном отдыхе и трудности в выполнении работы по дому и вне дома, а также психологического дискомфорта, обусловленного тревогой и снижением настроения. Через 3 месяца занятий переносимость физической нагрузки улучшилось на 35,0% ($p<0,001$), а показатели эмоционального состояния взросли на 22% ($p<0,05$).По истечению 6 месяцев занятий показатели физической активности продолжали увеличиваться (40,9% ($p<0,001$)) по сравнению с исходным уровнем. Эмоциональное восприятие жизни пациентамичерез 6 месяцев велотренировок продолжало расти (41,99% ($p<0,01$)), причем несколько опережая показатели физического состояния. Через 12 месяцев тренировок показатели физической активностиувеличились на 53,2% ($p<0,001$). В свою очередь эмоциональный статус возрос на 52,9% ($p<0,01$).В группе сравнения показатели качества жизни на протяжении всего времени наблюдения ухудшились. Через 12 месяцев исследования физическая активность уменьшилась на 22,7% ($p<0,05$), а эмоциональное состояние -на 24,1% ($p<0,05$) по сравнению с исходным уровнем.

Таким образом, снижение качества жизни у больных, перенесших ИМ, в большей степени обусловлено ограничением физических возможностей, в меньшей –эмоциональным состоянием. Использование в реабилитационном периоде длительных физических тренировок позволяет значительно улучшить их качество жизни, повысив физическую активность и эмоциональный статус.

0669 РАННЯЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА

Петрова Г. Д., Громнацкий Н.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Ранняя диагностика метаболического синдрома (МС) и ранняя инструментальная диагностика поражения сердца при МС у пациентов молодого и среднего возраста снижают риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Цель: ранняя диагностика поражения сердца при МС у лиц молодого и среднего возраста. Диагноз МС устанавливали в соответствии с критериями NCEP ATP III (1998 г.) и ВОЗ (1999 г.).

Материалы и методы. Обследовано 85 пациентов с признаками МС в возрасте от 35 до 55 лет, в т. ч. женщин –61, мужчин –24. Контрольную группу составили 25 здоровых лиц без МС. Всем пациентам проводились холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ на системе «Кардиотехника-4000» (Инкарт, Санкт-Петербург) с регистрацией 3-х модифицированных отведений, велоэргометрическая проба (ВЭМП) на велоэргометре «Tunturi» («Tunturi», Финляндия) методом непрерывной ступенчато-возрастающей нагрузки, электрокардиография (ЭКГ), эхокардиография (ЭхоКГ) и допплер-ЭхоКГ трансмитрального диастолического потока (ТМДП) на УЗ аппарате «ALOCA-3500» с исследованием полостей сердца, фракции выброса, массы миокарда, индекса массы миокарда и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ), измерялись пиковые скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (пик Е) и систолы левого предсердия (пик А), соотношение пиков скоростей ТМДП (Е/А), время изоволюметрического расслабления (ВИВР).

Результаты. Методом ЭКГ выявлены признаки электрической нестабильности миокарда у 16% больных с МС, гипертрофия левого желудочка – у 15%. По данным ХМ ЭКГ выявлены эпизоды ишемии миокарда у 19 пациентов (22%), при этом у 5 человек отмечены эпизоды безболевой ишемии, преимущественно в ночное время, у 14 пациентов имелись нарушения сердечного ритма в виде тахикардии и суправентрикулярной экстрасистолии. Методом ВЭМП выявлены признаки ишемии у 17 пациентов (20%), что соответствует I – II ФК стенокардии, а также снижение толерантности к физической нагрузке ниже

Tesis_006_end.indd 283 24.08.2006 22:25:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

средней у 30 пациентов (35%). В контрольной группе признаков ишемии миокарда не выявлено. Наиболее информативные результаты получены при оценке структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка методом ЭхоКГ и допплер-ЭхоКГ ТМДП. У 65% обследованных больных выявлена гипертрофия межжелудочковой перегородки (1,2-1,35 см) и задней стенки левого желудочка (1,15-1,25 см), увеличение индекса массы миокарда левого желудочка (>110 г/м2). Фракция выброса и размеры полостей сердца соответствовали нормальным значениям, отсутствовала гемодинамически значимая митральная регургитация. У 45% больных выявлена диастолическая дисфункция или диастолическая сердечная недостаточность. В контрольной группе структурно-функциональных нарушений миокарда ЛЖ выявлено не было.

Выводы. Использование инструментальных методов диагностики позволяет на ранней стадии выявить поражение сердца при МС, особенно у лиц молодого и среднего возраста, своевременно диагностировать у них гипертрофию и диастолическую дисфункцию левого желудочка.

0670 РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Петрова К.Н., Козлов С.Г., Савченко А.П.

НИИ Кардиологии им. А.Л.Мясникова ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценка результатов коронарной ангиопластики с помощью стентов с лекарственным покрытием у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Методы исследования: проанализированы результаты коронарного стентирования у 99 больных ИБС обоего пола,со стенокардией и сопутствующим СД 2 типа. У 39 (39%) пациентов компенсация углеводного обмена осуществлялась с помощью диеты, у 53 (54%) – с помощью диеты и гипогликемических препаратов для приема внутрь, 7 (7%) больных находились на инсулинотерапии. 53 пациентам (1 группа) были имплантированы 78 стентов покрытых рапамицином, 46 больным (2 группа) – 57 стентов без лекарственного покрытия. Сравнивали частоту развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений (сердечно-сосудистая смертность, инфаркт миокарда, необходимость проведения повторной реваскуляризации миокарда), а также частоту возобновления стенокардии в раннем послеоперационном периоде (во время коронарной ангиопластики и за период пребывания пациентов в стационаре) и в последующие после эндоваскулярного вмешательства 12 месяцев в обеих группах больных.

Результаты: среди больных, которым были имплантированы стенты с лекарственным покрытием, серьезных сердечно-сосудистых осложнений во время коронарной ангиопластики и за период пребывания пациентов в стационаре не было выявлено. У 1 (2,2%) из больных, которым были имплантированы стенты без лекарственного покрытия, на госпитальном этапе развился инфаркт миокарда. Среди пациентов, которым были имплантированы стенты с лекарственным покрытием, стенокардия, по данным однолетнего наблюдения, возобновилась у 9 (17%) больных, 2 (3,8%) пациента подверглись коронарному шунтированию, 3 (5,7%) – повторной коронарной ангиопластике. Среди больных, которым были имплантированы стенты безлекарственного покрытия, стенокардия, по данным однолетнего наблюдения, возобновилась у 17 (37,8%) больных, 2 (4,4%) пациента – перенесли инфаркт миокарда, 1 (2,2%) больной подвергся коронарному шунтированию, 10 (22,2%) – повторной коронарной ангиопластике. Применение стентов с лекарственным покрытием привело к снижению частоты развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений в течение первых 12 месяцевпослеэндоваскулярноговмешательства с 28,9% до 9,4%, частоты возобновления стенокардии – с 37,8% до 17% (в обоих случаях $p<0,05$).

Выводы: имплантация стентов покрытых рапамицином больным ИБС в сочетании с СД 2 типа позволяет снизить частоту возобновления стенокардии ивероятность развития серьезных сердечно-сосудистых осложнений в последующие после эндоваскулярного вмешательства 12 месяцев. Частота возникновения неблагоприятных событий в раннем послеоперационном периоде у больных СД 2 типа, подвергшихся коронарному стентированию, не зависит от наличия лекарственного покрытия в используемых стентах.

0671 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТИРУЕМОГО КАРДИОВЕРТЕРА – ДЕФИБРИЛЛЯТОРА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Петрова М.Н., Маркова О.Г., Саввина Г.Р., Трофимова Н.И.

Медицинский институт, ревматологическое отделение ЯГКБ, Якутск, Россия

Цель: проанализировать эффективность работы имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД).

Методы исследования: физикальное обследование пациента, анализ результатов инструментально-лабораторных методов исследования, медицинской документации.

Больной А., 1952 г.р., с молодости страдал ревматической болезнью сердца. Диагноз поставлен в 1994, при обследовании (проведении зондирования сердца) перенес инфаркт миокарда с формированием аневризмы межжелудочковой перегородки. В 1997 году проведена открытая митральная комиссуротомия. После операции были эпизоды желудочковой тахикардии с развитием клинической смерти. Неоднократно госпитализировался в отделение кардиореанимации и ревматологическое отделение. В 2003 году проведено протезирование митрального клапана, тромбэктомия из полости левого предсердия, аневризморрафия передне-боковой стенки левого желудочка. В плановом порядке вторым этапом проведено внутрисосудистое электрофизиологическое исследование с радиочастотной аблацией атриовентрикулярного соединения с первичной имплантацией электрокардиостимулятора (электрод помещен в область верхушки правого желудочка). На фоне индуцированного синусового ритма у больного отмечались пароксизмы фибрилляции предсердий, желудочковой тахикардии, по поводу чего в 2003 году был имплантирован кардиовертер-дефибриллятор (электрод в области верхушки правого желудочка). В январе 2005 года двукратно отмечались разряды ИКД, обусловленные регистрацией считывающим аппаратом эпизодов желудочковой тахикардии. В мартеи сентябре 2005 года отмечались многократные разряды ИКД, по поводу чего был госпитализирован в кардиореанимацию, НЦМ, ревматологическое отделение ЯГКБ. В сентябре октябре2005 года проведено перепрограммирование ИКД. Больной постоянно принимает соталекс 160 мг./сут., - блокаторы с подбором дозы, мочегонные, варфарин 1+1/4 таб. в сутки под контролем МНО (3,47-3,23). Показатели Эхо-КГ за год в динамике: аорта уплотнена и расширена (4,5-4,85 см.), дилатация левого предсердия (4,7-5,7 см.), левого желудочка (КДР 8,1-7,8 см.; КСР 6,4-6,5 см.), правого желудочка (2,5-2,9 см.). Фракция выброса прогрессивно снижается (41-34%) преимущественно за счет зон гипо-акинеза по переднему, средне-передне-перегородочному и верхушечному сегментам, акинез межжелудочковой перегородки.

Результаты: в настоящее время у пациента клинически не наблюдается прогрессирование симптомов ХСН, несмотря на снижение фракции выброса. До установки ЭКС больной поступал в отделение с проявлениями значительной сердечной недостаточности (вплоть до анасарки). В настоящее время выраженных застойных явлений не отмечается.

Вывод: таким образом, своевременная имплантация ИКД позволяет продлить жизнь больным, улучшить течение и прогноз заболевания.

Tesis_006_end.indd 284 24.08.2006 22:25:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0672 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМЫХ ВАЗОМОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ И СТРУКТУРЫ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Петров А.Г., Мультановский Б.Л., Лещинский Л.А., Пономарева И.А., Шабардина С.В., Пантюхина Н.А.

Республиканский клинико-диагностический центр, Ижевск, Россия

Цель. Изучить с помощью ультразвукового исследования сосудов взаимосвязь наличия и тяжести ИБС с функциональным состоянием эндотелия и структурой сосудистой стенки.

Материалы. Обследовано 255 мужчин в возрасте от 40 до 60 лет, разделенных на 3 сопоставимые по возрасту группы: группа 1 (50 человек) – пациенты с исключенной в ходе клинико-инструментального исследования ИБС, но с факторами риска ее развития; группа 2 (117 человек) – больные ИБС, стенокардией напряжения ФК II-III; группа 3 (88 человек) больные с постинфарктным кардиосклерозом. Для оценки эндотелий-зависимой вазодилатации проводили пробу с реактивной гиперемией, вазоконстрикции - гипервентиляционную пробу. Диаметр плечевой артерии и допплерографические показатели кровотока в ней измерялись с использованием ультразвуковой системы ACUSON 128 XP/10. Величину комплекса интима-медиа (ВКИМ) определяли по задней стенке общей сонной артерии..

Результаты. В ходе пробы с гиперемией степень увеличения диаметра плечевой артерии была достоверно наиболее высокой у обследованных без ИБС, наиболее низкой – у больных, перенесших инфаркт миокарда, больные стенокардией занимали по этому показателю промежуточное положение (группа 1 – 12,7±0,63%; группа 2 – 9,74±0,88%; группа 3 - 7,96±0,58%; p1-2<0,01; p1-3<0,0001). При проведении пробы с гипервентиляцией выявлено обратное соотношение между группами: наибольшая степень вазоконстрикции была у пациентов, перенесших инфаркт, наименьшая – у обследованных без ИБС (группа 1 – 3,41±0,61%; группа 2 – 6,38±0,57%; группа 3 - 8,99±0,65%; p1-2<0,001; p1-3<0,0001; p2-3<0,01). Средние показатели ВКИМ составили: в группе 1 - 1,02±0,11 мм, в группе 2 - 1,12±0,15 мм, в группе 3- 1,66±0,18 мм, в 4-ой-1,02±0,11 мм (p1-2<0,01; p2-3<0,05). При корреляционном анализе выявлена положительная взаимосвязь ВКИМ с выраженностью вазоконстрикторной реакции (r=+0,494) и отрицательная – с выраженностью вазодилатационной реакции (r =-0,421).

Выводы: таким образом, тяжесть атеросклеротического поражения коронарных сосудов и их клинических проявлений находится в прямой зависимости от ВКИМ и выраженности вазоконстрикторных реакций и в обратной – от выраженности вазодилатационных реакций. Функциональное состояние сосудистой стенки находится в тесной взаимосвязи с ее структурой. Наиболее значительные изменения структуры и функции сосудов имеют место у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, что делает обоснованным использование для прогнозирования его развития методов неинвазивной ультразвуковой диагностики сосудов.

0673 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Петров В.И., Сапрыкин И.П., Болотова Н.И., Дворецкая М.С., Лопатин Ю.М

ВОКЦ, ВолГМУ, Волгоград, Россия

Исследование посвящено получению достоверной информации о медикаментозной терапииАГ у больных ИБС на территории Волгоградской области.

В исследовании принимали участие медицинские учреждения города Волгограда и Волгоградской области. Случайным образом были выбраны каждое 1/3 кардиологическое и каждое 1/6 терапевтическое отделение. Проанализированы все случаи госпитализации в эти отделения за период с 01.01.2005 по 30.06.2005г (всего 2081 история болезни). Ведение 1332 (64%) больных осуществлялось врачами – кардиологами, остальные пациенты 749 (36%) наблюдались врачами терапевтами.

АГ имела место у 1747 (84%) пациентов ИБС. Средний возраст больных составил 62,9±0,2 лет, мужчин было 59,9%, а женщин40,1%. Длительность заболевания составила 7,3±0,1 лет. При поступлении среднее САД –154±0,6 Мм рт. ст., ДАД –91,4±0,3 Мм рт. ст. При выписке САД –124,3±0,2 Мм рт. ст., ДАД – 78,9±0,1 Мм рт. ст. Отмечено снижение САД на 19,3%, ДАД на 13,7%. Целевой уровень АД был достигнут у 93,2% больных АГ.

Антигипертензивную терапию получали 1738 (99,5%) пациентов. иАПФ принимали 86,8% больных, из них генерики – 69,6%. Бета-блокаторы применяли 74,8% пациентов, из них генерики –58,1%. Диуретики использовали 54,7% пациентов, из них генерики –62,7%. Антагонисты кальция назначались31,5% больных, из них генерики –80%. Препараты других групп принимали 1,4% пациентов. Комбинированная терапия АГ использовалась у 88,9% пациентов.Основу комбинированной терапии составили иАПФ.

Анализ реальной практики ведения больных с АГ свидетельствует о большей приверженности кардиологов и терапевтов к современным рекомендациям по ведению пациентов с данной патологией. По-прежнему в структуре назначений преобладают генерические препараты.

0674 ИНГИБИТОРЫ АПФ В ЛЕЧЕНИИ ИБС: РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Петров В.И., Сапрыкин И.П., Болотова Н.И., Дворецкая М.С., Лопатин Ю.М

ВОКЦ, ВолГМУ, Волгоград, Россия

Исследование посвящено получению достоверной информации о применении ингибиторов АПФ у больных ИБС на территории Волгоградской области.

В исследовании принимали участие медицинские учреждения города Волгограда и Волгоградской области. Случайным образом были выбраны каждое 1/3 кардиологическое и каждое 1/6 терапевтическое отделение. Проанализированы все случаи госпитализации в эти отделения за период с 01.01.2005 по 30.06.2005 г (всего 2081 история болезни). Ведение 1332 (64%) больных осуществлялось врачами – кардиологами, остальные пациенты 749 (36%) наблюдались врачами терапевтами.

Средний возраст больных составил 62,3±0,2 лет (от 34 до 90 лет), мужчин было 63,1%, а женщин36,9%. Артериальная гипертония (АГ) имела место у 1747 (84%), сахарный диабет – у 218 (10,5%). ХСН осложнила течение заболевания у 1942 (93,3%) пациентов ИБС. ФК стенокардии равнялся в среднем2,5±0,02 (от I до IV). У 403 (19,5%) больных причиной госпитализации явилось обострение течения заболевания (нестабильная стенокардия). Средняя продолжительность заболевания составила 7,1±0,1 лет (от 1 мес. до 40 лет); продолжительность госпитализации 13,7±0,1 дней (от 1 до 56 дней). При поступлении среднее САД было 149,1±0,6 Мм рт. ст., ДАД – 89,3±0,3 Мм рт. ст. При выписке САД – 123,0±0,2 Мм рт. ст., ДАД –78,1±0,1мм рт.ст.

Ингибиторы АПФ принимали 1687 (81,1%) пациентов. Данная группа лекарственных средств представлена следующими препаратами: 1) эналаприл использовали 46% пациентов от числа больных, получавших иАПФ, из них эналаприл (15,1±0,5 мг) – 27,1%, берлиприл (17±4,4 мг) – 0,3%, ренитек (2,5±0мг) – 0,06%, эднит (13,1±0,5 мг) – 16,8%, энам (5±0мг) – 0,06%, энап (12±1 мг) – 1,7%; 2) лизиноприл применяли 9,9% пациентов от числа больных, получавших иАПФ, из них лизиноприл (14,7±2,5 мг) – 0,5%, диротон (14,8±0,7 мг) – 9,4%;3) периндоприл был представлен препаратом престариум (4,2±0,1 мг) – 19,1%;

Tesis_006_end.indd 285 24.08.2006 22:25:46
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

4) рамиприл был представлен препаратом тритаце (20±0 мг) – 0,1%; 5) квинаприл был представлен препаратом аккупро (10,7±1,4 мг) – 0,9%; 6) фозиноприл был представлен препаратом моноприл (15,4±0,6 мг) – 11,1%; 7) каптоприл применяли 7,2% пациентов от числа больных, принимавших иАПФ, из них каптоприл (54,2±2,7 мг) – 3,8%, капотен (52,7±3,4 мг) – 3,4%.

Таким образом, анализ реальной практики ведения больных с ИБС свидетельствует о большей приверженности кардиологов и терапевтов к современным рекомендациям по ведению пациентов с данной патологией. Однако, препараты с доказанным положительным влиянием на прогноз использовались только у 19,2% больных. В специализированных медицинских учреждениях данный показатель составил 31,2%.

0675 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛЕРИША

Петровская Д.В., Гайдукова Н.И., Шогенов З.С., Джанашия П.Х.

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

Артериальная гипертензия является достоверным фактором риска развития мультифокального атеросклероза.

Известно, что у больных с окклюзивным поражением сосудов аорто-подвздошной зоны артериальная гипертензия встречается в 23-44% случаев: как сопутствующая гипертоническая болезнь, реноваскулярная гипертензия или следствие самого поражения брюшного отдела аорты.

Цель исследования: выявить частоту встречаемости артериальной гипертензии у больных с синдромом Лериша.

Материал и методы: в исследование вошли 73 пациента с достоверно установленным диагнозом оккклюзивного поражения артерий нижних конечностей в возрасте от 48 до 84 лет (средний возраст 66,7±7,1 лет).

Всем больным проводилось комплексное клинико-инструментальное исследование, включающее дуплексное сканирование артерий нижних конечностей, электрокардиографическое и эхокардиографическое исследования, контроль артериального давления, определение биохимических показателей крови. У большинства пациентов была 2 и 3 степень ишемии нижних конечностей. Артериальная гипертензия была выявленау 70 пациентов (96%), при этом II степени -в 41 случае (56%), III – в 25 (34%). Длительность артериальной гипертензии была от 2 до 35 лет (в среднем составила 14 лет). 51% пациентов страдали ишемической болезнью сердца (14 из них перенесли инфаркт миокарда), 3 пациентов –ишемический инсульт, сахарным диабетом –4 пациента.

При этом факторы риска атеросклероза были выявлены практически у всех больных: средний возраст – 66 лет, курение в 79% случаев, гиперлипопротеинемия у 28 пациентов (38%), гипертрофия миокарда левого желудочка по данным эхокардиографического и/или электрокардиографического исследований была выявлена у 35 пациентов (48%).

Результаты. Таким образом, частота встречаемости артериальной гипертензии у наблюдавшихся пациентов составила 96%.

У 5% больных, перенесших оперативное вмешательство, в послеоперационном периоде отмечалась тенденция к нормализации артериального давления, что потребовало уменьшения дозы и/или количества антигипертензивных препаратов.

На основании полученных данных можно предположить, что в 95% случаев артериальной гипертензии имела места гипертоническая болезнь, а в 5% –носила симптоматический характер.

0676 ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИВ ОСТРОМ ПЕРИОДЕИНФАРКТА МИОКАРДА

Пешкова Н.С., Чумакова Г.А.,Старкова Л.А., Черникова И.В.

ГУЗ АККД,Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Целью исследования стало изучение возможности предупреждения постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) и нарушения его функций при восстановлении коронарного кровотока в инфаркт-зависимой коронарной артерии методом коронарной баллонной ангиопластики (ТКБА) в остром периодеинфаркта миокарда (ИМ).

Материал и методы: под наблюдением было 66мужчин в возрасте от 41 до 62 лет, которые имели одинаковую степень нарушения сократимости миокарда (дисфункция 4–6 сегментов ЛЖ с общей его сократимостью от 22 до 26 баллов) через 3 месяца после перенесенного Q–ИМ. Больные былиразделены на две группы. В группу 1 вошли 34пациентов, которым была проведена ТКБА инфаркт зависимой коронарной артерии в сроки от 4 до 8 часов от развития ИМ. В группу 2 –32 больных, которым не применялись агрессивные методики ведения больных в остром периоде ИМ. Всем больным проводилась эхокардиография для определения показателей сократимости левого желудочка и его структурно-геометрических характеристикметодом эхокардиографии и велоэргометрия (ВЭМ) для определения толерантность к физической нагрузке (ТФН), которые проводились через 2-3 недели и 6 месяцев после ИМ.

Результаты исследования: установлено, что в подостром периоде ИМ у больных группы 2 чаще возникали постинфарктная стенокардия (8 случаев против двух в группе 1), желудочковые нарушения ритма (2 случая против шести в группе 1), рецидивов ИМ (3 случая против отсутствия таковых в группе 1). Структурно-геометрические показатели перед выпиской из стационара имели следующиезначения в группах 1 и 2: конечный диастолический размер ЛЖ (КДР) -49,3±1,8 мм и 51,2±2,2 мм соответственно, конечный систолический размер ЛЖ (КСР) – 36,8±2,1 мм и 38,4±2,2 мм соответственно, фракция выброса ЛЖ (ФВ) 55,3±1,6% и 52,4±2,1%. Через 6 месяцев в группе 1 достоверных изменений данных показателей не произошло. В группе 2 произошло достоверное увеличение КДР ЛЖ до 55,7±2,4 мм (p=0,035) и КСР ЛЖ до 43,5±2,5% (p=0,43), ФВ ЛЖ снизилась до 49,8±1,7% (p=0,021). ТФН по данным ВЭМ в группе 1 выросла с 85,6±6,9 втдо 117±7,6 вт (p=003).

Таким образом,восстановление кровоснабжение в ИЗКА методом ТКБА даже при развившемся некрозе миокарда позволяет сохранить жизнеспособный миокард и сократимостьЛЖ. Это позволяет замедлить постинфарктное ремоделирование ЛЖ, сохранить и даже улучшить его функции, увеличить ТФН.

0677 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИЛДРОНАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Пилюшин В.И., Бабушкина Г.В.

ГКБ № 13 г., Уфа, Башкортостан, Россия

Цель исследования: изучить влияние милдронатана показатели клинической эффективности, толерантности к физической нагрузке, на нейрогормоны, в частности, оксид азота в крови больных стенокардией II и III ФК.

Методы: под наблюдением находилось 92 больных стабильной стенокардией II и III ФК в возрасте 25-60 лет. Все пациенты в течение двух недель принимали адекватную медикаментозную терапию, включающую нитраты, бета-блокаторы, анагонисты кальция и антиагреганты. В дальнейшем пациенты были рандомизированы в 2 группы. В 1-ю группу вошли 49 больных, получавших помимо антиангинальной терапии, рибоксин. Во 2-ю группу – 43

Tesis_006_end.indd 286 24.08.2006 22:25:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

больных, получавшихнаряду с традиционной терапиеймилдрона т(основная)втечение 4-х недель. Велоэргометрия (ВЭМ) проводилась больным до лечения, через 2 и 4 недели соответственно. Определялась потребность в приеме антиангинальных препаратов, частота приступов стенокардии на фоне лечения.

Конечные метаболиты оксида азота (NO) определялись в цельной крови больных по методике Емченко Н.Л. и соавт. (1994г.) до и после курса лечения .

Результаты: после окончания лечения в обеих группах больных наблюдалось улучшение показателей нагрузочной пробы: ее продолжительности, увеличение выполненной работы, продолжительности нагрузки до появления приступа стенокардии. Однако достоверный характер данный прирост носил на фоне дополнительной терапии милдронатом. В обеих группах наблюдалось урежение приступов стенокардии, а статистически значимое уменьшение приема нитратов – в основной. Не было выявлено статистически значимого влияния препаратов метаболического действия на частоту сердечных сокращений, систолическое и диастолическое артериальное давление.

Анализ результатов показал, что в обеих группах наблюдения до лечения уровень конечных метаболитов оксида азота был ниже нормальных значений соответственно на 73% и 70%. После курса лечения уровень метаболитов NO возрос статистически значимо в обеих группах (основной и группе сравнения) и составил соответственно – 81,66+8,9мкм/ли 54,13+7,6 мкм/л.

Выводы:назначение милдроната в комплексной терапии больных стабильной стенокардией способствует статистически значимому увеличению толерантности к физической нагрузке, уменьшению потребности в приеме нитратов, росту уровня оксида азота в крови больных, оказывающего вазодилатирующее действие.

0678 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛАПИНИНА С БИСОПРОЛОЛОМВ ПЕРВЫЕ СУТКИ ОСТРОГО «Q» ИНФАРКТА МИОКАРДА.

Пирназаров М.М., Рахмонов Т.Ш.

Республиканский специализированный центр кардиологии, Узбекистан, Ташкент

Цель: сравнительно оценитьантиаритмическую эффективность бисопролола и их сочетания с аллапинином у больных острым инфарктом миокарда с зубцом Q(Q ОИМ) в первые 3 суток заболевания.

Материалы и методы:обследовано 103 больных ОИМ с зубцом Q в первые 72 часа от начала заболевания или рецидива. Больные случайным образом разделены на 2 группы: 1- (n=49, средний возраст 56,64±10,92) группа получала с момента поступления бисопролол, а 2-я группа (n=53, средний возраст 57,16±11,69) получала сочетание бисопролола с аллапинином. Доза бисопролола подбиралась титрованием, начиная с малых доз – 1,25-2,5 мг. Начальная доза аллапинина составляла 75-100 мг/сутки. Для оценки антиаритмического эффекта всем больным проводилось мониторирование ЭКГ по Холтеру на 1 и 3 сутки от начала заболевания.

Результаты: по данным ХМЭКГ 1х суток на фоне проводимой терапии средняя частота желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) в 1 час составила 35,83±15,2 и 5,78±7,2 в 1- и 2- группах соответственно. При этом ЖЭ I-II, III, IVA и IV Б классов по Лауну наблюдалась у 100%, 21,60%, 63,5% и 46 % больных,против 65%, 5,5%, 14% и 11,5%соответственно в 1- и 2- группах.При этом средняя частота ЖЭ I-II, III, IVA и IV Б классов составляла 32,6±65,8; 0,02±0,04; 2,56±4,01; 2,34±3,28против5,55±11,49; 0,005±0,02; 0,037±0,103; 0,03±0,094 в 1- и 2- группах соответственно (IVA-IVB P<0,05). По данным ХМЭКГ 3 суток заболевания средняя частота ЖЭ составила 0,9±1,87 в час против0,3±1,01 в час в 1 и 2 группах соответственно. При этом ЖЭ I-II, III, IVA и IV Б классов наблюдалась у 66,6%, 1,5%, 16,6% и 0 % больныхпротив 33%, 0%, 0% и 0%соответственно в 1- и 2- группах.При этом средняя частота ЖЭ I-II, III, IVA и IV Б классов по Лауну в час составляла 1,04±2,18; 0; 0,15±0,38; 0против0,37±1,01; 0; 0 и 0 в 1- и 2- группах соответственно. При этом средняя частота сердечных сокращений в группах достоверно не отличалась и составляла 76,0±7,4против 76,25±11,6 в 1- и 2- группе соответственно на 1- суткии70,33±8,2против 72,33±10,38 в 1 и 2 группе соответственно на 3- сутки (p>0,05).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о более высокой антиаритмической эффективности сочетанного с аллапинином применения бисопролола у больных в острой стадии ИМ с зубцом Q против желудочковой экстрасистолии, в т.ч. сложных градаций.

0679 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ ПРИ ОКС БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ S-T

Пирназаров М.М., Мансуров А.М., Никишин А.Г.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии, Узбекистан, Ташкент

Цель: сравнительно оценит клиническую эффективность сочетанного применения клопидогрела с аспирином и аспирина у больных ОКС без элевации S-T в динамике на фоне стандартного лечения.

Материал и методы: обследовано и пролечено 67 больных ОКС без элевации S-T обоего пола, в возрасте от 44 до 72 лет (Средний возраст 56,7+6,2 лет), госпитализированныев кардиореанимационное отделение РСЦК в первые 3 дня сначала клинических проявлений болезни. Больные были разделены на 2 равнозначные, по исходным клиническим параметрам, группы: 1-группа больных (n=32) в качестве антиагрегантной терапии получала сочетание аспирина с клопидогрелем, 2-группа (n=35) – только аспирин. Все больные в качестве базисной терапии получали антикоагулянты (НМГ или НФГ), нитраты, бета блокаторы, психотропные по показаниям и другие препараты, в т.ч. метаболического действия. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца. Критериями исключения были тяжелые почечные, печеночные, неврологические и онкологические заболевания, индивидуальная непереносимость применяемых лекарственных средств.Как конечные точки учитывалась динамика болевого синдрома, развитие возвратной стенокардии, инфаркта миокарда или его рецидива, вмешательств реваскуляризации (плановой и экстренной), смертельные исходы, повторная госпитализация и побочные эффекты терапии.

Результаты исследования: по итогам 3х месяцев наблюдения по частоте смертельных исходов (6,3% в 1-группе и 5,7% во 2-группе) и побочных эффектов в виде болей в животе, изжога и малых кровотечений (9,4% против 8,6%) группы между собой достоверно не отличались. Однако, во 2-группе возвратная стенокардия (20,0% против 12,5%), процедура реваскуляризации (14,3% против 6,25%), повторная госпитализация (20,0% против 6,25%) случалась достоверно (p>0,05) чаще чем в 1-группе. Причем, суммарная частота клинических событий также было больше во 2-группе (37,1% против 21,9%, p>0,05). Частота рецидивов ИМ было недостоверно чаще опят во 2-группе (11,4% против 9,4%).

Выводы. Таким образом, дополнительное к аспирину применение антиагреганта клопидогреля достоверно улучшает клиническое течение и исходы ОКС без элевации S-T и способствует уменьшению частоты повторных госпитализаций.

0680 СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА

Пирназаров М.М

Республиканский специализированный центр кардиологии, Узбекистан, Ташкент

За последние 20 лет лечение острого инфаркта миокарда (ОИМ) претерпела существенные изменения. В смену старым

Tesis_006_end.indd 287 24.08.2006 22:25:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

методам и стратегии лечения пришли современные клинически доказанные методы лечения, значимо уменьшившие частоту осложнений и летальности от ОИМ.

Целью настоящего исследования явилось сравнение частоты и динамики желудочковых аритмий (ЖА) у больных в первые 3 дня ОИМ, леченных согласно стандартам сегодняшнего дня и 20 летней давности по результатам суточного мониторирования ЭКГ.

Материал и методы. В исследование включены 226 больных ОИМ обоего пола по случайной выборке, госпитализированные в течение первых 6 часов от начала болезни в реанимационное отделение центра кардиологии в 1985-86гг (120 больных – 1 группа) и 2003-2005гг (106 больных – 2 группа). Все больные получали базисную терапию согласно стандартам своего времени. При развитии ЖА 2 и 4 градаций по Лауну в 1- группе применялся лидокаин вв. и вв. капельно. Во 2-группе лидокаин вв. струйно или амиодарон вв.и вв. капельно. Группы по исходнымпараметрам были сравнимыми.

Полученные результаты исследования показали достоверное уменьшение частоты регистрации ЖА, в т.ч. высокой градации на фоне современного стандарта лечения, основанного на патогенетическом подходе по сравнению с лечением, основанном на старых подходах к терапии ОИМ (< 0,01).

Дополнительное использование адекватных доз иАПФ, бета блокаторов и активной реперфузионной терапии значимо уменьшило частоту ЖА у больных 2-группы, в т.ч. высокой градации ЖА (ВГЖА).

Выводы: современные стандарты лечения ОИМ, оказывая разностороннее действие на патогенетические механизмы развития и течения болезни, значимо уменьшают и частоту ЖА, в т.ч. и высокой градации.

0681 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ИШЕМИЗИРОВАННОГО МИОКАРДА ПРИ РЕПЕРФУЗИИ

Писаренко О.И., Серебрякова Л.И., Студнева И.М., Цкитишвили О.В.

ФГУ "РКНПК Росздрава", Москва, Россия

Цель: сравнить способность метаболических протекторов K-Mg-аспартата (Асп), смеси глюкоза-инсулин-калий (ГИК), их комбинации (ГИКАсп) или инсулина (И)ограничивать размеры инфаркта миокарда (ИМ) у крыс при их введении во время реперфузии.

Методы: инфаркт левого желудочка сердца крыс Wistar вызывали 40-мин окклюзией передней нисходящей коронарной артерии (ПНА) с последующей 60-мин реперфузией зоны риска в условиях искусственного дыхания с добавлением кислорода. В течение всей реперфузии в яремную вену со скоростью 1мл/кг/час вводили физиологический раствор (контроль); Асп (K-аспартат 2,6 М, Mg-(аспартат)2 2,75 М); ГИК (глюкоза 2,8 М, инсулин 100 МЕ/л, K+ 0,1 М);ГИКАсп (глюкоза 2,8 М, инсулин 100 МЕ/л, K-аспартат 0,1 М) или И (100 МЕ/л в физиологическом растворе). По окончании опыта окрашивали интактный миокард 2% синькой Эванса, а срезы левого желудочка – 1% 2,3,5-трифенилтетразолием хлоридом в фосфатном буфере. С помощью метода компьютерной планиметрии рассчитывали отношение зоны риска к массе левого желудочка (ЗР/ЛЖ, %) и отношение зоны инфаркта к зоне риска (ЗИ/ЗР, %). Различия между группами оценивали с помощью t-критерия Стьюдента.

Результаты: введение физиологического раствора или метаболических протекторов не влияло на артериальное давление и показатели кислотно-щелочного состояния артериальной крови. Отношения ЗР/ЛЖ, % во всех группах не различались и в среднем составляли 24,2+1,3%. Размеры ИМ, оцененные по отношению ЗИ/ЗР,% в исследуемых группах увеличивались в следующем ряду ГИК<И<Асп<ГИКАсп и составляли 30,9+3,6; 33,5+4,4 37,9+6,6 и 42,6+3,2%, соотв., достоверно отличаясь от контроля (55,5+4,0%, $p<0,05$-0,02). Достоверных различий в размерах ИМ между ГИК и И группами обнаружено не было. Это свидетельствует о том, что И играет ключевую роль в защитном эффекте ГИК,который оказывается прямо не связан с захватом ишемизированными миоцитами глюкозы или K+. Скорее всего, он обусловлен активацией И антиапоптотических путей передачи сигнала и/или снижением повреждающего действия свободных жирных кислот на метаболизм миоцитов. Замена K+ в смеси ГИК эквимолярным количеством K-аспартата не приводила к дальнейшему ограничению размеров ИМ. ОтношениеЗИ/ЗР,% в группе ГИКАсп было более высоким, чем в сердцах, реперфузированных ГИК ($p<0,05$), но достоверно не отличалось от этого показателя в Асп группе. Таким образом, при использовании данной экспериментальной модели реперфузия с И и Асп в равной степени снижали необратимое повреждение миокарда.

Выводы: результаты указывают на перспективность использования метаболической защиты И или Асп в качестве дополнительной терапии у пациентов с острым ИМ.

0682 ВЛИЯНИЕ ДОНОРОВ NO НА КОРОНАРНУЮ, СОКРАТИТЕЛЬНУЮ И НАСОСНУЮ ФУНКЦИЮ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ

Писаренко О.И., Шульженко В.С., Файнгольд И.И., Котельникова Р.А., Романова В.С., Санина Н.А., Котельников А.И., Алдошин С.М., Чазов Е.И.

ФГУ "РКНПК Росздрава", Москва, Россия; ИПХФ РАН, Черноголовка, Московская область, Россия

Цель: исследовать действие новых соединений, продуцирующих NO, на функцию левого желудочка и коронарных сосудов изолированного сердца крысы.

Методы: сердца крыс линии Wistar перфузировали антеградно раствором Кребса (РК) с 11 мМ глюкозой при давлении наполнения левого предсердия 15 Мм рт. ст. и перфузионном давлении в аорте 60 Мм рт. ст. (исходное состояние). Тетра-нитрозильный комплекс железа (ТНКЖ) или нитропроизводное фуллерена (НФЛ) вводили в аорту при перекрытии аортального оттока со скоростью 1мл/мин в течение 5 Мин. Их эффективная концентрация в инфузате составляла 3,7+0,3.10-5 М. После 5 Мин. «отмывания» РК возобновляли антеградную перфузию в исходном режиме. Веществом сравнения служил 3,7.10-5 М нитропруссид.Na2 (НП), который вводили в тех же условиях, контролем – инфузия РК .

Результаты: 5-мин инфузияНФЛ достоверно увеличивала коронарный поток (КП), по сравнению с контролем ($p<0,05$); влияние ТНКЖ на КП было выражено слабее. Под действием инфузииТНКЖ и НП коронарное сопротивление (КС)снижалось, по сравнению с контролем ($p<0,005$). Таким образом, оба новых донора NO обладают сосудорасширяющим эффектом. Одновременно ТНКЖ и НФЛ снижали частоту сокращений сердца (ЧСС) и интенсивность сократительной функции (ИСФ), по сравнению с контролем ($p<0,05$-0,01). Принципиально сходное действие отмечено после 5-мин введения НП. При введении ТНКЖ происходило достоверное увеличение ударного объёма (УО) ($p<0,01$), а НФЛ увеличивал как УО, так и Минутный объём (МО), по сравнению с этими показателями в контроле ($p<0,05$). Инфузия НП вызывала аналогичные изменения УО и МО. Спустя 5 Мин. после отмены НФЛ, ТНКЖ и НП их отрицательное кардиотропное действие на сократительную и насосную функцию сохранялось. Через 15 Мин. после "отмывания" НФЛ, ТНКЖ и НП в условиях антеградной перфузии показатели сократительной и насосной функции сердца не восстанавливались, оставаясь на 30-50% ниже исходных ($p<0,01$-0,001).

Вывод: новые доноры NO, так же как и НП, способны вызывать расслабление коронарных сосудов и снижать частоту сокращений изолированного сердца крысы, перфузируемого РК.

Tesis_006_end.indd 288 24.08.2006 22:25:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Длительное отрицательное хронотропное и инотропное действие НФЛ и ТНКЖ на сократительную и насосную функцию сердца может быть вызвано их депонированием и/или влиянием на метаболизм миокардиальных клеток.

0683 АМБУЛАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ СКРЫТОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ

Платонова Е.В., Горбунов В.М., Деев А.Д., Быстрова М.М.
ФГУ ГНИЦ ПМ Росздрава, Москва, Россия

Цель:в последние годы в некоторых исследованиях с использованием амбулаторных методов измерения артериального давления (АД)получены данные распространенном феномене утренней «замаскированной» артериальной гипертонии (АГ) на фоне успешной антигипертензивной терапии под контролем клиническихизмерений АД (КлАД). В связи с этим представляет интерес изучение надежностиполучаемой информации о лечении с помощью суточного мониторирования АД (СМАД)и самоконтроля АД (СКАД).

Материалы и методы: открытое рандомизированное исследование с перекрестным дизайном закончили 22 пациентки с АГ, стабильной характер которой был подтвержден результатами СМАД. После постепенной отмены предыдущего терапии и одной недели контрольного периода, каждая больная рандомизировалась в группу лечения дилтиаземом или эналаприлом в течение 4 недель. В случаи недостаточного антигипертензивного эффекта после 1 недели лечения по данным КлАД, доза препарата увеличивалась.После терапии первым препаратом, назначали другой препарат по той же схеме. СМАД проводили исходно и в конце 4 недели лечения с помощью монитора Spacelabs 90207, 90217. На протяжении всего исследования СКАД выполнялосьс помощью автоматического тонометра A&D 767 с памятью на 126 измерений и программным обеспечением. Анализировали 44 наблюдения лечения АГпод контролем СМАД и СКАД одновременно. Оценивались: 1) воспроизводимость (Во) параметров СМАД и СКАД на основании результатов АД контрольного периода.Анализировали 2 источника дисперсии (“собственную ошибку” и межиндивидуальную вариабельность) 2) информативность (Ин) характеристик СМАД и СКАД с использованием расстояния Махаланобиса и t-критерия, 3) специфичность (Сп) амбулаторных методов на основании согласованности их результатов исходно и на лечении.Для корректности сравнительного анализа изучена воспроизводимость и информативность значений КлАД.

Результаты:хорошая Во определялась меньшей долей “ошибки” в дисперсии признака, по сравнению с КлАД.Для средних 24-часовых значений СМАД ошибка составила 19-33%, для средних утренних показателей СКАД лишь 12-18%, в то время как для КлАД она была 30-52%. При сравнении Ин трех методов учитывали, что достоверные значения t-критерия превышают 1,96. Средние значения СМАД показали высокую Ин 3,16**-1,19, Ин усредненных характеристик СКАД составила 1,52-0,69, тогда как на пике действия препарата Ин средних значений дляКлАДбыла 2,76*-2,06* (p<0,05-*, p<0,005-**). По данным КлАД у 62% больных АД на фоне лечения было <140/90 Мм рт. ст.Исходно амбулаторные методы в утренний период времени не выявляли больных с АД<135/85 мм. рт. ст., что логично подтверждало стабильный характер АГ у отобранных больных. На фоне лечения СКАД дополнительно выявлял в18,5% случаевутреннюю АГ при нормальных результатах СМАД.

Заключение: При оценке эффективности антигипертензивной терапии исходные результаты характеризовались высокой Во СКАД. Сравнительно низкая Ин СКАД объясняется частой регистрацией данным методомэпизодов скрытой неэффективности антигипертензивного леченияв утренний период.

0684 СУБДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ

Платонов Д.Ю., Брандт А.И.
ГУЗ «Областная клиническая больница», Тверь, Россия; ТГМА, Тверь, Россия

Цель: изучить распространенность субдепрессии среди мужчин, перенесших инфаркт миокарда, и оценить ассоциирующиеся с ней факторы.

Методы: обследована случайная выборка мужчин 30-70 лет, перенесших инфаркт миокарда, и состоящих на диспансерном учете в поликлинике. Объем выборки 180 человек, отклик на исследование 84,4%. Пациенты опрашивались для оценки социальных характеристик, жалоб, инфарктного анамнеза, субдепрессии (Опросник Zung). Изучался также их клинический статус. Факторы, продемонстрировавшие ассоциации с субдепрессией в t-тесте Стьюдента и дисперсионном анализе с p<0,05, включались в многофакторный пошаговый линейный (зависимая переменная – балл субдепрессии) и логистический (зависимая переменная – вероятность наличия субдепрессии) регрессионный анализ в качестве независимых переменных. Стандартизованные коэффициенты линейной регрессии (□) представлены с величиной p, отношения шансов – с 95% доверительным интервалом.

Результаты: частота субдепрессии (≥ 50 баллов) составила 30,3%. Позитивные однофакторные ассоциации были выявлены между субдепрессией и возрастом, отсутствием семьи, отсутствием профессиональной занятости, давностью инфаркта миокарда более 6 месяцев, болями в грудной клетке любого характера. Не было отмечено четкой связи с уровнем образования, артериальной гипертонией, ожирением. В линейной регрессионной модели независимую связь с субдепрессией продемонстрировали боли в грудной клетке (=0,32; p<0,001), отсутствие семьи (=0,22; p<0,004), давность инфаркта более 6 мес. (=0,17; p<0,024), возраст старше 55 лет (=0,15; p<0,042). В логистической регрессионной модели отношения шансов наличия субдепрессии для соответствующих факторов составили, соответственно: 6,65 (2,56-17,23); 3,07 (1,17-8,07); 2,76 (1,29-5,90); 2,28 (1,04-5,02).

Выводы: депрессия является одним из установленных факторов риска сердечно-сосудистой патологии. Субдепрессия как ее потенциальная предшественница представляет как теоретический, так и практический интерес. Субдепрессия является частым состоянием у мужчин, перенесших инфаркт миокарда, и наиболее вероятна у лиц старше 55 лет, имеющих сердечно-болевой синдром, лишенных семьи (одинокие, вдовцы, разведенные) и перенесших инфаркт более полугода назад. Эти факторы следует учитывать в программах реабилитации и вторичной профилактики у данного контингента больных.

0685 ЭНТЕРОВИРУС И ИБС: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Плоткин В.Я., Павловский В.Ф., Мурина, Е.А., Иващенко Т.Э., Варонель В.Л., Минкин С.Р., Зарипова З.А.
ФГОУ ВПО СПбГУ ФАО, ГУ СПИИ РАН, ГУ НИИДИ Росздрава, ГУ НИИАГ им. Д.О. Отта РАМН, ГКБ Святого Великомученика Георгия, Городской диагностический центр №1, Санкт-Петербург, Россия

Целью настоящей работы явилось изучить роль энтеровирусов, частотгенотипов и полиморфизма аллелей генов TNFα (TNFα стимулируется энтеровирусом), TP53 (TP53 активируется TNFα и вирусом)и Col1A1 (снижение синтеза коллагена вирусом и TNFα) у больных в остром и хроническом периодах ИБС. Антигены энтеровирусов определялись в периферической кровиу 15 больных ИМ, осложненным кардиогенным шоком и/или разрывом сердца и у 6 больных неосложненным ИМ с по-

Tesis_006_end.indd 289 24.08.2006 22:25:47
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

мощью модифицированной реакции связывания комплемента. У 12 больных, умерших от осложнений ИМ, антигены вируса исследовали в ткани сердца. Методом ПЦР-ПДРФ анализа исследованы частоты генотипов и аллелей -308A/G полиморфизма промоторной области гена TNFα, G□T полиморфизма регуляторной области гена Col1A1 (S/s полиморфизм)итрехпол иморфных вариантов гена TP53 (arg72pro, ins/del 16 п.о.,в 6 интроне) у 22 больных в остром периоде инфаркта миокарда, осложненного кардиогенным шоком (16 пациентов) и/или разрывом миокарда (6 пациентов) и 14 ИБС после аортокоронарного шунтирования. В качестве контроля использованы образцы ДНК 92 здоровых неродственных индивидуумов, проживающих в Северо-западном регионе России. Различные серотипы энтеровирусов в крови пациентов выявлялись в 13 случаях из 21. Однако в случаях осложнений острого периода ИМ частота наличия вируса была больше, по сравнению с неосложненным ИМ (66,7% против 50%). Антигены энтеровирусов обнаружены в миокарде 3 из 7 больных с разрывом миокарда и в 7 из 8 случаев кардиогенного шока. Наибольшие титры энтеровирусных антигенов (от 0,53 до 0,83 отн. ед.) определялись в зонах разрыва и инфаркта, по сравнению с интактным миокардом, где титр колебался от 0,28 до 0,61 отн. ед. Обнаружено, что частота носительства полиморфного аллеля -308, связанного с повышенной экспрессией гена TNFα, была выше в группе больных по сравнению с общей популяцией. В то же время распределение генотипов в группах больных ИМ и ИБС было примерно одинаковым.Частота носительства полиморфных вариантов Arg72Pro в экзоне 4, дупликация 16 нуклеотидовв интроне 3и точечная замена в интроне 6 гена TP53 была выше в группе больных по сравнению с популяцией. Наряду с этим носительство функционально измененных аллелей в группе ИМ было примерно в два раза ниже, чем у больных ИБС. Частота носительства S/s полиморфизма гена Col1A1 в группе больных не отличалась от здоровой популяции. Однако носительство S/s аллеля у больных ИМ было в 2,5 раза выше, чем у пациентов ИБС. Таким образом, присутствие антигенов энтеровирусов как в крови, так и миокардеряда пациентов в остром периоде ИМ, особенно при осложненном его течении может свидетельствовать об участии энтеровирусов в патогенезе ИМ. Наличие полиморфизмов аллелей генов TNF□, TP53 и Col1 при стабильной ИБС и в остром периоде ИМ, по-видимому,является генетическим фоном, способствующим воздействию энтеровируса на миокард с вовлечением апоптоза (белок p53) и нарушением образования коллагена.

0686 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Поворинский А.А., Соколова Л.А.

СПбГМА им И.И. Мечникова, ФГУ «СПбНЦЭР им. Альбрехта Росздрава», Санкт-Петербург, Россия

Данные доказательной медицины последних лет свидетельствуют о том, что на рецидивы сердечно-сосудистых осложнений основное влияние оказывают факторы риска, вызывающие первоначальное заболевание.

Целью настоящего исследования был анализ эффективности вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений на основании контроля основных факторов риска (артериальная гипертензия, гиперхолестеринемии, курения) у больных, перенесших инфаркт миокарда и прошедших госпитальный и санаторный этапы реабилитации.

Материалом для исследования послужили 99 историй болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда и поступивших на терапевтическое отделение СПбНЦЭР им. Альбрехта в 2005 году. У всех пациентов помимо ИБС, перенесенного инфаркта миокарда, была диагностирована артериальная гипертензия.

Результаты: среди обследуемой группы больных 79,8% были мужчины, 20,2% –женщины. Средний возраст пациентов составил 55,2±0,96лет. Число курящих из общего числа больных составило 56,5%, из них за время реабилитации курить бросили 8,9% пациентов. Таким образом, большая часть больных после перенесенного инфаркта миокарда продолжали курить. Медикаментозную антигипертензивную терапию регулярно получали 79,8% больных, однако, из этого числа адекватная терапия, –с достижением и поддержанием целевого уровня артериального давления, была отмечена только у 29,1% больных. Таким образом, неконтролируемая артериальная гипертензия сохранялась у 70,9% пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Следует отметить, что развернутой картины нарушений липидного спектра крови, включая ЛПНП, ЛПВП, ТГ не было предоставлено ни в одном из анализируемых документов. Гиперхолестеринемия более 5,0 ммоль/л выявлена у 71 больных, что составило 71,7%. Применение липидоснижающей терапии статинами при этом было отмечено у 8 больных (10,1%).

Заключение: результаты проведенного исследования свидетельствуют о недостаточной эффективности госпитального и санаторного этапов медицинской реабилитации больных ИБС, перенесших инфаркт миокарда. Это проявляется в отсутствии контроля за модифицируемыми факторами риска сердечно- сосудистых осложнений у большинства пациентов из группы наблюдения. Так курить в постинфарктном периоде продолжали 51,5% больных, неконтролируемая артериальная гипертензия отмечена у 70,9% пациентов, гиперхолестеринемия – в 71,7% случаев.

0687 АНТИКАРДИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

Полякова Е.Б., Школьникова М.А.

ФГУ Московский научно-исследовательский институт Педиатрии и Детской хирургии Росздрава, Детский научно-практический центр диагностики и лечения нарушений сердечного ритма, Москва, Россия

В настоящее время в отечественной медицинской литературе практическиотсутствуют данные о роли аутоантител при кардиологической патологии у детей.

В 75-80% случает синдром слабости синусового узла у детей считается идиопатическим. С учетом иммунологических механизмов, играющих важную роль в патогенезе развития нарушений сердечного ритма, актуальной представляется оценка клинико-иммунологических ассоциацией у детей с синдромом слабости синусового узла.

Обследовано 59 детей в возрасте 8-17 лет с синдромомслабости синусового узла. Группу сравнения составили9 практически здоровых пациентов без признаков нарушения функции синусового узла. Проведено исследование крови на содержание антител к антигенам эндотелия сосудов, кардиомиоцитов, гладкой мускулатуры и волокон проводящей системы сердца методом непрямой иммунофлуоресценции. Повышение титров антител к эндотелию сосудов выявлено у 53% детей, у 56% пациентов определялись повышенные титры к гладкой мускулатуре, а у 47% было выявлено повышение титров антител к кардиомиоцитам. Частота выявления повышенных титров антител к проводящей системе сердца составила 80%.

В группе детей с 4 вариантом синдрома слабости синусового узла отмечались максимальные титры к антигенам проводящей системы сердца.

Значение титров антител к проводящей системе сердца зависило от степени тяжести заболевания и прогрессивно нарастало от 1 к 4 варианту синдрома слабости синусового узла ($p<0,05$). Таким образом, у детей с более тяжелой степенью нарушения функции синусового узла выявляются высокие титры антител к проводящей системе сердца, что позволяет считать аутоимунное поражение провоящей системы сердца одним из механизмов патогенеза синдрома слабости синусового узла у детей.

Tesis_006_end.indd 290 24.08.2006 22:25:48
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0688 ВЫДЕЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ ПРИ СРАВНЕНИИ МАГНИТОКАРДИОГРАММ ЗДОРОВЫХ ОБСЛЕДУЕМЫХ И ПАЦИЕНТОВ ИБС

Полякова И.П., Круглова М.В., Васнев А.В. Голухова Е.З.*

НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, * – НПО «Криотон», Москва, Россия

Магнитокардиография (МКГ) –это метод регистрации экстракорпорального магнитного поля сердца, генерируемого теми же биоэлектрическими токами процессов де- и реполяризации, которые регистрируются с помощью ЭКГ.

Цель настоящего исследования – исследование нормальной последовательности реполяризации на МКГ и выявление тех параметров МКГ, которые различаются у больных ИБС и здоровых обследуемых.

Методы. МКГ записывалась в состоянииипокоя у 17 здоровых волонтеров (лица без признаков патологии сердца) и 14 пациентов ИБС, подтвержденной при коронароангиографии. Из 14 пациентов ИБС 8 перенесли инфаркт миокарда. Для регистрации МКГ использовали 7-канальный СКВИД-магнитокардиограф с синхронной записью ЭКГ-12. Измерения производилив 36 точках прекардиальной области, анализ магнитокардиографических данных состоял в оценке изомагнитных карт, построенных по 36 синхронизированным и усредненным МКГ в последовательные моменты кардиоцикла, а также в расчете локализации и структуры первичных локализованных источников, которые представлялись либо как точечный дипольный источник, либо в виде слоя токов, распределенного в плоскости, параллельной плоскости измерений.

Результаты. Параметры, по которым различались группы больных ИБС и контрольная группа: количество и абсолютные значения положительных и отрицательных экстремумов на изомагнитных картах,соответствующих интервалу ST-T кардиоцикла, а также угол, определяющий положение токового диполя. Между контрольной и группой постинфарктных пациентов наибольшее различие возникало в параметрах МКГ, соответствующих периоду реполяризации, в отличие от ЭКГ, в которых эти различия относятся к периоду деполяризации. У пациентов с постинфарктным поражением задней стенки левого желудочка (3 пациента)изменения вышеназванных параметров МКГ были более выражены, чем у пациентов с постинфарктным поражением передней или передне-верхушечной стенки левого желудочка.

Вывод. МКГ – это потенциальный метод диагностики различных форм ИБС, требующий дальнейшего исследования.

0689 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Полянская Е.А., Козиолова Н.А.

ГОУ ВПО «ПГМА им. Академика Е.А. Вагнера Росздрава», Пермь, Россия

Цель исследования: изучение прогностической значимости некоторых клинических иструктурно-функциональных характеристик сердца у больных, перенесших острый коронарный синдром (ОКС).

Методы исследования: проведен фрагмент когортного сравнительного клинического исследования. Первичное обследование пациента проводилосьв первые 3 суток от возникновения ОКС; повторный контакт с больным (телефонный или личный) спустя 6 месяцев от начала госпитализации.Всего в исследование было включено 60 человек, перенесших Q-позитивный или Q-негативный инфаркт миокарда (ИМ) – 32 женщины (53%) и 28 мужчин (47%). Методами исследования были выбраны оценка клинического состояния пациента по шкале ШОКС (модификация В.Ю.Мареева, 2000 г.), проведение эхокардиографическогоисследования (ЭхоКГ) сердца в первые 3 суток от развития ОКС. Повторный контакт с больным или его родственниками осуществлялся через 6 месяцев от госпитализации с целью оценки течения заболевания и развития кардиоваскулярных осложнений ИБС (повторный ОКС, в т.ч. любая повторная госпитализация по поводу прогрессирования стенокардии, нарушение мозгового кровообращения, хирургическая реваскуляризация).

Полученные результаты. В когортупациентов с благоприятным течением заболевания вошли 43 (71,7%) человека, у 17 (28,3%) человек в течение полугода отмечены были следующие сердечно-сосудистые осложнения: повторная госпитализация по поводу прогрессирующей стенокардии у 7 чел (11,7%), повторный или рецидивирующий ИМ у 7 чел (11,7%), мозговой инсульт в 1 случае (1,7%), аортокоронарное шунтирование в 1 случае (1,7%) и один летальный исход в результате развития острой сердечной недостаточности. Возраст больных во второй группе (63,5+10,8 лет) превышал таковой у больных первой группы (62,09+13,44) без достоверных различий. При оценке клинического состояния пациентов I ФК хронической сердечной недостаточности (ХСН) был определен у 63,4% пациентов (n=38),II ФК – у 20% (n=12),III ФК – у 8,3% (n=5), иIV ФК – у 8,3% (n=5). При этом средняя сумма баллов в группе неблагоприятных исходов была достоверно выше- 4,53+3,3, чем в группе контроля- 2,83+2,77 (p=0,042). По данным ЭхоКГ фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) в группе с неблагоприятным течением была достоверно ниже –48,84+15,45%, чем в группе с благоприятным течением –54,57+11,43% (p=0,0228). Неблагоприятный (рестриктивный) тип спектра трансмитрального допплеровского потока (E/A>2,0) в группе неблагоприятных исходов выявлен в 17,4% (n=3), в группес благоприятным течением этот тип диастолической дисфункции не отмечен.

Выводы:у 28,3% пациентов, перенесших ОКС, в течение 6 месяцев после его развития отмечены повторные сердечно-сосудистые осложнения. У лиц с неблагоприятным течением ИБС после ОКС выявлены достоверно болеевыраженная клиническая симптоматика ХСН во время ОКС,меньшая ФВи большая частота встречаемости рестриктивного типа диастолической дисфункции ЛЖ.

0690 КОНЦЕНТРАЦИЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ Q-ИНФАРКТАХ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО

Помогалова О.Г., Невзорова В.А.

ВГМУ, Владивосток, Россия

Цель: анализ активности про- и противовоспалительных цитокинов при крупноочаговых инфарктах миокарда в зависимости от наличия метаболического синдрома (МС).

Методы исследования: обследовано 46 мужчин в возрасте от50 до75 лет в первые 48 часов Q-инфаркта миокарда. Пациентов раздели на две группы: с МС- 22 человека, без МС-24.

Определялся уровень СРБ, IL6, IL10, TNF, лейкоцитов, фибриногена.

Результаты: повышение количества лейкоцитов отмечено 100% случаев в 1 группе и 66% в группе без МС. Повышение уровня СРБ достоверно не различалось в обеих группах (68% - 1 гр.,62%-2гр.). Схожим было увеличение фибриногена: 18% в 1гр., 17% в 2 гр. При оценке концентрации IL6 обнаружено, что его величина превышала норму в два раза реже при МС, чем без него, несмотря на одинаковое повышение СРБ в обеих группах. Уровень IL10 превышал норму в 50% в группе с МС и в 46% без МС. Выявлен дефицит TNF в обеих группах. Значение этого маркера были в 2.7 ниже контроля. Кроме этого, анализ систолической функции левого желудочка показал, что ее снижение имело место в 73% случаев инфаркта в сочетании с МС и лишь в 33% инфарктов без МС.

Tesis_006_end.indd 291 24.08.2006 22:25:48
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выводы: низкий показатель провоспалительных цитокинов (IL6, TNF) при инфаркте миокарда с з.Q и МС, вероятно ассоциируется с неблагоприятным прогнозом, так как уже в ранние сроки инфаркта сочетается с большей частотой снижения фракции выброса левого желудочка. Существенных различий в степени повышения уровня лейкоцитов, фибриногена, СРБ, IL10 при метаболическомсиндроме и без него прикрупноочаговом инфаркте выявлено не было.

0691 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИК ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Пономарева Н.Н., Чумакова Г.А.

ГУЗ АККД, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Целью нашей работы стало выявление факторов, влияющие на формирование приверженность к медикаментозной терапии больных с АГ

Материалы и методы: в исследование включено 48 больных, обучающихся в «Школе АГ» по программе, разработанной нами на основе типовой программы обучения, рекомендованной МЗРФ. Средний возраст больных составил 51,6±4,5 года. Среднее систолическое АД (САД) составило 164,4±5,6 Мм рт. ст., среднее диастолическое АД (ДАД) – 96,3 ± 3,7 Мм рт. ст.

Результаты: выявлено, что на формирование комплайнса к медикаментозной терапии оказывают влияние множество различных социальных, экономических и поведенческих факторов, из которых можно выделить основные: возраст пациента, его образование, психологические особенности личности, тип отношения пациента к болезни, уровень знаний пациентов о заболевании, особенности медикаментозной терапии и другие. Не обнаружено доказательств в пользу влияния пола, семейного исоциального положения на уровень приверженности к лечению.

Одним из способов формирования комплаентности к лечению у больныхс АГ является повышение их информированности о заболевании и его лечении. Это возможно в виде индивидуального консультированияили группового обучения в специальных структурированных образовательных профилактическихпрограммах –«Школах больных АГ». Формирование приверженности к медикаментозной терапии во время обучения достигается не толькоповышением информированности о болезни, но иобучением больных самоконтролю за заболеванием: измерению АД, профилактике и лечению гипертонических кризов, контролю уровня холестерина крови, ведению дневника самоконтроля. По дневнику больной может проследить снижение АД, массы тела, уровня холестерина. Нами выявлено, что до обучения в «Школе АГ» приверженность к медикаментозной терапии была низкой: 90,3% больных знали о необходимости регулярного приёма препаратов, но только 42,3% из них принимали лекарства регулярно, а строго следовали рекомендациям врача лишь 15,3% больных. В результате целевое артериальное давление имели 28,8% больных. Сразу после обучения мы наблюдали значительное повышение уровня приверженности к лечению: 92,3% больных принимали лекарства регулярно, из них 84,3% строго следовали рекомендациям врача. Целевое АД имели90,6% больных.

Важной составляющей формирования комплаентности к лечению поддержания с пациентами постоянной положительной обратной связи в виде напоминаний, поощрений, консультаций по возникшим вопросам. Это позволяет сохранить сформированный уровень приверженности к медикаментозной терапии.

Таким образом, на формирование высокой приверженности к медикаментозной терапии у пациентов с АГ оказывают влияние множество факторов. Обучение в «Школе АГ» повышает уровень их знаний о заболеваниии методах самоконтроля за эффективностью лечения, что способствует точному выполнению пациентом рекомендаций врача.

0692 СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ

Пономаренко С. В., Бондарева З.Г.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель: изучить систолическую функцию левого желудочкав остром периоде инфаркта миокарда (ИМ) в зависимости от типа конституции (соматотипа) больных.

Методы исследования: эхокардиография проведена у 256 пациентов (средний возраст 47,6±7,3 года) с Q-позитивным неосложненным ИМ в остром периоде (1-3 день). У 122 пациентов был диагностирован передний, у 134 – нижний ИМ. Для оценки систолической функции левого желудочка измерялись и рассчитывались следующие показатели:КСР, КДР, ИКСР, ИКДР, КСО, КДО, ИКСО, ИКДО, УО, МО, УИ, СИ, ФВ, ИММ, ИОТС и КДО/ММ. Антропометрическое исследование и соматотипирование выполнено на 18-20 день ИМ с выделением мускульного (40 чел.), грудного (50 чел.). брюшного (19 чел.), мускульно-брюшного (92 чел.) и неопределенного (55 чел.) соматотипов (СТ).

Результаты: анализ полученного материала свидетельствовал о наличии значительных различий между группами большинства исследованных гемодинамических параметров, характеризующих систолическую функцию левого желудочка. Наибольшее увеличение размеров и объемов левого желудочка выявлено у больных грудного СТ, которое сопровождалось снижением ИОТС и увеличением ИММ, что свидетельствовало о преобладании процессов дилатации левого желудочка и приводило к значительному снижению сократительной способности миокарда. Аналогичные изменения, при незначительно меньших диастолических размерах и ИММ по сравнению с таковыми лиц грудного СТ, наблюдались у больных неопределенного СТ. Показатели ФВ в этих группах были наиболее низкими и составили соответственно 47,8±0,61 и 45,9±0,66%. У пациентов брюшного СТ, при меньшем увеличении размеров полости левого желудочка по сравнению с другими группами, прирост массы миокарда превалировал над степенью увеличения КДО, на что указывали низкие величины индекса КДО/ММ (0,58±0,01) и наиболее высокие – ИОТС (0,42±0,01), свидетельствующие о развитии гипертрофии левого желудочка концентрического характера. ФВ в этой группе имела более высокие показатели (51,1±0,52%). Пациенты мускульного СТ при одинаковых величинах ИКДО, ИКСО, ФВ с больными мускульно-брюшного СТ имели достоверно ($p<0,001$) меньшие параметры ИММ, ИОТС и большие – индекса КДО/ММ, что подтверждало большее участие КДО в изменении ФВ у мужчин мускульногои гипертрофии миокарда у лиц мускульно-брюшного СТ.

Выводы: проведенное исследование показало, что различная степень выраженности систолической функции левого желудочка в остром периоде инфаркта миокарда и включение принципиально различных компенсаторных механизмов, обеспечивающих ее изменение, определяются типом конституции пациента.

0693 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛОМ И ГИПОТИАЗИДОМ У БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Попелышева А.Э.[1], Гринштейн Ю.И.[1], Осетрова Н.Б.[1], Ганкин М.И.[1], Зайцева Т.А.[2], Короткина Е.В[1].

Государственная медицинская академия[1] , Краевая клиническая больница[2] , Красноярск, Россия

Tesis_006_end.indd 292 24.08.2006 22:25:48
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель: изучить в проспективном исследовании эффективность терапии квинаприлом (аккупро) в сочетании с гипотиазидом у больных с артериальной гипертонией (АГ) и сахарным диабетом (СД) 2 типа.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находились 36 пациентов (6 мужчин и 30 женщин) с СД 2 типа и АГ, средний возраст которых составил 58,38±9,13 лет. Из них с АГ 1ст – 25 человек, а с АГ 2ст –12.Всем больным в течение 3-х месяцев после отмывочного периода (3-7 дней) проводилось лечение квинаприлом (аккупро) в суточной дозе от 20 до 80 мг в виде комплексной терапии с гипотиазидом (12,5 мг/сут). До и после лечения проводилось суточное мониторирование АД (СМАД) с использованием аппарата Мн-СДП-2 (Bplab), фирмы ООО «Петр Телегин» (Россия). Результаты считались достоверными, если при автоматической обработке было исключено не более 20% измерений. В суточном профиле АД определяли средние значения систолического,диастолического АД (сАД, дАД) за 24 часа (день, ночь, сутки), оценивались показатели: индекс времени гипертензии (ИВГ), вариабельность АД, величины и скорость утреннего подъема (ВУП и СУП) АД. Нарушения циркадного ритма оценивали по суточному индексу (СИ) АД.

Полученные результаты: до начала терапии средние значения СМАД были: дневное сАД 147,3±2,22 Мм рт. ст.,дАД 86,25±1,66 Мм рт. ст., ночное сАД – 140,88±2,67 Мм рт. ст. и дАД-79,08±1,7 Мм рт. ст. После 3-х месячного лечения среднее сАД составило 142,75±4,97 Мм рт. ст., дАД 84,66±3,36 Мм рт. ст. за день, и сАД 131,25±4,56 Мм рт. ст., дАД 74,75±2,3 мм рт.ст за ночь (CI-95,01%, p<0,05). «Нагрузка давлением» по ИВГ до лечения превышала 50% по сАД (65,33±4,76%), по дАД –30% (37,5±4,95%), после терапии 48,08±10,09% для сАД и 29,41±9,08% для дАД (CI-95,01%, p<0,05). СИ для сАД составил 5,58, и дАД 9,25 до лечения, после – сАД 8,33±1,81 и дАД 12,08±2,02 (CI-95,01%, p<0,05).Вариабельность АД и ВУП АД до и после лечения существенно не отличались. СУП АД до терапиидля сАД 45,56±2,71 Мм рт. ст. и 34,78±2,52 Мм рт. ст. для дАД, а после-10,18±2,23 Мм рт. ст. и 10,9±3,2 Мм рт. ст. соответственно (CI-95,01%, p<0,05).

Выводы: 1. После 3-х месячного лечения квинаприлом и гипотиазидом целевые значения АД достигнуты у 58% пациентов, снижение АД отмечалось у 17% и отсутствие эффекта от терапии выявлено у 25% больных.

2. Особенностями суточного ритма АД у больных с АГ и СД 2 типа являются невысокие вариабельность и величины утреннего подъема АД; нарушение циркадного ритма АД из-за недостаточного ночного снижения (нон-диппер); высокая скорость утреннего подъема АД.

3. На фоне 3-х месячного лечения квинаприлом с гипотиазидом отмечено ночное снижение дАД (диппер) и улучшение среднего значения СИ сАД, установлено статистически значимое снижение скорости утреннего подъема АД, индекса времени гипертензии, что способствует уменьшению риска развития сосудистых осложнений и поражения органов мишеней.

0694 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВПРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Попова А. А.,Маянская С. Д., Антонов А. Р.

НГМУ,Новосибирск, Россия

В настоящее время в патогенезе артериальной гипертонии (АГ) отводится большая роль дисфункции эндотелия сосудов.

Цельисследования:оценка вазорегулирующей функции эндотелия у пациентов с АГ I ст., риск 0.

В исследование включили 40 мужчин в возрасте 18–35 лет (средний возраст 29,5+2,7 г.) с АГ I ст., риск 0. Вторичный генез заболевания исключался. Сосудодвигательную функцию эндотелия оценивали ультразвуковым неинвазивным методом путем измерения диаметра плечевой артерии в покое и во время пробы с реактивной гиперемией и нитроглицерином и путем определения сывороточного уровня суммарной продукции оксида азота по количеству его метаболитов (нитратов и нитритов). Контрольную группу составили 22 мужчины в возрасте 18–35 лет (средний возраст 27,3+2,5 г.) с нормальным АД.

Вазорегулирующую функцию эндотелия оценивали дважды: при первичном осмотре пациентов и в динамике через год. При первом измерении в покое средний диаметр плечевой артерии у пациентов с АГ I ст., риск 0 составлял 4,76±0,4 мм, а через год – 4,68±0,42 мм. В фазу реактивной гиперемии (120 сек. после декомпрессии) отмечалось увеличение диаметра плечевой артерии до 5,0 мм и 4,88 мм через год наблюдения соответственно. Прирост диаметра плечевой артерии составил при первоначальном измерении 5,04±0,45 мм, что в 1,6 раза меньше, чем в контрольной группе (8,18±0,7 мм), а через год –4,27±0,38 мм, что меньше по сравнению с первым измерением на 15,3%и с контролем в два раза (8,21±0,74 мм). Эндотелий-независимая вазодилаация у пациентов с АГ I ст., риск 0 на фоне нитроглицерина и при первом, и при втором исследованиях сохранилась на одном уровне, и практически не отличалась от группы контроля.

Определение сывороточного уровня суммарной продукции NO у пациентов в основной и контрольной группах при первом исследовании показало, что у лиц с АГ I ст. продукция NO была на 7,2% ниже, чем в группе контроля. Через год, было выявлено, что тенденция к более низкой выработке NO у лиц с АГ не только сохранилась, но и усугубилась с течением времени. Если при первом исследовании разница между группами составляла 7%, точерез годона стала 35%. При сравнении первоначального уровня продукции NO у больных с АГ I ст. и его уровня через год, оказалось, что при повторном исследовании продукция NO уменьшилась на 23,0%.Тогда как в группе контроля через год продукция NO не только не уменьшилась, но даже увеличилась на 6,0%.

Таким образом, у пациентов с АГ I ст., риск 0 с течением времени отмечается тенденция к уменьшению прироста диаметра плечевой артерии, что свидетельствует о нарушении эндотелий-зависимой вазодилатации периферических артерий среднего диаметра в виде снижения реакции эндотелия на увеличение «напряжения сдвига» во время пробы с реактивной гиперемией. Нарушение эндотелий-зависимой вазодилатации сопровождается снижением продукции NO, что приводит к нарушению NO-зависимого расслабления артерий, и является одним из механизмов ЭД, приводящей к гипертонии.

0695 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬФОЗИНОПРИЛАИ МЕТОПРОЛОЛАВЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХАРТЕРИАЛЬНОЙГИПЕРТОНИЕЙ-ВСОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ

Попова С.Н., Вершинина А.М., Гапон Л.И., Вебер Э.Е., Мякишева С.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель исследования: в рамках всероссийской научной программы «ФАГОТ» оценить клиническую эффективность, влияние на динамику структурно-функциональных параметров мембран эритроцитовИАПФ третьего поколения фозиноприла, в сравнении с бета-адреноблокатором метопрололом, в терапии больных артериальной гипертонией (АГ), сочетающейся с ожирениемигиперхолестеринемией.

Материал и методы исследования: в условиях рандомизированного сравнительного исследования проведено обследование 119 больных с АГ I-II ст.(средний возраст 49,8±0,63 лет), имеющих ожирение (ИМТ 30) и повышенный уровень холестерина(ХС) плазмы крови. Пациентов случайным методом разделили на две сопоставимые группы. Больные 1-й группы получали фозиноприл (моноприл) 1 раз в сутки в стартовой

Tesis_006_end.indd 293 24.08.2006 22:25:48
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

дозе 10 мг с увеличением до 20 мг. Больным 2-й группы был назначен метопролол 2 раза в сутки в стартовой дозе 25 мг с увеличением до 50 мг. Исследование проводили в условиях «чистого» фона и через 16 недель терапии фозиноприлом и метопрололом.Оценивалосьофисное АД, состояние продуктов ПОЛ (ДК, МДА, ШО) и активность ферментовАОЗ (СОД, каталаза) в мембранах эритроцитов.

Результаты исследования: на фоне терапии фозиноприлом отмечено достоверное снижение офисного САД со 154,06±1,34 до 128,45±1,07 и офисного ДАД с 98,56±0,8 до 81,61±0,84 Мм рт. ст. (p≥0,001). У пациентов группы сравнения офисное САД и ДАД снижалось более выражено к 4-й неделе лечения: САД со 152,76±2,81 до 130,75±1,74 мм.рт.ст., ДАД с 97,75±1,74 до 83,03±1,29 Мм рт. ст. (p≥0,001). В дальнейшем АД в этой группе не претерпевало достоверных изменений. На фоне терапии фозиноприлом уменьшились показатели МДА с 61,69±3,57 мМ/мл до 53,49±2,86 мМ/мл (p≥0,01), содержание ДК уменьшилось не достоверно с 69,11±2,21 мМ/мл до 67,47±1,83 мМ/мл (p=0,078), активность СОД имела тенденцию к повышению с 43,35±3,67 до 57,92±3,79 % торм. (p=0,088), активность каталазы и уровень ШО достоверно не изменились. Наиболее значительными изменения были у пациентов АГ II степени, принимавших по 20 мг/с фозиноприла. В этой группе достоверно увеличилась активность СОД с 35,91±5,01 до 60,81±6,16 % торм. (p≥ 0,05), и снизились показатели ПОЛ: МДА с 63,51±6,07 до 55,12±4,72 мМ/мл (p≥ 0,05), ДК с 69,43±3,02 до 65,30±2,19 мМ/мл (p≥0,05). У пациентов с АГ I ст. (фозиноприл 10 мг/с) отмечено снижение активности МДА с 60,31±6,07 до 46,47±4,01 мМ/мл и уменьшение индекса МДА/ШО с 1,30±0,16 до 1,03±0,09. ПриАГ II ст. (фозиноприл –10мг/с) и группе сравнениядостоверныхизмененийданныхпоказателейнеполучено.

Заключение. Ингибитор АПФ фозиноприл, используемый в лечении АГ в сочетании с ожирением и ГХС, проявил высокую эффективность при хорошей переносимости лечения. Отмечено благоприятное влияниепрепарата на офисное АД, активностьпроцессовПОЛ иАОЗ.

0696 НЕИНВАЗИВНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ЧТКА ПРИ ПОМОЩИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ

Попов В.В., Буланова Н.А., УрановаЕ. В., Коняхин А.Ю., Радзевич А.Э.*

Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава РФ,кафедра терапии № 1 ФПДО,Москва, Россия; *ФГУ " Учебно-научный медицинский центр"УД Президента РФ, кафедраскорой медицинской помощи и интенсивной терапииМосква, Россия

Рестеноз – повторное сужение успешно дилатированной коронарной артерии – является главным отдаленным осложнением чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА). По данным разных авторов, частота возникновения рестеноза за шестимесячный период наблюдения составляет в среднем 20%. Примерно в 75% случаев рестеноз проявляется жалобами (преимущественно рецидивом стенокардии), а в 25% протекает бессимптомно. В связи с этим, особое значение приобретает поиск неинвазивных методов выделения пациентов группы риска развития рестеноза для последующего направления их на коронарографию и определения дальнейшей тактики лечения.

Цель: данное исследование ставило своей целью изучить диагностические возможности электрокардиографии высокого разрешения (ЭКГ ВР), дисперсии интервала QTиариабельности ритма сердцав ранней диагностике рестеноза после чрескожной коронарной ангиопластики (ЧТКА)

Методы и результаты —В исследование были включены38 пациентовс ИБС сверифицированной ишемией миокарда по данным велоэргометрии (ВЭМ), которым была проведена ЧТКА, пациенты наблюдались в клинике в течение 6 месяцев.

Было проведено сравнениеЭКГ данныхпациентов с и без рестеноза. На основании 6 месячного проспективного наблюдения пациенты были разделены на 2 группы I : 7 больных с рестенозом и II 31 пациент без рестеноза. Рестеноз был диагностирован на основаниклиники стенокардии, верифицированной ишемии миокарда по данным ВЭМ в области дилатированного коронарного сосуда ирезультатам ангиографии.Показано, что комплексное использованиеTotQRSRMS и ВЭМпозволялопредсказыватьвозникновение ангиографически верифицированногорестеноза с положительной и отрицательной предсказывающей ценностью: 75% и96.6% соответственно.

Выводы: значения TotQRSRMS достоверно ассоциируется с риском рестеноза. Комплексное использование методов ЭКГВР,анализа дисперсии интервала QT и ВЭМ позволяет значительно улучшить долговременную стратификацию риска рестеноза коронарных артерий после ЧТКА.

0697 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБСИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ, ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ИДИНАМИКИ ИНТЕРВАЛА QT

Попов В.В. Копица Н.П[1], РадзевичА.Э., Иванов Г.Г.[2]

Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава,кафедра терапии № 1 ФПДО, НУЗ Центральная больница №6 ОАО РЖД, Москва, Россия; Институт терапии имени Л.Т.Малой АМН Украины, Харьков, Украина1 , Отдел кардиологииМосковской медицинской академии им. И.М.Сеченова[2], Москва, Россия

Внезапная сердечная смерть (ВСС) по-прежнему остается одной из ведущих причин смертности в экономически развитых странах. В связи с этим идентификация пациентов с высоким риском ВСС является очень важной задачей.

Цель. В данной работе мы изучили рольнеинвазивных ЭКГ методов: электрокардиографии высокого разрешения (ЭКГ ВР), длительности и дисперсии интервала QT, вариабельности ритма сердцапо прогнозированию ВСС и аритмических осложнений убольных ИБС.

Методы исследования: в исследование были включены 102 пациента с ИБС,перенесшие инфаркт миокарда (у 34 больных во время госпитального периода были зарегистрированы эпизоды желудочковой тахикардии). После выписки из стационара больные наблюдались в течение 14 месячного периода.

Полученные результаты: на основании результатов проспективного наблюдения пациенты были разделены на2 группы:группаI(16 пациентов:с аритмическими осложнениями (желудочковая тахикардия/фибрилляция желудочков, внезапная сердечная смерть) и группу II 82 пациента с благоприятным исходом, без аритмических осложнений. Наибольшей прогностической значимостью для прогнозирования аритмических осложнений обладали:сниженная вариабельность сердечного ритма, ППЖ, TotQRSF□131 мс ,фракция выброса левого желудочка менее 40% и новый индексQTcmax/ QTcd <6,6.

Комбинация сниженной вариабельности сердечного ритма, ППЖ и индексQTcmax/QTcd <6,6 позволяет прогнозироватьаритмические осложненияс высокой чувствительностью 93,8%, специфичностью 87,8% иположительнойпредсказательной ценность до 60,0% .

Выводы: наши данные подтверждают что простые ЭКГ методы оценки основанные на анализе вариабельности сердечного ритма, ЭКГ ВР и QTcmax/QTcdмогут отбирать небольшую подгруппубольных, перенесших инфаркт миокардау которых высок риск жизнеопасных аритмий ивнезапной смерти.

Tesis_006_end.indd 294 24.08.2006 22:25:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0698 АДРЕНОМЕДУЛИН И ТАУРИН СНИЖАЮТ КАРДИОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФТОРА

Попович М., Кобец В., Попович И., Иванов В., Чебан Н., Морару И., Чебан Л.

Институт Кардиологии, Кишинёв, Республика Молдова

Сердечно-сосудистые нарушения вызванные флюорозом довольно часто приобретают эндемический характер и существенным образом влияют на показатели качества жизни и заболеваемости в соотвествующих географических регионах. Механизмы поражения миокарда высокими концентрациями фтора находятся только на пути исследования, хотя имеются определенные доводы в пользу таких факторов как, активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, кальциевая перегрузка кардиомиоцитов, эндотелиальная дисфункция, модулирование которых определяет возиожные пути защиты миокарда.

Цель. Изучение кардиозащитного эффекта адреномедулина и таурина при остром воздействии фтора.

Материалы и методы. Белые беспородные крысы получали в течение 3-х дней адреномедулин (А) (0,1 мг/кг, в/б) или таурин (Т) (200 мг/кг, per os). Изолированные сердца перфузировались в режиме внешней работы (Neely-Rovetto) или в изоволюметрическом режиме (Langendorff) раствором Кребса, при этом раствор NaF вводили в перфузат в течении 60 Мин при концентрации 0,5 мг%. Контролем служила серия животных без премедикации.

Результаты. В контрольной серии воздействие фтора сопровождалось снижением на 33% Минутного обьёма сердца и коронарного протока на 41%. Значение конечного диастолического давления ЛЖ (КДД) и диастолической упругости (ДУ) увдоилось, а ЧСС снизилось с 286±15 Мин-1 до 224±10 Мин-1. При быстром увеличении давления в аорте с 60 до 120 Мм рт. ст. прирост КДД работающего в изоволюметричесом режиме сердца возрос на фоне действия фтора на 60%, а коронарный проток оказался сниженным на 20%, что свидетельствует о выраженном нарушении диастолического раслабления миокарда. Предварительное воздействие А или Т вызвало ряд кардиопротекторых эффектов: 1) Снижение показателей насосной функции было почти в два раза меньше (минутного обьёма га 14-16% и коронарного протока на 19-21%). 2) Повышение КДД и ДУсоставило 50% из контрольного уровня, а ЧСС отмечалось в статистически недостоверном пределе по сравнению с исходным значением, особенно при воздействии Т (271±11 Мин-1). 3) При быстро установленной коронарной гипертензии КДД достигло 92% (А) и 89% (Т) от контрольной величины, в то время как коронарная пропускная способность возросла на 10%.

Выводы. Острое воздействие фтора вызывает нарушение диастолического раслабления сердца, что может быть одним их первоначальных механизмах снижения его насосной функции смещения кривой «обём-давления» в право. Адреномедулин и таурин лимитируют степень повышения диастолической упругости вызванное фтором, эффект связанный возможно с модулированием внутриклеточного уровня кальция.

0699 ЭФФЕКТИВНОСТЬЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРЫ «ЛАБИРИНТ»

Попов С.В., Антонченко И.В., Баталов Р.Е., Алеев В.В., Соколов А.А.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Увеличение количества и уменьшение возраста пациентов имеющих стабильную форму фибрилляции предсердий (ФП) заставляет искать новые подходы к ее лечению. В том числе и хирургическими методами. Проведение эндокардиальной радиочастотной (РЧ) процедуры «лабиринт», по данным разных авторов от 60 до 80% пациентов, позволяет избавить пациентов от ФП.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ классической эндокардиальной процедуры «лабиринт» и в нашей модификации.

Материал и методы. В исследование включено 44 пациента со стабильной ФП. Длительность аритмического анамнеза составляла от 1 до 7 лет. Все пациенты подверглись оперативному лечению с использованием системы CARTO. В ходе проведения вмешательства всем пациентам выполнена реконструкция левого (транссептальный доступ), а затем правого предсердий. Распределение пациентов по группам осуществлялось случайным образом. Проведение эндокардиальной процедуры «лабиринт» у первых пяти пациентов осуществлялось по методике описанной K.H.Kuck. Другим пациентам в дополнение к выше описанной методике проводили следующие воздействия: 1. изолировалось ушко левого предсердия – линия РЧ-воздействия выполнялась от верхнего полюса линии изолирующей коллектор левых легочных вен (ЛВ) по крышелевого предсердия, обходя ушко левого предсердия и замыкаясь с линией соединяющей правый и левый коллекторы ЛВ. 2. Линия, начинающаяся от боковой части изолированного коллектора ЛВ идущая по передней стенки левого предсердия обходящая параллельно митральный клапан и заканчивающаяся свободно у межпредсердной перегородки. 3. линия от правого истмуса поднимающаяся по задней стенке правого предсердия и заканчивающаяся свободно на границе верхней и средней трети задней стенки правого предсердия. Все пациенты после процедуры принимали Амиодарон не менее трех месяцев.

Результаты. После проведения процедуры всем пациентам проводилось чреспищеводное ультразвуковое исследование. Не было достоверных различий между нарушением сократимости предсердий при проведении классической процедуры «лабиринт» и дополненной. За период наблюдения за обеими группами пациентов (18 – 2 месяца) у пациентов без дополнительных повреждений сохранение синусового ритма после вмешательства составило в среднем 2 месяца. У пациентов с дополнительными линиями РЧ-воздействия рецидивов фибрилляции предсердий не отмечено на всем протяжении наблюдения.

Выводы: проведение дополнительных линий повреждения при проведении эндокардиальной процедуры «лабиринт» увеличивает продолжительность процедуры на одну треть, но в тоже время наши результаты свидетельствуют о том, что сохранение синусового ритма у таких пациентов более вероятно, чем у пациентов с классической процедурой «лабиринт». По всей видимости, это связано с уменьшением критической массы миокарда предсердий и невозможностью появления материнской волны в зонах между линиями изоляции.

0700 БИОМЕХАНИЧЕСКИЕИ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ОНТОГЕНЕЗА И ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ЕГО ПАТОЛОГИИ

Поправко Е.М.,Лебединский В.Ю.,Бородина Г.Н., Халиулина О.В.

ГОУ ДПО ИГИУВ, ИрГТУ,Иркутск, Россия;АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: выявление закономерностей изменений морфофункционального состояния структур стенки сердца у людей зрелого возраста и на поздних этапах онтогенеза в условиях нормы, при остром инфаркте миокарда и постинфарктном кардиосклерозе.

Материал: изучена структура миокарда разных отделов 182 сердец различного пола и возраста в условиях нормы и 92 сердец при остром инфаркте миокарда (ОИМ), очаговом и диффузном кардиосклерозе.

Методы: биомеханические (изучение напряженно-деформированных состояний (НДС) осуществлялось методом измерения внутримиокардиального давления по слоям миокарда во

Tesis_006_end.indd 295 24.08.2006 22:25:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

всех камерах сердца), органометрия и морфометрия, гистологические методики, математическая статистика.

Полученные результаты:

1) Формирование напряженно-деформированных состояний структур миокарда определяется закономерными изменениями соотношения морфологических характеристик, образующих его элементов, оценить которые можно путем измерения внутримиокардиального давления, что позволяет в комплексе с другими методами объективно оценить морфофункциональные свойства органа.
2) При проведении корреляционного анализа взаимосвязи НДСструктур сердца в различных слоях миокарда с характеристиками в них относительных объемов кровеносных сосудов, кардиомиоцитов, соединительной ткани и ее компонентов (клеток, волокон, основного вещества) было определено, что относительный объем сосудов и соединительной ткани тем больше (R=-0,97±0,03; R=-0,98±0,02), чем меньше напряженность тканевых структур, а их взаимосвязь с изменением относительного объема кардиомиоцитов составляет (R=0,97±0,03).
3) На поздних этапах онтогенеза выявляется увеличение толщины стенки органа, определено нарастаниев ней относительного объема соединительной ткани (R=0,99±0,01) и уменьшение в миокарде кардиомиоцитов, что проявляется увеличениемНДС структур миокарда.
4) При ОИМ выявлено снижение НДС структур миокарда, изменяющееся в динамике его развития и достигающее Минимальных значений в центре некроза.
5) При очаговом кардиосклерозе, по сравнению с ОИМ, определена противоположная закономерность, характеризующаяся увеличением НДС структур миокарда в его центре, где преобладают соединительнотканные компоненты, и постепенном их снижении по направлению к интактной ткани.

Выводы: на основании полученных данных о закономерностях и механизмах изменений НДС структур сердца разработаны способы экспресс-оценки нормального морфофункционального состояния миокарда, границ и объема очага ОИМи постинфарктного кардиосклероза. Полученные результаты могут быть использованы в экспериментальной и клинической кардиологии, патофизиологии, судебно-медицинской практике.

0701 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Породенко Н.В., Скибицкий В.В.

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

В структуре заболеваемости гипертоническая болезнь (ГБ) занимает одно из первых мест. Риск возникновения осложнений существенно повышается при развитии ремоделирования миокарда, основными проявлениями которого являются гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) и нарушение его диастолической функции. В случае сочетания ГБ и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) частота возникновения катастроф значительно увеличивается.

Целью работы: сравнительный анализ особенностей структурно-функционального состояния ЛЖ у пациентов с ГБ и при ее сочетании с ОЗЛ.

Материал и методы исследования: обследовано 30 пациентов с ГБ; 54 с сочетанием ГБ и ХОБЛ и 28 с ХОБЛ. Всем больным проводили эхокардиографию по общепринятой методике с расчетом стандартных показателей.

Результаты исследования.У больных ГБ в сочетании с ХОБЛ и при ГБ, достоверно большие значения принимали величины конечного систолического и диастолического размеров (КСР и КДР), а также размера левого предсердия (ЛП), чем при ХОБЛ. При сочетанной патологии толщина задней стенки (ТЗС), межжелудочковой перегородки (ТМЖП), относительная толщина стенок ЛЖ, а также величина миокардиального стресса (МС) были достоверно больше, чем при наличии ХОБЛ.Масса миокарда (ММЛЖ) при ГБ и ХОБЛ на 39,3% превышала таковую у пациентов с ХОБЛ ($p<0,025$), индекс ММ ЛЖ оказался на 29% больше, чем при ХОБЛ ($p<0,025$). Гипертрофия ЛЖ зарегистрирована у 76,4% больных с сочетанной патологией и только у 22,2% пациентов с ХОБЛ; эти различия являлись достоверными. При сравнении групп с ХОБЛ и ГБ отмечались аналогичные различия. Для пациентов с ГБ были характерны достоверно большие, чем при ХОБЛ, значения КДР, ТМЖП, ТЗС, миокардиального стресса, а также размера ЛП. ММ и ИММ при ГБ превышали аналогичные показатели в группе с ХОБЛ на 34,8% и 24% соответственно. В группах больных с ГБ значимо отличались лишь величины ЛП. У пациентов с сочетанием ГБ и ХОБЛ диагностировались различные варианты геометрии ЛЖ: в 50% случаев встречались концентрические ремоделирование и концентрическая ГЛЖ. Среди пациентов с ХОБЛ наблюдалась преимущественно нормальная геометрия, а при ГБ – концентрическая ГЛЖ. У всех больных ГБ в сочетании с ХОБЛ выявлен «ригидный» тип диастолической дисфункции ЛЖ. При ХОБЛ признаки нарушения диастолической функции ЛЖ отмечались только у 22,2%. Среди пациентов с ГБ нарушение диастолической функции встречалось у 75% больных.

Выводы. Выявлено существенное различие в структурно-функциональном состоянии ЛЖ у пациентов с сочетанием ГБ и ХОБЛ, в сравнении с больными ХОБЛ. Группы больных с ГБ различались только по величине левого предсердия и параметрам, характеризующим диастолическую функцию, которые были выше при сочетанной патологии. Это свидетельствует о комбинированном влиянии гипертонии и необратимой бронхиальной обструкции, сопровождающейся гипоксией и гипоксемией на геометрию ЛЖ и диастолическую функцию.

0702 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ЦЕНТРЕ ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ

Порханов В.А., Космачева Е.Д,Барбухатти К.О., Федорченко А.Н., Позднякова О.А., Круберг Л.К.

Краевая клиническая больница № 1 им профессора С.В. Очаповского; Центр грудной хирургии, Краснодар, Россия

Острый коронарный синдром (ОКС) – острая форма течения ИБС, включает в себя нестабильную стенокардию, острый ИМ с депрессией или подъемом сегмента СТ.

Цель исследования: разработка тактики лечения больных с ОКС в кардиохирургическом стационаре при круглосуточной работе рентгеноперационной.

Материалы и методы: с 10.01.06г. начат прием больных не только с нестабильной стенокардией, но и с острыми инфарктами миокарда с применением хирургических методов реваскуляризации миокарда, в круглосуточном режиме. За три месяца работы (анализ данных до 10.04.06) поступило 123 больных. С нестабильной стенокардией 67 больных (54%), 56 пациентов (46%) –с инфарктом миокарда, из них – 18 (32%) больных с Q – негативным, 38 (68%)– с Q – позитивным инфарктом миокарда, 3 из них с кардиогенным шоком. У 38 больных (68%) изменения ЭКГ регистрировались по передней стенке, у 18 (32%) по задней. Всем пациентам при поступлении исследовались кардиоспецифические ферменты, выполнялась эхокардиография и коронарография. Время поступления в стационар варьировало от 1 до 12 час (у больных с инфарктом миокарда – 47 (38%) из них поступили до 6 час от момента болевого синдрома) и более 12 час – больные с нестабильной стенокардией. Возраст больных составил от 30 до 70 лет (средний 54 года ±5 лет). Мужчин было 111 (89%), женщин – 14 (11%). У 70% больныхОКС являл-

Tesis_006_end.indd 296 24.08.2006 22:25:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ся дебютом ИБС. У 96 пациентов (71%) регистрировалось умеренное снижение сократительной способности миокарда –ФВ более 40%.

Результаты: 15 пациентам (12%) у которых не выявлено гемодинамически значимого поражения коронарного русла рекомендована консервативная терапия, динамическое наблюдение, 38 пациентов (30,8%) имели изолированное поражение коронарной артерии, 70 больных (56,9%) двухсосудистое, либо многососудистое поражение. 23 больным (18,6%)выполнена операция АКШ в экстренном порядке, 85 (69,1%) –чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика со стентированием (троим ЧТКА), из них –11 с многососудистым поражением – ЧТКАинфаркт – связанной артерии, в динамике рекомендовано наблюдение, решение вопроса об АКШ.

Выводы: всем больным, поступающим в ККБ №1 –ЦГХ с ОКС в приемном покое анализируются данные ЭКГ, биохимического анализа крови, Эхо-КГ и в течение 30-40 Минут выполняется коронарография, по результатам которой в течение 1 часа от момента поступления определяется тактика ведения данного больного консилиумом врачей в составе: кардиолога, рентгенэндоваскулярного хирурга и кардиохирурга.

0703 АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2003-05 ГГ.

Порханов В.А.,Федорченко А.Н., Шматков М.Г., Тупикин Р.С., Корж Д.А., Лясковский К.О., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.

«Краевая клиническая больница №1» им. С.В. Очаповского – «Центр грудной хирургии», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения,Краснодар, Россия

Цель исследования: проанализировать практическую деятельность отделения за 3 года.

Материал и методы: с января 2003 года в г.Краснодаре функционирует Центр Грудной Хирургии, в котором создано отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения. Отделение располагает всего одной ангиографической установкой «Axiom Artis FC» (Siemens). За 2003 годчерез отделение рентгенохирургии прошло 2547 пациентов, которым было выполнено 3664 исследования (из них коронарографий 2002) и 332 оперативных вмешательства (из них коронарных ангиопластик 186). В 2004 году 4007 пациентов, 5252 исследования (из них коронарографий 2862), 934 операции (из них коронарных ангиопластик 751 пациент); в 2005 году4590 пациентов, 5291 исследование (из них коронарографий 3433) и 1019 операций (из них коронарных ангиопластик 744 пациента) соответственно. Налицо существенный рост количества пациентов в 2005 году на 2403 (94,3%) по сравнению с 2003 годом и на 583 (14,5%) по сравнению с 2004 годом. Количество исследований с 2003 по 2004 год увеличилось на 1588 (43,3%). С 2004 по 2005 год абсолютное количество исследований практически не изменилось, однако возросло число коронарографий- на 860 (42,9%) и на 571 (19,9%) в 2004 и 2005 годах соответственно. Отмечается рост числа оперативных вмешательств на 602 (181,3%) и на 85 (9,1%) в 2004 и 2005 гг. В 2003 году доля коронарных ангиопластик среди операций составила 56%, в 2004 году- 80,4%, а в 2005 году – 73%. В 2003 г. выполнено: периферических ангиопластик 9, баллонных вальвулопластик 18, ангиопластик КоАо 4, окклюзий ОАП 20, процедур Рашкинда 1, имплантаций кавафильтра 8 иокклюзий бронхиальных артерий 22. В 2004 г. выполнено: периферических ангиопластик 61, баллонных вальвулопластик 16, ангиопластик КоАо 6, окклюзий ОАП 23, процедур Рашкинда 2, имплантаций кавафильтра 14, окклюзий бронхиальных артерий 21, окклюзий ДМПП 11, спиртовых аблаций 11, эмболизаций маточных артерий 2. В 2005 году выполнено: периферических ангиопластик 86, баллонных вальвулопластик 21, ангиопластик КоАо 1, окклюзий ОАП 53 (из них 2 при помощи окклюдеров Amplatzer), процедур Рашкинда под контролем УЗИ –6, имплантаций кавафильтра 7, окклюзий бронхиальных артерий 34, окклюзий ДМПП 11, окклюзий ДМЖП 9, спиртовых аблаций 6, эмболизаций маточных артерий 1. На протяжении 3-х лет отмечаетсяпостоянный рост количества периферических ангиопластик, эмболизаций ОАП, эмболизаций бронхиальных артерий.

Выводы: 1. На протяжении 3-х лет отмечается постоянный рост количества оперативных вмешательств в области коронарных и периферических ангиопластик, эмболизации ОАП и бронхиальных артерий, приобретается опыт в выполнении новых оперативных вмешательств, таких как эмболизация ОАП, ДМПП, ДМЖП при помощи окклюдеров Amplatzer.

2. При правильной организации работы в рентгеноперационной и достаточном обеспечении возможно пропускать через одну операционную 22-29 пациентов ежедневно, включая 5-8 интервенций.

0704 ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Порханов В.А.,Федорченко А.Н., Шматков М.Г., Тупикин Р.С., Корж Д.А., Лясковский К.О., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.

«Краевая клиническая больница №1» им. С.В. Очаповского – «Центр грудной хирургии», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения,Краснодар, Россия

Цель: анализ результатов эндоваскулярного лечения больных со стенотическим поражением брахиоцефальных артерий.

Материалы и методы: в отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечениях января 2003 года по февраль 2006 годапо поводу стенотических поражений брахиоцефальных артерий было прооперировано 64 пациента (3 женщины, 61 мужчины), которым было имплантировано 74 стента. При этом выполненостентирование брахиоцефального ствола – 4 (5,3%), стентирование подключичных артерий – 11 (15%) (из них 2 правой подключичной артерии, 9 – левой), стентирование позвоночных артерий – 17(23%) (из них 5 правой позвоночной артерии, 12 – левой), стентирование внутренних сонных артерий – 42 (56,7%) (из них 20 правая внутренняя сонная артерия, 21 – левая). Двоим пациентам (3%) было выполнено одномоментное стентирование обеих внутренних сонных артерий. В двух случаях выполнялась ангиопластика с имплатацией коронарных стентов «Vision» (Guidant) в интракраниальные отделы внутренних сонных артерий (каменистую и кавернозную часть). Все вмешательства на внутренней сонной артерии (42) проводились с использованием устройств дистальной защиты компаний Cordis, Guidant, Abbott Vascular. При стентировании других брахиоцефальных артерий устройства для защиты головного мозга не применялись. Больным с поражением позвоночных артерий имплантировали коронарные стенты, при пластике брахиоцефального ствола, подключичных артерий, сонных артерий использовались саморасширяемые стенты. Все больные в послеоперационном периоде принимали плавикс в терапевтической дозировке в течение 4-8 месяцев.

Результаты: у всех пациентов был достигнут хороший ангиографический результат. У 61 (95,4%) пациента отмечалось улучшение состояния. В раннем послеоперационном периоде отмечались осложнения у 3 (4.6%)больных: в 2 (3%) случаях преходящие нарушения мозгового кровообращения, которые регрессировали в течение суток, в 1 (1,6%) случае ишемический инсульт в бассейне левой средней мозговой артерии с выраженной неврологической симптоматикой. Летальность составила 0%. В дальнейшем 53 (83%) больным в плановом порядке было выполнено аорто-коронарное шунтирование. В послеоперационном периоде неврологических осложнений не отмечено. Двум больным, которым были имплантированы стенты в ин-

Tesis_006_end.indd 297 24.08.2006 22:25:49
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тракраниальный отдел внутренних сонных артерий, через 12 мес. после вмешательства были проведены контрольные исследования –рестенозов в месте имплантации стентов не было, у одного больного отмечалось наличие стеноза в проксимальном отделе внутренней сонной артерии противоположной стороны.

Выводы: эндоваскулярная ангиопластика со стентированием стенотических поражений брахиоцефальных артерий является безопасным и эффективным методом лечения, что обусловлено малой травматичностью, коротким реабилитационным периодом, низким процентом осложнений.

0705 НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Порханов В.А.,Федорченко А.Н., Шматков М.Г., Тупикин Р.С., Корж Д.А., Лясковский К.О., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.

«Краевая клиническая больница №1» им. С.В. Очаповского – «Центр грудной хирургии», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения,Краснодар, Россия

Цель исследования: определить отрицательные и положительные стороны одновременного проведения интервенционных вмешательств в различных артериальных бассейнах(коронарных, брахиоцефальных, почечных артериях).

Материал и методы: в период с января 2003 года по январь 2006 года в нашей клинике 22 пациентам были выполнены сочетанные интервенционные вмешательства. В том числе: 2 (9%) пациентам была выполнена ЧТКА и баллонная вальвулопластика аортального клапана, 3 (13,5%) пациентам ЧТКА и ТБА наружных подвздошных артерий, 9 (40,5%) пациентам ЧТКА и ТБА почечных артерий, 6 (27%) пациентам ТБА почечных и внутренних сонных артерий одновременно,1 (5%) пациентке была выполнена реканализация системно-легочного шунта со стентированием и эмболизация БАЛКчастицами PVA и 1 (5%) пациенту выполнена ЧТКА ствола ЛКА и ТБА подключичной артерии. Во время операции в качестве контрастного препарата использовался «Ультравист»-370 в дозе от 100 до 400 мл. Среднее использованное количество контрастного препарата составило 230±20 мл. Сроки пребывания больных в стационаре не отличались от сроков пребывания больных, которым выполнялись изолированные ЧТКА и ТБА и составили 4-5 дней.

Результаты: у всех исследуемых пациентов был достигнут хороший ангиографическийи клинический результат, ни в одном из описанных случаев не было отмечено осложнений. Пациенты, которым выполнялась одновременно баллонная ангиопластика почечных и внутренних сонных артерий имели значительное поражение коронарного русла и в последствии им было выполнено аорто-коронарное шунтирование. Двоимпациентам (22%), из числа тех, которым выполнялась ЧТКА и ТБА почечных артерий, через 6 месяцев была выполнена контрольная КАГ и ЧТКА других коронарных артерий, при этом рестеноза в местах ранее имплантированных стентов обнаружено не было.

Выводы: риск выполнения сочетанных интервенционных вмешательств не выше, чем при поэтапных вмешательствах. Сочетанные вмешательства менее травматичны (однократная пункция артерии), экономически целесообразны (одинаковый расход контрастных препаратов и суммарная доза облучения),сокращают сроки пребывания в стационаре и улучшают результаты лечения больных.

0706 СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СТЕНТОВ -НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Порханов В.А.,Федорченко А.Н., Шматков М.Г., Тупикин Р.С., Корж Д.А.,Лясковский К.О., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.

«Краевая клиническая больница №1» им. С.В. Очаповского – «Центр грудной хирургии», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения,Краснодар, Россия

Цель исследования: анализ непосредственных и отдаленных результатов стентирования коронарных артерий различными типами коронарных стентов.

Материал и методы: за период 2003-2005 гг. в нашем отделении 1691 пациенту с различными формами ИБС было имплантировано 2522 стента. Из них стент «Ephesos» -368, «Bx-sonic» (Cordis) -165, «Be-stent» (Medtronic) -48, «S-670» (Medtronic) -42, «Vision» (Guidant) -795, «Penta» (Guidant)-487, «Zeta» (Guidant)-182, «Cypher» (Cordis)-334, «Frontier» (Guidant)-22,«Ultra» (Guidant)-28, «Deksamet» (Abbott Vascular) -29. Стентированию было подвергнуто 2013 коронарных артерий. Средний показатель количества имплантированных стентов одному пациенту составил 1,51. Возраст больных колебался от 30 до 76 лет (средний возраст 56±7,3 лет),мужчины составили 88%, женщины 12%.

Результаты: хороший ангиографический результат достигнут в 1628 (98%) случаях, клиническое состояние пациентов улучшилось в 1595 (96%) случаях. В раннем и отдаленном послеоперационном периодепрактически все пациенты были клинически обследованы в поликлинике центра при проведении контрольного осмотра в период 1 и 6 мес. после операции. В сомнительных случаях и при рецидиве стенокардии контрольнаякоронарография выполнена 124 (7,46%) пациентам.У 55 (3,31%) больных стентированные сегменты проходимы, у 13 (0,78%) больных выявлено прогрессирование атеросклероза, рестеноз выявлен у 56 (3,37%) больных, причем у трех пациентов в двух стентированных сегментах. Частота рестенозав стенте«Ephesos» 13 (3,5%), «Bx-sonic» (Cordis)13 (7,8%), «Be-stent» (Medtronic)-3 (6,25%), «S-670» (Medtronic)-1 (2,38%), «Vision» (Guidant)17 (2,13%), «Penta» (Guidant)-9 (1,84%), «Zeta» (Guidant)-1 (0,5%), «Cypher» (Cordis)2 (0,6%). 20 (36%) больным с рестенозом выполнена баллонная ангиопластикас хорошим ангиографическим результатом, 19 (34%) больным имплантированы стенты с лекарственным покрытием, 17 (30%) больным выполнено АКШ. Госпитальная летальность у больных с интракоронарными вмешательствами составила 0,42% (7 человек). Практически все 7 пациентов имели протяженное многососудистое поражение с клиникой сердечной недостаточности (трое были в кардиогенном шоке), которым коронарное вмешательство проводилось по жизненным показаниям. В 2 (0,12%) случаях наблюдался острый тромбоз стента, в 3 (0,18%) случаях подострый тромбоз стента. Среди других грозных осложнений гемоперикард при проведении стентированиякоронарных артерий отмечался в 5 (0,3%) случаях: у одного пациента перфорация дистального отдела артерии жестким проводником; у четырех пациентов после имплантации стента в кальцинированную переднюю нисходящую артерию возникла перфорация артерии, в 2-х случаях потребовавшая имплантации коронарного стент-графта.

Выводы: стентирование коронарных артерий является эффективным и безопасным методом лечения пациентов с ИБС. Приоритетным является использование стентов с лекарственным покрытием.

Tesis_006_end.indd 298 24.08.2006 22:25:50
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0707 БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА КЛАПАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Порханов В.А.,Федорченко А.Н., Шматков М.Г., Тупикин Р.С., Корж Д.А., Лясковский К.О., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.

«Краевая клиническая больница №1» им. С.В. Очаповского – «Центр грудной хирургии», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения,Краснодар, Россия

Цель исследования: анализ результатов транслюминальной баллонной вальвулопластики (ТЛБВП) стеноза легочной артерии (СЛА).

Материал и методы:в ККБ №1 –ЦГХ с 2003 г. по 2005 г. у 43 пациентов состенозом легочной артерии выполнена ТЛБВП в возрасте от 1 суток до 27 лет. Средний возраст составил4,2±1,1 года. Пациентов мужского пола было 23, женского 20. Катетеризация ЛА и правого желудочка (ПЖ) с манометрией производилась доступом через бедренную вену. Градиент систолического давления (ГСД) между правым желудочком и ЛА, составил в среднем 92±30,5 мм рт ст. Всем пациентам до и после ТЛБВП выполнялась правая вентрикулография (ПВГ) для оценки компонента (клапанный, подклапанный) поражения ЛА. У 39 больных выявлен изолированный клапанный СЛА, у 4 – клапанный в сочетании с подклапанным СЛА в виде фиброзной мембраны. ТЛБВП СЛА выполнена баллонными катетерами диаметром на 20% (или в 1,2 раза) больше диаметра фиброзного кольца легочной артерии.

Результаты: непосредственно после ТЛБВП у всех пациентов отмечалось достоверное снижение ГСД между ПЖ и ЛА в среднем с 100,5±30,5 до 46,1±5,3 Мм рт. ст. Хороший гемодинамический эффект получен у 35,1% больных (ГСД между ПЖ и ЛА был менее 20 Мм рт. ст.), удовлетворительный — у 46,5% (ГСД между ПЖ и ЛА колебался от 21 до 50 Мм рт. ст.) и у 18,6% больных ГСД остался более 50 Мм рт. ст. (из них 3 пациента с сочетанным клапанным и подклапанным компонентом стеноза ЛА). Отмечено достоверное увеличение насыщения капиллярной крови кислородом — в среднем с 75,1±5,1 до 94,3±3,6%.

В ближайшие сроки у всех обследованных отмечена положительная динамика клинических показателей и функциональных характеристик сердца. Тяжелая гипоксемия не наблюдалась ни у одного больного. Насыщение капиллярной крови кислородом в среднем составило 93,3±4,0%. Отмечены положительные изменения рентгенологических и электрокардиографических показателей. Летальных случаев не было.

Выводы: транслюминальная баллонная вальвулопластика является эффективным методом лечения клапанного стеноза легочной артерии. Преимуществами метода ТЛБВП легочной артерии являются: малая травматичность, короткий послеоперационный период

При тщательном отборе пациентов, соответствующей квалификации и опыте хирурга, возможности проведения в любой момент открытой операции на сердце, методика проведения ТЛБВП ЛА возможна в различных возрастных группах, в том числе у детей первых дней жизни.

0708 НАШ ОПЫТПРОВЕДЕНИЯ СПИРТОВОЙ АБЛАЦИИ ПЕРВОЙ СЕПТАЛЬНОЙ ВЕТВИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Порханов В.А., Федорченко А.Н.,Шматков М.Г., Тупикин Р.С., Корж Д.А.,Лясковский К.О.,Усачёв А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.

«Краевая клиническая больница №1» им. С.В. Очаповского – «Центр грудной хирургии», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения,Краснодар, Россия

Цель: анализ результатовэндоваскулярного леченияГКМП.

Материалы и методы: В отделении рентгенохирургии в 2004-2005 гг. было обследовано 22 пациента с диагнозом ГКМП. У 7-ми (32%) пациентовоперативное лечение не проводилось в виду симметричной формы гипертрофиимиокарда с локализацией преимущественно в средней части ближе к верхушке ЛЖ. 15 (68%) пациентам выполнена спиртовая аблация септальных ветвей. Решение о возможности и целесообразности проведения вмешательства принималось на основании клинических проявлений, эхокардиографических данных о локализации гипертрофии перегородки, градиенте давления в полости ЛЖ и сопоставлении их с ангиографической картиной и инвазивным измерением градиента давления. Среди оперированных пациентов было 11 (73,3%) мужчин и 4 (26,7%) женщины, возраст колебался от 36 до 66 лет. В 13 (86,6%) случаях септальная ветвь отходила от ПНА, в 1 (6,7%) случаеот ДВ1, в 1 (6,7%) случае от ИМВ. Всем пациентам во время операции в полость ПЖ устанавливался временный эндокардиальный электрод, в послеоперационном периоде проводилось динамичное наблюдение с мониторингом АД и ЭКГ в условиях ПИТ. Критерием эффективности процедуры являлось снижение градиента давления верхушка ЛЖ –выводной тракт ЛЖ при инвазивной манометрии и по результатам Эхо-КС,а так же эхокардиографическая динамика уменьшения толщины МЖП в отдаленном периоде.12 (80%) пациентам спиртовая аблация была выполнена с хорошим непосредственным результатом, у 2 (13,3%) больных спиртовая аблация была безуспешной из-за отсутствия снижения градиента при предварительном раздувании баллона в СВ, у 1 (6,7%) больного снижение градиента после эмболизации СВ было Минимальным, при этом септальные ветви были рассыпного типа.

Результаты: госпитальная летальность составила 0%. У 12 (80%) пациентов госпитальный период прошел без осложнений, у 2 (13,3%) больных на заключительном этапе операции развиласьAV блокада III степени, что потребовало временной ЭКС в течение суток с дальнейшим восстановление синусового ритма. У 1 больного наблюдалась гематома в месте пункции правой ОБА, пролеченная консервативно. Одному пациенту в связи с рецидивом клиники ГКМП проводилась аблация второй септальной ветви через 4 мес. после первой операции с хорошим клиническим эффектом. Дооперационный градиент давления по данным ЭХО-КС у разных пациентов составлял от 52 до 116 Мм рт. ст. (в среднем 78±12 Мм рт. ст.). После проведения спиртовой аблации –от 12 до 68 (в среднем 35±7 Мм рт. ст.). По данным инвазивного измерения градиент до операции составлял от 46 до 150 Мм рт. ст. (в среднем 83±11 Мм рт. ст.). Послеоперационный градиент составил от 60 до 0 Мм рт. ст. (в среднем 23±6 Мм рт. ст.).В сроки 6 мес. градиент по данным Эхо-КС составлял от 0 до 57 Мм рт. ст. (в среднем 29±7 Мм рт. ст.), толщина МЖП снижалась на 15% по сравнению с дооперационной.

Выводы: эндоваскулярное лечение ГКМП является эффективной процедурой, достоверно снижающей клинические проявления обструкции и выраженность градиента давления в выводном тракте ЛЖ.

0709 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Порханов В.А.,Федорченко А.Н., Шматков М.Г., Тупикин Р.С., Корж Д.А., Лясковский К.О., Усачев А.А., Волколуп О.С., Бухтояров А.Ю., Лазебный П.А.

«Краевая клиническая больница №1» им. С.В. Очаповского – «Центр грудной хирургии», отделение рентгенхирургических методов диагностики и лечения,Краснодар, Россия

Цель: оценить непосредственные и отдаленные результаты различных методов бифуркационного стентирования.

Материалы и методы: в отделении рентгенхирургии с января 2003 года по декабрь 2005 годапо поводу ИБС были проопе-

Tesis_006_end.indd 299 24.08.2006 22:25:50
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

рированы 1691 пациентов, которым было имплантировано 2526 стента. При этом 77 (4,6%) из них было выполнено бифуркационное стентирование стенозов коронарных артерий с имплантацией 195 стентов. Мужчинбыло 62 (80,5%), женщин –15 (19,5%), средний возраст56±4,5 лет. Бассейн стентированных артерий: ПНА и ДВ-61 (76,2%) случай, ОА и БВ (ВТК)- 16 (20,1%) случаев, ПКА и ЗНА- 3 (3,7%) случая. Техника Т-стентирования применялась у 43 (55,8%) пациентов, Y-стентирования- у 4-х (5,2%) пациентов, «crush»-техника- у 14 (18,2%) пациентов. Бифуркационный стент «Frontier»(Guidant) был имплантирован в 21 (27,3%) случае. Распределение небифуркационных стентов: без лекарственного покрытия –133 (68,2%) стента, с лекарственным покрытием –41 (21%) стент. Всего бифуркационным стентированием завершились 67 ЧТКА и 10 реканализаций артерий.

Результаты: госпитальных осложнений отмечено не было. Летальность составила 0%. Всем пациентам в течение первого месяца проводились нагрузочные функциональные пробы, подтвердившие исчезновение (81.8%) или снижение ФК стенокардии (18,2%). Наблюдение в отдаленном периоде проводилось 56-ти (72,7%) больным в сроки от 3-х до 12-ти месяцев. ОИМ за время наблюдения перенесли 6 (7,8%) пациентов3 пациента (3.9%) погибли от острого инфаркта миокарда в срок 2,5 и 7 месяцев после проведения ЧТКА. Контрольная коронарография проводилась 18-ти (23,4%) пациентам. Из них у 11-ти (61,1%) значимых препятствий кровотоку не выявлено. У 7 (38.9%) выявлен гемодинамически значимый рестеноз.При этом рестеноз устья боковой ветви был выявлен у 2-хбольных, окклюзия боковой ветви у одного, истинный бифуркационный рестеноз –у 4 пациентов. В 3-х случаях была выполнена повторная баллонная ангиопластика с удовлетворительным ангиографическим результатом. Одномупациенту было выполнено АКШ, так как имелось прогрессирование атеросклероза в других артериях.Ретроспективный анализ 3-х летальных исходов в отдаленном периоде, а так же случаев рестеноза показал, что во всех случаях бифуркационное стентирование выполнялось стентами без лекарственного покрытия.

Выводы: анализ результатов стентирования бифуркационных поражений коронарных артерий показал ихвысокую эффективность. При этом не было замечено статистически достоверной зависимости частоты рестенозов от выбора техники бифуркационного стентирования, которая определяется ангиографическим типом бифуркационного поражения. Стенты с лекарственным покрытием являются наиболее предпочтительными для стентирования бифуркационных поражений, так как значительно уменьшают частоту рестенозов в отдаленном периоде. Применение стентов с бифуркационным дизайном «Frontier»(Guidant) позволяет добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов при стентировании истинных бифуркационных поражений.

0710 ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Посненкова О.М., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Струнина А.Н., Довгалевский П.Я.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель – оценить выполнение в первичном звене медицинской помощи мероприятий выявления, профилактики и терапии артериальной гипертонии (АГ), предусмотренных Российским рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению АГ (2004 г.)(НР) с помощью компьютерной информационно-аналитической системы «Регистр АГ» (ИАС Регистр АГ).

Материал и методы. Анализировались данные амбулаторных карт 373 пациентов трех поликлиник г. Саратова, имеющих отметку о постановке на диспансерный учет по АГ в диапазоне с 01.01.2000 г. по 31.12.2005 г. Среди них 156 мужчин и 217 женщин в возрасте от 19 до 74 лет (средний возраст в выборке составил 47±11 лет). Сбор и анализ данных относительно выявления АГ, немедикаментозных методов борьбы с модифицируемыми факторами риска (МФР) и лекарственной терапии АГ осуществлялись с помощью патентованной ИАС Регистр АГ.

Результаты. Среди 373 пациентов, зарегистрированных в ИАС Регистр АГ, повышенные цифры артериального давления (АД) (>140/90 мм. рт.ст.) в рамках анализируемого временного диапазона выявлены у 366 пациентов. То есть, в 98% случаев в амбулаторной карте имелись документированные данные о повышении АД. Критерии диагностики АГ, предусмотренные НР, выявлены у 239 из 366 лиц с повышенным АД (68%). У 127 пациентов причинами некорректной диагностики АГ стало неоптимальное динамическое наблюдение (несоблюдение рекомендованных интервалов между визитами) у 79 пациентов (62%), отсутствие подтверждения факта повышенного АД, то есть гипердиагностика АГ у 48 пациентов (38%). Хотя бы один МФР согласно критериям НР выявлен у 162 из 239 пациентов с установленной АГ (68%). Среди 77 пациентов, у которых не определен ни один МФР, у 70 пациентов (91%) отсутствовали данные по уровню холестерина ЛПВП и ЛПНП, у 68 пациентов (88%) – отсутствовали данные по уровню триглицеридов. У 59 пациентов (78%) в амбулаторной карте отсутствовали данные о питании, у 49 пациентов (64%) отсутствовали данные о курении, у 46 пациентов (60%) – о физической активности. Среди 162 больных АГ, имеющих МФР, документированная запись о врачебных советах относительно образа жизни в амбулаторной карте присутствовала у 130 пациентов (80%), однако в 99% случаев использовалась обобщенная формулировка «дан совет относительно образа жизни». Целевое АД на фоне медикаментозной терапии АГ в течение последнего года наблюдения не поддерживалось ни у одного пациента. Среди 233 пациентов, получавших хотя бы одно гипотензивное средство, у 37 пациентов (16%) отмечалась недостаточная для оценки целевого АД длительность лечения (менее 3 месяцев), у 76 пациентов (32%) при достаточной длительностилекарственной терапии целевое АД достигнуто не было, у 142 пациентов (61%) отсутствовало оптимальное для оценки поддержания целевого АД динамическое наблюдение.

Выводы. С помощью ИАС Регистр АГ выявлены существенные недостатки лечебно-профилактической помощи больным АГ в первичном звене, причем НР не соблюдаются у большинства больных АГ. Использование ИАС Регистр АГ позволяет оперативно выявлять области лечебно-диагностической помощи больным АГ первичного звена, подлежащие совершенствованию.

0711 ОЦЕНКА ПЕРСОНАЛЬНОГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Посненкова О.М., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Струнина А.Н.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель – провести оценку персонального риска (ПР) 10-летнего развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений среди больных АГ в первичном звене с использованием модели SCORE (2005 г).

Материал и методы. Анализировались данные за 2005 г. из амбулаторных карт 239 пациентов трех поликлиник г. Саратова, зарегистрированных в компьютерной Internet-системе «Регистр АГ». Артериальная гипертония (АГ) диагностировалась согласно критериям Российских рекомендаций по профилактике, диагностике и терапии АГ (2004 г.) (НР). Для расчета ПР по модели SCORE использовались данные о поле, возрасте на конец 2005 г., уровне систолического артериального давления (САД) за последние 6 месяцев наблюдения 2005 г., уровне общего холестерина и статусе курения в 2005 г.

Tesis_006_end.indd 300 24.08.2006 22:25:50
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. Среди 239 больных с установленной АГ ПР вычислен у 63 пациентов (26%) (23 мужчины и 40 женщин). Медиана и интерквартильный диапазон значений ПР [Me (25%; 75%)] составили 0,9% (0,3%; 1,8%). Наиболее многочисленная группа (16 человек –25%) была представлена женщинами в возрасте 50-55 лет, у которых ПР составил 0,9% (0,7%; 1,2%). ПР мужчин (5 человек) этой же возрастной группы составил 2,2% (2,0%; 3,6%). Возрастная группа 55-59 лет включала 8 мужчин с ПР 7,1% (6,7%; 9,0%) и 5 женщин с ПР 1,2% (1,0%; 1,5%). При этом выборка не включала мужчин в возрасте старше 60 лет и всего 1 женщину старше 60 лет. Полученные результаты позволяют предположить, что причинами получения столь низкого уровня риска в группе больных АГ с вычисленным ПР можно считать преобладание женщин и отсутствие в выборке лиц старшей возрастной группы (старше 60 лет). Среди 176 пациентов, у которых не вычислен ПР, причины, препятствующие его определению, распределились следующим образом: у 162 больных АГ (92%) отсутствовали данные по курению за последний год наблюдения, у 84 пациентов (48%) ни разу не выполнялось исследование уровня общего холестерина крови в течение последнего года наблюдения. У 18 (10%) пациентов отсутствовали данные измерения АД за 2005 г.

Выводы. Уровень ПР, рассчитанный по модели SCORE для больных АГ, наблюдающихся в трех поликлиниках г. Саратова, соответствует низкому риску фатальных сердечно-сосудистых осложнений. При этом в группе мужчин в возрасте 55-59 лет уровень ПР был высоким. Выявленные особенности половозрастной структуры анализируемой выборки, влияющие на оценку ПР по модели SCORE, которые схожи со спецификой распределения по полу и возрасту во всей российской популяции, позволяют предположить, что оценка ПР с помощью модели SCORE может быть неадекватна ввиду особенностей половозрастной структурыроссийского населения.

Неполное обследование больных АГ препятствует достоверной оценке уровня фатального ПР среди амбулаторных больных АГ. По этой причине врачи первичного звена не могут использовать значения фатального риска модели SCORE для выбора правильной тактики профилактики и терапии АГ, направленной на достижение клинических целей борьбы с АГ, как требуют НР.

0712 КОРРЕКЦИЯ ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

*Потапов В.Н,Лупач Н.М., Хлудеева Е.А.,. *Артюков А.А., *Лукьянов П.А*

ГОУ ВПО ВГМУ, Владивосток, Россия; *ТИБОХ ДВО РАН, Владивосток, Россия

В настоящее время установлена важная роль активации перекисного окисления липидов (ПОЛ) в развитии атеросклероза и ишемической болезни сердца (ИБС). Традиционная терапия ИБС направлена на увеличение коронарного кровотока и снижение потребности миокарда в кислороде. Такой подход эффективен в профилактике приступов стенокардии, но фактически не защищает клетки от повреждения кислородными и липидными свободными радикалами. Это обосновывает необходимость изучения возможностей применения корригирующей антиоксидантной терапии у больных ИБС.

Недавно было показано, что полигидроксинафтохиноны, к которым относятся природные пигменты, содержащиеся в панцирях и иглах морских ежей, обладают высокой антиоксидантной активностью. На базе ТИБОХ ДВО РАН на основе эхинохрома “А” был разработан антиоксидантный комплекс “Тимарин”. В его состав входят фосфолипиды (0,27%), свободные аминокислоты и пептиды (0,3%), углеводы (0,6%). Главное действующее начало представлено антиоксидантами эхинохромом “А” 0,35 мг/мл и аскорбиновой кислотой 3мг/мл.

Целью работы явилось изучение оксидантного статуса у больных ИБС и возможности его коррекции.

Нами обследованы 3 группы пациентов: 1 группа- 30 здоровых лиц (контрольная группа 1), 2 группа- 30 больных ИБС, получавшие стандартную терапию, 3 группа- 30 больных ИБС (15 мужчин и 15 женщин, средний возраст 54,3 года), получавшие дополнительно к традиционной терапии антиоксидант «Тимарин» перорально в течение 3 недель. Диагноз ИБС был подтвержден клинически (стабильная стенокардия 1- 2 ФК), данными ЭхоКГ, велоэргометрии и коронарографии. Для суждения об оксидантном статусе определяли общую антиоксидантную и прооксидантную активность сыворотки крови по методике, разработанной в ТИБОХ ДВО РАН.

В ходе проведенного исследования получены следующие результаты: в группе здоровых лиц среднее значение показателя антиоксидантной активности(АОА) составило 126±0,7%, показателя прооксидантной активности (ПроОА) – 11±0,4%. У больных ИБС 2 и 3 групп выявлен выраженный дисбаланс прооксидантной и антиоксидантной активности. В 3 группе средний уровень антиоксидантов в сыворотке до лечения составил 109±3,3%, прооксидантов –20±1,3%. Показатель, отражающий баланс между общим количеством прооксидантов и антиоксидантов(ПроОА/АОА) до лечения составил 0,19±0,02, После 3-х недельного лечения средний уровень антиоксидантов в сыворотке составил 121±1,4%, прооксидантов –14±0,6%. ПроОА/АОА после курса проведенной терапии уменьшился до 0,12±0,006. В группе здоровых лиц этот показатель составил 0,09.

Таким образом, у больных ИБС выявлен выраженный дисбаланс ПроОА и АОА. Антиоксидантный комплекс «Тимарин» способствует улучшению антиоксидантного статуса, снижению общего количества прооксидантов и корригирует баланс между антиоксидантами и прооксидантами в сыворотке крови больных ИБС.

0713 ЭПРОСАРТАН И ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Почепцова Л.В., Логачева И.В., Кривилева С.П., Перевозчикова О.С., Иванова И.В.

ИГМА, ГУЗ РКДЦ МЗ УР, Ижевск, Россия

Цель: изучение влияния эпросартана (теветена) и гидрохлортиазида на показатели дисфункции эндотелия и состояние величины комплекса интима-медиа (ВКИМ) у больных умеренной и тяжелой артериальной гипертензией (АГ).

Методы: обследовано 19 пациентов со 2–3 степенью повышения артериального давления (АД) в возрасте от 40 до 66 лет (52,7±8,7). Длительность заболевания составляла 13,1±8,9 лет. Исходный уровень систолического артериального давления (САД) в группе -180,5±10,4, диастолического (ДАД) –106,1±7,6 Мм рт. ст. Эпросартан назначался в стандартной дозе 600 мг один раз в сутки. В качестве базового препарата применен гидрохлортиазид (ГХТ) 12,5 мг/сут. утром. В процессе наблюдения измерялась величина комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ОСА) и оценивалась сосудодвигательная функция эндотелия плечевых артерий ультразвуковым методом (проба на эндотелийзависимую вазодилятацию) с использованием аппарата «ALOKA-4000» (Япония). Жесткость крупных артерий (ЖКА) определялась отношением пульсового давления к ударному объему.

Результаты: антигипертензивный эффект эпросартана регистрировался с первой недели лечения. Максимальный результат комбинированной терапии был отмечен к 24 неделе и оставался стабильным у большинства больных. САД до лечения и к 48 неделе наблюдения составлял соответственно 180,5±10,4 и 139,5±16,4 Мм рт. ст. (САД=-41,1±12,2; $p<0,0001$); ДАД=-106,1±7,6 и 86,9±7,7 Мм рт. ст. (ДАД=-19,5±9,4; $p<0,0001$). Целевой уровень АД достигнут у 73,6% пациентов. На фоне терапии теветеном и ГХТ у 83% больных отмечено достоверное улучшение эндотелийзависимой вазодилатации по сравнению с исходной. Прирост эндотелийзависимой вазодилатации пле-

Tesis_006_end.indd 301 24.08.2006 22:25:51
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

чевой артерии составил 3,5±2,7(p<0,05). ВКИМ уменьшилась с 1,24±0,2 до 1,1±0,1мм справа и с 1,22±0,2 до 1,03±0,06 мм слева (p<0,001). ЖКА снизилась на 34,5% мм рт. ст./мл (p=0,001).

Выводы: комбинированная терапия антагонистом рецепторов ангиотензина II (теветен) и диуретиком (гидрохлортиазид) в течение 12 месяцев способствует достоверному снижению систолического и диастолического артериального давления у больных с высокой степенью артериальной гипертензии. Установлено органопротективное влияние эпросартана на структурно-функциональное состояние артериального русла. Последнее подтверждается улучшением эндотелийзависимой вазодилатации, уменьшением толщины комплекса интима-медиа и снижением жесткости крупных артерий.

0714 СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ И ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ

Праскурничий Е.А., Савельева С.А., Шевченко О.П.

Кафедра кардиологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить антигипертензивную эффективность и характер влияния на основные параметры вариабельности сердечного ритма антагониста кальция амлодипина (Нормодипин, Гедеон Рихтер) при метаболическом синдроме (МС).

Методы: в исследование было включено 22 пациента в возрасте от 43 до 69 лет с избыточной массой тела (ИМТ более 25 кг/м2), наличием артериальной гипертонии 1-2 степени, уровнем глюкозы крови натощак в среднем 5,8±0,9 ммоль/л. Пациенты в течение 12 недель получали антагонист кальция амлодипин по 2,5-10 мг/сутки в виде монотерапии. Всем пациентам проводили суточное мониторирование АД (СМАД), велоэргометрическую (ВЭМ) пробу, глюкозотолерантный тест, определяли вариабельность сердечного ритма (ВСР).

Результаты: по данным клинического измерения АД, монотерапия амлодипином характеризовалась положительным антигипертензивным эффектом, при этом снижения АД менее 140/90 Мм рт. ст. удалось достигнуть у 72,7% пациентов. Динамика показателей СМАД свидетельствует, что препарат оказывает выраженный антигипертензивный эффект, снижая САД и ДАД в течение суток, а также такие показатели, как вариабельность АД, индекс времени и индекс площади гипертензии. При проведении ВЭМ-пробы выявлено достоверное снижение САД и ДАД в покое и на высоте физической нагрузки, а также снижение степени прироста САД, что свидетельствует об уменьшении гипертензивной реакции на нагрузку. Прием амлодипина в течение 12 недель не оказывал достоверного влияния на параметры ВСР, что указывает на отсутствие активации симпатоадреналовой системы. У части пациентов (группа 1) отмечено снижение параметров, характеризующих ВСР, тогда как у других (группа 2) – их повышение. В первой группе терапия амлодипином сопровождалась увеличением общей ВСР (SDNN) и общей мощности спектра (TP), а также ростом таких показателей какрNN50 и CV –признаков повышения активности вагуса. Во второй группе отмечалось снижение общей ВСР и общей мощности спектра, а также уменьшение значений rMSSD, pNN50 и CV, свидетельствующих об ослаблении парасимпатического контроля сердечного ритма. Статистически достоверных изменений отношенияLF/HF в той или иной группах выявлено не было. Динамика уровня АД по данным клинического измерения и СМАД на фоне терапии амлодипином существенно не зависела от изученных параметров ВСР. Тем не менее, в ходе проведения ВЭМ-пробы было продемонстрировано снижение показателя прироста САД при достижении мощности нагрузки как 50 Вт, так и 100 Вт, только в той группе, где показатели ВСР претерпели благоприятную динамику в виде увеличения общей ВСР, общей мощности спектра и выраженности его высокочастотной составляющей.

Выводы: по данным динамики казуальных значений АД и СМАД амлодипинобладает высокой антигипертензивной активностью. Однако снижение выраженности гипертонической реакции на нагрузку было отмечено лишь в группе пациентов, у которых терапия амлодипином сопровождалась повышением общей мощности спектра ВСР.

0715 ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Прекина В.И., Киселева О.М.

МГУим. Н.П.Огарева, Саранск, Россия

Одной из причин инсульта является артериальная гипертензия (АГ), которая увеличивает риск летального исхода на 34%.

Целью работы явилось изучение суточного профиля АД у больных АГ в острый периодишемического инсульта.

Материал и методы исследования. Обследовано 20 больных АГ, находившихся на лечении в неврологическом отделении 4 городской клинической больницы в возрасте от 53 до 68 лет, из них 12 мужчин и 8 женщин. Средний возраст составил 63±4,3 года. По данным анамнеза у всех больных была АГIII степени (по классификации ВОЗ 1999 г.). В период исследования всем пациентам проводилась медикаментознаяантигипертензивная терапия.

Суточное мониторирование АД выполнялось с помощью системы суточного мониторирования «Bplabp»(АО «Петр Телегин», Нижний Новгород) на 2-е – 3-исутки от начала развития инсульта. Длительность мониторирования составляла 24 часа. Всего регистрировалось около 80 измерений АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), днем – каждые 15,ночью – каждые 30 Мин. Вычисление изучаемых показателей проводили с использованием программного обеспечения данного аппарата. Оценивали следующие показатели: средние значения систолического АД (САД) и диастолического (ДАД); гипертензивную нагрузку (нагрузку давлением) оценивали по индексу времени (ИВ) – как процент величин АД превышающих пороговые значения (более 140/90 мм рт. ст. днем и более 125/75 Мм рт. ст. ночью);вариабельность САДи ДАДоценивалась по стандартному отклонению от средней величины; суточный индекс (СИ) или степень ночного снижения АД.

Полученные результаты. Средние показатели САД и ДАД за сутки составили 162,6 и 92,4 Мм рт. ст. соответственно с большей гипертензией в ночные часы. Гипертензивная нагрузка САД за сутки составила 89,6%, ДАД –75,4% существенно не различаясь в дневные и ночные часы. Гипотензивнойнагрузки у больных не было. Выявлена повышеннаясуточная вариабельность САД (16,8%). Днем этот показательбыл несколько выше, чем ночью (17,4 и 14,6% соответственно). Вариабельность ДАД за сутки, дневные и ночные часы составила соответственно 13,2, 15,2 и 10,6%, существенно не отличаясь от нормы. Наряду с тяжестью АГ и повышенной вариабельностью АГ, неблагоприятным прогностическим фактором считают и нарушениесуточного ритма АД.При индивидуальном анализе суточного ритма АД выделены следующие группы больных:а) «dippers» – лица с нормальнымночным снижениемАД (СИ 10-20%) – 4 (20%); б) «non-dippers» – лица с недостаточным ночным снижением АД (СИ< 10%) – 6 (30%);в) «night-peakers» – лица с ночной гипертензией, у которых ночное АД превышает дневное – 10 (50%). Степень ночного снижения ЧСС была достаточной и составила 14 %.

Выводы. 1. Суточный профиль АД у больных АГ в острый период ишемического инсульта характеризуется повышенной вариабельностью САД, преимущественно в дневные часы.

2. В большинстве случаев (80%) нарушен суточный ритм АД, чаще по типу ночной гипертензии.

Tesis_006_end.indd 302 24.08.2006 22:25:51
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0716 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Прекина В.И., Самоявчева С.В.

МГУим. Н.П.Огарева, Саранск, Россия; НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Горький» ОАО «РЖД», Нижний Новгород, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из ведущих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у больных в пожилом возрасте.

Целью работы явилось изучение суточного профиля АД у больных АГ старше 60 лет.

Материал и методы исследования. Обследовано 30 больных АГ в возрасте от 60 до 72 лет (средний возраст 66±3,5 года), из них 8 мужчин и 22 женщины. АГ II степени была у 23, III – у 7 пациентов (по классификацииВОЗ, 1999 г.). В 3 (10%) случаев АГ была изолированной систолической. Суточное мониторирование АД выполнялось с помощью системы суточного мониторирования «Bplabp»(АО «Петр Телегин», Нижний Новгород) на 2-есутки пребывания в стационаре на фоне приема антигипертензивных препаратов. Измерения АД проводились днем – каждые 15,ночью – каждые 30 Мин. Оценивали следующие показатели: средние значения систолического АД (САД) и диастолического (ДАД); гипертензивную нагрузку (нагрузку давлением) оценивали по индексу времени (ИВ) – как процент величин АД превышающих пороговые значения (более 140/90 Мм рт. ст. днем и более 125/75 Мм рт. ст. ночью);вариабельность САДи ДАДоценивалась по стандартному отклонению от средней величины; суточный индекс (СИ) или степень ночного снижения АД; величинуи скорость утреннего подъема АД.

Полученные результаты.Средние показатели САД и ДАД за сутки составили 165 и 98 Мм рт. ст. соответственно с большей гипертензией в дневные часы. Гипертоническая нагрузка САДсоставила за сутки – 74%, существенно не различаясь днем и ночью. Нагрузка ДАД за сутки составила 65%, днем 65 и несколько ниже ночью –57 %. У 2 больных выявлена гипотензивная нагрузка в ночные часы, у одного из них по САД – 7%, у другого – по ДАД – 2%, обусловленная избыточной антигипертензивной терапией. Вариабельность САД за сутки, день и ночьсущественно превышала норму исоставляла19,18 и 16мм рт.ст. соответственно. Ночью этот показатель незначительно был меньше, чем днем. Вариабельность ДАД была нормальной. Прианализе суточного ритма АД выделены следующие группы больных :а) «dippers» – лица с нормальнымночным снижениемАД (СИ 10-20%) – 27%; б) «non-dippers» – лица с недостаточным ночным снижением АД (СИ<10%) – 47%; в) «night-peakers» – лица с ночной гипертензией, у которых ночное АД превышает дневное – 20%; г) “over dippers” лица с чрезмерным ночным снижением АД (СИ >20%) – 6%. Вариабельность САД была более выраженной в группе лиц с ночной гипертензией («night-peakers»). Отмечена обратная, слабая взаимосвязь между степенью ночного снижения САД и вариабельностью САД (r=0,23; P<0,05). Величина и скорость утреннего подъема САД быливыше нормальных значений на 10 мм (P<0,05) и 3 мм/час (P<0,05) и составили соответственно 65±3 мм рт. ст. и 14±1 мм рт. ст./час.

Выводы. 1. Суточный профиль АД у больныхпожилого возраста характеризуется повышением вариабельности, величины и скорости утреннего подъема систолического АД.

2. В 73% случаевнарушен суточный ритм АД, чаще по типу недостаточного ночногоснижениемАД.

0717 ВЕЛИЧИНА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ: СВЯЗЬ С ВОЗРАСТОМ БОЛЬНЫХ И КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ

Преображенский Д. В., Стеценко Т. М., Лебедева О. И., Куратев А. Л., Алехин М. Н., Патарая С. А.

ММА им. И. М. Сеченова; Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования – изучить состояние систолической функции левого желудочка (ЛЖ) с помощью двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ) среди больных без клинически значимых заболеваний сердца и легких.

Материалы и методы. У 490 госпитализированных больных без клинически значимого заболевания сердца и легких проводилась ЭхоКГ с определением фракции выброса ЛЖ. Среди больных, включенных в исследование, было 259 мужчин и 231 женщин в возрасте от 18 до 95 (средний возраст 64,7 лет). В зависимости от возраста больные были разделены на четыре группы: (1) моложе 45 лет; (2) от 45 до 59 лет; (3) от 60 до 74 лет; и (4) в возрасте 75 лет и старше.

Результаты исследования. Значения фракции выброса ЛЖ у обследованных лиц колебались от 45% до 85%, составляя в среднем 66,2±6,4%. Ни у одного из обследованных лиц без клинически значимого заболевания сердца и легких фракция выброса ЛЖ не была меньше 45%, и лишь у одной женщины 67 лет она составила 45%. Только у 11 (2,3%) больных фракция выброса ЛЖ была меньше 55%, и только у 42 (8,6%) она была меньше 60%. Среди больных моложе 75 лет фракция выброса ЛЖ меньше 60% обнаружена в 5,8% случаев, а среди больных 75 лет и старше – в 21,3% случаев (p≥0,05). Учитывая отсутствие достоверных различий в средних значениях фракции выброса ЛЖ в группах больных в возрасте моложе 74 лет, средние значения фракции выброса ЛЖ у обследованных лиц молодого, среднего и пожилого возрастов могут использоваться для определения ее нормальных значений. Средние значения фракции выброса ЛЖ у 400 больных без заболевания сердца и легких моложе 75 лет составили в среднем 67,0±6,3%. Для определения нормальных значений фракции выброса ЛЖ можно использовать либо средние значения плюс-минус 1 стандартное отклонение, либо 95% доверительный интервал. В первом случае нормальные значения фракции выброса ЛЖ будут колебаться от 61% до 73%, во втором – от 58% до 76%.

Выводы. У больных без клинически значимого заболевания сердца и легких сократительная функция ЛЖ остается сохранной вплоть до старческого возраста. На основании результатов обследования больных моложе 75 лет нижней границей нормальных значений фракции выброса ЛЖ, по-видимому, можно считать 60%, а не 45% или 50%, как обычно указывается в литературе.

0718 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ AT1-РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ IIи ИНГИБИТОРОВ АПФ В ТЕРАПИИ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Привалова Е.В., Филиппова М.П.

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

Многие исследователи отмечают тот факт, что в ряде случаев, после адекватной коррекции митральных пороков, протекающих с формированием легочной гипертензии (ЛГ), наблюдается сохранение и прогрессирование симптоматики хронической сердечной недостаточности (ХСН) в отдаленном послеоперационном периоде (А.С.Иванов, Л.П. Черепенин и др. 1994). Предполагается, что значительную роль в формировании ХСН в таких случаях играет ре-

Tesis_006_end.indd 303 24.08.2006 22:25:51
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

зидуальная легочная гипертензия (РЛГ), приводящая к прогрессирующей правожелудочковой недостаточности. Цель исследования – оптимизация фармакотерапии больных, оперированных по поводу приобретенных митральных пороков сердца, осложненных ЛГ.

Материалы и методы: пациенты с РЛГ (n=58; муж-24; жен-34; ср. возр 52,4±6,1 лет) разделены на две группы. В первой группе (n=26, из них у 50% диагностирована 1степень РЛГ и 2 степень РЛГ по классификации J.W.Kirklin) больным назначено лечение иАПФ эналаприлом малеатом. Больные из второй группы (n=32, у 75% – 1 степеньРЛГ и 25% –2 степень РЛГ) получали препарат из группы антагонистов рецепторов 1 типа к ангиотензину II – ирбесартан. Лечение назначалось в сроки от 2до 19 лет после хирургической коррекции порока, на фоне приема дигоксина и мочегонных. Методы исследования включали: оценку клинической симптоматики, ЭХОКГ с определением среднего (СрДЛА) и систолического давления (САДла) в легочной артерии (в покое), размеров камер сердца, фракции выброса левого желудочка. Средняя доза препаратов составила 12,9±9,4 мг/сут. для эналаприла и 130,6±59,2 мг/сут. для ирбесартана. Длительность лечения –6 месяцев.

Результаты:у больных с I степенью РЛГ, получавших терапию эналаприлом, через 6 месяцев терапии СрДЛА снизилось на 18%, а САДла на 20%. В группе, получавших ирбесартан снижение уровня СрДЛА и САДла отмечалось на 35% и 31%соответственно. При сравнении эффективности терапии иАПФ и АРА II у больных сII степенью РЛГчерез 6 месяцев терапии снижение уровня СрДЛА и САДла вгруппе получавших иАПФсоставило 34% и 30% от исходного уровня. В группе, получавшихлечение АРА II через 6 месяцев терапии СрДЛА снизилось на 32%, а САДла на 28%.Выводы: В целом эффективность препаратов является сопоставимой. Выявленное преимущество ирбесартана в группе больных с I степенью РЛГ вероятно обусловлено выраженностью вазоконстрикции –ведущего патогенетического механизма поддержания ЛГ на ранних стадиях. При этом блокада рецепторовангиотензина II оказывает более выраженный эффект, чем блокада АПФ, поскольку нивелирует действие всего ангиотензина II, не зависимо от механизма его образования. У больных с II степенью РЛГ больше выражены процессы морфологической перестройки сосудистой стенки (фиброз) и в этом случае, иАПФ имеют дополнительное влияние за счет активации калликреин-кининовой системы.В обеихгруппах отмечена хорошая переносимость лекарственных препаратов.

0719 БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ

Пристром А.М., Мрочек А.Г.

Кафедра кардиологии и ревматологии БелМАПО, Минск, Беларусь

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из наиболее частых осложнений беременности. АГ у беременных является серьезным фактором риска осложнений, а также одной из основных причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Кроме того, АГ приводит к формированию фетоплацентарной недостаточности (ФПН).

Цель:сравнить антигипертензивную монотерапию и комбинированную терапию у беременных с АГ с позиции безопасности для плода.

Методы исследования. Было обследовано 100 беременных женщин с АГ I-II степени, из которых 36 пациенток в период беременности не получали антигипертензивной терапии, а 64 беременные получали антигипертензивную терапию такими препаратами, как метилдопа, метопролол, атенолол, амлодипин в монотерапии, а также в комбинациях: метопролол+амлодипин и метилдопа+амлодипин. Контрольную группу составили 40 беременных женщин без АГ.

Для диагностики ФПН применялась допплерометрия кровотока в фето-плацентарной системе. Исследовался фетоплацентарный кровоток (ФПК) в маточных, спиральных артериях, артерии пуповины, в аорте и в средней мозговой артерии плода.

Риск развития нарушений ФПК при использовании лекарственных препаратов на организм матери и плода оценивался с помощью расчета показателей относительного риска (ОР) – отношения частоты неблагоприятного исхода беременности среди лиц, подвергшихся и не подвергшихся лекарственному воздействию антигипертензивными препаратами. ОР отражает силу связи между воздействием и заболеванием.

Полученные результаты. Назначение антигипертензивной монотерапии пациенткам с АГ в целом не снижало риска развития нарушений ФПК. Но оказалось, что назначаемые антигипертензивные препараты оказывали различное влияние на состояние ФПК. Применение атенолола, метилдопа и метопролола несколько повышало риск развития нарушений ФПК. Так, ОР для этих препаратов составил 1,64; 1,43 и 1,2 соответственно. В то же время оказалось, что комбинация метилдопа с амлодипином и метопролола с амлодипином приводила к снижению риска развития нарушений ФПК (ОР составил 0,89).

Выводы. Таким образом, у беременных с АГ с позиции безопасности для плода наиболее целесообразно применение комбинированной антигипертензивной терапии дигидропиридинового антагониста кальция – амлодипина с метопрололом и метилдопа.

0720 ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Пристром М.С., Байда А.В., Воробьева Е.П., Штонда М.В., Лапуть К.Н.

БелМАПО, Минск, Беларусь

Цель исследования: оценить влияние терапии при использовании аторвастатина – Трована (фирма Pharmacare Int. Co.) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) на липидный спектр, гуморальные показатели иммунного ответа.

Материал и методы исследования. Обследовано 38 больных ИБС в возрасте 53,4±3,1 года. Верификацию диагноза ИБС проводили в соответствии с общепринятыми критериями. Индекс массы тела (ИМТ) составил 28,6±0,94 кг/м2. ИМТ рассчитывали по формуле Кетле. В исследование не включали больных сахарным диабетом, с тяжелыми нарушениями ритма сердца, выраженной сердечной недостаточностью, хроническими воспалительными заболеваниями. Опытную группу составили 22 пациента, которым проводили медикаментозное лечение с включением аторвастатина (Трована) 10 мг/сут. в течение 1,5 месяца; контрольную группу составили 16 пациентов со стабильной стенокардией сопоставимого возраста, получавшие только стандартное медикаментозное лечение. Лабораторные исследования проводили в сыворотке венозной крови, взятой утром натощак. Исходно, а также через 1,5 мес. терапии аторвастатином определяли уровень общего ХС, ХС ЛПВП, ХС ЛПОНП, триглицеридов (ТГ) ферментативным методом. 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 циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) определялось по методу V. Haskova преципитацией 3,75% полиэтиленгликолем (ПЭГ). Статистический анализ проводили с использованием t-критерия Стьюдента, различия считались достоверными при $P<0,05$.

Результаты и обсуждение. Исходно нарушенные показатели липидотранспорной системы достоверно улучшились после назначенияаторвастатина (трована). В среднем отмечалось уменьшение ОХС с 7,43±0,3 до 4,6±0,2 ммоль/л и ТГ с 2,81±0,22 до 1,15±0,2 ммоль/л. Концентрация ХСЛПНП также в среднем снизилась с 4,01±0,29 до 2,1±0,04 ммоль/л. В ре-

Tesis_006_end.indd 304 24.08.2006 22:25:51
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

зультате проведенного лечения было отмечено увеличение показателей ХС ЛПВП с 0,61±0,03 до 1,14±0,06 ммоль/л. После проведения терапии аторвастатином (трованом) отмечалось достоверное увеличение показателей иммунной системы: ЦИК в 3,75% ПЭГс173, 19±21,38 по 226,15±29,18; Ig A с 1,87±0,66 по 3,59±0,23 мг/мл; Ig G с 19,97 ± 1,83 по 28,04 ± 1,88 мг/мл. В отношении Ig M достоверно значимых результатов получено не было. У лиц контрольной группы достоверных изменений в процессе стандартного лечения не выявлено. При оценке показателей суточного ХМ ЭКГ, Эхо КГ не было выявлено их достоверной динамики на фоне терапии аторвастатином (трованом).

Таким образом, терапия аторвастатином в начальной дозе на протяжении 1,5 мес. привела к достоверному улучшению липидограммы. Обнаруженные сдвиги в системе иммунитета могут быть связаны с воздействием аторвастатина (трована) на патогенетические механизмы, присущие атеросклерозу. Для более точного ответа полученные данные требуют дальнейшей детальной разработки и анализа в количественно расширенной группе больных с данной патологией.

0721 ИЗМЕНЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЖИРНО-КИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С АГ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Пристром М.С., Байда А.В., Семененков И.И., Сенякович Н.И., Лапно О.Г.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

В лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертензией (АГ) наряду с медикаментозными большое внимание уделяется использованиюнемедикаментозных методов лечения.. В этом плане представляет интерес использование гипобарической терапии, основанной на адаптации организма человека к периодическому воздействию гипобарической гипоксии.

Целью работы явилось изучение состояния вегетативной регуляции сердечного ритма и некоторых показателей липидного обмена у больных ИБС сочетании с АГ в процессе лечения с использованием гипобаротерапии.

Материалы и методы. Всего обследовано 25 больныхИБС в сочетании с АГ, в возрасте 48-60 лет (средний возраст 52,3±2,5 года). 9 из них получали обычное медикаментозное лечение и 16 – комплексную терапию, включающую курс гипобаротерапии.

Адаптация к гипобарической гипоксии проводилась в многоместной барокамере и состояла из 10-15 сеансов (подъем на высоту 3500 метров, после 3 сеансов тренирующих постепенных подъемов со скоростью 3-5 м/с). Длительность сеанса составляла 60 Минут.

Для оценки вегетативной регуляции сердечного ритма рассчитывались показатели временных и спектральных характеристик вариабельности сердечного ритма до и после курса баротерапии: стандартное отклонение от средней длительности всех синусовых интервалов R-R (SDNN), среднюю разность между очередными интервалами R-R (r-MSSD), мощность (ln мс□) спектра дисперсии ритма сердца в основных частотных диапазонах (VLF – 0,003-0,04 Гц; LF – 0,04-0,15 Гц; HF –0,15-0,4 Гц).

Состояние липидного обмена оценивалось по изменению количества жирных кислот в плазме крови в процессе лечения с помощью газовой хроматографии.

Результаты и обсуждение. Адаптация к гипоксии способствует более выраженной нормализации вегетативной регуляции ритма сердца, на что указывает увеличение SDNN, RMSSD и снижение отношения мощностей LF/HF.

При этом в плазме крови отмечается увеличение содержания ненасыщенных жирных кислот.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что адаптация к гипобарической гипоксии сопровождается повышением вариабельности сердечного ритма, что указывает на адекватную перестройку деятельности сердечно-сосудистой системы, а также выраженной коррекцией нарушений липидного обмена у больных ИБС и артериальной гипертензией.

0722 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Процкий И.А.

ГУ ВПО ОмГМА, Омск, Россия

Цель исследования: выявление основных факторов сердечно-сосудистого (СС) риска, влияющих на функцию сосудистого эндотелия (ФЭ) в молодом возрасте.

Материалы и методы: обследовано 50 молодых лиц, студентов высших учебных заведений города Омска, от 18 до 35 лет (средний возраст 25,4±4,7). Объем исследования включал скрининг традиционных и метаболических факторов СС риска, таких как: вес, объем талии, уровень АД, метаболический профиль (общий холестерин, холестерин липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицериды, глюкоза). В качестве предиктора атеросклероза использовались показатели ФЭ, определяемые фотоплетизмографическим методом. ФЭ оценивалась по среднему значению индекса жесткости артерий после ингаляции эндотелий-зависимого вазодилататора – сальбутамола в дозе 400 мкг (ср SI Сальб). При статистической обработке данных использовались методы корреляционного анализа и множественной регрессии.

Результаты исследования: значения контролируемых факторов риска в обследованной группе не достигали уровня патологии. По данным корреляционного анализа выявлены достоверные положительные взаимосвязи между изменением функции сосудистого эндотелия и традиционными факторами риска, такими как возраст, систолическое и диастолическое артериальное давление (r=0,418; r=0,396; r=0,556, соответственно).Так же была выявлена достоверная корреляционная связь изменения функции сосудистого эндотелия с метаболическими факторами риска такими как объем талии, уровень триглицеридов, глюкозы в крови (r=0,479, r=0,444, r=0,375; соответственно). При построении регрессионной модели к наиболее значимым факторам риска были добавлены традиционные. Полученная в результате модель на 48% объясняла изменение функции сосудистого эндотелия при высоком уровне ее достоверности ($p<0,001$). При пошаговом исключении из модели традиционных факторов риска (холестерина липопротиенов высокой и низкой плотности, возраста, уровень систолического АД) не происходило выраженного снижения ее информативности и достоверности. Конечная модель содержала такие факторы риска, как объем талии, уровень триглицеридов и глюкозы крови, диастолическое артериальное давление и на 42% определяла изменение функции эндотелия при высоком уровне достоверности ($p<0,001$). Дальнейшее исключение из модели какого-либо из факторов риска приводило к резкому снижению ее информативности и достоверности.

Выводы: в молодом возрасте количественные показатели, исследуемых факторов риска, находятся в пределах нормы. Однако изменения данных факторов в рамках нормальных значений, достоверно влияет на функцию сосудистого эндотелия. Из всех исследованных факторов сердечно-сосудистого риска у молодых лиц комплекс метаболических факторов определяет развитие эндотелиальной дисфункции, а, следовательно, имеет большее значение в плане развития повреждения сосудистой стенки, чем традиционные факторы риска.

Tesis_006_end.indd 305 24.08.2006 22:25:52
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0723 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К УГЛЕВОДАМ

Пушкарева Н. В., Волкова Э. Г., Левашов С. Ю.

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Челябинск, Россия

Целью данного исследования явилось изучение распространенности абдоминального типа ожирения у лиц с нарушенной толерантностью к углеводам (НТГ) среди населения г. Челябинска.

Материалы и методы: исследование проведено Челябинской Школой Общественного Здоровья при поддержке Института «Открытое общество» на случайной выборке всего населенияг. Челябинска на основании списков фонда обязательного медицинского страхования. Отклик составил 1186 человек (71,37% от выборки). Изучение распространенности различных уровней глюкозы и холестерина, измерение окружности талии осуществлялось в пилотном исследовании на 25% выборке (n 284 человека, среди которых было 165 человек с нормальной толерантностью к углеводам, 56 пациентов – с НТГ, 63 – с сахарным диабетом). Для оценкитипа ожирения использовалась величина- окружность талии (ОТ) 94см.

Результаты исследования: распространенность абдоминального типа ожирения у лиц с нормальным метаболизмом глюкозы составила 19,8%, у лиц с НТГ – 30,3% и у лиц с сахарным диабетом – 34,3%. Средние показатели ОТ у лиц с НТГ составляют84,69±10,8 см, что больше по сравнению с группой нормальной толерантности к углеводам (82,74±12,74 см) и менее чем у лиц с сахарным диабетом (87,21±13,42 см). Наименьшие значения ОТ приходятся навозрастную группу 18-24г. во всех сравниваемых когортах (75,17±9,6, 74,12±9,11, 71,83±9,5 см соответственно). Наибольшие показатели ОТ отмечаются у лиц с НТГ и сахарным диабетом в возрастной группе 55-64г. (92,0±7,3 и 94,79±9,37 см соответственно) и у лиц с нормальной толерантностью к углеводам в возрастной группе 45-54г. (88,28±13,7 см).

В сравниваемых группах преобладание лиц без признаков абдоминального ожирения (ОТ≥94 см) отмечается: у пациентов с НТГ и сахарным диабетом во всех возрастных группах за исключением группы 55-64г., у лиц с нормальным метаболизмом глюкозы – во всех возрастных группах. Преобладание пациентов с признаками абдоминального ожирения отмечается в группе с нормальным метаболизмом глюкозы по сравнению с группами НТГ и сахарного диабета за исключением возраста 55-64г., в котором лица с абдоминальным типом ожирения преобладают в группе диабета. При сравнении групп НТГ и сахарного диабета отмечается тенденция к преобладанию лиц с признаками абдоминального ожирения среди пациентов, страдающих диабетом, с возраста 45 лет по сравнению с пациентами, имеющими НТГ.

Выводы: 1. Распространенность абдоминального типа ожирения у лиц с НТГ составляет 30, 3%.

2. С возрастом увеличивается частота абдоминального ожирения как у лиц с нормальным метаболизмом глюкозы, так и у пациентов с НТГ и сахарным диабетом.

0724 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПТОНОРМА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ

Пушкарева С.Ю., Фомина В.А., Глазкова Е.А., Мараховская И.Л., Агафонова В.С.

Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Целью настоящего наблюдения было определить динамику показателей липидов крови при лечении липтонормом (Фармстандарт) в суточной дозе 10 мг в течение 4 недель. Препарат назначался 17 пациентам мужского пола в возрасте 46-52 лет с верифицированной ИБС, стабильной стенокардией и липидными нарушениями. У 10 пациентов в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда, у 10 имелась артериальная гипертензия, 9 наблюдаемых курильщики. Больные сахарным диабетом, желчнокаменной болезнью, страдающие ожирением в группу не включались. У всех наблюдаемых при исследовании крови отмечались нормальные показатели содержания ферментов печени (АСТ, АЛТ).

Всем пациентам проводилась традиционная кардиальная терапия (бета-блокаторы, антагонисты кальция, нитраты, ингибиторы АПФ, аспирин в индивидуальных комбинациях), не назначались ранее гиполипидемические средства.

К моменту включения в лечение липтонорма после предыдущей гиполипидемической диеты проведено исследование показателей липидного спектра крови и диагностирована гиперлипидемия. Уровень общего холестерина (ОХ) в среднем составил 5,8 ммоль/л, холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) – 2,88 ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛПВП) – 0,95 ммоль/л, триглицеридов (ТГ) – 2,03 ммоль/л.

Всем наблюдаемым назначался липтонорм в одинаковой суточной дозе 10 мг на фоне продолжения кардиальной терапии и соблюдения рекомендаций по коррекции диеты. Повторное исследование липидных показателей крови проводилось через 4 недели лечения липтонормом. Отмечено снижение уровня ОХ в среднем до 4,6 ммоль/л (на 21%), ХС ЛПНП до 1,99 ммоль/л (на 31%), ТГ до 1,6 ммоль/л (на 19%), повышение уровня ХС ЛПВП до 1,04 ммоль/л (на 9%).

Повышение активности ферментов печени (АСТ АЛТ) в течение 4 недельного наблюдения не зарегистрировано. Переносимость препарата “Липтонорм” оценена как удовлетворительная.

Таким образом, на фоне терапии липтонормом в суточной дозе 10 мг в течение 4 недель наблюдается снижение уровня общего холестерина, его атерогенных фракций (ХС ЛПНП, ТГ), повышение уровня ХС ЛПВП в крови.

0725 СВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГИПЕРЛИПИДЕМИИ СГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХС ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ТХПН), ПОЛУЧАЮЩИХАМБУЛАТОРНЫЙПРОГРАММНЫЙГЕМОДИАЛИЗ

Пушкина А.В., Соколов А.М., Мордик А.И., Вавилова Т.П., Евдокимова А.Г.**

ООО «Компания «Фесфарм», *МГМСУ, Москва, Россия

Проблема кардиоваскулярной патологиию гемодиализных больных является однойиз наиболее актуальных в современной нефрологии. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) при тХПН возникаютв 20-35 раз чаще, чем в общей популяции. Артериальная гипертензия и гиперлипидемиия являются традиционными корригируемыми факторами риска развития ССЗ.Известно, что уровень артериального давления (АД) является фактором, определяющим массу миокардалевого желудочка. Необходимо отметить, что больные, получающие гемодиализ (ГД) имеют гемодинамическую перегрузкуобъемом в результате хронической задержки натрия и водыи развивающейся гиперволемии.

Цель исследования: провести анализ распространенности гипертрофии миокарда левого желудочка (ГМЛЖ) у больных, получающих программный гемодиализ, ее связь с преддиализным уровнем АД, степенью увеличения веса (МДУВ) в междиализныйпериод и показателями липидного спектра плазмы.

Методы: обследовано 55 пациентов,из них 30 женщин и 25 мужчин, средний возраст 37±11 лет. Все пациенты получали бикарбонатныйГД 3 раза в неделю по 4-4,5 часа на диализаторах «Gambro» L6/L8 (материал мембраны-полиамид). KT/V процедуры гемодиализа составил в среднем 1,4±0,1.

Tesis_006_end.indd 306 24.08.2006 22:25:52
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Эхокардиографическое исследование проводилось по стандартной методике на ультразвуковом сканере Aloka SSD-2000 (Япония). Оценивались конечный диастолический размер ЛЖ, толщиназадней стенки ЛЖи межжелудочковой перегородки. Рассчитывали массу миокарда левого желудочка по формуле R.B.Devereux и индекс массы миокардалевого желудочка (ИММЛЖ). Наавтоматическом биохимическоманализаторе "AEROSET"определяли содержание в сыворотке крови общего холестерина (ХС), триглицеридов (ТГ),липопротеинов высокой плотности (ЛПВП) илипопротеинов низкой плотности(ЛПНП).

Результаты: у 33 обследованных (60%) выявлена ГМЛЖ. Концентрическая гипертрофияобнаружена у 18 пациентов, эксцентрическая – у 15. Уровень преддиализногосистолического АД был в среднем 153±12мм рт.ст., диастолического –91±7 Мм рт. ст. ВеличинаМДУВ составила, в среднем, 3,8±1,6% от «сухого веса».Средние уровни ХС, ТГ, ЛПВП и ЛПНП равнялись 5,3±1,4; 2,8±1,5; 1,0±0,2; 2,9±0,8 ммоль/л соответственно. Обнаруженакорреляционная связь междупоказателямиИММЛЖи степенью МДУВ (r Spearmen=0,60, p<0,006),уровнем ХС и показателями ИММЛЖ (r Spearmen=0,48, p<0,02), но не показателями преддиализного уровня АД.

Выводы: полученные данные свидетельствуют о преобладании в популяции гемодиализных больныхмолодого возраста ГМЛЖ на фоне умереннойартериальной гипертензии. Строгое соблюдение водно-солевого режима, уменьшение междиализной прибавки веса и использование препаратов, улучшающих липидный спектр,может положительно повлиять на состояние миокарда, уменьшив тем самым риск развития сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с тХПН.

0726 РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Пчелинцев В.П., Бороздин А.В., Лиферов Р.А., Гиривенко А.И., Селявина О.Н., Волков И.В.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова федерального агентства по здравоохранению и социальной политике»,Рязань, Россия

Цель исследования: оценить особенности изменения регуляции ритма сердца у больных прогрессирующей стенокардией напряжения по вариабельности ритма сердца (ВСР).

Материалы и методы: обследовано 45 больных прогрессирующей стенокардией напряжения, 13 женщин и 32 мужчины, средний возраст 59,59±2,67 лет. Группу контроля составили 17 практически здоровых лиц сопоставимого пола и возраста. Изучались следующие параметры ВСР: среднеквадратическое отклонение RR интервалов (СКО), вариационный размах (dX), амплитуда моды (АМо), индекс напряжения регуляторных систем (ИН), мощность спектра в нулевой точке (S0), мощность спектра в диапазоне дыхательных движений (Sд), показатель активности регуляторных систем организма (ПАРС).

Результаты: в группе контроля СКО составило 0,047±0,005, dX 0,23±0,02, АМо 41,1±5,32, ИН 109,23±44,68, S0 0,165±0,035, Sд 0,062±0,014, ПАРС 3,75±0,94. У больных ИБС: прогрессирующей стенокардией СКО было 0,026±0,004, dX 0,148±0,033, АМо 64,96±4,80, ИН 399,39±103,70, S0 0,171±0,021, Sд 0,064±0,011, ПАРС 4,66±0,64. По параметрам СКО, dX, АМо, ИН между группой контроля и группой больных отличие было достоверно (p<0,05), что свидетельствует об активации симпатоадреналовой и снижении активности парасимпатической нервной системы. Для уточнения характера нарушения вегетативной регуляции сердечного ритма группа больных прогрессирующей стенокардией были разделены на 2 подгруппы. В первую (13 человек) вошли больные с высоким уровнем напряжения регуляторных систем организма (ПАРС 6 баллов и более), во вторую (31 пациент) – с нормальным или умеренно повышенным уровнем напряжения регуляторных систем организма (ПАРС менее 6 баллов). В первой подгруппе СКО составило 0,013±0,003, dX 0,063±0,013, АМо 78,66±5,86, ИН 804,96±220,89, S0 0,163±0,035, Sд 0,081±0,032; во второй –СКО 0,031±0,005, dX 0,183±0,041, АМо 59,22±5,24, ИН 229,31±40,46, S0 0,175±0,027, Sд 0,056±0,008. По всем изучаемым показателям, кроме S0, между двумя подгруппами наблюдалась достоверная разница (p<0,001), для Sд p<0,05. При сравнении с группой контроляпервой группы все параметры, кроме S0 и Sд, достоверно отличались (p<0,001). При сравнении группы контроля и второй группы достоверные отличия (p<0,01) были по показателям СКО, АМо, ИН. Таким образом, при умеренном напряжении регуляторных систем организма у больных прогрессирующей стенокардией наблюдается активация симпатоадреналовых влияний, а при значительном – еще и снижение парасимпатических влияний.

Выводы: у больных прогрессирующей стенокардией напряжения выявлена активация симпатоадреналовых влияний. У части больных происходило снижение показателя, указывающего на активность парасимпатического звена на фоне более выраженных симпатоадреналовых влияний, что согласуется с данными литературы о неоднородности этой категории пациентов.

0727 ОКИСЛЕННО МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ФИБРИНОГЕН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Рагино Ю.И.[1], Баум В.А.[1], Садовский Е.В.[1], Баум С.Р.[2]

[1]ГУ Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, г. Новосибирск; [2]НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск-Гл. ОАО «РЖД», Новосибирск, Россия

Окислительный стресс является неотъемлемым патогенетическим компонентом сердечно-сосудистых заболеваний атеросклеротического генеза, включая ишемическую болезнь сердца (ИБС). Окислительная модификация белков при окислительном стрессе приводит к изменению их физико-химических свойств, к нарушению конформации и патофизиологически тесно сопряжена с процессами перекисного окисления липидов (ПОЛ) и эндотелиальной дисфункцией. Одним из новых маркеров атеросклероза и ИБС является повышенный уровень фибриногена. Окислительная модификация фибриногена при окислительном стрессе потенцирует нарушение агрегации тромбоцитов и эритроцитов, повышенную секрецию цитокинов и способствует развитию атерогенных пропромботических нарушений гемостаза. Целью настоящего исследования было изучение взаимосвязи уровня окисленного фибриногена, определяемого с помощью нового разработанного способа, с активностью процессов ПОЛ, нарушениями системы гемостаза и эндотелиальной дисфункцией при ИБС и инфаркте миокарда.

Материал и методы. В исследование было включено 108 мужчин в возрасте 39-65 лет, в среднем 53,9±2,3 лет. Пациенты с ИБС были разделены на 2 группы: 19 мужчин с подострым инфарктом миокарда (ИМ) (группа-1) и 41 – с ИМ в анамнезе давностью до 1 года (группа-2). В группу сравнения были включены 48 мужчин без ИБС (группа-3). Возрастных различий между группами не было. У всех пациентов проводился забор плазмы крови для определения следующих показателей: 1) активность процессов ПОЛ в крови по концентрации ТБК-реактивных продуктов; 2) уровень окисленного фибриногена разработанным способом (заявка на изобретение) с использованием экспресс метода выделения фибрина, проведения реакции с 2,4-динитрофенилгидразином, спектрофотометрической детекцией карбонильных групп белка с пересчетом на концентрацию фибриногена плазмы; 3) показатели гемостаза и фибринолиза; 4) уровень метаболитов NO в крови спектрофотометрическим методом с депротеинизацией плазмы и восстановлением NO3- до NO2- с использованием гранулированного кадмия.

Tesis_006_end.indd 307 24.08.2006 22:25:52
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. Уровень фибриногена плазмы во всех трех группах мужчин был сходным и в пределах нормы (3,4±0,1, 3,3±0,2 и 3,2±0,1 мг/мл, соответственно). Уровень окисленного фибриногена у мужчин с подострым ИМ был выше в 1,7 раз ($p<0,01$) и у мужчин с ИМ в анамнезе – в 1,4 раза ($p<0,01$), чем у пациентов без ИБС (19,6±3,1, 16,3±1,3 и 11,8±1,3 ЕД/мг фибриногена/мл плазмы, соответственно). У мужчин 1 и 2 групп отмечены повышенные уровни продуктов ПОЛ в крови ($p<0,01$) и тромботические нарушения гемостаза (повышенная активность антитромбина III, сниженная активность XIIa-зависимого фибринолиза, повышенный индекс инактивации тромбина, $p<0,01$) в сравнении с показателями лиц 3 группы. Выявлены положительная корреляция уровня окисленного фибриногена с уровнями продуктов ПОЛ в крови (r Спирмена =0,317, $p<0,01$), с наличием ИБС и подострого ИМ ($r=0,310$ и 0,326, $p<0,01$, соответственно), отрицательная –с содержанием метаболитов NO в крови ($r=-0,197$, $p<0,05$). Заключение. Повышенный уровень окисленного фибриногена, вероятно, может являться новым диагностически значимым маркером окислительного стресса при ИБС и инфаркте миокарда.

0728 АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ

Рагино Ю.И.[1], Полонская Я.В.[1], Семаева Е.В.[2], Волков А.М.[2], Аляпкина Е.М.[2], Чернявский А.М.[2], Воевода М.И.[1]

[1]ГУ Научно-исследовательский институт терапии СО РАМН, г. Новосибирск; [2]ФГУ Новосибирский НИИ патологии кровообращения ФАЗиСР, Новосибирск, Россия

Патогенетической основой инфаркта миокарда является тромбообразование на эндотелиальной поверхности атеросклеротического очага, приводящее к окклюзии артерии, ишемии и некрозу. Пусковым механизмом тромбообразования является нарушение целостности эндотелия на участке изъязвления или деструкции покрышки нестабильной атеросклеротической бляшки или бляшки «со склонностью к изъязвлению» или разрыву.

Цель исследования –изучить изменения активности окислительных и воспалительных процессов и определить ключевые факторы, влияющие на развитие атеросклеротического очага до стадии нестабильной бляшки.

Материал и методы. В исследование включено 32 мужчины в возрасте 30-60 лет с коронароангиографически верифицированным коронарным атеросклерозом, которые поступили в стационар на операцию аорто-коронарного шунтирования. В ходе операции по интраоперационным показаниям у 17 пациентов была проведена эндартериаэктомия из коронарной артерии. Участки интимы/медии артерии были продольно и поперечно разделены на фрагменты для проведения гистологической детерминации атеросклеротических очагов (условно неизмененная ткань интимы, липидное пятно/полоска, атероматозная молодая бляшка стабильная, атероматозная бляшка с фиброзом/кальцинозом стабильная, атероматозная бляшка нестабильная со склонностью к изъязвлению или разрыву) и их биохимических исследований (определение в гомогенатах образцов уровней продуктов перекисного окисления липидов, ПОЛ, по концентрации малонового диальдегида, МДА, окислительной модификации протеинов по содержанию в них карбонильных групп, активности параоксоназы, PON1, спектрофотометрическими методами, уровней фактора некроза опухоли-□, TNF-α, интерлейкинов, IL-1 , IL-6, IL-8 методом иммуноферментного анализа).

Результаты. Выявлена закономерность возрастания активности окислительных и воспалительных изменений в ряду формирования атеросклеротического очага: липидное пятно стабильная молодая бляшка с толстой покрышкой нестабильная бляшка с тонкой/истонченной покрышкой со склонностью к изъязвлению или разрыву. В образцах нестабильных бляшек уровни продуктов ПОЛ (нМ МДА/мг белка) и содержание карбонильных групп протеинов (ЕД/мг белка) были выше в 1,6 и 1,5 раза, соответственно ($p<0,05$), в сравнении с образцами липидных пятен и выше в 1,3 и 1,2 раза, соответственно ($p<0,05$), в сравнении с образцами стабильных бляшек. Уровни TNF-α и IL-1□ были повышены в образцах нестабильных бляшек в 2,9 и 3,3 раза, соответственно ($p<0,01$), в сравнении с образцами липидных пятен и повышены в 2,1 и 2,6 раза, соответственно ($p<0,01$), в сравнении с образцами стабильных бляшек. Значимых различий в уровнях IL-6 и IL-8 между группами образцов атеросклеротических очагов ними не выявлено.

Полученные результаты свидетельствуют о значимой роли окислительных и воспалительных изменений (повышение уровней TNF-α и IL-1□) в механизмах развития и формирования нестабильной атеросклеротической бляшки.

0729 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ

Раздобреева И.И., Маношкина Е.М., Кукушкин С.К.

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

Цель: изучение психологического статуса (ПС) и качества жизни (КЖ) мужчин-ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС с артериальной гипертензией (АГ) на фоне длительной антигипертензивной терапии (АГТ).

Материал и методы: сравнительное рандомизированное исследование проводилось в течение 1 года. Основную группу (ОГ) составили 28 больных, контрольную (КГ)-29 (средний возраст 52,2±1,3 и 51,5±1,1 лет; средняя длительность АГ 10,0±1,0 и 9,6±1,0 лет). ОГ получала ингибитор АПФ спираприл 6 мг/сут, при необходимости добавляли гипотиазид (12,5-25 мг/сут.), затем атенолол (12,5-100 мг/сут.). В КГ АГТ и ее коррекция проводились врачом поликлиники. Исследование предусматривало сбор анамнеза, клинический осмотр, измерение АД, ЧСС. Для изучения ПС и КЖ применяли тесты СМОЛ и SF-36.

Результаты: исходно усредненные профили СМОЛ в ОГ и КГ характеризовались пикообразным подъемом по 1-й, 3-й и 7-й шкалам. Показатели СМОЛ по 1-й шкале в ОГ (60,0±2,0 Т-балла) и КГ (59,0±2,1 Т-балла) были выше нормы, также в ОГ 6-я (43,9±1,4 Т-балла) и 9-я (45,0±2,1 Т-балла) шкалы были ниже нормы, показатели по остальным шкалам и в ОГ и в КГ – в пределах 46-55 Т-баллов. Индексы «7-9» и «2-9» составили в ОГ 4,0±2,9 и 5,5±3,1 Т-балла, в КГ 0,7±2 и 3,7±2,4 Т-балла. Такие профили СМОЛ демонстрировали преобладание у ликвидаторов ОГ и КГ ипохондрических и тревожно-депрессивных изменений с устранением тревоги за счет соматизации и вытеснения, снижение социальной адаптации. Также у больных ОГ, в отличие от КГ, отмечались недоверчивость и осторожность по отношению к окружающим, общая неудовлетворенность, снижение активности, самооценки и уровня притязаний. При оценке КЖ исходно и в ОГ и в КГ самыми высокими были показатели, демонстрирующие уровень физической активности (75,7±3,8 и 79,5±3,6 балла) и степень удовлетворенности своей социальной жизнью (74,1±4,2 и 82,6±3,4 балла), а самыми низкими – значения шкал, отражающих восприятие своего здоровья в целом (48,3±2,2 и 46,3±3,4 балла) и жизнеспособности (53,9±3,3 и 59,8±3,5 балла).

К окончанию исследования при оценке профиля СМОЛ в ОГ выявлена тенденция к снижению тревоги (индекс «7-9» 4,0±2,9 и 0,6±2,6 Т-балла; $p<0,1$) и повышению самооценки, уровня притязаний, активности и удовлетворенности жизнью (9-я шкала 45,0±2,1 и 48,2±2,0 Т-балла; $p<0,1$). В КГ отмечена тенденция к уменьшению ипохондрии (1-я шкала: 59,0±2,1 и

Tesis_006_end.indd 308 24.08.2006 22:25:52
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

56,6±1,9 Т-балла; p<0,1). Показатели КЖ в ОГ через 1 год контролируемой АГТ достоверно не изменились. В КГ была выявлена тенденция к снижению физической активности в повседневной жизни (79,5±3,6 и 75,7±4,4 балла; p<0,1), эмоционального и поведенческого контроля (66,9±3,0 и 63,0±2,9 балла; p<0,1).

Заключение: на фоне длительной контролируемой АГТ выявлено улучшение ПС ликвидаторов, КЖ не изменилось. При лечении в условиях поликлиники также отмечено некоторое улучшение ПС ликвидаторов, однако уровень КЖ больных снизился.

0730 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС И ЛИЦ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Раздобреева И.И., Маношкина Е.М., Кукушкин С.К.

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

Цель: оценить эффективность длительной контролируемой антигипертензивной терапии (АГТ) у больных с артериальной гипертензией (АГ): ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС (МЛ) и мужчин неорганизованной популяции (МН).

Материал и методы: сравнительное исследование проводилось в течение 1 года. В основную группу (ОГ) включили 28 МЛ, контрольную (КГ) составили 25 МН –случайная выборка из группы МН г. Москвы, наблюдающихся в исследовании ПРОЛОГ по аналогичному с данной работой протоколу. Средние показатели больных ОГ и КГ: возраст 52,2±1,3 и 52,0±1,3 лет; длительность АГ 10,0±1,0 и 8,2±1,6 лет; САД 149,4±1,9 и156,2±2,3 Мм рт. ст. (p<0,05), ДАД 97,8±1,2 и 96,7±1,4 Мм рт. ст., ЧСС 74,5±1,3 и 68,8±1,6 уд/мин (p<0,01). Пациенты ОГ и КГ получали ингибитор АПФ спираприл 6 мг/сут. , при необходимости добавляли гипотиазид (12,5-25 мг/сут.), затем атенолол (12,5-100 мг/сут.). Исследование предусматривало сбор анамнеза, клинический осмотр, измерение АД, ЧСС, регистрацию ЭКГ. Было проведено 8 визитов: скрининг, рандомизация, 2 неделя, 1, 3, 6, 9, 12 месяцы.

Результаты: при годовой контролируемой АГТ у МЛ по сравнению с МН выявлено достоверно менее выраженное снижение САД, начиная с 1 мес. АГТ (-7,8±2,2 и -16,0±2,3 Мм рт. ст.; p<0,05), составив к 12 мес. -17,3±3,1 и -26,8±2,9 Мм рт. ст. (p<0,05). Динамика ДАД в ОГ и КГ была сопоставима, и к концу исследования составила -12,4±1,8 и -11,6±1,7 Мм рт. ст. Уровень ЧСС в обеих группах достоверно не изменился. В результате годовой АГТ уровень АД и ЧСС в ОГ составил 132,6±2,8/ 84,9±1,7 Мм рт. ст. и 74,4±1,8 уд/мин, в КГ 129,4±1,8/ 84,5±1,3 Мм рт. ст. и 71,9±2,0 уд/мин. Через 12 мес. лечения в ОГ антигипертензивный эффект и целевое АД были достигнуты у 78,6% и 67,9% ликвидаторов, в КГ -у 88% и 80% пациентов. При этомк концу исследования в ОГ 21,4% пациентов находились на монотерапии спираприлом, 28,6% –принимали 2 препарата и 50% –3 препарата. В КГ монотерапию получали 28%, 2 препарата –56%, 3 и 4 препаратами лечились лишь 12% и 4% пациентов.

Заключение: результаты исследования демонстрируют, что МЛ, в отличие от МН, нуждаются в более массивной АГТ для достижения антигипертензивного эффекта, однако даже при этом условии количество ликвидаторов, адекватно контролирующих уровень АД, остается более низким, чем среди мужчин неорганизованной популяции.

0731 КАЛЬЦИФИКАЦИЯАОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И КОСТНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА

Рашид М.А., Карпова Н.Ю., Шостак Н.А., Казакова Т.В.

Кафедра факультетской терапии им. акад. А.И. Нестерова ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель. Изучение состояния Минеральной плотности и костного метаболизма у пожилых больных с кальцинозом и стенозом аортального клапана.

Материалы и методы. Обследовано 48 пациентов с кальцинозом аортального клапана (КАК) –11 (22,9%) мужчин и 37 (77,1%) женщин; средний возраст –71,9±4,8 лет, рост – 160,2±7,7 см, масса тела –75,9±11,8 кг. Изучение факторов риска остеопороза (ФРОп) проводилось с помощью заполнения опросника разработанного отделом эпидемиологии и генетики ревматических заболеваний института ревматологии РАМН. Всем больным проведены ЭхоКГ-исследование (Toshiba, Япония) и изучение Минеральной плотности костной ткани (МПКТ) в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра (HOLOGIC, США). Исследование уровней сывороточного кальция и щелочной фосфатазы (ЩФ) проводилось по стандартной методике, а маркеров костного ремоделирования, витамина Д и паратиреоидного гормона (ПТГ) – с помощью тест систем твердофазного иммуноферментного анализа.

Результаты. В соответствии с данными ЭхоКГ легкая степень кальциноза выявлена у 22 (45,8%), умеренная – у 23 (47,9%) и выраженная у 3 (6,3%) пациентов. У 34 (71%) больных выявлены нарушения МПКТ – у 19 (39,5%) остеопения и у 15 (31,5%) остеопороз. Нарушения МПКТ были представлены сочетанным поражением костного скелета у 10 (29%) пациентов и изолированным поражением поясничного отдела позвоночника – у 24 (71%) больных. Достоверно меньшие показатели Т-критерия у больных с кальцинозом отмечены в поясничном отделе позвоночника в сравнении с проксимальным отделом бедра (–1,53±1,27 и –1,01±1,05; p=0,07). Показатели МПКТ поясничного отдела позвоночника коррелировали с выраженностью КАК (r=-0,32; p=0,033), уровнем маркера остеосинтеза остеокальцина (r=0,48; p<0,0001). В то же время показатели МПКТ типичной возрастной зоны поражения, проксимального отдела бедра зависели от возраста (r=-0,35; p=0,01), массы тела (r=-0,35; p=0,02), уровней общего кальция (r=0,36; p=0,01) и маркера остеорезорбции (С-телопептиды; r = -0,34; p=0,04). Значения ЩФ (228,5±64,5 ЕД/л) отражали суммарное состояние МПКТ во всех зонах измерения (p<0,05). Распределение традиционных ФРОп не зависело от выраженности КАК и состояния МПКТ. Дефицит витамина Д (<50 нмоль/л) выявлен у 76,3% больных, преимущественно у женщин (p=0,035) и сопровождался максимальным уровнем ПТГ (54,0 и 20,9 пг/мл; p=0,016) и Минимальными значениями Т-критерия проксимального отдела бедра (–0,68 и 0,28; p=0,037). Концентрация витамина Д зависела от возраста пациентов (r=–0,26, p=0,023) и не ассоциировалась с выраженностью КАК.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о взаимосвязи кальцификации аортального клапана, нарушений МПКТ поясничного отдела позвоночника и костного ремоделирования у больных КАСДГ, причем выявленные изменения костного метаболизма не зависели от традиционных факторов риска остеопороза и состояния кальциевого метаболизма.

0732 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Ребеко Е.С., Мрочек А.Г.

БелМАПО, Минск, Республика Беларусь

Tesis_006_end.indd 309 24.08.2006 22:25:53
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель работы: изучение характера нарушений ритма сердца при различных видах гипертрофии левого желудочка у больных с артериальной гипертензией.

Методы: обследовано 95 пациентов с артериальной гипертензией (АГ) и гипертрофией различных участков миокарда левого желудочка. Возраст больных от 30 до 65 лет. Среди них 35 мужчин и 60 женщин. Контрольную группу составили 17 пациентов (5 мужчин и 12 женщин) с АГ без гипертрофии миокарда. Больным проводилась ЭКГ в 12-ти стандартных отведениях, эхо-кардиография, Холтеровское мониторирование. Больные с гипертрофией миокарда были разделены на группы: 24 человека (25,2%) с тотальной гипертрофией межжелудочковой перегородки (МЖП); 3 (3,15%) –с преимущественной гипертрофией верхней трети МЖП; 7 (7,4%) –с преимущественной гипертрофией МЖП в средней трети; 17 человек (17,9%) с гипертрофией задней стенки левого желудочка; 28 (29,5%) –с концентрической гипертрофией; 10 (10,5%) –с эксцентрической гипертрофией ЛЖ; 6 (6,3%) с гипертрофии МЖП в сочетании с задней стенкой ЛЖ.

Результаты: по данным суточного мониторирования у 91 (95,8%) пациента с гипертрофией миокарда зарегистрированы различные нарушения ритма сердца. У обследуемых больных регистрировалась: одиночная суправентрикулярная экстрасистолия –у 85 (89,5%) пациентов; одиночная желудочковая экстрасистолия –у 62 (65,2%) больных; наджелудочковые куплеты –у 23 (24,2%) обследуемых; наджелудочковые пробежки –у 21 (22,1%) пациентов; неустойчивые пароксизмы наджелудочковой тахикардии – у 6 (6,3%) больных; у 6 (6,3%) –желудочковые куплеты; неустойчивые пароксизмы желудочковой тахикардии –у 2 (2,1%) пациентов; пароксизмы мерцательной аритмии –у 3-х (3,15%) обследуемых. В контрольной группе одиночная суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия зарегистрирована у 15 (88,2%) и 11 (11,6%) пациентов соответственно. У 3-х пациентов (17,6%) зарегистрированы наджелудочковые куплеты, у 2-х (11,8%) –наджелудочковые пробежки. По данным допплерографии у 80 обследуемых пациентов с гипертрофией миокарда (84,2%) были выявлены признаки нарушения диастолической функции ЛЖ. У 70 пациентов (73,7%) установлен 1-ый тип диастолической дисфункции миокарда ЛЖ (нарушенная релаксация). Псевдонормальный тип диастолической дисфункции выявлен у 9-ти пациентов (9,5%). Диастолическая дисфункция по рестриктивному типу выявлена у одного пациента (1,05%).В группе с нормальной геометрией левого желудочка диастолическая дисфункция по 1-ому типу была установлена у 6-х больных (35,3%).

Выводы: по данным исследования у 95,8% пациентов с АГ зарегистрированы различные нарушения ритма, в том числе прогностически неблагоприятные в плане риска развития внезапной сердечной смерти у 64,2% пациентов. Наибольшее количество аритмий, в том числе и прогностически неблагоприятных, зарегистрировано в группах с концентрической гипертрофией ЛЖ (53,6%) и тотальной гипертрофией МЖП (62,5%). У 84,2% обследуемых с гипертрофией миокарда были выявлены признаки нарушения диастолической функции ЛЖ. Преобладающим (73,7%) являлся 1-ый тип диастолической дисфункции миокарда ЛЖ (нарушенная релаксация). В контрольной группе пациентов 1-ый тип диастолической дисфункции установлен лишь в 35,3% случаев.

0733 ФОСФОЛИПИДНЫЙ СПЕКТР МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛУВАСТАТИНОМ

Реброва Т.Ю., Перчаткин В.А., Афанасьев С.А., Романова А.А.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Для оптимального функционирования кардиомиоцитов важен сбалансированный и эффективный метаболизм липидов. При ишемии миокарда состав мембранных фосфолипидов подвергается значительным изменениям. Согласно литературным данным изменения в составе фосфолипидов эритроцитарных мембранвполне соответствуют изменениям в плазматических мембранах клеток другихорганов, в том числе и миокарда.

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния длительного приема флувастатина на изменение фосфолипидного спектра мембран эритроцитов больных ишемической болезнью сердца.

В исследование были включены 22 больных ишемической болезнью сердца с грубыми нарушениями липидного обмена. Пациенты, составившие основную группу (10 больных), получали флувастатин 80 мг в сутки и соблюдали стандартную (по рекомендациям ВНОК, 2004г.) гипохолестеринемическую диету. В контрольную группу вошли 12 пациентов, не получавших лечения гиполипидемическими препаратами и не соблюдавших диету. Длительность амбулаторного наблюдения пациентов составила 24 недели.

Сразу после включения пациентов в исследование и через 24 недели наблюдения проводили оценку фосфолипидных фракций мембран эритроцитов и показателей холестеринового обмена. Статистическую обработку материала осуществляли с использованием критерия Стьюдента.

На момент включения пациентов в исследование показатели холестеринового обмена, биохимические показатели и содержание фосфолипидов в группах между собой не различались.

Через 24 недели в основной группе было отмечено достоверное снижение показателей общего холестерина на 23%, липопротеидов низкой плотности на 28% и триглицеридов на 35%. По уровню липопротеидов высокой плотности различий между группами не наблюдалось.

В конце наблюдения в мембранах эритроцитов пациентов основной группы отмечено достоверное повышение относительно группы контроля содержания фосфотидилхолина на 8% ($p=0,001$) и фосфотидилсерина на 12% ($p=0,009$). Обнаруженное в нашем исследовании увеличение фосфотидилхолина позволяет говорить о том, что проводимая терапия снизила негативное влияние перекисного окисления липидов и способствовала сохранению структурной целостности мембраны. Учитывая то, что фосфотидилхолин является основным фосфолипидом кардиомиоцитов и вовлечен в синтез фосфатидилсерина и фосфотидилэтаноламина, увеличение процентного соотношения этих фракций, может быть связано с нормализацией липидного обмена и синтезом фосфолипидов de novo.

Таким образом, полученные результаты исследования позволяют говорить о том, что прием флувастатина способствовал нормализации фосфолипидного состава мембран и позволил достичь целевых значений холестеринового обмена у пациентов с ишемической болезнью сердца.

0734 ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН)

Резник Е.В., Гендлин Г.Е., Сторожаков Г.И.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить изменения почечной гемодинамики и функции почек у больных с ХСН, а также их взаимосвязь с тяжестью клинической симптоматики.

Методы: обследовано 45 больных с ХСН ишемической и неишемической этиологии с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <40%. Больным проводились эхокардиография, ультразвуковое исследование почек с дуплексным сканированием почечных артерий (ПА), определялись концентрации мочевины, креатинина, мочевой кислоты, Na, K, Cl, Ca общего, неорганических фосфатов, глюкозы в крови и суточной моче. Выраженность микроальбуминурии (МАУ) оценивалась с помощью иммуноферментного (ИФА) и иммунотурбидиметрического анализа (ИТДА). Для определения скорости клубоч-

Tesis_006_end.indd 310 24.08.2006 22:25:53
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ковой фильтрации (СКФ) использовалась формула Кокрофта-Голта. Рассчитывались показатели осморегулирующей функции почек. Тяжесть состояния больных оценивалась с помощью шкалы оценки клинического состояния (ШОКС). Больные с суммой баллов ШОКС меньше медианы (с менее выраженной ХСН) были включены в 1 группу, остальные (с более выраженной ХСН) –во 2 группу.

Результаты: МАУ выявлялась у 40,6% больных при оценке методом ИФА, у 62,5% –методом ИТДА. Уровень креатинина крови был в пределах нормы у 78,1% больных, повышен у 21,9 % больных. При этом СКФ 90 мл/мин была у 31,3%, 60-89 мл/мин –у 50%, а 30-59 мл/мин –у 18,7% больных. У 35,5% больных выявлялась глюкозурия, 21,9% больных –урикозурия, у 50% –фосфатурия без повышения содержания этих веществ в крови. Во 2-й группе концентрация креатинина крови, выраженность МАУ и экскретируемая фракция осмотически активных веществ были достоверно выше, а реабсорбция воды, в т.ч. осмотически свободной, и осмоляльность мочи достоверно ниже, чем в 1-й группе ($p<0,05$).

ФВ ЛЖ и сердечный выброс не коррелировали с суммой баллов ШОКС. В то же время отмечалась достоверная корреляция между суммой баллов ШОКС и параметрами почечного объемного кровотока в основном стволе ПА: как общего ($r=-0,58$ и $-0,54$, $p=0,0009$ и $0,003$ для правой и левой ПА соответственно), так и базального ($r=-0,64$ и $-0,69$, $p=0,0002$ и $0,00004$ для правой и левой ПА соответственно). Кроме этого, выявлялась взаимосвязь суммы баллов ШОКС с МАУ ($r=0,50$ и $0,49$, $p=0,006$ и $0,006$ для ИФА и ИТДА соответственно) и уровнем креатинина сыворотки крови ($r=0,42$, $p=0,012$).

Выводы: у больных с ХСН была нарушена функция и клубочков (снижалась СКФ и появлялась МАУ), и канальцев почек (снижалась реабсорбция глюкозы, мочевой кислоты, фосфатов, осмотически активных веществ и воды). Тяжесть клинической симптоматики не коррелировала с выраженностью систолической дисфункции ЛЖ, но коррелировала с параметрами почечной гемодинамики и показателями функции почек (концентрацией креатинина сыворотки крови, уровнем МАУ, показателями осморегулирующей функции почек). Следовательно, больным с ХСН целесообразно проводить комплексное обследование функции почек, а также исследование почечной гемодинамики.

Работа поддержана грантом ведущих научных школ (НШ-2241.2006.7).

0735 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Резцов Р.Ю., Васильева Е.Ю., Шпектор А.В.

МГМСУ,Москва, Россия

Цель: оценить эффективность и безопасность тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокардас подъемом сегмента STстарческого возраста.

Методы: включались больные, поступившие в первые 8 часов развития острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST не менее чем в 2 смежных отведениях ЭКГ на 2 мм и более, не имевших стандартных противопоказаний к проведению тромболитической терапии. Тромболизис проводился при помощи внутривенной инфузии 1,5 млн. стрептокиназы в течение 60 Минут. Тромболитическая терапия считалась эффективной, если на ЭКГ, снятой через 3 часа после начала тромболизиса, имелось уменьшение элевации сегмента ST на 50% и более по сравнению с исходной. Для оценки статистической достоверности различий использовался критерий квадрат.

Результаты: было проанализировано 50 пациентов старше 75 лет и 176 пациентов моложе 75 лет, которым проводилась тромболитическая терапия и 36 пациентов старше 75 лет, которым тромболитическая терапия не проводилась. У пациентов моложе 75 лет электрокардиографические признаки реперфузии имелись у 122 человек, что составило 69%. В группе пациентов старше 75 лет признаки реперфузии имелись у 37 пациентов, что составило 74%. Достоверной разницы в частоте электрокардиографических признаков реперфузии у пациентов моложе и старше 75 лет не отмечено. Внутрибольничная летальность у пациентов старше 75 лет, не получавших тромболитическую терапию составила 50%, а в группе больных, получавших тромболитическую терапию летальность составила 14%, что достоверно ниже ($p=0,038$). Частота геморрагических осложнений у пациентов, старше 75 лет, получавших тромболитическую терапию была достоверно выше (28%), чем у пациентов, старше 75, не получавших тромболизис (5%, $p=0,0004$), и у больных моложе 75 лет, получавших тромболитическую терапию (8%, $p=0,002$). Однако при анализе структуры геморрагических осложнений увеличивается количество геморрагий, не влияющих на прогноз, таких как кровотечения из мест венепункций, а число клинически значимых геморрагий у пациентов старше 75 лет, получавших тромболитическую терапию достоверно не увеличивается (6% по сравнению с 5% у пациентов старше 75 лет, не получавших тромболитическую терапию и 2%у пациентов, моложе 75 лет, получавших тромболитическую терапию).

Выводы: проведение тромболитической терапии у больных старческого возраста в первые 8 часов инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST позволяет снизить госпитальную летальность. При этомколичество клинически значимыхгеморрагийтребующих лечения достоверно не увеличивается.

0736 ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАЗИДОЛА ПРИ ДЕПРЕССИЯХ ВКАРДИОЛОГИИ

Репин А.Н., Балахонова М.В., Марков В.А.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Цель: изучить эффективность и безопасность антидепрессанта Пиразидола (Мастер-Лек, Россия) в лечении депрессивных расстройств, сочетающихся с кардиологическими заболеваниями.

Методы: исследованы 30 больных ИБС, артериальной гипертензией, включенных в программу ПАРУС. Наличие депрессивных расстройств подтверждено заполнением опросника депрессии (более 19 баллов на момент включения), во всех случаях снижение настроения сопровождалось тревожно-фобическими расстройствами, вегетативными реакциями, нарушениями сна. Методом случайной выборки пациенты были разделены на группы: первую, основную ($n=15$, средний возраст 45,2+2,9 л), где больные, кроме базисной терапии, в получали антидепрессант Пиразидол (П) в дозе 250-300 мг/сут. (средняя доза 273,3+9,9 мг/сут.) и вторую ($n=15$ средний возраст 48,1+4,4 л), где больные лечились без применения антидепрессанта.По анамнезу, нозологической структуре, выраженности депрессии, а также проводимой базисной терапии (иАПФ, аспирин, блокаторы бета-адренорецепторов, ноотропы) группы не различались, 18 больных (60%) перенесли инфаркт миокарда. Продолжительность исследования составила 8 недель, оценку состояния, назначение П и наблюдение осуществляли врачи-кардиологи.

Результаты: к концу исследования в первой группе отмечена выраженная редукция симптомов депрессии, в группе сравнения ситуация практически не изменилась. Количество баллов(по опроснику депрессии) на фоне терапии П к восьмой неделе наблюденияуменьшилось с 27,1+1,6 до 14,9+1,0, во второй же группе осталось неизменным (с 24,3+1,9 до 25,0+1,7; $p<0,001$ в сравнении с первой). Уменьшение депрессивных симптомов сопровождалось улучшением самочувствия и по кардиальной (соматической) патологии – отмечено уменьшение симптомов стенокардии, аритмии, стабилизация АД, отмечено выраженное улучшение по 10-балльной шкале общего

Tesis_006_end.indd 311 24.08.2006 22:25:53
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

самочувствия: с 7,5+0,3 до 3,3+0,4 против 6,9+0,5 до 6,5+0,2 во второй группе (p<0,001 в сравнении с первой). При лечении П на фоне стабилизации настроения нормализовался сон, произошла редукция тревожных и вегетативных проявлений психического расстройства. Прием П хорошо сочетался с проводимой базисной терапией ИБС и АГ, переносимость препарата была хорошей, лишь в одном случае (6,7%) нафоне применения П возникало кратковременное головокружение, не потребовавшее отмены терапии.

Выводы:Пиразидол высокоэффективен в комплексном лечении депрессивных расстройств, сочетающихся сИБС, артериальной гипертензией, его применение позволяет добиться быстрой и полноценной редукции депрессивной, тревожно-фобической симптоматики.. Использование П позволяет благоприятно влиять на основные проявления соматического заболевания, является ценным дополнением к проводимой терапии ИБС и гипертонии. Назначение П хорошо переносится больными, не сопровождается серьезными побочными явлениями.

0737 ДИНАМИКА ФАРМАКОТЕРАПИИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST В САРАТОВЕ НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Решетько О.В., Магдеев Р.М., Фурман Н.В.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Цель исследования. Оценка структуры назначений лекарственных средств (ЛС) острого инфаркта миокарда с подъемом ST (ИМП ST) в 2002 и 2005 годах.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе ММУ «Городская клиническая больницы №2» г. Саратова. Ретроспективно оценивались истории болезни пациентов находившихся на стационарном лечении с диагнозом ИМП ST в 2002 г. и в 2005 г. Фиксировались основной диагноз и сопутствующие заболевания, назначенные ЛС с указанием режима их применения (доза, кратность, путь введения). Лекарственные средства кодировались в соответствии с АТС (Anatomical Therapeutic Chemical) классификацией.

Результаты исследования. Проанализировано 73 истории болезни пациентов с ИМП ST, поступивших в первые 12 часов от момента появления болевого приступа. Из них 50,6% больных находились на лечении в 2005 г. и 49,4% в 2002 г. Противопоказания к тромболитической терапии (ТЛТ) наблюдались у сопоставимого количества пациентов в 2002 г. и 2005 г. ТЛТ проводилась с использованием стрептокиназы у 17,8% не имеющих противопоказаний пациентов в 2002 г и у 100% пациентов в 2005. □-адреноблокаторы пациентам, не имеющим абсолютных противопоказаний, были назначены в 80,5 % случаев в 2002 г., в 2005 г. в 100%. Всем пациентам в 2002 г., после в/в инфузии при поступлении (в 71,2% случаев), были назначены нитраты для приема внутрь, а в 2005 г. 89,1% больных их получили в/в без последующего приема внутрь, пероральный прием был предписан только в случае развития постинфарктной стенокардии. Всем больным при поступлении назначалось в/в болюсное введение гепарина (однократно), но в 2002 г. гепарин был назначен затем подкожно у 100%, а в 2005 г. подкожно у 23,4%, а в виде в/в инфузии у 21,6% пациентов (при наличии показаний). Антиагреганты в 2002 г. были назначены –91,7% (аспирин), а в 2005 г. – 100 % пациентов (аспирин, при противопоказаниях – клопидогрель). Для обезболивания в 2002 г. у 5,6% пациентов применяли в/в морфина гидрохлорид, в остальных случаях – ненаркотические анальгетики (в 12,8% случаев адекватное обезболивание было проведено на догоспитальном этапе). В 2005 г. для обезболивания у 43,2% пациентов использовали в/в введение морфина гидрохлорида (в 10,9%адекватное обезболиваниебыло проведено на догоспитальном этапе). Ингибиторы АПФ в 2002 г. были назначены 69,4%, в2005 г. –81,1% больных. Антагонисты кальция в 2002 г. использовались у 2,7%, в 2005 г.– у 8,1% пациентов. Гиполипидемические средства в 2002 г. вообще не применялись, а в 2005 г. –были назначенытолько 2,7% больных (статины). В 2002 г. 91,6% пациентов при поступлении проводилась в/в инфузия калиево-магнезиальной смеси, в 2005 г. подобная терапия не проводилась.

Таким образом, в 2005 г., по сравнению с 2002 г., значительно увеличилось количество больных, у которых проводилась ТЛТ, назначались иАПФ, -адреноблокаторы и антиагреганты, более оптимальным стало назначение нитратов, наркотических анальгетиков и гепарина, неоправданно низкой остается частота применения гиполипидемических препаратов.

0738 ВЛИЯНИЕ ГИПОКСЕНА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Родионов Б.А., Коняхин А.Ю., Каменева Т.Р., Антонова Е.С., Радзевич А.Э.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Ишемия миокарда активирует процессы свободно-радикального окисления, нарушает баланс системы оксиданты-антиоксиданты в пользу оксидантов и приводит к развитию так называемого оксидативного стресса. Накопление активных форм кислорода вызывает повреждение мембран клеток. С целью предотвращения последствий оксидативного стресса применяют препараты с антиоксидантной активностью, представителем которых является гипоксен (ЗАО «Корпорация Олифен» Россия).

Цель исследования: изучение влияния гипоксена в составе комплексной терапии стенокардии напряжения II-III функционального класса (СтН II-III ФК) на толерантность к физической нагрузке и состояние антиоксидантной системы.

Методы: обследован 21 больной стенокардией напряжения II-III ФК в динамике до и через 1 месяц после включения гипоксена в дозе 1000 мг/сут в состав комплексной терапии.

Исследовали: толерантность к физической нагрузке, тредмил-тест по протоколу R. Bruce.Общий антиоксидантный статус (ОАС) набором реактивов «Total Antioxidant Status», компании Randox (Англия). Активность супероксид дисмутазы (СОД) набором реактивов «Ransod» компании Randox (Англия). Активность глутатион пероксидазы (ГПО) набором реактивов «Ransel» компании Randox (Англия). Измерение проводили на автоматическом многоканальном анализаторе Sapphir 400 компании Tokyo Boeki Medical Systems (Япония).

Результаты: через 1 месяц включения гипоксена в состав терапии выявлено достоверное увеличение толерантности к физическим нагрузкам на 11,2% (p=0,047). Через 1 месяц наблюденийбыло отмечено достоверное увеличение общего количества антиоксидантов на 90,5%, (p=0,003) и снижение активности СОД на 25,2%, (p=0,01), а также отмечена тенденцияк увеличению активности ГПО на 32,9%, (p=0,09).

Выводы: включение гипоксена в состав комплексной терапии больных стенокардией напряжения II-III ФК достоверно увеличивает толерантность к физической нагрузке и уменьшает выраженность оксидативного стресса.

0739 ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ

Родионов Б.А., Коняхин А.Ю., Каменева Т.Р., Антонова Е.С., Радзевич А.Э.

Московский государственный медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 312 24.08.2006 22:25:53
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

При ишемии миокарда происходит активация свободнорадикального окисления обусловлена недостаточностью антиоксидантных систем. Накопление активных форм кислорода и перекисных радикалов, которые оказывают прямое повреждающее действие на кардиомиоциты, активируют прокоагулянтную систему крови и ускоряют деградацию эндотелиального NO, снижают антиангинальную эффективность нитратов. С целью предотвращения последствий оксидативного стресса применяют препараты с антиоксидантной активностью, представителем которых является мексикор (ООО «ЭкоФармИнвест», Россия).

Цель исследования: изучение влияния мексикора в составе комплексной терапии стенокардии напряжения II-III функционального класса (СтН II-III ФК) на толерантность к физической нагрузке и состояние антиоксидантной системы.

Методы: обследован 24 больной стенокардией напряжения II-III ФК в динамике до и после включения мексикора в дозе 100 мг/сут. внутривенно в течение двух недель и 100 мг/сут. внутримышечно в течение еще двух недель в состав комплексной терапии.

Исследовали: толерантность к физической нагрузке, тредмил-тест по протоколу R. Bruce.Общий антиоксидантный статус (ОАС) набором реактивов «Total Antioxidant Status», компании Randox (Англия). Активность супероксид дисмутазы (СОД) набором реактивов «Ransod» компании Randox (Англия). Активность глутатион пероксидазы (ГПО) набором реактивов «Ransel» компании Randox (Англия). Измерение проводили на автоматическом многоканальном анализаторе Sapphir 400 компании Tokyo Boeki Medical Systems (Япония).

Результаты: через 4 недели включения гипоксена в состав терапии выявлено достоверное увеличение толерантности к физическим нагрузкам на 20,8% (p=0,023). Через 4 недели наблюдениябыло отмечено достоверное увеличение общего количества антиоксидантов на 90,5%, (p=0,003) и увеличение активности СОД на 18,3%, (p=0,01), а также отмечена тенденцияк увеличению активности ГПО на 11,5%, (p=0,07).

Выводы: включение мексикора в состав комплексной терапии больных стенокардией напряжения II-III ФК достоверно увеличивает толерантность к физической нагрузке и уменьшает выраженность оксидативного стресса.

0740 ВКЛАД АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ABCA1 И PON1 В РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ

Родыгина Т.И.[1], Демина Е.П.[1], Шейдина А.М.[1], Зверева В.В.[1], Курьянов П.С.[2], Вавилов В.Н.[2] Пчелина С.Н.[1,2], Шварцман А.Л.[1]

[1]Петербургский институт ядерной физики РАН, Ленинградская обл., Гатчина, Россия [2]Санкт- Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время значительная роль в развитии атеросклероза артерий (АА) отводится нарушениям липидного обмена. Гиполипидемическая терапияобязательна в профилактике и лечении заболеваний, обусловленных АА. Однако АА нередко развивается у лиц с нормальными липидными показателями в крови и может быть обусловлен как нарушениями в системе обратного транспорта холестерина (ОТХ), так и повышенным перекисным окислением липопротеидов (ПОЛ). Ключевым белком ОТХ является АТФ-связывающий кассетный транспортер А1 (ABCA1). Уровень ПОЛ в плазме крови зависит от активности параоксоназы 1 (PON1), обладающей антиокислительными свойствами. Генетически детерминированные нарушения функционирования или изменение экспрессии ABCA1 и PON1 могут приводить к ускоренному темпу атерогенеза. Мы предположили, что генетические вариации ABCA1 и PON1 могут вносить вклад в развитие АА независимо от уровня липидов в плазме крови.

Цель работы: оценить вклад аллельных вариантов генов ABCA1 (C69T, C(-17)G, 319insG, R219K) и PON1 (Q191R, L54M, C(-108)T) в риск развития АА.

Распределение вышеуказанных аллельных вариантов генов ABCA1 и PON1 было изучено: I) в группе пациентов с верифицированным ангиографическим методом АА (N=91, клиническая манифестация АА – 47,87±7,05 лет). Локализация атеросклероза у каждого пациента была Минимум в одной артерии одного из трех артериальных бассейнов (церебральный, коронарный, нижних конечностей). Группа I) была гетерогенной по степени тяжести АА. II) В контрольной группе (N=297, средний возраст 40,58±6,32 лет). Аллельные варианты ABCA1 и PON1 идентифицированы методом ПЦР и последующего рестрикционного анализа. В группе I) проведен корреляционный анализ плазменного уровня общего холестерина (ОХ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХЛПВП), индекса атерогенности (ИА), степени атеросклеротических повреждений сосудов с исследуемыми аллельными вариантами генов ABCA1 и PON1.

Обнаружено накопление генотипа RR191 гена PON1 в группе I) по сравнению с группой II) (13,2% и 3,3% соответственно). Относительный риск развития АА у носителей генотипа RR PON1 возрастал в 4,4 раза (χ^2 = 12,84, p=0,0003,df=1,95% ДИ [2,25-8,66]), а в подгруппе с ранним клиническим дебютом АА (до 46 лет, N=36) –в 9,7 раза (χ^2 = 28,4, p=0,0000, df=1, 95% ДИ:[4,86-19,34]). Не выявлено корреляции уровня ОХ, ХЛПВП, ИА и исследуемых аллельных вариантов ABCA1 и PON1. Носительство аллеля G319 ABCA1 (319insG) коррелировало с меньшей степенью окклюзии артерии (p<0,05).

Проведенное исследование позволяет заключить, что генотип RR191 гена PON1 – фактор риска АА. Полученные результаты так же указывают на возможное протективное влияние носительства аллеля G319 гена ABCA1 в отношениистепени атеросклеротических повреждений сосудов.

0741 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Рожина Е.Ю., Туев А.В., Рямзина И.Н., Смирнова Е.Н., Гришина Л.В.

Пермская государственная медицинская академия, ЗАО «Курорт Усть-Качка», Пермь, Россия

Цель: изучить особенности течения инфаркта миокарда на санаторном этапе реабилитации у больных сахарным диабетом 2 типа.

Методы: обследован 31 пациент, перенесший инфаркт миокарда инаходящийся на санаторном этапе реабилитации в ЗАО «Курорт Усть-Качка». Средний возраст больных составил 56,29±8,19 лет. В первую группу вошли 13 человек, перенесших ИМ на фоне СД 2 типа. Вторую группу составили 18 больных ИМ без СД. Проведен анализ осложнений ИМ в остром периоде ИМи на санаторном этапе реабилитации. Оценивались показатели эхокардиографии (Эхо-КГ).

Результаты: в первой группе больныхчаще выявлялись артериальнаягипертония 2-3 степени- у 10 (76,9%) пациентов, нарушение ритма сердца и проводимости –у 4 (31%) пациентов. Постинфарктная аневризма определена у 1 пациента (7,7%), постинфарктная стенокардия –у 1 (7,7%) пациента. Среди пациентов без диабета артериальная гипертония 2-3 степени выявлена –у 13 (72,2%), нарушение ритма сердца и проводимости –у 4 (22%) пациентов, постинфарктная аневризма –у 1 (5,5%) пациента. У больныхпервой группы функциональный класс ХСН составил в среднем –1,38± 0,50, во второй – 1,11±0,32.

Нами выявлены достоверные различия Эхо-КГ показателей -фракции выброса левого желудочка (ФВ) и размеров левого предсердия (ЛП). ФВ у пациентов первой группы составила 50,20±8,21%, тогда как у больных второй группы 54,88±3,24% (p<0,004), что указывает на более выраженное снижение на-

Tesis_006_end.indd 313 24.08.2006 22:25:54
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сосной функции миокарда у больных инфарктом миокарда в сочетании с СД. Диаметр левого предсердия в первой группе составил4,18±0,34 см, во второй группе 3,50±0,34 см (p<0,006), при этом митральная регургитация I-III степени былавыявлена у 3 больных первой группы.

У больных сахарным диабетом выявлено, что на стационарном этапе лечения инфаркта миокардаи на этапе санаторной реабилитацииуглеводный обмен находился в состоянии субкомпенсации. В стационаре глюкоза крови натощак составляла –6,87±1,75 ммоль/л, на этапе реабилитации –6,90±1,99 ммоль/л, постпрандиальная гликемия на этапе реабилитации составила 8,12±2,95 ммоль/л. Следует отметить, что 5 из 13 пациентов (38%) находились на диетотерапии, остальные получали пероральные сахароснижающие средства.

Таким образом, у больных ИМ в сочетании с сахарным диабетом 2 типа чаще наблюдаются такие осложнения как постинфарктная аневризма, нарушение ритма сердца и проводимости, более выражена симптоматика хронической сердечной недостаточности. Субкомпенсация углеводного обмена, сохраняющаяся на санаторном этапе реабилитации, требует дальнейшей коррекции сахароснижающей терапии.

0742 ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ И СЕГМЕНТАРНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОЙ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГРАФИИ

Рожкова М.И., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Харац В.Е., Хорькова Н.Ю., Доний Е.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью работы было оценить влияние радиочастотной абляции (РЧА) дополнительных путей проведения на показатели глобальной и сегментарной диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) по данным импульсно-волновой допплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ).

С помощью импульсно-волновой ДЭхоКГ трансмитрального кровотока и импульсно-волновой тканевой ДЭхоКГ базальных сегментов ЛЖ было обследовано 54 пациента (28 мужчин и 26 женщин, средний возраст 41±2,4 года) до и на 2 сутки послепроведения РЧА. Из них –32 пациента с ортодромной тахикардией на фоне синдрома WPW с левосторонней локализацией пучка Кента (группа 1) и 22 пациента с атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией (группа 2). Оценивали показатели глобальной и сегментарной диастолической функции ЛЖ: максимальную скорость трансмитрального потока в фазу раннего диастолического наполнения (пик E) и в фазу систолы левого предсердия (пик A), отношение E/A, длительность пика E (DUR-E) и пика A (DUR-A), время замедления пика E (DTE), время изоволюмического расслабления (IVRT), раннюю диастолическую скорость движения миокарда ЛЖ (e), позднюю диастолическую скорость (a), отношение e/аидлительность пиков e (dur-e) и a (dur-a).

После проведения РЧА в первой группе отмечалось достоверное увеличение показателей DTE и DUR-E (с 181,6±9,10 мсек до 203,2±9,34 мсек, p<0,001 и с 262,4±10,76 мсек до 280,4±10,76 мсек, p=0,022, соответственно), укорочение DUR-A (с 160,8±6,93 мсек до 140,4±6,14 мсек, p<0,001), удлинение IVRT (с 89,0±2,48 мсек до 98,2±2,63 мсек, p<0,001). Кроме того достоверно уменьшились показатели dur-e и dur-a (с 240,7±3,84 мсек до 209,0±3,62 мсек, p<0,001 и с 177,7±2,76 мсек до 160,5±2,96 мсек, p<0,001, соответственно).

У пациентов с атриовентрикулярной узловой реципрокной тахикардией отмечалось укорочение DTE и DUR-E (с 188,33±10,52 мсек до 160,56±12,09, p=0,009 и с 278,82±13,58 мсек до 241,18±13,64 мсек, p=0,005, соответственно), dur-e и dur-a (с 228,7±4,66 мсек до 196,5±3,92 мсек, p<0,001 и с 168,5±3,35 мсек до 158,5±4,15 мсек, p=0,005, соответственно), увеличение показателя e/a (с 1,31±0,06 до 1,44±0,07, p=0,011).

Таким образом, в ранние сроки после проведения РЧА в обеих группах не отмечалось отрицательного влияния на сегментарную диастолическую функцию ЛЖ, а показатели глобальной диастолической функции ЛЖ несколько ухудшились у пациентов с синдромом WPW с левосторонней локализацией пучка Кента, что, вероятно, связано с зоной РЧ воздействия. Возможно, что регистрация таких изменений с помощью ДЭхоКГ может быть использована как дополнительный метод оценки результатов РЧА.

0743 ДИНАМИКАПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ АЛЛЕЛЯМИ ГЕНА TNF-□

Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Серебрякова О.Е.

ГОУ ВПО Российский Государственный Медицинский Университет, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние полиморфизма гена TNF-□ на динамику показателей углеводного и липидного обменов у соматически здоровых пациентов.

Материал и методы: исследование было проведено в клинике ОАО «Медицина», Москва. Объектомисследования явились 90 мужчин и женщин в возрасте 35-55 лет без сахарного диабета и тяжелой соматической патологии, обратившихся в клинику ОАО «Медицина» в 2003 г. для прохождения профилактического осмотра. Всем пациентам проводили генотипирование TNF- методом ПЦР. Повторное обследование всех пациентов было проведено через 2 года в 2005 г. В сыворотке крови натощак определяли глюкозу, иммунореактивный инсулин, уровень общего холестерина, триглицеридов и холестериналипопротеидов высокой плотности (ЛПВП). Верхнюю квартиль распределения ИРИ (более 10,0 мкЕД/мл) считали признаком наличия ИР.

Результаты: при динамическом наблюдении в течение 2-х летнего периода выявлено увеличение числа инсулинорезистентных пациентов среди носителей генотипа GA: доля пациентов с гиперинсулинемией натощак более 10,0 мкЕД/мл с генотипами GA достоверно выростас 37,5% в 2003 г. до 62,5% в 2005 г. (p=0,003). Средние значения глюкозы натощак и после нагрузки 75 г глюкозы достоверно не изменились в группах с различными генотипами. Средние значения ХС ЛПВП у пациентов с генотипом GA достоверно снизились с 1,22±0,04 ммоль/л в 2003 г. до 1,11±0,05ммоль/л в 2005 г. (p<0,001). В группе пациентов с генотипом GG показатели липидного профиля достоверно не изменились.

Заключение: ухудшение показателей углеводного и липидного обмена при динамическом двухлетнем наблюдении в группе пациентов с генотипом GAподтверждает ассоциацию этого генотипа с компонентами метаболического синдрома. Таким образом, носителей генотипа GA можно отнести к группе повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

0744 СОСТОЯНИЕ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ройтберг Г.Е., Шархун О.О., Платонова О.Е.

Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия

Введение. Тесные ассоциации неалкогольной жировой болезни печени (НАЖБП) с основными проявлениями метаболического синдрома (ожирение, гиперинсулинемия, дислипидемия) позволяют в настоящее время рассматривать НАЖБП

Tesis_006_end.indd 314 24.08.2006 22:25:54
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

как поражение печени при метаболическом синдроме. Наличие НАЖБП может повышать риск развития сердечно-сосудистой патологии. Целью настоящей работы явилось установление взаимосвязи между НАЖБП и ранними проявлениями атеросклероза у пациентов с метаболическим синдромом.

Методы: было обследовано 82 пациента, среди которых у 55 человек выявлены лабораторные и ультразвуковые признаки первичной НАЖБП. Все пациенты не имели сахарного диабета и не принимали липидоснижающих препаратов. Контрольную группу составили 27 человек. Метаболический синдром устанавливали по критериям АТП III. Всем пациентам были выполнены лабораторные исследования с определением липидного спектра, уровня глюкозы и инсулина натощак. Было проведено дуплексное сканирование правых и левых каротидных артерий (или экстракраниальных отделов сонных артерий) с определением трех размеров толщины комплекса «интима-медиа» (ТКИМ) и их средней величины.

Результаты: распространенность метаболического синдрома в группе пациентов с НАЖБП составила 31,4% в сравнении с группой контроля 3,3% (P=0,003). При этом основная и контрольная группы не различались по полу и возрасту. Повышение артериального давления регистрировалось чаще у пациентов с НАЖБП по сравнению с контрольной группой(45,7% против 12,9%, P=0,004). Объем талии превышал нормальные значенияв 37,1 % и 9,4 % соответственно (P=0,008). В указанных группах не было выявлено различий по уровню глюкозы натощак и холестерина ЛПНП, тогда как показатели триглицеридов (1,77±0,19 ммоль/л против 1,18±0,11 ммоль/л, P<0,05) и инсулинанатощак(10,01±1,17 мкМЕ/мл против 6,61±0,58 мкМЕ/мл) были значительно выше у пациентов с НАЖБП. В этой же группе показатель ТКИМ был достоверно выше 1,15±0,22 мм по сравнению с контролем 0,77±0,14 мм (P<0,002).

Заключение: в группе пациентов с НАЖБП метаболический синдром и его компоненты выявляются значительно чаще, чем в контрольной группе. В этой же группе установлены достоверно более высокие показатели ТКИМ как проявления раннего каротидного атеросклероза. Таким образом, НАЖБП можно считать одним из дополнительных факторов риска формирования атеросклероза в условиях метаболического синдрома.

0745 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУРОГАТНОГО МЕТОДА ОПРЕ ДЕЛЕНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РАБОТЕ ПРАКТИКУЮЩЕГО КАРДИОЛОГА

Ройтберг Г.Е., Дорош Ж.В., Ушакова Т.И.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия; ОАО «Медицина», Москва, Россия

Цель: оценить необходимость и возможность диагностики инсулинорезистентности на основании определения отношения триглицеридов к липопротеидам высокой плотности.

Методы: иследование проводилось в клинике ОАО «Медицина», Москва. Обследовано 47 мужчин с избыточной массой тела, без сахарного диабета и тяжелой соматической патологии, обратившихся к врачу для прохождения диспансеризации. Пациентам проводилось анкетирование, с целью сбора анамнеза и оценки образа жизни, измерялись антропометрические показатели и артериальное давление. В сыворотке крови натощак определяли глюкозу, иммунореактивный инсулин (ИРИ), уровни общего холестерина (ОХ), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ). С целью исключения нарушенной толерантности к глюкозе и для определения постнагрузочной динамики глюкозы и иммунореактивного инсулина проводился пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с определением уровня глюкозы и ИРИ на 30, 60, 90 и 120минутах. Наличие инсулинорезистентность оценивалось по отношению ТГ к ЛПВП, при пограничном значении – 1,32(Sun H. Kim).

Результаты: по отношению ТГ/ЛПВП пациенты были разделены на две подгруппы с инсулинорезистентностью (основная, n=23) и без нее (контрольная, n=24). Группы достоверно не различались по возрасту, индексу массы тела, уровням ЛПВП, глюкозы натощак и после проведения ПГТТ. При сравнительной оценке основной и контрольной групп, выявлены достоверные различия по ОТ (105,52±1,56 против 112,67±1,90, p=0,006), уровню ОХ (5,15±0,2 против 6,4±0,24, p=0,032) и ЛПНП (3,26±0,18 против 4,52±0,23, p<0,05), а также по показателям ИРИ натощак (9,46±0,89 против 15,93±2,71, p=0,032) и ТГ (1,27±0,21 против 2,86±0,46, p=0,003).

Выводы: наличие достоверных различий по ключевым показателям атерогенной дислипидемии в группе пациентов с инсулинорезистентностью, диагностированной на основании отношения ТГ/ЛПВП по сравнению с контрольной группой, указывает на возможность диагностики инсулинорезистентности по данному индексу и необходимость определения данной категории пациентов с целью разработки профилактических программ в более ранние сроки.

0746 РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИБС

Романова Т.А., Бугаев Г.Д., Кривошапкин П.Б., Кожевников А.А., Петрова И.Р., Антипина В.В., Баранов В.А.

Национальный центр медицины, Якутск, Республика Саха (Якутия), Россия

С сентября 2005 года в Национальном центре медицины г. Якутска впервые стало проводиться рентгенэндоваскулярное лечение больных с ИБС: баллонная ангиопластика и стентирование коронарных артерий

Цель исследования: изучить непосредственные результаты транслюминальной балонной коронарной ангиопластики (ТБКА) и стентирования у больных с ИБС, стенокардией напряжения, перенёсших инфаркт миокарда и без такового.

Материалы и методы: в исследование включены 14 пациентов, которым проведена ТБКА. Из них 12 мужчин и 2 женщины. Средний возраст составил 53±8,6. Все пациенты страдали стенокардией напряжения ФК-III. Из них 71,4% имели в анамнезе инфаркт миокарда 1-2-х летней давности, в том числе проникающий – 44,2%, непроникающий – 27,2%. У 63% больных ИБС сочеталась с гипертонической болезнью, курили более 20 лет 71,4% больных. При ренгенэндоваскулярном лечении использовался трансфеморальный доступ. Лечение проводилось с помощью проводников Standart, Intervedia фирмы “Asahi”, Fusion Support фирмы Medtronic, с помощью стентов Cypher Select, Evolution, стентов фирмы “Cordis” SMART Control. Всем пациентам спустя 3 недели после рентгенэндоваскулярного лечения проведено обследование, включающее ЭКГ, ЭхоКГ, сцинтиграфию миокарда.

Результаты: непосредственный успех составил 92,9%. 13 пациентов отметили улучшение самочувствия, уменьшение частоты и интенсивности болей в области сердца и за грудиной, уменьшение одышки, проявлений общей слабости, отсутствие перебоев в области сердца. Спустя 3 недели после рентгенэндоваскулярного лечения у 5 пациентов уменьшился класс стенокардии с III до II класса, у 4 пациентов с III до I класса. У 3 пациентов отмечено отсутствие стенокардии. У одного пациента клинические проявления болезни не изменились. По данным ЭКГ у 3-х пациентов отмечалась положительная динамика: изменение полярности зубца Т в грудных отведениях, улучшение проведения по п. Гиса, уменьшение амплитуды депрессии ST в V5-V6, отсутствие экстрасистолии. У 4-х пациентов выявлена положительная динамика по ЭхоКГ: уменьшение дисфункции левого желудочка (ЛЖ), увеличение фракции выброса ЛЖ, уменьшение размеров ЛЖ. По данным сцинтиграфии миокарда отмечено улучшение перфузии в ЛЖ в проекции артерий

Tesis_006_end.indd 315 24.08.2006 22:25:54
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

подвергшихся ангиопластике и стентированию у 8 пациентов. Спустя 3 месяца после проведения ТБКА 8 пациентов прошли контрольное обследование. Ухудшение самочувствия за это время никто не отмечал. По результатам ЭКГ отмечалась положительная динамика в 2-х случаях, отрицательной динамики ни в одном случае не было. Результаты ЭхоКГ остались на прежних уровнях контроля (через 3 недели после ТБКА).

Заключение: хорошие непосредственные результаты ТБКА и результаты наблюдения через 3 месяца после рентгенэндоваскулярного лечения позволяют считать этот метод лечения эффективным и перспективным в лечении больных с ИБС.

0747 ПРИМЕНЕНИЕ КОНКОРА У БОЛЬНЫХ С СОХРАНЕННЫМ СИНУСОВЫМ РИТМОМ И МАЛОСИМПТОМНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА В РЕЖИМЕ VVI

Романовский Д.В., Атрощенко Е.С., Макеев В.В., Курлянская Е.К.

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

Цель: оценить влияние различных доз конкора на клиническое течение и внутрисердечную гемодинамику у больных с малосимптомной хронической сердечной недостаточностью (I-II функциональный класс тяжести) после имплантации электрокардиостимулятора в режиме VVI.

Материалы и методы: обследовано 43 пациента с хронической сердечной недостаточностью (I-II функционального класса тяжести) после имплантации электрокардиостимулятора в режиме VVI. Больным было выполнено эхокардиография с ЭКГ – мониторированием, 6-минутный тест ходьбы. Оценка качества жизни (КЖ) проводилась с помощью Миннесотского опросника. У всех пациентов в послеоперационном периоде по данным ЭКГ регистрировался синусовый ритм сердца. В зависимости от назначенной терапии пациенты разделены на 3 группы: 1гр. –в качестве базисной терапии получавших эналаприл – 14 человек; 2 гр. –эналаприл и дозы конкора, не вызывающего стабилизации ритмовождения ЭКС – 16 человек; 3 гр. –эналаприл и дозы конкора, вызывающих стабилизацию ритмовождения ЭКС – 13 человек. Частота ритмовождения ЭКС в 1 и 2 группах устанавливалась в пределах 50-60 импульсов в Минуту; в 3 группе – 70 импульсов в Минуту.Срок наблюдения составил 6 месяцев.

Результаты: показатели внутрисердечной гемодинамики в течение 6 мес. у пациентов 1 и 2 групп достоверно не изменились. Уменьшение ритмовождения ЭКС до 50-60 импульсов в Минуту способствует собственному синусовому ритму сердца и уменьшению проявлений артефиционной десинхронизации ЭКС. Это приводит к достоверному увеличению толерантности к физическим нагрузкам (в 1 группе с 348,8±22,3 до 417,8±14,9 м к 6 мес. наблюдения, p=0,004; во 2 группе с 302,7±22,3 до 347,2±14,9 м к 6 мес. наблюдения, p=0,01) и улучшению КЖ (в 1 группе с 15,0±2,0 до 11,0±1,6 баллов к 6 мес. наблюдения, p<0,05; во 2 группе с 14,0±1,5 до 10,1±1,8 баллов к 6 мес. наблюдения, p<0,05).

В 3 группе артефиционная десинхронизация сердца приводит к ухудшению внутрисердечной гемодинамики (КДР с 52,0±0,4 до 53,5±0,5 мм к 6 мес. наблюдения, p=0,01; КДО со 130,5±3,7 до 138,7±3,7 мл к 6 мес. наблюдения, p=0,05; КДОs с 117,8±2,7 до 126,6±2,9 мл к 6 мес. наблюдения, p=0,002), повышению сДЛА (с 32,6±1,4 до 38,0±1,6 Мм рт. ст. к 6 мес. наблюдения, p=0,001), увеличению размеров ЛП (с 40,5±0,5 до 42,1±0,5 мм к 6 мес. наблюдения, p=0,01). Это ведет к уменьшению толерантности к физической нагрузке (с 359,9±18,0 м на 1 мес. наблюдения до 327,0±13,0 м. к 6 мес. наблюдения, p=0,01).

Вывод: у пациентов с ХСН I-II ФК тяжести и сохраненным синусовым ритмом после имплантации ЭКС в режиме VVI конкор должен применятся в Минимальных дозах, не вызывающих эффекта стабилизации ритмовождения ЭКС. Назначение больших доз у этой категории больных, вследствие стабилизации ритмовождения ЭКС может привести к прогрессированию хронической сердечной недостаточности.

0748 ВЛИЯНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Ронзин А.В, Косачева Н.Б., Агафонов А.В., Лихачева Н.А.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Росздрава», Пермь, Россия

Цель. Изучить влияние нарушения кровотока по брахиоцефальным сосудам на уровень артериального давления и его изменение в раннем послеоперационном периоде.

Методы. Проанализировано 46 историй болезни пациентов в возрасте 58,22+8,3 лет (включая 28 мужчин – 60,86%), прооперированных по поводу нарушения кровообращения в БЦА. У 27 больных (58,69%) имелось преимущественное поражение сонных артерий, у 16 (34,78%) –превалировало нарушение кровообращения в позвоночных артериях, у 3 (6,53%) отмечалась сочетанная патология. Длительность течения артериальной гипертензии варьировала от 1 до 30 лет. Уровень максимального повышения САД у пациентов колебался в пределах 120–270 Мм рт. ст. У 35 пациентов (76,09%) была установлена 3 степень артериальной гипертензии, у 9 (19,6%) – 2-я степень. Осложнения атеросклероза и артериальной гипертензии выявлялись в виде поражения органов-мишеней. Инфаркты миокарда в анамнезе были зафиксированы у 17 (из них 11 – с зубцом Q) пациентов, в том числе у 3 – повторно. ОНМК в анамнезе у 14 (30,4%) пациентов.

Для определения степени нарушения кровотока в артериях дуги аорты выполнялась грудная аортография и дуплексное сканирование магистральных артерий головы. Уровень АД регистрировался в до-, и послеоперационном периодах.

Результаты: в ходе исследования выявлено наличие зависимости между уровнем АД и локализацией участка с нарушением кровотока. Так, при поражении сонных артерий уровень ДАД значимо выше (на 10,5%), чем у пациентов с нарушением кровотока в позвоночных артериях (p=0,013). После хирургического вмешательства данная разница показателей исчезала. При определении АДср в дооперационном периоде также отмечали более высокие цифры (на 9,7%) у пациентов с патологией сонных артерий (p=0,034). В послеоперационном периоде разница в показателях была недостоверной. После проведения хирургического вмешательства на брахиоцефальных сосудах в раннем послеоперационном периоде отмечалось достоверное снижение уровня САД на 6,3% (p=0,046). При этом снижения САД в группе мужчин на 1,8% не носило значимого характера, в женской же группе САД снизилось на 13,3% (p=0,022). Подобная картина наблюдалась и при определении ДАД. У женщин в послеоперационном периоде выявлялось снижение ДАД на 7,6% (p=0,037), что достоверно ниже, чем у мужчин (9,2%, p=0,038), общий же уровень ДАД не имел значимого снижения после оперативного лечения.

Выводы: данные результаты свидетельствуют о том, что уровень АД у пациентов с патологией БЦА зависит не только от наличия препятствия кровотоку, но и от его локализации. При этом более злокачественно артериальная гипертензия протекает у пациентов с поражением сонных артерий. По данным раннего послеоперационного периода можно заключить, что хирургическое удаление препятствий кровотоку способствует снижению артериального давления.

Tesis_006_end.indd 316 24.08.2006 22:25:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0749 КОМПОЗИТНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА

Россейкин Е.В., Барбухатти К.О.,Антипов Г.Н., Ходунов В.В., Тышкевич С.Н.

ККБ №1 – ЦГХ,Краснодар, Россия

Цель: левая внутренняя грудная артерия (ЛВГА) на переднюю нисходящую артерию (ПНА) –«золотой» стандарт коронарной хирургии. Использование других артерий (правая ВГА, лучевая, желудочно-сальниковая) сопряжено с осложнениями, связанными с их забором. Однако, нередко у хирурга остается фрагмент ЛВГА, который, как правило, не используется. Рассмотрены возможные пути применения «утильной» части ЛВГА.

Методы: с января 2004 по март 2006 года у 114 пациентов ЛВГА использована не только, как шунт к ПНА. Отсеченный фрагмент ЛВГА длиною 52±24 (15-150)мм применялся для:

1. композитного шунтирования (КШ),
2. аортокоронарного шунтирования
2. физиологической реваскуляризации миокарда (ФРМ).

В группе КШ у 71 пациента выполнялись Т-, Y-, X-, -графты для ДА, ИМА, ВТК, ЗБВ и ствола ОА.

У 3 больных отсеченный фрагмент был использован в качестве аортокоронарного шунта для ИМА и ВТК.

В группе ФРМ, выполнялись операции, воссоздающие антеградный коронарный кровоток, путем:

1. пластики коронарных артерий (КА) при умеренных стенозах (50-70%) у 36 пациентов – ПНА, ПКА, ЗНА, ЛЖВ ПКА;
2. стандартное коронаро-коронарное шунтирование (ККШ) 10 человек;
3. ККШ с одномоментной пластикой артерии–донора у 5 пациентов.

У 11 больных из фрагмента ЛВГА выполнено комбинирование методик (композитное шунтирование, пластика КА, ККШ в различных сочетаниях).

Результаты: индекс аутоартериальной реваскуляризации 2,2+0,1 (2-4), летальность – 1 (0,9%), инфаркт миокарда – 2 (1,8%), рестернотомия – 1 (0,9%). Время в реанимации 1,1±0,3 (1-3), в стационаре –8,5±2,1 (7-18). Рецидива стенокардии за прошедший период не отмечено.

Выводы: более полное использование ЛВГА позволяет при стандартном заборе безопасно для больного обеспечить увеличение индекса аутоартериальной реваскуляризации, Физиологическая реваскуляризация миокарда может стать одной из методик при решении сложных проблем коронарной хирургии: незрелые стенозы КА, поражение дистального русла КА, дефицит пластического материала, кальцинированная аорта.

0750 РОЛЬ ЭХОКГ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА

Россоха О.А., Сорока Н. В.,Тихонова В. М., Шелестова И.А., Космачева Е. Д., Порханов В.А., Поляков И.С.

Краевая клиническая больница N 1 им.проф. С. В. Очаповского,Краснодар, Россия

За период наблюдения с 2002 года по январь 2006 г. при первичном ЭхоКГ обследованиивыявлено 45человекс новообразованиями сердца в возрасте от 20 до 86 лет (средний возраст 56,09 лет+13,4), из них 23 женщины (51,11%) и 22 мужчины (48,89%). Обследование проводилось на ультразвуковых сканнерах Sonos-7500 фирмы PHILIPS,SEQUOIA и ASPEN –Siemens,Vivid Fives –GE с применением всех имеющихся режимов сканирования. Для дальнейшей дифференциальной диагностики новообразований сердца проводилось комплексное дообследование (УЗИ брюшной полости, КТ органов грудной и брюшной полости, цитологическое исследование перикардиальной жидкости, ПГИ операционного и биопсийного материалов и др.). Среди первичных опухолей сердца, выявленных на ЭХОКГ, (39 человек –86,67%) доброкачественные опухолиобнаружены у 35 (89,74%) человек. Большинство из них составили пациенты с миксомами предсердий –27 человек (77,14%): 24 человека – левого предсердия, 3 человека – правого предсердия.Из них –15 больных с обструктивным синдромом разной степени выраженности, у 3- в анамнезе ОНМК по кардиоэмболическому типу. Папиллярные фиброэластомы клапанов сердца и трабекулбыли выявлены у 8 человек (22,86%). Первичные злокачественные опухоли (фибросаркомы) диагностированы у 4 больных (10,26%), из ниху одного пациента –правых отделов сердца, у трех –клапана ЛА. Вторичное опухолевое поражение сердца выявлено у 6 пациентов (13,33%): у трех человекметастатическое поражениеправых отделов сердца (на фоне рака нижней губы, матки и щитовидной железы), у трех –тимома переднего средостения с инвазией в правые камеры сердца, магистральные сосуды и перикард. Прооперировано 20 человек с миксомами предсердий (17 –ЛП, 3 –ПП). Из них пяти пациентам выполнена пластика МПП (удаление миксомы на широком основании) и одному больному пластика МК (в виду травматизации передней створки МК новообразованием). От оперативного лечения отказались 7 пациентов с миксомой ЛП. Из них у 6 человек опухоль небольших размеров, имеет капсулу, малоподвижная, не создающая препятствий кровотоку. 8 человек с папиллярными фиброэластомами, не вызывающими значимых нарушений гемодинамики,находятся под клиническим и эхокардиографическим наблюдением. Из 4 человек с фибросаркомами сердца один пациент в течение полутора лет проходит курсы ПХТ с положительной эхокардиографическойи клинической динамикой. 3 пациента с фибросаркомами клапана ЛА умерлив течение двух месяцев после выявления заболевания.Все пациенты с вторичными поражениями сердца получали ПХТ, у троих из них (с тимомами средостения) отмечается явная положительная динамика (от года до полутора лет).

Таким образом, своевременная первичная эхокардиографическая диагностика опухолевых поражений сердца позволяет провести дифференциальный диагноз и правильно определить дальнейшую тактику лечения данной категории пациентов.

0751 ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАРВЕДИЛОЛА НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Рубеш И.П., Некрутенко Л.А., Агафонов А.В., Ларина Ю.В.

ГОУ ВПО “ПГМА Росздрава”, Пермь, Россия

Цель: изучить влияние карведилола на качество жизни, толерантность к физическим нагрузкам, показатели ремоделирования миокарда и состояние эндотелиального монослоя у больных ХСН постинфарктного генеза.

Методы: обследовано 14 больных в возрасте 58,57+9,6 лет, в том числе 10 мужчин (71,4%), со стабильным течением постинфарктной ХСН II-III ФК. Продолжительность синдрома составила 6,43+5,2 лет. При этом у 6 человек (42,9%) диагностирована ХСН II ФК, а у 8 (57,1%) – III ФК. Клиническое обследование проводилось в динамике – до и после программной 4-месячной терапии с использованием карведилола (Макизфарма, Россия). Доза препарата на фоне основной программы лечения титровалась пошагово с 6,25 мг в сутки до максимально переносимой дозы, составляющей 12,5-50 мг в сутки (34,4+12,7 мг). Оценка качества жизни проводилась с использованием опросника Миннесотского университета (MLHFQ) для больных с ХСН. Для определения толерантности к физическим нагрузкам использовалась проба с 6-минутной ходьбой. Структурно-функциональную характеристику миокарда изучали по данным эхокардиографии на аппарате “Philips Envisor HDC”. Оценка

Tesis_006_end.indd 317 24.08.2006 22:25:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

структуры сосудистой стенки проводилась измерением величины комплекса интима-медия (КИМ) в дистальном участке общих сонных артерий в В-режиме. Функция эндотелиального монослоя определялась по уровню микроальбуминурии (МАУ) методом иммуноферментного анализа.

Результаты: на фоне проведенной 4-месячной терапии отмечено улучшение качества жизни пациентов со снижением количества баллов по MLHFQ на 20,56% (p=0,02). Выявлено повышение толерантности к физическим нагрузкам: среднее расстояние, пройденное при выполнении 6-минутного теста возросло на 25,8% (p=0,023). Динамика эхокардиографических показателей характеризовалась значимым уменьшением КСР ЛЖ на 13,8% (p=0,032), КСО ЛЖ на 28,4% (p=0,041), увеличение ФВ ЛЖ на 24% (p=0,0015) и тенденцией к снижению КДР и КДО ЛЖ, толщины МЖП и ЗСЛЖ, ММЛЖ и ИММЛЖ, а также размеров ЛП и ПЖ. При определении содержания белка в моче рутинным методом протеинурия (>300 мг/л) обнаружена лишь у 4 пациентов (28,6%), в то время как МАУ (>20 мг/л) определялась в 12 случаях из 14 (85,7%). На фоне терапии с использованием карведилола отмечено достоверное уменьшение как величины КИМ сонных артерий, так и МАУ – на 15,7% (p=0,047) и 65,5% (p=0,024) соответственно.

Выводы: карведилол, включенный в программную терапию ХСН, способствует процессам обратного ремоделирования миокарда и сосудистой стенки, положительно влияет на функциональные показатели эндотелия, что делает перспективным использование его с органопротективной целью. Описанные изменения протекают на фоне значимого улучшения качества жизни и повышения толерантности к физическим нагрузкам, что также следует учитывать при выборе адекватной терапии.

0752 ЗНАЧЕНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Рудакова Л.Е., Бондаренко Л.А., Морозова Л.А., Нефедова Л.В.

Медицинский институт ПГУ; МУЗ ЦГБ № 6, Пенза, Россия

По современным представлениям гипертрофическая кардиомиопатия является преимущественно генетически обусловленным заболеванием, проявляющимся массивной гипертрофией миокарда левого и/или правого желудочка чаще асимметрического характера за счет утолщения межжелудочковой перегородки с частым развитием обструкции выходного тракта левого желудочка.

Основным методом диагностики ГКМП является ЭхоКГ, которая пока широко не применяется в нашей стране и проводится, как правило, только на конечном этапе диагностического поиска. В повседневной клинической практике исследование сердечно-сосудистой системы пациента начинается обычно с наиболее простого и доступного метода – электрокардиографии, которая проводится практически каждому человеку в течение жизни неоднократно. Нередко именно изменения ЭКГ заставляют заподозрить ГКМП.

Целью нашего исследования было выявление наиболее характерных для ГКМП ЭКГ-признаков, обнаружение которых позволит врачу вычленить больных, нуждающихся в проведении ЭхоКГ для уточнения предполагаемого диагноза.

Обследовано 22 больных ГКМП, которые находились на лечении в кардиологических отделениях ЦГБ № 6 города Пензы в течение 2004-2005гг.,в возрасте от 35 до 69 лет (средний возраст 52,1+1,8 года). Мужчин было –15, женщин –7.

Всем больным проводили ЭКГ и ЭхоКГ на аппарате «Sonos 100 CF (Hewlett Packard») (США) по общепринятой методике. Диастолическую функцию левого желудочка оценивали с помощью импульсной допплер-эхокардиографии.

По описанным в литературе признакам обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия (ОГКМП) диагностирована у 8, необструктивнаягипертрофическая кардиомиопатия (НГКМП) –у 14 пациентов.

Полученные нами данные свидетельствуют о том, чтоу больных ГКМП нормальная ЭКГ регистрируетсякрайне редко, в подавляющем большинстве случаев выявляются различные ЭКГ-синдромы. Наиболее характерными для ГКМП являются синдромы гипертрофии миокарда ЛЖ и ЛП, синдром депрессии сегмента ST и отрицательного зубца Т в левых грудных, I и AVL отведениях,синдром высоких зубцов R в правых грудных отведениях, фибрилляция предсердий. Все эти синдромы, за исключением фибрилляции предсердий, с большей частотой встречаются при ОГКМП.

Таким образом, несмотря на отсутствие специфических электрокардиографических признаков ГКМП, ЭКГ большое значение в диагностике данного заболевания, являясь ценным скрининговым тестом. Выявление у обследуемых пациентов указанных электрокардиографических синдромов при отсутствии видимых причин для их формирования (артериальная гипертензия, пороки сердца), а также сопоставление ЭКГ-данных с результатами физикального исследованиядает основание заподозрить ГКМП. Подтвердить возникшее подозрение позволяет ЭхоКГ- исследование.

0753 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЗНАЧЕНИЕ GNB3 C825T ПОЛИМОРФИЗМА

Руженцова У.Ю.[1], Зиновьев А.В.[2]

[1]Медицинский университет, отделение гипертензиологии и нефрологии, Эссен, Германия; [2]Нижегородская Государственная Медицинская Академия, Нижний Новгород, Россия

Введение. Сердечно-сосудистые осложнения (ССО) и диабетическая нефропатия (ДН) при сахарном диабете (СД) 2 типа характеризуются высокой частотой и определяют прогноз для жизни этих пациентов. Одним из факторов прогрессирования кардиоваскулярной патологии при СД является артериальная гипертония (АГ).

Цель исследования. Установить корреляционные взаимоотношения между показателями диастолической дисфункции левого желудочка (ЛЖ) и почечного кровотока у больных СД 2 типа в сочетании с АГ и выявить взаимосвязь с GNB3 C825T полиморфизмом.

Методы исследования. В исследование включены 45 больных СД с АГ (средний возраст 55,8±4 лет). Длительность СД составляла 15,4±2,3 лет, АГ –12,3±1,6 лет. Диастолическая дисфункция ЛЖ оценивалась с помощью эхокардиографии (ЭхоКГ) с расчетом отношения максимальной скорости раннего диастолического наполнения к позднему (E/A) и времени изоволюмического расслабления ЛЖ (IVRT,мс). Количественная оценка почечного кровотока проводилась методом ультразвуковой допплерографии (УЗДГ) с определением систоло-диастолического соотношения (S/D) и индекса резистивности (RI). Всем обследуемым проводили генотипирование по C825T GNB3 полиморфизму. Взаимосвязь между показателями оценивали с использованием корреляционного и линейно-регрессионного анализов.

Результаты исследования. У 45,1% больных АГ предшествовала развитию СД, у 20,3% СД и АГ выявлены одновременно, у 34,6% АГ развилась на фоне СД. В ходе исследования выявлена отрицательная корреляция между S/D и IVRT (r=-0,30, p=0,005), RI положительно взаимосвязан E/A (r=0,33, p=0,006) и IVRT (r=0,46, p<0,001). Отмечалась достоверная взаимосвязь показателей диастолической дисфункции ЛЖ с параметрами клинико-функционального статуса: возрастом больных (E/A r=0,59, p<0,001; IVRT r=0,48, p<0,001), диастолическим давлением (E/A r=-0,29, p=0,03; IVRT r=-0,34, p=0,02), содержанием гликозилированного гемоглобина (E/A r=-0,24, p=0,002; IVRT r=0,42, p<0,001). Более выражен-

Tesis_006_end.indd 318 24.08.2006 22:25:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ная диастолическая дисфункция ЛЖ регистрировалась у больных, носителей 825Т-аллели GNB3 полиморфизма.

Выводы. Достоверная корреляция данных ЭхоКГс показателями УЗДГ почек и клинико-лабораторными критериями позволяет рекомендовать данный метод обследования для раннего выявления и прогнозирования развития ССО у больных СД 2 типа и АГ. Носители 825Т-аллеля принадлежат к группе риска развития ССО при СД, ассоциированным с АГ.

0754 ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ ЭНДОТЕЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ВАЗОКОНСТРИКЦИЮ, ИНДУЦИРОВАННУЮ ЭНДОТЕЛИНОМ-1, В КАПИЛЛЯРНОМ КРОВОТОКЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВЗАИМОСВЯЗЬ С GNB3 C825T ПОЛИМОРФИЗМОМ

Руженцова У.Ю.

Медицинский Университет, отделение гипертензиологии и нефрологии, Эссен, Германия.

Введение. Система эндотелина является одним из важных звеньев в патогенезе ишемической болезни сердца (ИБС), причиной которой является атеросклеротическое повреждение сосудов. Эндотелин-1 (ЭТ-1) реализует свои вазоконстрикторные эффекты путем связывания со специфическими рецепторами ЭТА и ЭТВ.Меньшая часть ЭТ-1, взаимодействуя с ЭТВ рецепторами, вызывает вазодилатацию.

Цель исследования. Оценить влияние блокады эндотелиновых рецепторов на вазоконстрикцию, вызываемую ЭТ-1 в кожной микроциркуляции, у больных с ИБС установить взаимосвязь с GNB3 C825T полиморфизмом.

Методы. В двойном слепом, рандомизированном, плацебо-контролируемом исследовании принимали участие 20 больных с ИБС (средний возраст 61±2 год). Для оценки кожного кровотока мы использовали метод лазерной допплерографии (Moor LDI V3.0, Великобритания) и двойной инъекционной техники путем внутрикожного введения в предплечье обследуемого ЭТ-1 в концентрациях (10-12, 10-14, 10-16 моль) в комбинации с изотоническим раствором и антагониста ЭТА рецепторов BQ123 и антагониста ЭТВ рецепторов BQ788 (10-8 моль). За единицу перфузии принимали величину потока эритроцитов в единицу времени через единицу объема ткани (PU, M±m) с последующей оценкой перфузии тканей до и после введения вазоактивных субстанций. Всем больным проводили также генотипирование по C825T GNB3 полиморфизму. Различия считали достоверными при p<0,05.

Результаты. У больных с ИБС ЭТ-1 вызывает вазоконстрикцию периферических сосудов (-193±74 PU). BQ123 подавляет вазоконстрикцию, вызываемую ЭТ-1 в сравнении с группой плацебо (+16±32 PU vs. -88±19 PU, p=0,016 соответственно). BQ788 достоверно снижает ЭТ-1-зависимую вазоконстрикцию в сравнении с плацебо (-134±60 PU vs. -159±76 PU, p=0,024 соответственно). Более выраженная вазоконстрикция в кожной микроциркуляции регистрировалась у больных, носителей 825Т-аллеля полиморфизма GNB3 в сравнении CC генотипом (-200±27 PU vs. -145±15 PU, p=0,023 соответственно).

Выводы: таким образом, антагонист ЭТА рецепторов BQ123 подавляет, а антагонист ЭТВ рецепторов BQ788 снижает вазоконстрикцию, опосредованную ЭТ-1, в кожной микроциркуляции у больных ИБС. Блокада эндотелиновых рецепторов при ИБСимеет прогностическое значение и может рассматриваться в качестве фактора снижения прогрессирования атеросклероза и сердечно-сосудистого риска в целом. Носители 825Т-аллеля C825T полиморфизма GNB3 входят в группу риска развития ИБС.

0755 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТО–ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ

Руцкина Е.А.,Говорин А.В.,Соколова Н.А.,Бойко Е.В.,Турушев В.В.

Читинская Государственная Медицинская Академия, Чита, Россия

Известно, что уксусная кислота является гемолитическим ядом, при действии которого происходят существенные изменения сосудисто-тромбоцитарного гемостаза.

В этой связи представляет интерес изучение выраженности эндотелиальной дисфункции и агрегационной способности тромбоцитов у больных с острым отравлением уксусной кислотой.

Цель: оценить содержание десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ), активность фактора Виллебранда и агрегационную способность тромбоцитов у больных сотравлением уксусной кислотой средней и тяжелой степени тяжести в разные сроки с момента отравления.

Материалы и методы: обследовано 16 больных с отравлением уксусной кислотой(11 пациентов с отравлением средней степени тяжести и 5 пациентов с отравлением тяжелой степени тяжести). Средний возраст 25+1,5. Средняя доза принятой 70%уксусной кислоты 32,5+5,4 мл. В контрольную группу вошли здоровые лица в количестве 15 человек. Количество ДЭЦ определялось по методу Hladovec. При помощи агрегометра «Биола» оценивалась активность фактора Виллебранда, спонтанная агрегация тромбоцитов и агрегация с использованием индуктора агрегацииАДФв концентрации 10 мкг/мл и 2,5 мкг/мл.

Результаты: у больных с отравлением тяжелой степени тяжестиотмечалась выраженная эндотелиальная дисфункция: в 1-е, 5-е и 10-е сутки выделение фактора Виллебранда из эндотелия увеличивалось на 25%, 27% и 28%, соответственно, по сравнению с контрольной группой (p<0,05). Количество ДЭЦ составило: в1-е сутки19 104/мл (что превышает количество ДЭЦ в контрольной группе в 9 раз);в 5-е сутки количество ДЭЦ составило 10 104 /мл; на 10-е сутки количество ДЭЦ составило 2 104/мл. Показатели спонтанной агрегации тромбоцитов не отличались от контрольной группы. При действииАДФ в концентрации 10 мкг/мл в 1-е и 5-е сутки у данной категории пациентов отмечалось достоверное снижение степени агрегации тромбоцитов: максимальное значение среднего размера агрегатов после добавления индуктора составило 3,12 отн.ед.+1,73и3,27 отн.ед.+2,3,соответственно,в контрольной группе данный показатель составил 8,16 отн.ед.+2,04 (p<0,05). При добавлении АДФ в концентрации2,5 мкг/мл в 1-е и 5-е сутки с момента отравлениятакже отмечалось выраженное снижение агрегационной способности тромбоцитов:степень агрегации составила 2,71 отн.ед.+2,0 и 2,81 отн.ед.+1,72, соответственно,в контрольной группе данный показатель составил 6,77 отн. ед.+2,43(p<0,05). При отравлении средней степени тяжести усиление высвобождения фактора Виллебранда не отмечалось. Количество ДЭЦ в 1-е и 5-е сутки увеличивалось в 5 раз. Показатели спонтанной и индуцированной АДФ агрегациидостоверных различий с контрольной группой не имели.

Выводы: у больных с острым отравлением уксусной кислотой выявлена эндотелиальная дисфункция и существенные изменения агрегационной функции тромбоцитов, выраженность которых зависит от степени тяжести отравления.

0756 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СКОРОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Рыбак О.К., Бурлака А.Н., Каткова Л.А., Лазарева Е.В., Раковский М.Е.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Tesis_006_end.indd 319 24.08.2006 22:25:55
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Целью работы было сравнительное изучение изменений во времени скоростных характеристик зубца Т по данным автоматического анализа коротких записей одного отведения ЭКГ у практически здоровых лиц (ПЗЛ) и больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Обследовано 79 ПЗЛ в возрасте от 20 до 60 лет, из которых 44 человека были в возрасте до 35 лет и 35 человек в возрасте от 36 до 60 лет. В группу больных ИБС (54 человека) были включены лица, прошедшие коронароангиографию и имевшие гемодинамически значимый стеноз (≥75%) хотя бы одного сосуда. Всем обследуемым проводилась регистрация пятиминутной записи II отведения ЭКГ. Для изучения скоростных характеристик зубца Т было использовано преобразованное II отведение ЭКГ, согласно выражению: , где Xi,n – значение исходного кардиосигнала, Ai,n – текущие значения преобразованного сигнала. Подобное преобразование сигнала обеспечивает двухвершинную форму зубца Т, где амплитуда Т2 отражает интегральные скоростные характеристики нисходящего колена зубца Т, а Т1 – восходящего колена. Вычислялось отношение Т2/Т1. Вариабельностью скоростных характеристик служила разница между максимальной и Минимальной величиной отношения Т2/Т1 (ВР Т2/Т1).

Определение 95% доверительного интервала ВР Т2/Т1 демонстрировало значительное его колебание раздельно по группам обследованных: 0,66–0,86 у ПЗЛ и 0,79–1,91 у больных ИБС.

Деление ПЗЛ по возрасту на две подгруппы до 35 лет (0,58–0,79, ДИ 95%) и старше 35 лет (0,69–1,14, ДИ 95%) выявило достоверные их отличия по вариабельности скоростных характеристик зубца Т как между собой, так и при сравнении с больными ИБС по данным однофакторного дисперсионного анализа (p=0,021).

Таким образом, оценка скоростных характеристик зубца Т показала, что дисперсия величины отношения Т2/Т1, определяемая во времени (5 Минут), достоверно разнится между группами ПЗЛ и больных ИБС.

В группе ПЗЛ дисперсия величины отношения амплитуды Т2 к амплитуде Т1 (Т2/Т1) достоверно больше у лиц старшей возрастной группы (p<0,05). Изучаемый параметр, наравне с длительностью и дисперсией интервала QT, может служить дополнительным признаком, характеризующим процесс реполяризации миокарда желудочков. Преимуществом изучаемого параметра, по сравнению с дисперсией корригированного интервала QT, является его независимость от степени разброса длительности интервалов RR, отражающей синусовую аритмию, так как корреляция между ВР Т2/Т1 и ВР RR отсутствует.

0757 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ НИБЕНТАНА И АМИОДАРОНА В КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫМЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ

Рыжова Т.В., Шевченко Н.М., Шогенов З.С., Джанашия П.Х., Исаков Ф.В., Жидких Н.С., Халдеев С.П., Темиров А.П.

ГОУ ВПО РГМУ, кафедра общей терапии ФУВ, Москва, Россия

Цельисследования: изучение сравнительной антиаритмической эффективности внутривенного введения амиодарона и нибентана в купировании мерцания предсердий.

Методы исследования: всем больным проводится комплексное клинико-инструментальное обследование, включая регистрацию ЭКГ, прикроватное мониторирование ЭКГ, ЭХО-КГ и определение биохимических показателей крови.

В исследование включены 117 пациентовс пароксизмальной формойфибрилляции предсердий (ФП)продолжительностьюне более 48 ч, из которых 54 составили мужчины, а 63 – женщины. Средний возраст пациентов составил 65,2±10,8 лет. Средняя длительность пароксизма составила 21,8±18,1 часов.

47 пациентамвводился нибентан и 70 больным вводился амиодарон. Препараты вводили внутривенно. Нибентан вводился в дозе0,0625 мг/кг в течении 5 Мин, при отсутствии эффекта через15 Мин вводили вторую дозу 0,125 мг/кг, далее при неэффективности третью дозу 0,0625 мг/кг. Амиодарон вводили в дозе 5 мг/кг с последующей инфузией 1 мг/кг в час в течение 6 ч и далее 0,5 мг/кг в течение 18 ч. Введение препаратов прекращали при восстановлении синусового ритма, при любых электрофизиологических изменениях, которые расценивались как проаритмические. Результаты: в группе нибентана синусовый ритм был восстановлен у 41 пациента (87,2%) , что достоверно выше, чем у 49 (70%) в группе кордарона (p<0,05). Среднее время восстановления ритма в группе нибентана составило 36,6±48,7 Минут, что достоверно меньше чем в группе кордарона –262,2±369,4 Минут(p<0,001).

Побочные эффекты кордарона –брадикардия была зафиксирована у 9 человек (12,9%). Побочными эффектами нибентана были: желудочковая тахикардия- 4 (8,5%), желудочковая экстрасистолия -9 (19,!%), брадикардия 2 (4,3%), онемение языка и появление металлического вкуса во рту -4 (8,5%).

Таким образом, нибентан является более эффективным препаратом для срочного восстановления синусового ритма у больных с фибрилляцией предсердий продолжительность менее 48 ч, чем амиодарон.

0758 САХАРОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ И СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Рыкалина Н.А., Рузов В.И., Брыгина Н.А., Тармонова Л.Ю.

Государственное учреждение здравоохранения Ульяновская областная клиническая больница, Ульяновск, Россия;
Ульяновский Государственный университет, Ульяновск, Россия

Цель: исследовать корреляцию между изменениями доз получаемого инсулина в сутки и средними показателями суточного мониторирования артериального давления (СМАД) у больных артериальной гипертензией (АГ) и сахарным диабетом(СД) 2 типа.

Методы: обследовано 79 больных СД 2 типа иАГ, из числа которых мужчин было 21 человек (27%), женщин – 58 человек (73%). Средний возраст обследуемых составил 54,33±0,53 года. В данной работе применяли СМАДпри помощи осциллометрических систем АВРМ-02 и Cardiotens фирмы «Meditech» (Венгрия). Исходно исследования проводились, без гипотензивных препаратов. Если пациент принимал какие-либо гипотензивные препараты за 7 дней перед обследованием, больному рекомендовали не принимать антигипертензивные средства, в случае необходимости больному разрешался прием короткодействующих препаратов (коринфар). Повторное обследование проводилось через 2 недели, на фоне постоянной гипотензивной терапии. Для коррекции АГ все больные применяли следующие гипотензивные препараты: эналаприл (Hemofarm) 10 мг/сут. и индапамид (Hemofarm) – 2,5 мг/сут. В качестве сахароснижающей терапии использовали генноинженерные инсулины короткого действия (КД) (Актрапид НМ, Хумулин Р) и средней продолжительности действия (Протафан НМ, Хумулин Н). Коррекцию доз инсулина осуществляли по уровню гликемии. Определяя уровень глюкозы, использовали цельную кровь обследуемых больных с применением гюкозооксидазного метода. Средняя доза инсулина КД в начале обследования (45 человек) составила 17,2±0,69 ед/сут., через 2 недели (63 человека) – 16,93±0,59 ед/сут. Средняя доза инсулина средней продолжительности действия в начале обследования (54 человека) составила 29,8±0,64 ед/сут., через 2 недели (66 человек) – 27,5±0,58 ед/сут. При обработке результатов использовалась компьютерная программа Statistica 5,0.

Результаты: в ходе данного исследованияобнаружена средняя положительная корреляциямежду изменением дозы инсулина КД и изменением среднего систолического артериального давления (ср.САД). «Изменение» –абсолютная разность показателя до и после лечения (r=0,29; p=0,05). Кроме того, имеется средняя положительная корреляция между изменением дозыинсулина КД и инсулина средней продолжительности действия

Tesis_006_end.indd 320 24.08.2006 22:25:56
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

с изменением среднего диастолического артериального давления (r=0,27 и соответственног=0,21). Так же выявлена средняя положительная корреляциямежду изменением дозы инсулина средней продолжительности действия и изменениемср.САД (r=0,28). Но данные связи не являются достоверными -p>0,05.

Выводы: проведенное исследование показало связь изменений доз инсулина в ходе леченияи уровня средних показателейСМАД у больных АГ и сахарным диабетом 2 типа. Изучение данных особенностей у больных АГ и СД 2 типазаслуживает внимание и должно учитываться при проведении терапевтических мероприятий при вышеуказанной патологии.

0759 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: ОТ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДО ИСХОДА

Рябиков А.Н., Малютина С.К., Шахматов С.Г., Кузнецова Т.В., Симонова Г.И., Веревкин Е.Г.

НИИ терапии СО РАМН, Новосибирск, Россия

Цель: изучение паттернов гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ), детерминант ее развития и прогностического значения в сибирской городской популяции.

Методы: обследованырепрезентативная популяционная выборка (n=2015, 25-64 лет) и семейная выборка (n=302, 18-63 лет) мужчин и женщин с применением допплер-эхокардиографии (ЭхоКГ), эпидемиологических методов, суточного мониторирования артериального давления (АД) и генотипирования по ряду генов ренин-ангиотензиновой системы. Когорты проспективно наблюдали 13,9 лет (муж.) и 10,0 лет (жен.) и регистрировали инфаркт миокарда (ИМ), мозговой инсульт (МИ), смерть от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и всех причин.

Результаты: в качестве ЭхоКГ-критериев ГЛЖ использовали 90%-отрезную точку распределенияиндекса массы миокарда (ИММ) у условно здоровых лиц. Референсный показатель ГЛЖ в популяции 25-64 лет составил 124 г/м2 для мужчин и 100 г/м2 для женщин. Распространенность ГЛЖ составила 22,8% (19,2% у мужчин и 27,9% у женщин, p<0,001). Вариабельность ИММ на 56% объяснялась вкладом конвенционных факторов (возраст, САД, ЧСС, ИМТ,параметры суточного профиля АД). Установлена семейная агрегация массы ЛЖ как фенотипа: в парах сибсов r=0,33 (p=0,006). Корреляции были значимыми в парах “мать-дети” и не отличались от нуля в парах по отцовской линии. Обнаружены ассоциация II генотипа гена ангиотензин-конвертирующего фермента с увеличением ИММ (p= 0,05) и ассоциация -532T аллеля гена ангиотензиногена с увеличением ИММ за счет толщины стенок ЛЖ (p=0,015). Эти ассоциации были контекст-зависимыми. В когортном анализе у мужчин без предшествующих ССЗ наличие ГЛЖ независимо увеличивало 13-летний относительный риск (RR) смерти от ССЗ в два раза (p=0,007), для ИМ и фатального ИМ RR=2,0 и RR=2,3 (p=0,032; p=0,021), и для смерти от всех причин RR=1,9 (p=0,001). RR кардиоваскулярных событий у женщин с ГЛЖ составил от 1,6 до 4,2, не достигая достоверности в силу небольшого количества конечных точек. В зависимости от геометрических вариантов ГЛЖ, риск ИМ при септальной и концентрической ГЛЖ у мужчин возрастал в 4 раза (p=0,003 и p=0,014); у женщин составил RR=7,8 и RR=3,7 (p=0,030; p=0,048), соответственно. Риск смерти от ССЗ у мужчин при септальной и концентрической ГЛЖ возрастал в 5 раз (p<0,001 для обоих типов), у женщин при септальной ГЛЖ RR=8,5 (p=0,021). Относительный риск смерти от всех причин при этих вариантах ГЛЖ возрастал у мужчин в 2,3 и 3,5 раз (p=0,017 и p<0,001, соответственно).

Выводы: ГЛЖ имеет высокую распространенность в популяции. Выявлена семейная агрегация массы миокарда и преобладание вклада материнских факторов в ее вариабельность. Данные по наследуемости и ассоциации с полиморфизмом ряда генов подтверждают вклад генетической детерминации в вариабельность массы миокарда. По результатам 10-13-летнего когортного наблюдения наличие ГЛЖ ассоциируется с двукратным увеличением риска сердечно-сосудистых событий. Среди геометрических типов ГЛЖ значимым предиктором ССЗ и смерти от всех причин являются концентрический и диспропорционально-септальный варианты гипертрофии.

0760 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

Рямзина И.Н., Плаксин С.А., Карпунина Н.С., Киселевич Я.В., Косяк А.А., Русских О.В., Субботина Л.В.

ГОУВПО “Пермская государственная медицинская академия Росздрава”, Пермь, Россия

Сердечно-сосудистые инциденты и злокачественные новообразования являются лидерами среди всех причин смерти в популяции. С учетом возраста больных, нередким является сочетание у них опухолевого и атеросклеротического процесса. Высок процент людей, требующих оперативного вмешательства по поводу рака. Тем не менее, до настоящего момента отсутствуют четкие рекомендации по предоперационной подготовке и профилактике послеоперационных осложнений у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС).

Изложенное выше определило выбор цели настоящего исследования –изучить структуру и частоту встречаемости кардиальных осложнений у больных, оперированных по поводу рака легкого, наметить пути их профилактики.

Методы исследования. Изучались истории болезней пациентов хирургического торакального отделения ОКБ за 2005 год. Критерием включения в исследование являлся установленный диагноз злокачественного новообразования в легком и объем выполненного оперативного вмешательства –лоб-, билобэктомии и пневмонэктомия с лимфодиссекцией.

Результаты исследования. Проведенный анализ медицинской документации позволил сформировать группу из 32 пациентов, из которых 15 подверглись пневмонэктомии с лимфодиссекцией (1-ая подгруппа) и 17 –различным вариантам резекции легкого (2-ая подгруппа). Средний возраст в первой подгруппе –55,2±7,86 года, во второй –58,8±7,14 года. Ни у одного из обследованных пациентов в анамнезе не было указаний на наличие ИБС или нарушений ритма сердца.

Результаты. В послеоперационном периоде летальных исходов не зафиксировано ни в одной из подгрупп. В первой подгруппе у 14 больных (93,3%) отмечены кардиальные осложнения, у 2 (13,3%) – легочные. Во второй подгруппе, напротив, процент легочных осложнений составил 35,3%, а кардиальных –5,9%. Обращает внимание значимо более высокий процент кардиальных осложнений в первой подгруппе (p=0,002 по Фишеру). Максимальное количество осложнений представлено различными нарушениями ритма сердца (61,1%) и явлениями экссудативного перикардита (26,7%). Значимые отличия касались уровня фибриногена (p=0,002) и времени XIIa-зависимого фибринолиза (p=0,0003).

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует высокий процент послеоперационных кардиоваскулярных осложнений, особенно после расширенной пневмонэктомии. Существенным является факт отсутствия в анамнезе у них каких-либо указаний на патологию сердечно-сосудистой системы. В связи с этим представляется оправданным ее углубленное изучение на предоперационном этапе с оценкой коронарного и миокардиального резервов.

0761 ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Рямзина И.Н., Горовиц Э.С., Авдеев А.В.

Пермская государственная медицинская академия, Пермь, Россия

Цель: изучение влияния вирусной и хламидийной инфекций на течение хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных ИБС.

Tesis_006_end.indd 321 24.08.2006 22:25:56
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Методы: Под наблюдением находилось 78 больных ИБС с ХСН. В первую группу вошли 47 больных (средний возраст 60,99±11,21 лет) с ХСН I-II функционального класса (ФК), во вторую группу 31 больной (средний возраст 69,90±7,64 лет) с ХСН III-IV ФК (NYHA). Всем больным выполнены общеклинические и инструментальные методы исследования (ЭКГ, ЭХОКГ). Инфицирование вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом, Chlamydia pneumoniae определяли с помощью иммуно-ферментного анализа (ИФА), выявляя специфические иммуноглобулины классов M и G. Степень выраженности иммунного ответа к вирусным и хламидийным антигенам в ИФА определяли с помощью показателя оптической плотности (ОП). О степени выраженности воспалительного процесса судили по уровню интерлейкинов: ИЛ-1, ИЛ-6.

Результаты: анализ структурно-геометрического ремоделирования продемонстрировал наличие дилатации левых отделов сердца у больных с ХСН III-IV ФК (NYHA). Размеры левого предсердия и левого желудочка, их объемные показатели превалировали у больных второй группы. Фракция выброса у больных первой группы –57,34±8,55% достоверно больше, чем у пациентов второй группы –46,05±12,81 (p<0,0001), что свидетельствует о выраженном снижении глобальной сократительной способности миокарда у больных с тяжелой ХСН.

Инфицирование вирусом простого герпеса выявлено у 100% больных ХСН. Цитомегаловирусы обнаружены в 97,9% случаев в первой группе и в 96,8% –во второй группе (группа контроля –90%). Инфицированные хламидиями в первой группе обнаружено у 17% больных, во второй –у 19,3% (контрольная группа –13,3%). Степень иммунного ответа на вирус простого герпеса была достоверно выше в группе больных с тяжелой ХСН, показатели ОП составляли 19,69 ± 3,91 в первой группе больных и 22,53±3,36 во второй группе (p<0,001). Повышение уровня интерлейкинов выявлено у 36% больных первой группы: в среднем количество составило ИЛ-1 74,84±26,61 пг/мл, ИЛ-6 20,47±16,91 пг/мл. Во второй группе повышение уровня интерлейкинов отмечено в 74% случаев, в среднем количество ИЛ-1 составило 59,31±34,50 пг/мл, ИЛ-6 39,02±36,26 пг/мл.

Выводы: по данным ИФА инфицирование цитомегаловирусами и хламидиями наблюдается чаще у больных ХСН, по сравнению с группой практически здоровых. Степень выраженности иммунного ответа на вирус простого герпеса ассоциируется с тяжестью ХСН. Прогрессирование ХСН сопряжено с повышением активности воспаления, маркирующимся увеличением количества интерлейкинов ИЛ-1 и ИЛ-6.

0762 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИЛДРОНАТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Рямзина И.Н., Туев А.В., Хабаров А.В., Гришина Л.В.

Пермская государственная медицинская академия, ЗАО «Курорт Усть-Качка», Пермь, Россия

Цель: оценить эффективность применения миокардиального цитопротектора милдроната у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, на санаторном этапе реабилитации.

Методы: обследовано 59 пациентов, перенесших инфаркт миокарда и проходивших санаторный этап реабилитации на курорте «Усть-Качка», средний возраст которых составил 51,1±1,71 год. Пациенты были разделены на 2 группы: основная – 33 больных, группа сравнения – 26 больных.

Пациенты основной группы в дополнение к базисной терапии получали милдронат по следующей схеме: 10 дней в дозе 500 мг/сут. в/м, далее 14 дней в дозе 750 мг/сут. внутрь. Пациенты группы сравнения получали только базисную терапию.

В динамике (при поступлении и выписке) оценивалось клиническое течение заболевания, проводилась ЭхоКГ, исследование гемостаза и липидного спектра крови.

Результаты: у 32 (96,9%) пациентов основной группы отмечена положительная клиническая динамика в виде отсутствия стенокардии и повышения толерантности к нагрузке. По данным ЭхоКГ достоверно улучшилась исходно сниженная ФВ ЛЖ с 48,0±1,13% до 55,6±1,55% (p<0,0002).

Достоверно улучшилось состояние липидного обмена: снизился уровень общего ХС с 4,7±0,16 до 4,0±0,13 ммоль/л (p<0,0012), ЛПНП – с 3,0±0,13 до 2,4±0,11 ммоль/л (p<0,0007), ИА с 3,5±0,18 до 3,0±0,14 (p<0,013). Улучшение состояния гемостаза проявилось в достоверном уменьшении содержания фибриногена с 4,9±0,35 до 3,4±0,18 г/л (p<0,0023).

Следует отметить, что в процессе лечения милдронатом каких-либо побочных эффектов или непереносимости препарата не выявлено.

В группе сравнения положительная клиническая динамика отмечена у 21 (80,8%) пациентов. Так же как и в основной группе, по данным ЭхоКГ отмечено достоверное улучшение исходно сниженной ФВ ЛЖ с 45,3±2,27% до 51,6±2,54% (p<0,0013).

Показатели липидного обмена в группе сравнения оставались в пределах нормы, хотя и выявлено некоторое увеличение уровня общего ХС с 3,9±0,19 до 4,4±0,23 ммоль/л (p<0,002), ЛПНП с 2,3±0,14 до 2,7±0,17 ммоль/л (p<0,003), ИА с 3,0±0,18 до 3,3±0,23 (p<0,025).

Уровень фибриногена в группе контроле не претерпел достоверных изменений: исходно 3,3±0,21 г/л, после реабилитации – 3,4±0,2 г/л (p<0,2).

Выводы: результаты нашего исследования свидетельствуют об эффективности и безопасности использования милдроната в комплексном лечении пациентов, перенесших инфаркт миокарда на санаторном этапе реабилитации.

0763 УРЕЖЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ β- АДРЕНОБЛОКАТОРОВ

Савватеев К.Л.

РГМУ, кафедра кардиологии ФУВ, Москва, Россия

Цель данного исследования заключалась в проверке общепринятой гипотезы, согласно которой отрицательное хронотропное действие рассматривается как основной механизм антиишемической активности –адреноблокаторов.

Работа выполнена у 31 мужчин в возрасте от 36 до 60 лет (46±6 лет) больных стенокардией напряжения III функционального класса, предварительно прошедших 2-х недельный курс адаптации к многократному выполнению проб с физической нагрузкой на велоэргометре (ВЭМ) и чрезпищеводной электростимуляции предсердий (ЧПЭС). Допустимый разброс несистематических колебаний продолжительности выполнения контрольных ВЭМ не превышал ±30 секунд. Исследование проводили с помощью разработанной оригинальной методики, позволившей полностью устранить отрицательный хронотропный эффект при сохранении все остальных последствий блокады –адренорецепторов. Она заключалось в проведении и сопоставлении результатов 2-х пар нагрузочных проб, выполненных у каждого больного: первую пару составили стандартная контрольная нагрузка и нагрузка выполненная через 2 ч после приёма 80 мг пропранолола; вторая пара проб включила в себя контрольную ВЭМ и ВЭМ после приёма 80 мг пропранолола в условиях фиксации при помощи ЧПЭС частоты сердечного ритма. Частота электрической стимуляции сердца для каждого конкретного больного определялась по величине максимальной частоты сердечных сокращений полученной при первой контрольной велоэргометрии.

Во всех 4-х сериях нагрузочных проб были достигнуты практически идентичные критерии прекращения - средние значения депрессии сегмента ST на пороговом уровне нагрузки находились в диапазоне от 2,3±0,1 до 2,4±0,7 мм. Приём 80 мг пропранолола сопровождался приростом пороговой мощности нагрузки как при спонтанной (с 75±4 Wt в контроле до 118±5

Tesis_006_end.indd 322 24.08.2006 22:25:56
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Wt на фоне пропранолола, p<0,001), так и при фиксированной частоте сердечного ритма (с 63±3 Wt в контроле до 97±4 Wt на фоне пропранолола, p<0,001). Достоверных различий в величине прироста пороговой мощности нагрузки между двумя типами нагрузки получено не было. Различия оказались достоверными в приросте продолжительности выполнения указанных нагрузочных проб: Δ t при ВЭМ без фиксации сердечного ритма составила 258±16 сек, а с фиксацией – 202±15 сек, p=0,015, т.е. устранение влияния пропранолола на частоту сердечных сокращений неожиданно привело у уменьшению его антиишемической активности всего лишь на 20%.

Выводы:

1. Урежение частоты сердечного ритма не является основным механизмом антиишемического эффекта – адреноблокаторов.
2. Вклад отрицательного хронотропного действия в антиишемический эффект среднетерапевтической дозы пропранолола у больных стенокардией напряжения составляет в среднем примерно 20%.
3. Селективное урежение частоты сердечных сокращений вряд ли способно оказать выраженное антиишемическое действие у больных стенокардией напряжения.

0765 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕТАКСОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Савельева Е.Г., Минушкина Л.О., Затейщиков Д.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Бетаксолол – высокоселективный β_1-адереноблокатор без внутренней симпатомиметической активности, отличающийся высокой продолжительностью действия. Основным показанием к его применению является артериальная гипертония. Целью исследования было изучить эффективность бетаксолола у больных с артериальной гипертонией 1 и 2 степени тяжести.

Пациенты и методы исследования: в исследование было включено 40 больных (19 мужчин и 21 женщина). 16 больных имели артериальную гипертонию 1 степени тяжести и 24 больных – 2 степени тяжести. Средний возраст больных составил 48,79±1.48 лет, средняя длительность заболевания на момент включения в исследование 5,6±1.15 лет. 75% больных имели избыточную массу тела (ИМТ>25 кг/м2), средний ИМТ составил 29,3±1,03 кг/м2. 19 больных получали гипотензивную терапию до включения в исследование: 10 больных получали ингибиторы АПФ и 9 больных – другие бета-адреноблокаторы. Включению в исследование предшествовал период «отмывки», составлявший не менее 5 периодов полувыведения принимавшихся ранее гипотензивных препаратов. Все больные получали бетаксолол в начальной дозе 10 мг/сут. , при неэффективности (сохранении АД выше 140/90 Мм рт. ст.) через 2 недели доза препарата удваивалась. Общая продолжительность лечения составила 28 дней. При включении в исследование проводилось измерение артериального давления и выполнялся нагрузочный тредмил-тест по протоколу Брюса. Тредмил-тест и измерение АД повторялись на 28 день терапии.

Результаты. Бетаксолол в виде монотерапии был эффективен (т.е. позволил снизить АД ниже 140/90 Мм рт. ст.) у 32 больных. В конце лечения 20 больных продолжали принимать препарат в дозе 10 мг/сут. , 20 больных принимали бетаксолол в дозе 20 мг/сут.

В конце исследования отмечалось достоверное снижение и систолического (САД) и диастолического АД (ДАД). САД снизилось на 14,9±1,82 Мм рт. ст. (p=0,001), ДАД – на 7,73±1,55 Мм рт. ст. (p=0,001). ЧСС покоя снизилась на 20,7±2,09 уд/мин p=0,0001. САД и ДАД, достигнутое на максимуме нагрузки также достоверно снизились на фоне лечения. Максимальное САД снизилось на 25,4± 5,33 (p=0.01), максимальное ДАД также снизилось на 7,14±1,77 (p=0,02). Отмечалось достоверное снижение ЧСС на максимуме нагрузки на 28,42,57 уд/мин (p=0,0001). Длительность нагрузочного теста на фоне лечения возросла на 2,97±0,6 Мин (с 6,10±0,45 Мин до лечения до 9,1±0,55 Минут после лечения) (p=0,007). Длительность периода восстановления на фоне приема бетаксолола сократилась на 2,47±1,01 Мин – 6,82±0,76 Минут до лечения и 4,7±0,52 Минут после лечения, p=0,037.

Таким образом, согласно нашим данным у больных с АГ 1 и 2 степени монотерапия бетаксололом эффективна в отношении снижения АД как в покое, так и в условиях физической нагрузки. Она позволяет повысить толерантность к нагрузке, предотвращая избыточную гипертоническую реакцию АД.

0765-а ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЛИЗИНОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Савельева С.А., Праскурничий Е.А., Шевченко О.П.

Кафедра кардиологии ФУВ ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценка метаболического профиля, антигипертензивного действия, монотерапии ингибитором ангиотензинпревращающего фермента лизиноприлом (Диротон, Гедеон Рихтер) при метаболическом синдроме (МС).

Методы: в исследование было включено 20 пациентов в возрасте от 44 до 69 лет с избыточной массой тела (ИМТ более 25 кг/м2), наличием артериальной гипертонии 1-2 степени, а также уровнем глюкозы в плазме натощак в среднем 6,0±0,9 ммоль/л, после приема 75 г сухой глюкозы – 7,7±2,6 ммоль/л. Пациенты в течение 12 недель получали ингибитор АПФ лизиноприл по 10-40 мг/сутки в виде монотерапии. Всем пациентам проводили суточное мониторирование АД (СМАД), велоэргометрическую (ВЭМ) пробу, оценку вариабельности сердечного ритма (ВСР), глюкозотолерантный тест с определением уровня гликемии и инсулинемии.

Результаты: по данным клинического измерения АД, терапия лизиноприлом характеризовалась положительным антигипертензивным эффектом, доля пациентов, у которых удалось достигнуть снижения АД менее 140/90 Мм рт. ст. составила 84%. Данные СМАД указывают на выраженный антигипертензивный эффект препарата, заключающийся в снижении уровня систолического АД и диастолического АД в течение суток. Также было отмечено достоверное снижение таких показателей, как вариабельность АД, пульсовое АД. В среднем на 50% уменьшились гипертонические нагрузочные показатели: индекс времени и индекс площади САД и ДАД. Данные ВЭМ-пробы свидетельствуют не только о достоверном снижении САД и ДАД в покое, но и об уменьшении гипертензивной реакции на нагрузку. Лизиноприл также оказывает положительное влияние на показатели ВСР в виде увеличения общей мощности спектра, а также таких показателей, как SDNN, rMSSD, pNN50, что косвенно указывает на уменьшение активности симпатической нервной системы и усиления влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы. На фоне приема лизиноприла было выявлено статистически значимое снижение таких критериев инсулинорезистентности, как уровень постпрандиальной гликемии на 11,7% (с 7,7±2,6 до 6,9±2,0 ммоль/л) и инсулинемии на 7,7% (с 77,4±58,4 до 71,7±58,5 мМЕ/мл). Это указывает на уменьшение выраженности инсулинорезистентности и отражает корригирующее влияние данного препарата в отношении основного звена патогенеза МС, а также способствует снижению риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с МС и сахарным диабетом 2 типа.

Выводы: при выборе средств антигипертензивной терапии у лиц с МС необходимо учитывать влияние лекарственных препаратов на обмен глюкозы и чувствительность тканей к инсулину. Важное место в лечении таких больных должны занимать ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента, в част-

Tesis_006_end.indd 323 24.08.2006 22:25:56
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ности лизиноприл (ДИРОТОН, Гедеон Рихтер), обладающие выраженным антигипертензивным эффектом, увеличивающие толерантность к физической нагрузке, оказывающие положительное влияние на показатели вегетативной регуляции ритма сердца и снижающие уровень гликемии и инсулинемии.

0766 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТЬАТОЧНОСТЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ

Савенкова Г.М., Попов С.В., Антонченко И.В., Плеханов И.Г., Соколов А.А., Минин С.М.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН. Томск, Россия

Цель: оценить динамику сердечной недостаточности у пациентов (пац.) с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) и полной блокадой левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ).

Материал и методы. Имплантировано 22 устройства для проведения кардиоресенхронизирующей терапии (КРТ) 4 пац. женского пола и 18 - мужского с ДКМП, ПБЛНПГ, в возрасте 53,2±8,2 лет. Анамнез ДКМП и сердечной недостаточности составили 8,3±2,1 года. У пац. с синусовым ритмом сердечная недостаточность (по NYHA) II функционального класса (ФК) была отмечена у одного пац., IY ФК - у 2 пац., остальные были в III ФК. Ширина комплекса QRS превышала 140 мс. Значительное увеличение конечно-диастолического объема (КДО) левого желудочка (ЛЖ) наблюдалось у всех пац.: на синусовом ритме - 386,3±32,4 мл, у пац. с хронической фибрилляцией предсердий (ФП) - - 421,4±38,6 мл. Фракция выброса (ФВ) ЛЖ была снижена и не превышала 29%. Время легочной циркуляции крови, которое определяли с помощью 99m Tc-эритроцитов (радиокардиопульмонография), превышало нормальные значения у всех пац. (16,3±3,7 сек.). После имплантации бивентрикулярных электрокардиостимуляторов (пац. с ФП была сформирована полная атриовентрикулярная блокада) пац. наблюдались, контрольные точки наблюдения: 1 неделя, 3-6-12-18 месяцев. Оптимальные атриовентрикулярные и межжелудочковые задержки подбирали индивидуально под контролем ЭхоКГ, добиваясь наименьшего асинхронизма желудочков и максимального выброса крови в аорту. Также оценивали дистанцию ходьбы в 6-минутном тесте.

Результаты. У всех пац. произошло уменьшение КДО ЛЖ в среднем на 36±12,5 мл. ФВ ЛЖ увеличилась в среднем на 11,6% и составила 32,1±3,7%. Время легочной циркуляции крови уменьшилось в среднем на 6,3 сек. Дистанция ходьбы за 6 Минут увеличилось на 47±5,2 м. Отмечена положительная динамика ФК сердечной недостаточности: в I ФК перешли 5 пац., во II - 15 пац., 2 пац. из IY ФК перешли в III ФК.

Выводы: таким образом, ресинхронизирующая терапия у пац. с ДКМП и ПБЛНПГ приводит к улучшению гемодинамических показателей и уменьшению ФК сердечной недостаточности.

0767 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОВТОРНЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ

Савина Н.М., Гладких А.С., Макуха С.П., Бугримова М.А., Куприянова О.Г., Сидоренко Б.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности клинического течения ХСН при повторных госпитализациях больных с ХСН в кардиологические и терапевтические отделения Центральной клинической больницы в течение 1 года.

Методы: проводился ретроспективный клинико-статистический анализ 896 историй болезни. Выделены две основные группы – больные, однократно госпитализированные в течение года (n=470) и больные с повторными (2-6) госпитализациями (n=426).

Результаты: повторные госпитализации имели 47,5% больных. Группы больных достоверно различались по возрасту (73,8 лет по сравнению с 75,0 лет), пациенты с повторными госпитализациями были старше. Мужчины составляли большинство в обеих группах (54,3% и 53,1% соответственно). При поступлении признаки острой левожелудочковой недостаточности имели 8,9% больных в группе повторно госпитализированных (5,1% больных в группе сравнения, p=0,03). В группе больных с повторными госпитализациями 59,2% имели постинфарктный кардиосклероз (p=0,0001), 28,4% - постоянную форму мерцательной аритмии (p=0,03), 22,7% - нарушения проводимости (p=0,02), 21,1% - хроническую почечную недостаточность (p=0,0001), 44,8% - обструктивные заболевания легких (p=0,002). Больные с повторными госпитализациями чаще имели инсульты в анамнезе (14,3% против 9,6%, p=0,03).

При поступлении у повторно госпитализированных больных с ХСН достоверно чаще отмечалась одышка в покое (38,3%, p=0,003), выявлялись застойные хрипы в легких (48,6%, p=0,02), асцит (4,0%, p=0,02). Повторно госпитализированные больные имели более низкие уровни систолического (136,8±1,18 Мм рт. ст. против 143,3+1,14, p=0,0001) и диастолического (80,5±0,7 Мм рт. ст. против 83,7+0,6, p=0,0001) артериального давления. Показатели ЧСС достоверно не различались в обеих группах больных.

Оценка функционального статуса больных по NYHA показала, что ХСН IV ФК имели 39,0% больных с повторными госпитализациями (p=0,002). Величина фракции выброса левого желудочка составила 52,8% в группе с однократной госпитализацией, 46,5% - в группе больных с повторными госпитализациями (p=0,001). Выявлены значительные различия показателей госпитальной смертности: 8,9% в группе с повторными госпитализациями, 2,1% в группе сравнения (p =0,0001).

Выводы: больные с повторными госпитализациями имеют более тяжелое течение ХСН, преобладание значимых сопутствующих заболеваний, высокий риск развития острых клинических ситуаций и плохой прогноз.

0768 КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Савина Н.М., Байдина О.И., Гладких А.С., Макуха С.П., Бугримова М.А., Куприянова О.Г., Сидоренко Б.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ, Москва, Россия

Цель: изучить особенности клинического течения ХСН у женщин различных возрастных групп.

Методы: проводился ретроспективный клинико-статистический анализ 459 историй болезни больных с ХСН, госпитализированных в кардиологические и терапевтические отделения Центральной клинической больницы в течение 1 года. Для статистического анализа использовалась программа SPSS, версия 10,0.

Результаты: в исследование были включены 459 больных с ХСН, среди них 58,6% мужчин и 41,4% женщин. Средний возраст больных составил 74,5+0,4 года (от 39 до 95 лет). Средний возраст женщин и мужчин существенно не отличался. Наибольшее число больных с ХСН относились к старшим возрастным группам. В возрастных группах больных до 60 лет и 70-74 лет достоверно меньше было женщин (24% и 36% соответственно).

При анализе причин развития ХСН установлено, что постинфарктный кардиосклероз и хроническая аневризма левого желудочка достоверно реже отмечены у женщин, так же как сочетание ГБ и ИБС. Во всех возрастных группах женщины достоверно реже перенесли инфаркт миокарда. Женщинам реже

Tesis_006_end.indd 324 24.08.2006 22:25:57
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

проводилось хирургическое лечение ИБС. В группе 60-69 лет заболеваемость артериальной гипертонией у женщин была достоверно выше, чем у мужчин.

При поступлении в стационар анализ клинических проявлений показал, что у женщин достоверно реже отмечались кашель и гепатомегалия, достоверно чаще – периферические отеки. Средние значения САД и ДАД исходно и после терапии у женщин были достоверно выше, чем у мужчин. При поступлении в возрастных группах до 60 лет, 60-69 лет, 70-74 и 75-79 лет женщины имели достоверно более высокие показатели САД и ДАД.

При оценке функционального статуса больных по NYHA достоверных различий по полу выявлено не было. При анализе различий в возрастных группах было обнаружено, что ХСН II и III ФК достоверно реже имели женщины 70-74 лет; ХСН IV ФК достоверно реже установлена у женщин 75-79 лет

Оценка сократительной функции миокарда показала, что женщины достоверно реже имели признаки систолической дисфункции миокарда (13,6% по сравнению с 32,3%). Средние значения фракции выброса левого желудочка у женщин были достоверно выше по сравнению с ФВ у мужчин (57,2+1,3% и 50,4+1,4% соответственно). Во всех возрастных группах преобладали больные с сохраненной ФВ; среди больных со сниженной ФВ ЛЖ в возрастной группе 60-69 лет достоверно меньше было женщин.

Выводы: у женщин ИБС достоверно реже являлась причиной ХСН. Наибольший вклад в развитие ХСН у женщин вносит артериальная гипертония. При госпитализации во всех возрастных группах женщины достоверно чаще имели повышенное артериальное давление. Женщины достоверно чаще имели сохраненную систолическую функцию миокарда. Течение ХСН у женщин старших возрастных групп по тяжести уступало клинической выраженности ХСН у мужчин.

0769 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ КУРСОВ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХСН II–IV ФК

Сазанова И Ю., Ефремушкин Г.Г.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Целью исследования являлось изучение влияния физических тренировок (ФТ) различной продолжительности на морфофункциональные показатели левого желудочка больных с ХСН II–IV ФК в процессе поликлинического лечения.

Обследовано 157 больных с ХСН II–IV ФК, средний возраст 68±2,9 лет. ХСН II ФК была у 38,9%, III ФК – у 35,0%, IV ФК – 26,1% больных. Причиной ХСН были ИБС, АГ и их сочетание. Методом рандомизации пациенты были разделены на две группы: 1-я основная - 107 больных, которым помимо стандартной медикаментозной терапии проводились ФТ в течение 3-х (подгруппа А), 6-ти (подгруппа В) и 12-ти (подгруппа С) месяцев в условиях поликлиники, 2-я сравнения - 50 больных, получавших только медикаментозную терапию. ФТ включали в себя велотренировки по свободному выбору нагрузки и комплекс ЛФК. Всем больным была проведена ЭхоКГ в начале исследования, через 3, 6 и 12 месяцев.

В начале поликлинического наблюдения у пациентов с ХСН II ФК определялось небольшое, у больных III-IV ФК - значительное увеличение индексов конечного диастолического объема (ИКДО), конечного систолического объема (ИКСО), массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), показателя миокардиального стресса ЛЖ (МСЛЖ).

У больных всех ФК контрольной группы уже с 3-го месяца морфофункциональные показатели ЛЖ ухудшались ($p<0,05$) в сравнении с параметрами ЭхоКГ пациентов основной группы. У пациентов подгруппы А к концу 3-го месяца ФТ отмечалась положительная динамика объемных и функциональных характеристик сердца, которая сохранялась в течение последующих 3-х месяцев. Однако к концу года показатели ЭхоКГ у больных всех ФК этой подгруппы не отличались от значений пациентов группы сравнения. У больных II-III ФК подгрупп В и С статистически значимые изменения ЭхоКГ показателей произошли к 6-му месяцу ФТ. В подгруппе В в динамике они сохранялись на этом уровне до конца года. У пациентов II и III ФК ХСН подгруппы С к концу года ИКДО уменьшился в сравнении с исходными показателями на 8,36% ($p<0,05$) и 8,25% ($p<0,05$), ИКСО - на 19,2% ($p<0,05$) и 21,63% ($p<0,05$), ИММЛЖ - на 3,86% ($p<0,05$) и 6,16% ($p<0,05$) соответственно. Эти результаты были лучше ($p<0,05$) в сравнении с таковыми подгруппы В к концу наблюдения. У пациентов IV ФК подгрупп В и С ФТ замедлили процессы ремоделирования ЛЖ на полгода, но в подгруппе В к 12-му месяцу оцениваемые показатели уже не отличались от параметров ЭхоКГ группы сравнения. В подгруппе С к концу наблюдения показатели ИКСО и МСЛЖ оставались неизменными в сравнении со значениями 6-го месяца, а ИКДО и ИММЛЖ увеличились на 7,11% ($p<0,05$) и 7,38% ($p<0,05$) соответственно. В то же время, в подгруппе С к 12-му месяцу все значения ЭхоКГ были лучше ($p<0,05$) показателей контрольной группы.

Таким образом, длительный курс физической реабилитации приводит к более значимому улучшению морфофункциональных показателей левого желудочка, в сравнении с 3-х и 6-ти месячными тренировками.

0770 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Сайгитов Р.Т.

ФГУ «РНИИ геронтологии Росздрава», Москва, Россия

Цель исследования: повышение эффективности прогнозирования госпитальных исходов при остром коронарном синдроме (ОКС). Материал и методы исследования: в сплошное годичное исследование случаев ОКС включались больные с предположительным инфарктом миокарда или нестабильной стенокардией (л^1667 человек). При поступлении в стационар учитывались клинико-демографические характеристики текущего заболевания, клеточный и биохимический состав периферической крови, изменения конечной части желудочкового комплекса на ЭКГ. Влияние переменной на вероятность клинического события определялась методом бинарной логистической регрессии. Результаты исследования: выделено 11 независимых предикторов летального исхода: возраст, признаки острой сердечной недостаточности (Killip >2 класса), уровень САД, ЧСС, мочевины и глюкозы периферической крови, диагностическое (>348/24 ЕД/л) повышение КФК/КФК-МВ, подъем сегмента ST в отведениях (I, aVL), (V4-6), (II, III, aVF), а также депрессия данного сегмента любой локализации. Определение с помощью указанных признаков вероятности летального события позволило сформировать 4 группы риска: низкий (ожидаемая летальность <1%), умеренно высокий (1-5%), высокий (6-30%) и очень высокий (>30%). При этом, более 70% больных с благоприятным исходом ОКС имели на момент поступления Минимальный риск летального события, тогда как около 65% больных с летальным исходом - очень высокий. Определение группы риска указывало и на возможные сроки наступления летального события Так, около 80% случаев смерти в первые сутки наблюдения регистрировались у больных с очень высоким риском. Эффективность предлагаемой модели, реализованная в рамках карты для расчета индивидуального риска1 превышала таковую, зафиксированную при использовании модели GRACE (специфичность +32,3%, чувствительность +48,5%).

Таким образом, нами предлагается усовершенствованная технология прогнозирования исходов острого коронарного синдрома для использования врачами отделений кардиореанимации и интенсивной терапии.

Tesis_006_end.indd 325 24.08.2006 22:25:57
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0771 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Сайкина А.С.

ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия

Цель: изучение распространенности факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний среди лиц молодого возраста.

Методы: обследовано 71 студент, 16 мужчин и 55 женщин, средний возраст 20,4±2,6 лет (от 17 до 27 лет). Определялись антропометрические показатели, АД, ЧСС, проводилась ортостатическая проба, ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, оценивался вегетативный статус, изучались особенности пищевого поведения и распространенность тревожно-депрессивных нарушений анкетным методом.

Результаты: у 98±1,67% обследуемых выявлены ФР сердечно-сосудистых заболеваний. Распространённость ФР, которые традиционно имеют высокий удельный вес у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями среди лиц молодого возраста невелика: избыточная масса тела в 8,3±3,29% случаев, нарушения липидного обмена - 12,4±4,44%. Курит 16,6±4,44% опрошенных. Достаточно широко распространена отягощенная наследственность - в 25±5,17% случаев. Артериальная гипертония выявлена у 18,1±4,6% обследуемых. Тревожно-депрессивные нарушения выявлены в 43,05±5,91% случаев, причем в 15,2±4,29% случаев они клинически выражены. ЧСС, являющаяся независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, превышает 80уд/мин в покое у 61,3±5,82% обследуемых. У 61,1±5,82% выявлена симпатикотония. В этой группе лиц чаще выявлялись тревожно-депрессивные нарушения и дислипидемии ($p<0,05$).

Анализ анкетных данных показал, что питание студентов не соответствует нормам рационального питания ни по количественным, ни по качественным характеристикам. Питание нерегулярно. В рационе питания преобладают продукты, содержащие большое количество легкоусвояемых углеводов, лишь 1,38±1,39% придерживаются растительной диеты. Только 30,5±5,5% опрошенных включает в свой рацион напитки, положительно влияющие на здоровье (кисломолочные продукты, натуральные соки), большая часть предпочитает употребление крепкого чая и кофе.

Выводы: среди лиц молодого возраста наиболее распространены такие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, как: отягощенная наследственность (25±5,17%), артериальная гипертония (18,1±4,6%), депрессия (43,05±5,91%), высокая ЧСС (61,3±5,82%). У каждого второго преобладает тонус симпатической нервной системы, среди этой группы студентов чаще встречаются тревожно-депрессивные нарушения и дислипидемии. Питание студентов нерациональное, несбалансированное, нерегулярное, у большинства студентов имеются нарушения пищевого поведения.

0772 НАРУШЕНИЕ ПРОВОДИМОСТИ И РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ СПИРТАМИ

Сакович Т.В., Молчанов А.В., Тютиков В.В., Молостова О.Ю., Березенко Е.А.

Алтайский Государственный Медицинский Университет, Барнаул, Россия

Целью исследования было установление зависимости между употреблением истинных суррогатов алкоголя и частотой возникновения нарушений проводимости и ритма сердца.

Обследованы 48 пациентов мужского пола, с выявленными эпизодами употребления истинных суррогатов алкоголя, средний возраст которых составил 46,0±5,4 года.

Контрольную группу составили 47 пациентов мужского пола (средний возраст 40,0±7,2 лет), у которых в анамнезе не отмечалось употребление суррогатов алкоголя.

Суррогатами алкоголя являются неполноценные заменители этанола, которые используются как алкогольные напитки. К истинным суррогатам алкоголя относят гидролизный (этанол, полученный из древесины путем гидролиза) и технический (денатурат) спирты, одеколоны, самогон, политура, клей БФ, морилка.

У всех больных были четкие клинические признаки сформировавшейся алкогольной болезни: длительное систематическое пьянство (в среднем 14,2±6,0 лет), наличие абстинентного синдрома, высокая толерантность к алкоголю, влечение к спиртному. Всем больным проводилась запись ЭКГ при поступлении в стационар.

У пациентов основной группы были зафиксированы нарушения проводимости (полные или неполные блокады ножек пучка Гиса) в 58,3% случаев (28 человек), причем, блокады правой ножки пучка Гиса встречались чаще (45,8%), чем левой (12,5%).

В то время, как в контрольной группе вышеназванные изменения регистрировались только в 12,7% случаев (6 человек). Блокады левой и правой ножек пучка Гиса – по 50%.

Мерцание предсердий зафиксировано в 4,2% (2 случая) в основной группе и в 4,3% (2 случая) - в группе сравнения.

Синусовая тахикардия отмечалась в основной группе – в 29,2% (14 человек) и в 14,8% (7 человек) - в группе сравнения.

Синусовая брадикардия регистрировалась в 4,2% (2 случая) в основной группе и в 4,3% (2 случая) - в группе сравнения.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. У пациентов с наличием эпизодов употребления суррогатов алкоголя чаще регистрируются нарушения проводимости сердца (БНПГ), причем чаще встречаются блокады правой ножки пучка Гиса.
2. У пациентов, употреблявших суррогаты алкоголя, чаще регистрируется синусовая тахикардия
3. Комплексная оценка этих данных позволит выявить наличие токсического действия истинных суррогатов алкоголя на сердечную мышцу.

0773 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ЖИРНЫХ КИСЛОТ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Салахова Л.Р., Галявич А.С.

Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: изучить изменения содержания жирных кислот в капиллярной крови и их корреляцию с показателями липидного профиля у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с атеросклерозом сонных артерий.

Методы: в исследовании участвовали 16 пациентов (11 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 54 до 69 лет. Для установления норм определяемых показателей обследовали 7 человек без признаков атеросклероза сонных артерий и клинических проявлений ИБС с уровнем холестерина менее 5,2 ммоль/л (пороговый уровень). Обследуемым было проведено УЗИ сонных артерий на аппарате Hewlett Packard SONOS 2500. Признаком атеросклероза сонных артерий считалось утолщение комплекса интима-медиа сонных артерий более 0,85 мм и/или наличие атеросклеротических бляшек. Исследован липидный спектр крови, включающий общий холестерин, липопротеиды высокой плотности (ЛПВП), липопротеиды низкой плотности (ЛПНП), триглицериды (ТГ). Концентрацию жирных кислот - насыщенных (НЖК) и ненасыщенных (ННЖК) (мононенасыщенных (МНЖК) и полиненасыщенных омега-3 и омега-6 (ПНЖК)) - в капиллярной крови определяли методом газовой хроматографии. Для выявления более четких изменений в отно-

Tesis_006_end.indd 326 24.08.2006 22:25:57
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сительном составе жирных кислот в крови были использованы следующие отношения: К1 (НЖК/ННЖК), К2 (НЖК/ПНЖК), К3 ((НЖК+МНЖК)/ПНЖК) и К4 (омега-6 ПНЖК/омега-3 ПНЖК).

Результаты: всего было идентифицировано 8 жирных кислот: пальмитиновая и стеариновая (НЖК); олеиновая (МНЖК), линолевая и арахидоновая (омега-6 ПНЖК); эйкозопентаеновая, докозагексаеновая и альфа-линоленовая (омега-3 ПНЖК). У больных ИБС с атеросклерозом сонных артерий по сравнению с группой контроля статистически достоверно увеличена фракция насыщенных жирных кислот (41,6+3,3% и 27,3+1,4% соответственно, $p<0,05$), а так же понижено содержание ненасыщенных жирных кислот (58,4+3,3% против 72,7+1,4%, $p<0,05$). Была установлена корреляция между содержанием некоторых из вышеперечисленных жирных кислот с компонентами липидного профиля: НЖК, ННЖК, К1 и К2 с ЛПВП ($r=0,59$, $p<0,01$, $r=-0,58$, $p<0,01$, $r=0,61$, $p<0,01$ и $r=0,6$, $p<0,01$ соответственно) и ТГ ($r=-0,64$, $p<0,001$, $r=0,63$, $p<0,01$, $r=-0,67$, $p<0,001$ и $r=-0,55$, $p<0,01$ соответственно), пальмитиновая, арахидоновая кислоты и К3 с ЛПВП ($r=0,5$, $p<0,05$, $r=-0,6$, $p<0,01$ и $r=0,49$, $p<0,05$), олеиновая и докозогексаеновая кислоты с ЛПНП ($r=0,51$, $p<0,05$ и $r=0,54$, $p<0,01$), стеариновая с ТГ ($r=-0,5$, $p<0,05$), арахидоновая кислота с уровнем общего холестерина ($r=-0,56$, $p<0,01$).

Выводы: у больных ИБС с атеросклерозом сонных артерий увеличена фракция насыщенных и снижена относительная концентрация ненасыщенных жирных кислот. Коэффициенты, характеризующие соотношение жирных кислот, несут дополнительную информацию об изменениях в их профиле. Имеется корреляция между содержанием некоторых жирных кислот с показателями липидного профиля.

0774 ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

Сальцева М.Т., Аминева Н.В., Уланова М.А., Харитонова Е.С.
ГОУ ВПО «НижГМА Росздрава», Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить частоту развития ишемического инсульта (ИИ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с фибрилляцией предсердий (ФП) и определить наиболее значимые факторы риска его возникновения.

Методы: обследовано 111 больных ИБС с ФП (62 мужчины и 49 женщин), средний возраст – 61,5года. Персистирующая форма ФП наблюдалась у 49 человек, постоянная – у 62. Давность ФП составляла от 4 мес. до 10 лет. Основными проявлениями ИБС, кроме ФП, у 95 пациентов была стабильная стенокардия II и III ФК. У 65 больных ИБС сочеталась с артериальной гипертонией (АГ) 1-2 степени. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) развилось у 41 больного (средний возраст 64,5 года), в том числе у 31 пациента с постоянной формой ФП и у 10 – с персистирующей ФП. Обследование больных включало проведение эходопплерокардиографии (ЭхоДПКГ), ЭКГ-мониторирование, исследование гормонов щитовидной железы, липидного профиля, системы гемостаза.

Результаты: у всех больных с ФП, осложненной ОНМК, был диагностирован ИИ с локализацией в 87,5% случаев в бассейне средней мозговой артерии. Ишемический инсульт с одинаковой частотой встречался у мужчин и женщин, однако в возрасте до 60 лет он возникал приблизительно на шесть лет раньше у мужчин, чем у женщин. Чаще всего ОНМК развивалось у больных с неадекватной, в силу разных причин, гипотензивной терапией – в 72,1% наблюдений, при декомпенсации сахарного диабета – у 12,9% пациентов, злоупотреблении алкоголем - у 15% больных. Только 9% пациентов лечились варфарином, 71% – аспирином, а 20% обследованных не принимали противотромботических средств. Изменения в липидном профиле и показателях гемостазиограммы в группе больных с инсультом практически не отличались от таковых в группе больных с фибрилляцией предсердий без ОНМК. У всех больных с ФП имела место тромбофилия. Нарушения в липидном обмене выявлены у 20% пациентов. По данным ЭхоДПКГ у больных с постоянной ФП, осложнённой ишемическим инсультом, дилатация полостей сердца, в том числе левого предсердия, систолическая дисфункция определялись у 27 больных. У четырёх пациентов размеры сердца были не изменены. При персистирующей ФП предсердий, осложнённой ОНМК, нормальные границы сердца и полостей выявлены у 7 больных, а у трёх пациентов отмечено незначительное увеличение левого предсердия.

Выводы: 1. Наиболее значимыми факторами риска ишемического инсульта у больных ИБС с фибрилляцией предсердий являются неконтролируемая АГ, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, тромбофилия и отсутствие адекватной противотромботической терапии.

2. ОНМК чаще возникает при постоянной форме фибрилляции предсердий, сопровождающейся кардиомегалией и систолической дисфункцией.

3. Фибрилляция предсердий может осложняться развитием ОНМК и при нормальных размерах полостей сердца, особенно при персистирующей форме.

0775 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ И РОЗУВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Самойленко Е.Ю., Сергиенко И.В., Ежов М.В., Творогова М.Г., Наумов В.Г.
ФГУ "РКНПК Росздрава", ФГУ "ГНИЦ ПМ Росздрава", Москва, Россия

Цель исследования: оценить влияние терапии аторвастатином и розувастатином на показатели липидного спектра и С-реактивный белок (СРБ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы: в исследование включено 60 больных ИБС, стенокардией напряжения I-III функционального класса, средний возраст 56±8 лет, из которых 30 человек получали аторвастатин 10 мг/сут. , а 30 человек – розувастатин 10 мг/сут. в течение 3 месяцев. У всех больных уровень общего холестерина крови (ОХС) был более 5,2 ммоль/л. Исходно и через три месяца приема препаратов проводили опрос, физикальное обследование, регистрировали ЭКГ, определяли уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХСЛВП), аспартатаминотрансаминазы (АСТ), аланинаминотрансаминазы (АЛТ), креатинкиназы (КК), глюкозы, общего билирубина, креатинина. Содержание холестерина липопротеидов низкой плотности (ХС ЛНП) вычислялось по формуле Фридвальда (1972): ХС ЛНП = ОХС - ХС ЛВП – ХС ЛОНП (ТГ/2,2) (ммоль/л). В сыворотке крови проводили определение уровня высокочувствительного СРБ.

Результаты: отмечено положительное влияние трехмесячной терапии аторвастатином и розувастатином на липидный спектр крови: снижение концентрации ОХС на 25% (исходно 7,1±0,97, после терапии 5,33±0,83; p≥0,0001) и 31% (исходно 6,52±0,92, после терапии 4,47±0,96; $p<0,0001$) соответственно, ТГ – на 22% (исходно 2,18±0,65, после терапии 1,7±0,68; $p<0,01$) и 39% (исходно 2,73±1,56, после терапии 1,67±0,71; $p<0,001$) соответственно, ХС ЛНП – на 34% (исходно 4,84±0,82, после терапии 3,22±0,83; $p<0,001$) и 44% (исходно 4,11±0,85, после терапии 2,40±0,90; $p<0,0001$) и повышение ХС ЛВП на 8% (исходно 1,16±0,3, после терапии 1,25±0,23; $p<0,05$) и 6% (исходно 1,15±0,27, после терапии 1,22±0,34; p=0,08) соответственно. Целевого уровня ХС ЛНП (менее 2,6 ммоль/л) достигли 77% при терапии розувастатином и 35% при терапии аторвас-

Tesis_006_end.indd 327 24.08.2006 22:25:58
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

татином. Концентрация СРБ снижалась на 56% (p<0,001)после терапии розувастатином и на 22% (p=0,15) после терапии аторвастатином.

Значимого изменения в крови уровня АЛТ, АСТ, КФК, билирубина, глюкозы не выявлено.

Выводы: таким образом розувастатин в дозе 10 мг/сут. в сравнении с аторвастатином в дозе 10 мг/сут. оказывает более выраженное влияние на показатели липидного спектра и концентрацию СРБ у больных ИБС.

0776 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ЛИПЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ

Самойленко Е.Ю., Ежов М.В., Сергиенко И.В., Творогова М.Г., Наумов В.Г.

ФГУ "РКНПК Росздрава", ФГУ "ГНИЦ ПМ Росздрава", Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние терапии аторвастатином на показатели постпрандиальной липемии у больных ИБС с гиперлипидемией.

Методы: в исследование включено 30 больных ИБС, стенокардией напряжения I-III функционального класса в возрасте от 30 до 60 лет, средний возраст 56±7 лет. Уровень общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ) и холестерина липопротеидов высокой плотности (ХС ЛВП) определяли исходно, через 3 и 6 часов после жировой нагрузки до и после 3х-месячного курса терапии аторвастатином 10 мг/сут.

Результаты: После трехмесячной терапии аторвастатином отмечено снижение концентрации общего ХС на 25% (исходно 7,1±0,97; после терапии 5,3±0,84; p≥0,05), ТГ – на 25% (исходно 2,4±1,09; после терапии 1,8±0,75; p≥0,001), концентрация ХС ЛВП возросла на 9% (исходно 1,15±0,30; после терапии 1,25±0,23; p=0,3). Постпрандиальная липемия до лечения характеризовалась отсутствием изменений концентрации ОХС (7,2 ммоль/л в среднем); увеличением ТГ (с 2,2 ммоль/л до 4,4 ммоль/л (100%) через 3ч и до 5,7 ммоль/л (148%) через 6ч), снижением ХС ЛВП (с 1,15 ммоль/л до 1,14 ммоль/л и 1,11 ммоль/л через 3 и 6ч соответственно). После жировой нагрузки на фоне трехмесячной терапии аторвастатином концентрация ОХС не менялась (5,4 ммоль/л в среднем); концентрация ХС ЛВП снижалась (с 1,25 ммоль/л до 1,2 ммоль/л через 3 ч и 1,14 ммоль/л через 6 ч). Триглицеридемия исходно снижалась на 17% (p≥0,05), а при жировой нагрузке на 19% (p≥0,05) через 3 часа и на 14% (p≥0,05) через 6 часов соответственно в сравнении с показателями до терапии.

Выводы: аторвастатин в дозе 10 мг, наряду с положительным влиянием на липидный спектр крови оказывает эффект на липид-транспортную систему, что выражается в достоверном снижении триглицеридемии на фоне постпрандиальной липемии.

0777 СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1, ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА И ФИБРИНОГЕНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ

Самохин А.Г., Морозова А.А.

ГОУ ВПО «НГМУ Росздрава», Новосибирск, Россия

Актуальность и цель исследования: На фоне климактерического периода у женщин развивается дисфункция эндотелия и происходит снижение антитромбогенной активности стенки сосудов, что является одной из причин возникновения тромбоза. Во многом это связано с активацией тромбоцитарно-сосудистого и коагуляционного гемостаза. Одними из регуляторов системы свертывания крови являются цитокины. Интерлейкин-1β (ИЛ-1β) вызывает появление тканевого фактора на эндотелиальных клетках, а также на лейкоцитах и моноцитах. Все это приводит к массивной активации внешнего пути свертывания. В связи с этим интересным представляется изучение соотношения уровня ИЛ-1β с уровнями фактора Виллебранда (ФВ), как маркера эндотелиальной дисфункции, и фибриногена как маркера повышенного тромбообразования, на фоне эндотелиальной дисфункции при артериальной гипертензии (АГ) у женщин в период менопаузы.

Материал и методы исследования: Объектом исследования являлись женщины в менопаузе с давностью последней менструации около одного года. Они были разделены на три группы в зависимости от степени тяжести АГ и уровня фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Количество обследованных больных АГ составило 82 человека. Контрольная группа состояла из пятнадцати женщин репродуктивного возраста (средний возраст 28,5 лет). Определение уровня фибриногена выполнялось по хронометрическому методу (Clauss, 1957). Уровень ФВ определялся методом ELISA. Уровень ИЛ-1β определялся иммуноферментным методом. Диагностика АГ проводилась в соответствии с рекомендациями ВОЗ-МОАГ от 1999 г., а наличие менопаузы устанавливалось по уровню ФСГ свыше 31,0 мМЕ/мл, что является достоверным критерием ее наступления.

Результаты исследования: Уровень ФВ в сыворотке крови у контрольной группы составлял 101,7±6,9%, уровень ИЛ-1β в этой группе составил 44,6±8,31 пкг/мл, уровень фибриногена был равен 3,2±0,7 г/л. Уровень концентрации ИЛ-1β у больных АГ с I-й ст. тяжести был на 39,3% выше контрольного значения, со II-й ст. тяжести - на 115,5% (P<0,05), а у больных с III-й ст. тяжести – на 60,6% (P<0,05) выше контрольных значений. Уровень концентрации фибриногена у больных АГ с I-й ст. тяжести был на 9,4% выше контрольного значения, полученного в контрольной группе, со II-й ст. тяжести - на 18,8% (P<0,05), а у больных с III-й ст. тяжести – на 28,1% (P<0,05). Уровень ФВ у больных АГ I-й ст. тяжести превышал максимальные для контрольной группы значения на 21,1%, со II-й ст. тяжести - на 27,7% (P<0,05 по сравнению с контрольной группой), а у больных с III-й ст. тяжести он был на 36% (P<0,05) выше контрольных значений.

Выводы: в период менопаузы происходит увеличение секреции ФВ, концентрация которого повышается как в плазме крови, так и в параваскулярном пространстве. Кроме того, увеличивается и тромбоцитарный пул ФВ. Наличие всех этих компонентов в патогенезе АГ ведет к выбросу ФВ в значительных концентрациях и повышению свертываемости крови, что вызывает активацию нейтрофилов. Это индуцирует продукцию ими ИЛ-1β, который вызывает изменение реологических свойств крови и способствует увеличению ее коагуляционного потенциала, на что указывает наличие повышенного содержания фибриногена в сыворотке крови обследованных женщин.

0778 СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Сандугей А.В., Хрусталев О.А., Розанов Д.В., Лавлинский С.Н.

ЯГМА, Ярославль, Россия

Цель: выявление среди пациентов кардиологических отделений г.Ярославля и Ярославской области укушенных клещом в течение 5 лет, пациентов с хронической стадией Лайм-боррелиоза.

Методы исследования: реакция Н-РИФ для определения АТ к боррелиям.

Результаты: с помощью реакции Н-РИФ обследовано 50 пациентов (средний возраст 55 лет), с субклиническими проявлениями Лайм-боррелиоза в кардиологических отделениях г.Ярославля и Ярославской области с укусом клеща в течении последних 5 лет . Из них пациентов с сопутствующей ГБ- 32 (1 группа), с ГБ и ИБС - 18 (2 группа). В 33% (13 пациентов) из

Tesis_006_end.indd 328 24.08.2006 22:25:58
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

обследованных 50 больных отмечалась положительная реакция Н-РИФ в диагностически значимых титрах 1:80 и более.

28% обследованных с положительной реакцией Н-РИФ, в течение года после укуса отмечали возникновение ноющих, колющих болей, перебоев в области сердца, сердцебиений, возникновение или усиление одышки, в 30% сочетающихся с полиартритами, полимиалгиями и нарастанием общей слабости, возникших одновременно с кардиологической симптоматикой. В обоих выделенных нами группах из этих 28% отмечалось учащение гипертонических кризов, во 2 группе пациентов с ГБ и ИБС у 12 % - возникновение прогрессирующей стенокардии, так же в течение года после укуса клеща.

Выводы: выявление АТ к боррелиям в диагностически значимых титрах (1:80 и более)с помощью реакции Н-РИФ у пациентов в кардиологичсеских стационарах г.Ярославля и Ярославской области с субклиническими проявлениями Лайм -боррелиоза составило -33%. Примерно у трети из них вероятен диагноз Лайм-боррелиоза в хронической стадии, что нуждается в дальнейшем подтверждении с помощью реакции ИФА и динамического наблюдения.

0779 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА

Сандугей А.В., Хрусталев О.А., Розанов Д.В., Лавлинский С.Н.
ЯГМА, Ярославль, Россия

Цель работы: выявление влияния острой боррелиозной инфекции на функциональной состояние сердечно-сосудистой системы.

Методы: суточное мониторирование АД,ЭКГ, ЭхоКГ

Результаты: обследовано 25 пациентов в острой стадии Лайм-боррелиоза, локально - дессиминированной формой заболевания, диагноз подтверждался Н-РИФ и ИФА, средний возраст больных 45 лет.

Выделено 3 группы пациентов: с сопутствующей ГБ- 10, с ГБ и ИБС-9, без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии-6 человек.

У 18 пациентов (72%), во всех группах пациентов, в первые 10 дней после укуса отмечались подъемы АД выше 150/95 Мм рт. ст. 5 пациентов (55,6%) из второй группы были госпитализированы в кардиологические отделения с диагнозом: прогрессирующая стенокардия, в течение 10 дней после укуса клеща, еще у 3 пациентов (33%) из второй группы были зафиксированы эпизоды БИМ (на основании анализа данных суточного ЭКГ-мониторирования) на фоне антиишемической терапии, у одного пациента - ритм из AV соединения с ЧСС-35 в Мин, в течение 15 дней после укуса клеща. У 3 (33,3%) пациентов из первой группы обнаружены нарушения ритма в виде нарушения в/ж проводимости, у 3 (33,3%) пациентов из первой и 2 (33,1%) из третьей группы частые ЖЭ и СЭ, так же в течение 15 дней после укуса клеща. У 22 (во всех группах) пациентов при проведении ЭхоКГ наблюдалось нарушение диастолической функции левого желудочка.

Анализ параметров суточного холтеровского мониторирования через 1 месяц, после адекватной антибактериальной терапии показал исчезновение БИМ на фоне прежней антиишемической терапии, исчезновение нарушения ритма и восстановление синусового ритма. Так же отмечено улучшение диастолической функции левого желудочка: отношение Е/А увеличилось на 10 %, на основании данных ЭхоКГ.

Выводы: острая боррелиозная инфекция вызывает обострение сопутствующей сердечно-сосудистой патологии в 58% случаев. У пациентов без сопутствующей сердечно-сосудистой патологии - нарушение диастолической функции левого желудочка, частые ЖЭ и СЭ.

0780 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛОВ QT И JT ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Сапожникова И.Е.1, Тарловская Е.И.1, Тарловский А.К3, Соболев А.А.2
Кировская государственная медицинская академия, Кировский областной эндокринологический диспансер, Кировская областная клиническая больница, Киров, Россия

Цель работы: изучить взаимосвязи метаболических нарушений, ремоделирования и гипертрофии миокарда левого желудочка (ЛЖ) и дисперсии интервалов QT и JT у пациентов с гипертонической болезнью (ГБ).

Материал и методы: обследовано 62 пациента с ГБ. В 1-ю группу вошло 30 пациентов с сахарным диабетом (СД) типа 2, ГБ, дислипидемией (ДЛП) и абдоминальным ожирением (АО); 2-ю группу составили 32 пациента с ГБ без избыточного веса. Исследовались углеводный и липидный обмен, проводились ВЭМ, Холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМЭКГ), Эхо-КС, расчет дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ. Из исследования исключались пациенты с ИБС.

Результаты: по данным ХМЭКГ нарушения ритма сердца (НРС) выявлены у 94,7% обследованных пациентов 1-й группы, из них у 52,6% - желудочковая экстрасистолия (ЖЭС) 1-3 градаций по Lown; у 32% пациентов 2-й группы (ЖЭС у 16%). В 1-й группе были значимо выше масса тела, индекс массы тела, окружность талии (ОТ), уровни общего холестерина и триглицеридов, гликемии и гликозилированного гемоглобина. В 1-й группе найдены достоверно более высокие показатели вертикальной и горизонтальной дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ, чем во 2-й группе. По Эхо-КС выявлено, что, при сравнимом уровне АД, в 1-й группе гипертрофия и ремоделирование ЛЖ встречались достоверно чаще, были больше ММЛЖ, ТЗСЛЖ, ТМЖП, а также чаще регистрировались неблагоприятные варианты ремоделирования сердца: концентрическая ГЛЖ и концентрическое ремоделирование, диастолическая дисфункция миокарда ЛЖ.

Выводы: 1) Сочетание ГБ с СД типа 2 ведет к более значительной распространенности суправентрикулярной и желудочковой экстрасистолии;

2) Сочетание ГБ с СД типа 2 в большей степени, чем ГБ без метаболических нарушений ведет к развитию гипертрофии миокарда ЛЖ и формированию наиболее неблагоприятных вариантов ремоделирования: концентрической гипертрофии и концентрического ремоделирования, а также способствует нарушению диастолической функции миокарда ЛЖ.

3) У пациентов с ГБ, сочетающейся с СД типа 2 были достоверно выше показатели вертикальной и горизонтальной дисперсии интервалов QT и JT ЭКГ.

0781 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДИУРЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

Сапрыкин И.П., Болотова Н.И., Дворецкая М.С., Лопатин Ю.М
ВОКЦ, ВолГМУ, Волгоград, Россия

Исследование посвящено получению достоверной информации о применении диуретических препаратов в лечении АГ у больных ИБС на территории Волгоградской области.

В исследовании принимали участие медицинские учреждения города Волгограда и Волгоградской области. Случайным образом были выбраны каждое 1/3 кардиологическое и каждое 1/6 терапевтическое отделение. Проанализированы все случаи госпитализации в эти отделения за период с 01.01.2005 по 30.06.2005г (всего 2081 история болезни). Ведение 1332 (64%) больных осуществлялось врачами – кардиологами, остальные пациенты 749 (36%) наблюдались врачами терапевтами.

Tesis_006_end.indd 329 24.08.2006 22:25:58
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

АГ имела место у 1747 (84%) пациентов ИБС. ХСН в данной группе отмечена у 1643 (94%) пациентов. III-IV ФК ХСН имели 512 (31,1%) пациентов. Средний возраст больных составил 62,9±0,2 лет, мужчин было 59,9%, а женщин 40,1%. Средняя продолжительность заболевания составила 7,3±0,1 лет; продолжительность госпитализации 13,9±0,1 дней. При поступлении среднее САД - 154±0,6 Мм рт. ст., ДАД - 91,4±0,3 Мм рт. ст. При выписке САД - 124,3±0,2 Мм рт. ст., ДАД - 78,9±0,1 Мм рт. ст. Отмечено снижение САД на 19,3%, ДАД на 13,7%. Целевой уровень АД был достигнут у 93,2% больных.

Диуретики получали 956 (54,7%) пациентов. 73,7% пациентов применяли 1 препарат данной группы, 24,2% - 2 препарата, 2,1% - 3 препарата. Гидрохлоротиазид (22,1±0,6 мг) – 232 (18,9%); индапамид (2,5±0 мг) – 202 (16,5%); индап (2,5±0 мг) – 87 (7,1%); арифон-ретард – 61 (5%), арифон – 29 (2,4%); верошпирон (35,6±0,9 мг) – 367 (29,9%); спиронолактон (100±0 мг) - 1 (0,1%); фуросемид (43,4±0,8 мг) – 248 (20,2%). Генерические препараты составили 62,7%.

Анализ реальной практики ведения больных с АГ свидетельствует о преобладании в структуре назначений генерических препаратов, чаще тиазидных или тиазидоподобных.

0782 ХРОНИЧЕСКАЯ ОДЫШКА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭТИОЛОГИЯ

Саркисова Э.А., Полтавская М.Г., Долецкий А.В., Куклина М.Д., Авакян Э.И., Шорников С.Б., Сыркин А.Л.

Кафедра неотложной и профилактической кардиологии ФППОВ ММА им. Сеченова И.М., Москва, Россия

Цель: оценить частоту встречаемости и основные этиологические факторы хронической одышки (длительностью ≥1 месяца) у пациентов кардиологического профиля.

Методы: изучены истории болезни 1414 пациентов (866 мужчин и 548 женщин) в возрасте от 14 до 93 лет (средний возраст 60±14 лет), обследованных в Клинике кардиологии ММА им. И.М.Сеченова за период с 01.01.2005 по 31.12.2005. Связь диспноэ с той или иной патологией считали убедительной при наличии достоверных лабораторно-инструментальных критериев этой патологии.

Результаты: жалобы на хроническую одышку выраженностью от 1 до 4 баллов по «Шкале одышки» American Thoracic Society предъявляли 583 (41,2%) больных: 269 (49,1%) женщин и 314 (36,3%) мужчин (p<0,001), существенно не различавшихся по возрасту. ХСН с систолической (ФВЛЖ 45%) и/или тяжелой диастолической дисфункцией левого желудочка была причиной диспноэ у 42,2% (48,4% мужчин и 34,9% женщин, p=0,001); преходящая ишемия миокарда - у 12,3%; пароксизмальные тахиаритмии - у 6,3%; дыхательная недостаточность (ОФВ1 и/или ФЖЕЛ 70%) – у 20,6%, ТЭЛА (по данным МСКТ с контрастированием) - у 2,2%; ожирение (ИМТ 35) - у 14,7% (10,8% мужчин и 18,6% женщин, p=0,005); гипо- и гипертиреоз - у 3,9% (1,2% мужчин и 6,6% женщин, p<0,001); анемия (гемоглобин 90%) – у 1,5%; психогенная одышка, документированная психиатрами, - у 2,2%; отечный синдром некардиальной этиологии – у 0,5% пациентов. У 22,6% пациентов имело место сочетание перечисленных выше причин одышки. В 21,7% (17,8% мужчин и 25,3% женщин, p<0,05), несмотря на проведенное обследование, причина диспноэ оставалась неясной. 35 больным (преимущественно пациенты с гипертонической болезнью и постинфарктным кардиосклерозом) из этой группы проведен нагрузочный тест с газовым анализом. По его результатам, одышка была обусловлена следующими факторами и их сочетаниями: гипервентиляция – у 12 больных, избыточная масса тела – у 8, вентиляционные ограничения – у 5, в 2 случаях обнаружены ишемические изменения на ЭКГ, сопровождавшиеся одышкой; сердечно-сосудистые ограничения и/или детренированность – у 5 пациентов. У 6 человек результаты были нормальными (наиболее вероятна психогенная одышка) и в 2 случаях тест был неинформативным. Выводы: Распространенность хронической одышки у пациентов кардиологического профиля весьма высока, причем у женщин она достоверно выше, чем у мужчин. Хроническая сердечная недостаточность является наиболее частой причиной диспноэ. Однако более чем у 50% пациентов, в первую очередь – у женщин, выявляются значимые «несердечные» этиологические факторы одышки, в том числе в качестве ее изолированной причины, такие как заболевания легких, ожирение, болезни щитовидной железы и так далее. Почти у четверти пациентов, даже при подробном обследовании этиология одышки остается неясной. У таких больных, а также при сочетании нескольких причин диспноэ нагрузочный тест с газовым анализом позволяет уточнить ведущий патофизиологический механизм одышки.

0783 НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ С ГАЗОВЫМ АНАЛИЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОДЫШКОЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕ ЗА

Саркисова Э.А., Полтавская М.Г., Долецкий А.В., Куклина М.Д., Авакян Э.И., Шорников С.Б., Сыркин А.Л.

ММА им. Сеченова И.М., Москва, Россия

Цель: у пациентов кардиологического стационара с хронической одышкой неясного генеза определить ее наиболее вероятные патофизиологические механизмы с помощью нагрузочного теста с газовым анализом

Методы. В исследование включено 70 пациентов Клиники кардиологии ММА им. И.М. Сеченова (29 мужчин и 41 женщина) в возрасте от 21 до 79 лет (средний возраст 56±12 лет), которые предъявляли жалобы на одышку при физической нагрузке в течение 1 месяца. Исключались пациенты с ФВЛЖ 45%, умеренной/тяжелой диастолической дисфункцией (ДД), устойчивой фибрилляцией предсердий, пороком сердца, перикардитом; стенокардией, с ОФВ1 70% или ФЖЕЛ 70%; индексом массы тела (ИМТ) 35; тромбоэмболией легочной артерии; гипо- и гипертиреозом, анемией. Пациентам проводился максимальный симптом-лимитированный нагрузочный тредмил-тест с газовым анализом по индивидуально подобранному протоколу. При трактовке результатов оценивались: ЭКГ, АД, пиковое потребление кислорода, анаэробный порог, резерв ЧСС, кислородный пульс, вентиляционный эквивалент CO2, дыхательный коэффициент, дыхательный резерв, удельное потребление кислорода на единицу работы, парциальное давление CO2 в выдыхаемом воздухе.

Результаты. У большинства пациентов основными диагнозами были гипертоническая болезнь (57,1%), ишемическая болезнь сердца (27,1%), нейроциркуляторная дистония (13%). ДД легкой степени выявлена в 47% случаев. У 27% больных имели место сопутствующие обструктивные заболевания легких с ОФВ1 >70%, у 77% – избыточная масса тела (ИМТ >25). По результатам теста, одышка могла быть обусловлена следующими факторами и их сочетаниями: гипервентиляцией – у 29 (41,4%), избыточной массой тела – у 24 (34,3%), циркуляторными ограничениями и/или детренированностью (отдифференцировать эти состояния на основании теста не представляется возможным) – у 12 (17,2%) больных, дыхательными ограничениями – у 8 (11,4%), преходящей ишемией миокарда – у 2 (2,9%). У 10 (14,3%) человек результаты были нормальными (высокая вероятность психогенной одышки), и в 5 (7,2%) случаях тест был неинформативным.

Выводы. У «кардиологических» пациентов с жалобами на одышку при нагрузке при отсутствии объективных критериев хронической сердечной недостаточности функциональные ограничения, характерные для ХСН, выявлены менее чем в 20% случаев. У четверти больных имела место сопутствующая патология легких, которая, однако, не всегда сопровождалась вентиляторными ограничениям при нагрузочном тесте и, таким образом, не объясняла генез одышки. Наиболее распространенными причинами диспноэ по данным нагрузочного теста оказались

Tesis_006_end.indd 330 24.08.2006 22:25:58
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

избыточная масса тела и/или функциональные дыхательные расстройства, в частности гипервентиляционный синдром.

0784 ЭФФЕКТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕДОСТАТИНА НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Сафиулова И.А., Чернышева О.Г., Зацепина Л.Н.

Отделенческая больница на ст.Муром, Россия

Цель: изучить влияние раннего применения статинов из группы ловастатин - Медостатина (Медокеми, Кипр) на уровни некоторых маркеров неблагоприятного исхода и ближайший прогноз у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКС БП ST)на ЭКГ.

Методы: обследовано 48 больных (30 мужчин и 18 женщин, средний возраст 51,5±1,5 лет) с ОКС БП ST.Диагноз ОКС БП ST устанавливался на основании сильной продолжительной загрудинной боли, ЭКГ признаков, данных эхокардиографии. В исследование не включали пациентов с сопутствующей патологией, которая могла бы вызвать повышение воспалительных маркеров крови.1-я группа больных - 20 пациентов, с 1-х суток после госпитализации на фоне проведения базисной терапии получала медостатин в дозе 20 мг 1 раз в сутки вечером; контрольную группу составили - 28 чел., получавших стандартную терапию без включения статинов. Помимо общепринятых клинических и лабораторных методов исследования у больных определяли содержание высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови, контролировали уровень СОЭ и лейкоцитов, D-димера, фибриногена, липидов крови до начала приема статинов и на 14 день приема препаратов. Контроль за безопасностью приема препаратов осуществлялся методом опроса и наблюдением за уровнем трансаминаз и креатинфосфокиназы крови. Первоначально различий в уровне изучаемых лабораторных показателей между сравниваемыми группами больных отмечено не было.

Результаты: в процессе наблюдения у больных группы вмешательства зафиксировано снижения уровня общего ХС с 5,7±0,4 до 4,2±0,3 ммоль,л (P<0,005) и ХС ЛПНП с 3,0±0,2 до 2,3±0,2 (P<0,005) уже на 14 день приема препаратов, кроме того отмечалось достоверное снижение концентрации СРБ - в группе медостатина с 7,4±0,4 до 4,0±0,3 мг/л (P<0,001), не отмечено достоверного снижения уровня фибриногена крови по сравнению с исходным значением, однако наблюдалось его снижение с 3,4±0,1 до 3,0 ± 0,2 (p=0,06) . В группе контроля снижение СРБ отмечено с 5,8±0,3 до 5,4±0,2 (p>0,05) , а уровень фибриногена незначительно повысился. На фоне терапии медостатином наблюдалось недостоверное снижение уровня D-димера, в отличие от группы контроля, где его значение не изменилось. Уровень лейкоцитов в группе статинов снизился с 6,1±0,3 до 5,6±0,3 (p=0,05) . Уровень СОЭ также достоверно снизился с 17,2±0,5 до 11,8 мм/ч (p=0,05). Частота неблагоприятных событий нефатальный инфаркт миокарда/ рефрактерная стенокардия/ повторная госпитализация в группе медостатина была ниже, чем в группе контроля. Побочные эффекты проявились у одной пациентки в виде диспепсии, болей в правом подреберье на фоне 2-кратного повышения уровня печеночных ферментов.

Выводы: таким образом препарат медостатин (Медокеми, Кипр) показал свою эффективность и безопасность при раннем назначении у больных ОКС БП ST.

0785 ЭФФЕКТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ СИМВАСТАТИНА НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Сафиулова И.А., Боровков Н.Н., АминеваН.В., Сальцева М.Т.

Нижегородская государственная медицинская академия, Нижний Новгород, Россия

Цель: изучить влияние раннего применения статинов из группы симвастатина - симвор(Ranbaxy, Индия), вазилип(KRKA, Словения) на уровни некоторых маркеров неблагоприятного исхода и ближайший прогноз у больных с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST (ОКСБПST)на ЭКГ.

Методы: обследовано 79 больных (54 мужчин и 25 женщин, средний возраст 58,1±1,5 лет) с ОКСБПST.Диагноз ОКСБПST устанавливался на основании сильной продолжительной загрудинной боли, ЭКГ признаков, данных эхокардиографии. В исследование не включали пациентов с сопутствующей патологией, которая могла бы вызвать повышение воспалительных маркеров крови.1-ягруппа больных -25 пациентов, с 1-х суток после госпитализации на фоне проведения базисной терапии получала вазилип в дозе 40 мг 1 раз в сутки вечером; 2-ой группе – 26 пациентов, был назначен Симвор в той же дозе, контрольную группу составили - 28 чел, получавших стандартную терапию без включения статинов. Помимо общепринятых клинических и лабораторных методов исследования у больных определяли содержание высокочувствительного С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови, контролировали уровень СОЭ и лейкоцитов, D-димера, фибриногена, липидов крови до начала приема статинов, на 14 день и через 3 мес приема препаратов. Контроль за безопасностью приема препаратов осуществлялся методом опроса и наблюдением за уровнем трансаминаз и креатинфосфокиназы крови. Первоначально различий в уровне изучаемых лабораторных показателей между сравниваемыми группами больных отмечено не было.

Результаты: в процессе наблюдения у больных 1-й и 2-й групп зафиксировано снижения уровня общего ХС (P<0,001) и ХС ЛПНП (P<0,001) уже на 14 день приема препаратов, кроме того отмечалось достоверное снижение концентрации СРБ - в группе вазилипа с 8,4 до 3,28 мг/л, симвора с 7,18 до 3,3 мг/л (P<0,003), также происходило достоверное снижение уровня фибриногена крови по сравнению с исходным значением показателя уже на 14-е сутки. В группе контроля снижение СРБ и фибриногена не достигло достоверности. На фоне терапии статинами отмечено недостоверное, но стойкое снижение уровня D-димера, в отличие от группы контроля. Уровень лейкоцитов в группе статинов снизился уже к 14 дню приема, но достоверное снижение отмечено лишь к концу 3-го месяца. В динамике не отмечено достоверных изменений среднего значения СОЭ в сравниваемых группах. Частота неблагоприятных событий смерть/ нефатальный инфаркт миокарда/ рефрактерная стенокардия/ повторная госпитализация в 1-й и 2-й группах была достоверно ниже чем в группе контроля. Эфективность вазилипа и симвора оказалась сопоставима. Побочные эффекты проявились в группе симвора у одной пациентки

Выводы: таким образом терапия вазилипом и симвором при раннем назначении у больных ОКСБПST уже на 14 день приема способствует улучшению липидного спектра, уменьшению выраженности неспецифического воспаления и снижению уровня D-димера и позволяет улучшить течение и прогноз заболевания.

0786 ВЛИЯНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Сафронова В.В., Максимов Н.И., Дедюхина М.Э., Сухарева Е.Ю., Стерхов А.А.

ГУЗ РКДЦ, Ижевск, ИГМА Ижевск, Россия

Цель. Оценка влияния физических нагрузок на вариабельность сердечного ритма (ВСР) у больных артериальной гипертонией молодого возраста.

Методы исследования. В исследование включено 34 пациента с артериальной гипертонией I-II степени, в возрасте 18-25 лет. Проводились эхокардиография (ЭхоКГ), суточное мониторирование артериального давления (СМАД), спектральный анализ ВСР на 5-минутных участках ритмограмм исходно в поло-

Tesis_006_end.indd 331 24.08.2006 22:25:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

жении лежа, а также ортостатическая проба, проба с глубоким дыханием и проба Вальсальвы. Исходно и через 4 недели физических нагрузок проводился анализ ВСР с помощью комплекса «Поли-Спектр-12». В лечении применялись регулярные, аэробные (динамические) физические нагрузки. В основу физических упражнений были заложены принципы свободного выбора режима физических тренировок и регулярности выполнения физических упражнений. Достаточным считалось выполнение физических нагрузок не менее 4 раз в неделю по 30-40 Мин. Контроль лечения проводили по специально разработанным дневникам пациентов. Пациенты, не согласившиеся выполнять физические нагрузки, в исследование не включались.

Результаты. При ЭхоКГ отсутствовали признаки гипертрофии межжелудочковой перегородки (0,92±0,1 см), задней стенки левого желудочка (0,95±0,1 см), индекс массы миокарда не превышал нормальных значений (109,2±1,7 г/м). При оценке СМАД выявлено достоверное увеличение средних значений АД, индексов времени гипертонии у всех больных с АГ, в большей степени при II степени артериальной гипертонией, где также имели место повышенная вариабельность АД в дневные часы до 15,6±0,6 Мм рт. ст. и снижение суточного индекса. При анализе исходных спектральных показателей ВСР определялось снижение средних показателей общей мощности спектра нейрогуморальной регуляции, преобладание в структуре спектральной мощности очень низкочастотных колебаний. Хороший гипотензивный эффект немедикаментозного лечения составил по САД 58%, по ДАД 67%. Выявлено снижение САД и ДАД во все временные интервалы, индекса нагрузки временем и площадью, снижение скорости утреннего подъема. Анализируя показатели ВСР при немедикаментозном лечении, отмечено увеличение высокочастотного компонента (повышение парасимпатической активности) и снижение спектральной мощности низкочастотных и очень низкочастотных колебаний в покое и нормализация барорефлекторной чувствительности (адекватность ответа отношения среднечастотного и высокочастотного спектров) при проведении ортостатической пробы.

Выводы. Регулярные физические нагрузки у пациентов с артериальной гипертонией I-II степени являются эффективным методом лечения, вызывают снижение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы и повышение ВСР. Исследование ВСР позволяет осуществлять контроль за проводимой терапией и анализировать ее эффективность, в частности оценку эффективности физических тренировок.

0787 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА В КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Севериненко Р.М., Невзорова В.А., Любченко Т.В.

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Цель: изучить эффективность пропафенона (пропанорма, компании «ПРО. МЕД.ЦС Прага а.о.») для купирования пароксизма фибрилляции предсердий (ПФП) у больных ИБС, стабильной стенокардией в сочетании с гипертонической болезнью (ГБ).

Методы: критерием включения в исследование, согласно Российским рекомендациям (Москва, 2005г.) по диагностике и лечению ФП, послужило развитие ПФП, продолжительностью до 7 суток. Пропанорм был назначен 28 больным ИБС, стабильной стенокардией в сочетании с ГБ, подтвержденными общеклиническими, лабораторными и инструментальными методами обследования.

Критериями исключения для назначения пропанорма служили: снижение сократительной функции миокарда, выраженная гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), острый период инфаркта миокарда, синусовая брадикардия (менее 50 ударов в Минуту), синдром слабости синусового узла, фибрилляция желудочков, синдром удлиненного QT.

Результаты: в исследование вошли больные обоего пола (мужчин - 18 человек, женщин - 10 человек), возраст, в среднем 57 лет (от 40 до 75 лет), которые лечились в кардиологическом отделении ГКБ №1 г. Владивостока. Длительность ИБС в среднем составила 8,5 лет, а течение ГБ - 12,5 лет. У каждого четвертого больного (26%)-ПФП носил рецидивирующую форму, т.е. до настоящего приступа, нарушение синусого ритма отмечали 2-3 раза. При проведении ЭКГ признаки ГЛЖ установлены в 78% случаев, а также в 16% - нарушения ритма (синусовая тахикардия, экстрасистолия). ЭхоКГ с доплеровским разрешением показала увеличение левого предсердия у 6 больных, левого желудочка у 8 человек. При этом фракция выброса левого желудочка была не нарушена. Для купирования ПФП назначен пропанорм в дозе 450-600 мг в сутки. Купирование приступа в первые 6 часов отмечено у 19 человек (67,8%), у 7 человек (25%) - ПФП купирован в течении суток. Синусовый ритм не был восстановлен у 2 человек (7,2%). Нежелательных явлений от приема препарата не было отмечено ни в одном случае.

Выводы: таким образом пропанорм «ПРО.МЕД.ЦС Прага а.о.» в рекомендуемой дозе может быть с успехом использован для восстановления синусового ритма при ПФП возникающей у больных ИБС, стабильной стенокардией в сочетании с ГБ.

0788 КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИХ СВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Сеидова Г.Б., Дорофеев В.И.

ГОУ ДПО СПб МАПО, ГУЗ «Городская больница №26», Санкт-Петербург, Россия

В развитии ишемической болезни (ИБС) у женщин имеет возникающая на этапе перименопаузы и продолжающаяся в постменопаузе гормональная перестройка. До наступления менопаузы у женщин ИБС встречается значительно реже, чем у мужчин и частота сердечно-сосудистой заболеваемости резко возрастает после наступления менопаузы. Следовательно, прослеживается отчетливая связь между снижением уровня половых гормонов, и увеличением частоты развития манифестных форм ИБС.

Цель работы: выявить связь компонентов менопаузального метаболического синдрома с С-реактивным белком (С-РБ) являющимся одним из факторов риска развития ИБС.

Материал и методы: исследование по разработанной нами схеме было проведено у 281 женщины, из которых 198 страдали ИБС – основная группа и 83 женщины без ИБС, аналогичного возраста – контрольная группа. Средний возраст пациенток в основной группе составил 51,5±5,4 года (минимальный возраст 38 лет, максимальный 68 лет), в контрольной 49,8±5,03 года (минимальный возраст 39 лет, максимальный 65 лет).

Исследование включало определение индекса массы тела (ИМТ), отношения объема талии к объему бедер (ОТ/ОБ), функционального класса хронической сердечной недостаточности (ФК ХСН), лабораторные исследования включали: фенотипирование липидов, определение содержания мочевой кислоты, С-реактивного белка плазмы крови, содержание глюкозы в плазме натощак и ее динамику при оральном глюкозотолерантном тесте, оценивался уровень гормонов плазмы крови, в частности лептина.

Результаты: получена достоверная разница концентраций С-реактивного белка в плазме крови женщин основной группы, при этом она составила 9,05±0,91 мг/л; в контрольной группе 2,65±0,48 мг/л. Таким образом, концентрация С-РБ в плазме крови у женщин, страдающих ИБС, по сравнению с женщинами контрольной группы в 3,3 раза выше, и отмечается последу-

Tesis_006_end.indd 332 24.08.2006 22:25:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ющее его увеличение в постменопаузе. В нашем исследовании мы проанализировали возможные корреляционные связи С-реактивного белка и компонентов метаболического синдрома: ИМТ R=0,25 при p<0,01; ОТ/ОБ R=0,20 при p<0,05; ФК ХСН R=0,21 при p<0,05; ОХС=0,22 при p<0,05; ЛПНП R=0,21 при p<0,05; ЛПВП R =-0,07 при p – н.д.; ТГ R =-0,03 при p – н.д.; глюкоза R =0,23 при p <0,02; мочевая кислота R=0,20 при p<0,05; лептин R=0,26 при p<0,01 (R – теснота связи при значениях p<0,05 и менее связь достоверна; н.д. – связь недостоверна). Полученные данные дают возможность оценивать С-реактивный белок, как один из важных компонентов развития и прогрессирования ИБС у женщин, тесно связанный с компонентами метаболического синдрома. С-РБ считается независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний, имеющим положительную взаимосвязь с массой тела и количеством жировой ткани. Следовательно, ожирение является фактором, определяющим уровни С-РБ у женщин в постменопаузе, что приводит к резкому увеличению риска развития сосудистых “катастроф”.

0789 ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Сеидова Г.Б., Дорофеев В.И.

ГОУ ДПО СПб МАПО, ГУЗ «Городская больница №26», Санкт-Петербург, Россия

Нередко, ишемическая болезнь сердца (ИБС) у женщин осложняется тяжелым нарушением сердечного ритма и проводимости, требующей имплантации постоянного электрокардиостимулятора (ПЭКС), чаще они возникают на этапе пре- и постменопаузы, когда происходит гормональная перестройка организма женщины. До наступления менопаузы у женщин ИБС, осложненная тяжелыми аритмиями, встречается значительно реже, чем у мужчин и резко возрастает после наступления менопаузы.

Цель работы: - выявить степень функциональных нарушений эндотелия на фоне ПЭКС и оценить ее влияние на степень этих нарушений.

Материал и методы: исследование по разработанной нами схеме было проведено у 198 женщин, которые страдали ИБС. В исследуемую группу входило 35 женщин страдающих ИБС, течение которой осложнилось тяжелыми формами нарушения сердечного ритма и проводимости, по поводу чего им был имплантирован постоянный электрокардиостимулятор (ПЭКС); средний возраст больных 51,6±3,7 года. Причиной имплантации ЭКС была атриовентрикулярная блокада у 13 чел. (37%), бради-тахи форма синдрома слабости синусового узла – 12 чел. (33%), бради форма синдрома слабости синусового узла – 8 чел. (24%), WPW – 2 чел. (6%).

Вазорегулирующая функция эндотелия изучалась методом визуализации просвета плечевой артерии с помощью ультразвука высокого разрешения с проведением пробы с реактивной гиперемией, определялся фактор Виллебранда и концентрация мочевой кислоты в плазме крови.

Для оценки количественных показателей дисфункции эндотелия, как одного из факторов риска развития ИБС, мы сравнили эти показатели у женщин с ИБС без электрокардиостимулятора и у женщин страдающих ИБС с ПЭКС.

Результаты: рассматривая полученные данные, где исходный диаметр лучевой артерии в мм у больных ИБС 3,91±0,08, при пробе с реактивной гиперемией дилатация до 4,27±0,1; у больных ИБС+ПЭКС соответственно 3,78±0,07 и 4,05±0,11; концентрация мочевой кислоты у больных с ИБС в мкмоль/л 328,0±26,55 у пациенток с ИБС+ПЭКС 346,7±27,22; фактор Виллебранда у больных с ИБС в % 115,4±11,11, у пациенток с ИБС+ПЭКС 128,5±12,52.

Анализируя полученные данные, можно отметить, что у больных с ПЭКС явления дисфункции эндотелия более выражены, так в группе больных с ПЭКС прирост диаметра лучевой артерии при пробе с гиперемией составил 7,1%, а у больных без стимулятора 9%, концентрация мочевой кислоты и фактор Виллебранда плазмы крови у больных с ПЭКС были выше на 5% и 10% соответственно, чем у женщин без стимулятора.

Резюмируя эту разницу в показателях, можно предположить, что риск прогрессирования ИБС и развития сосудистых осложнений у женщин на фоне ПЭКС, имеет тенденцию быть более выраженным, чем в группе женщин с ИБС без стимулятора.

0790 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЦИДИВ СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Сейидов В.Г., Евсюков В.В., Бобырев С.Е., Любчук И.В., Воронина Н.В., Гарбузова О.Г., Арутюнов Э.В.

ВГМУ, Владивосток; РГМУ им. И.П.Павлова, Рязань; военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; ДГМУ, Хабаровск, Россия

Цель исследования. Сравнить отдаленные результаты коронарного шунтирования и консервативного лечения. Оценить влияние дислипидемии, диабета, характера гипогликемической терапии, артериальной гипертензии, повышения маркеров системного воспаления на рецидив стенокардии в течение 5 лет после операции.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год обследовано 793 пациента через 5 лет после коронарного шунтирования и 81 больной, который лечился консервативно.

Результаты исследования. До коронарного шунтирования большинство пациентов имели III-IV ФК стенокардии - 74.2% и были статистически сопоставимы с группой больных, получавшей только консервативное лечение. Через 1 месяц после коронарного шунтирования у подавляющего большинства больных отсутствовали симптомы стенокардии – 74,8%, стенокардия I-II ФК наблюдалась у 18,8%, стенокардия III-IV ФК у 6,4%. По сравнению с результатами годичного наблюдения через 5 лет после коронарного шунтирования отмечалось достоверное уменьшение числа больных без симптомов стенокардии с 48,9% до 25,7%, увеличение числа больных со стенокардией I-II ФК с 38,1% до 52,1%, а также достоверное увеличение количества больных III-IV ФК с 13,0% до 22,2% (p<0,05). Таким образом, через 5 лет после операции произошло почти двукратное увеличение числа больных, имеющих стенокардию. При медикаментозном лечении только 2,5% больных не имели приступов стенокардии (p<0,01), а больных со стенокардией 3-4 ФК было 82,7% (p<0,05), больше было перенесенных инфарктов - 18,5% и 7,4% (p<0,05), повторных госпитализаций - 63,0% и 22,2% (p<0,01). Летальность за 5 лет в группе консервативного лечения также была значительно выше по сравнению с оперативным лечением - 33,9% и 9.4% (p<0,05). На рецидив стенокардии через 5 лет после операции влияет повышение общего холестерина, липопротеидов низкой плотности, альфалипопротеида, С-реактивного белка, наличие сахарного диабета II типа II-III стадии, повышение СРБ. У больных с артериальным анастомозом реже наблюдался рецидив стенокардии и не выявлено негативного влияния сахарного диабета на частоту рецидива стенокардии. У 39% больных, перенесших операцию коронарного шунтирования, отмечалась сопутствующая артериальная гипертензия. В течение года 124 больных с артериальной гипертензией после АКШ принимали бета-адреноблокатор метопролол (эгилок-ретард «Эгис») в средней дозе 82 мг/сут. При этом у 76% больных удалось достичь целевых цифр АД (<140/90) в монотерапии и не было побочных эффектов, потребовавших отмены препарата.

Заключение. У пациентов с 3-4 функциональным классом стенокардии предпочтение должно отдаваться оперативному

Tesis_006_end.indd 333 24.08.2006 22:25:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

лечению. Больным с сахарным диабетом II типа II-III стадии при выполнении коронарного шунтирования по-возможности необходимо устанавливать артериальный анастомоз.

0791 ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Селиванова Г.Б.

Кафедра общей терапии ФУВ РГМУ, Москва, Россия

Цель: изучить течение артериальной гипертензии (АГ) у больных гипотиреозом и тиреотоксикозом.

Материалы и методы: обследовано 182 больных: 98 первичным гипотиреозом и АГ (16 мужчин и 82 женщины, 53-76 лет), 84 первичным тиреотоксикозом и АГ (12 мужчин и 72 женщины, 36-75 лет). У 48% больных гипотиреозом АГ достигала 2-й и у 52% 3-й степени. При этом у 55% больных в анамнезе имелась гипертоническая болезнь (ГБ). У 31% больных тиреотоксикозом АГ достигала 1-й, у 55% - 2-й и у 14% – 3-й степени. У 33% больных тиреотоксикозом в анамнезе имелась ГБ. Для коррекции АД при гипотиреозе применялась комбинированная антигипертензивная терапия (дигидропиридиновые антагонисты кальция (АК) и ингибиторы АПФ; дигидропиридиновые АК и кардиоселективные бета-адреноблокаторы (ББ), для коррекции гипотиреоза - гормонзаместительная терапия (ГЗТ) Л-тироксином. При тиреотоксикозе в качестве антигипертензивных средств применяли кардиоселективные ББ, для коррекции тиреотоксикоза - тиреостатическая терапия или субтотальная резекция щитовидной железы.

Результаты: при АГ у больных тиреотоксикозом независимо от метода коррекции тиреотоксикоза (оперативное лечение – 39,3%, тиреостатическая терапия – 60,7% больных) в фазе эутиреоза сохранялась потребность в приеме ББ у 62,5% больных с АГ вследствие тиреотоксикоза. Из 28 больных, имеющих в анамнезе ГБ, 35,7% нуждались в коррекции базовой антигипертензивной терапии при помощи ББ в фазе эутиреоза. Наблюдалась средняя положительная корреляция между возрастом пациентов и сроками нормализации АД: $r=0,65$, $p<0,01$, между сроками нормализации АД и степенью АГ: $r=0,65$, $p<0,01$; сильная положительная корреляция между сроками нормализации АД и сроками компенсации тиреотоксикоза: $r=0,80$, $p<0,001$. При АГ вследствие гипотиреоза сохранялась потребность в антигипертензивной терапии в фазе эутиреоза у 54,5% больных. У 64,7% больных с ГБ в анамнезе не удалось вернуться к базовой антигипертензивной терапии для коррекции эссенциального компонента АД. В обеих группах больных выявлялась средняя положительная корреляция между сроками нормализации АД и возрастом: $r=0,50$, $p<0,001$; сильная положительная между сроками нормализации АД и компенсации гипотиреоза: $r=0,84$, $p<0,001$; средняя положительная между сроками нормализации АД и степенью АГ: $r=0,40$, $p<0,01$. Сроки компенсации гипотиреоза были взаимосвязаны с возрастом больных: $r=0,43$, $p<0,01$, что возможно, объясняется более медленным увеличением доз Л-тироксина у лиц пожилого возраста.

Выводы: 1. Потребность в продолжении антигипертензивной терапии в фазе эутиреоза при АГ вследствие гипотиреоза достигает 54,5%, при АГ вследствие тиреотоксикоза - у 62,5% больных вследствие сохраняющейся нестабильности уровня АД. 2. Факторами, влияющими на течение АГ при гипотиреозе и тиреотоксикозе являются: возраст, степень АГ и сроки компенсации функции щитовидной железы.

0792 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИЛДРОНАТА И ПРЕДУКТАЛА МВ

Семенкова Г.Г., Кокорева Л.В.

ВГМА имени Н.Н. Бурденко, кафедра факультетской терапии, Воронеж, Россия

Целью нашего исследования была сравнительная оценка клинической эффективности лечения больных ХСН с применением милдроната и предуктала МВ.

В исследование было включено 80 больных в возрасте от 57 до 80 лет с клиническими признаками ХСН II-III ФК на фоне разных форм ИБС. У 52 больных отмечался сухой кашель, усиливающийся в ночные часы и при физической активности. Анамнез по курению отсутствовал. Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек в каждой. В дополнение к базисной терапии больные I группы получали милдронат в суточной дозе 1,0 г в виде в/в инъекций, больные II группы – предуктал МВ в суточной дозе 60 мг. Группу контроля составили 20 больных, идентичных по полу, возрасту, тяжести ХСН, получавшие только базисную терапию. Период наблюдения составил две недели. Исследование проводилось на 1-й и 14-й дни. Эффективность терапии оценивали по динамике клинических симптомов, ЭКГ, Эхо-КГ, лабораторных данных и т.д. Функциональное состояние оценивали с помощью теста 6-минутной ходьбы (ТШХ) и шкалы оценки клинического состояния (ШОКС). Больные с кашлем заполняли визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), а для объективной оценки кашля были применены методы – туссография (ТГ) и спектральная туссофонобарография (СТФБГ). Методом ТГ проводили мониторинг кашля и оценивали общее число кашлевых толчков (ОКТ) и число максимальных кашлевых толчков (МКТ). В основу метода СТФБГ положен временно-частотный анализ звуков кашля. Звук кашля после преобразования, отражает на дисплее модель в виде трёхмерного графика зависимости амплитуды от времени и частоты.

Переносимость лекарственных препаратов была хорошая. Сравнительный анализ выявил существенное уменьшение показателей ШОКС у больных I группы, и в меньшей степени эти изменения наблюдались во II группе и группе контроля. При выполнении ТШХ расстояние, преодолеваемое больными I группы, увеличилось значительно, тогда как данные показатели во II группе и группе контроля были ниже. Показатели ВАШ кашля у пациентов I группы также были выше. По данным ТГ у пациентов всех групп на фоне лечения отмечалось уменьшение ОКТ. По данным СТФБГ исходно кашли у большинства больных были двухфазные, наблюдалась низкая их амплитуда, что возможно обусловлено слабостью дыхательных мышц. На 14-й день терапии на СТФБграмме появлялась III-я фаза (закрытия голосовой щели), и отмечалось увеличение амплитуды звуков кашля. Таким образом, у пациентов, получающих милдронат, отмечается достоверное улучшение исследуемых параметров. Проведенное наблюдение подтвердило эффективность милдроната, применяемого для лечения ХСН. Милдронат хорошо сочетается с антиатинальными и антигипертензивными препаратами. Использование милдроната в виде в/в инъекций позволяет оптимизировать лечение больных ХСН и сократить сроки пребывания в стационаре.

0793 ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ

Семенова Е.В., Козий А.В., Коновалова О.А., Просяникова О.Н., Олесин А.И.

Государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – возможность использования электрокардиографических (ЭКГ) критериев для диагностики механизмов развития желудочковой экстрасистолии (ЖЭ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Наблюдалось 52 больных ИБС с ЖЭ II–V классов по классификации Лауна. Всем больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ, оценка турбулентности ритма сердца (ТРС) ЖЭ по методу G. Smidt et al. (1999) с определением начала

Tesis_006_end.indd 334 24.08.2006 22:25:59
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(TO) и наклона (TS) TPC, определялись поздние потенциалы желудочков (ППЖ) по методу M.B. Simpson (1981), дисперсия интервала QT (QTd) по методу C. P. Day et al. (1990), а также механизм развития ЖЭ по методу А. И. Олесина и соавт. (2000, 2003, 2005).

Результаты исследования показали, что у всех обследованных больных была выявлена левожелудочковая мономорфная экстрасистолия. Все больные по механизму развития ЖЭ были распределены на две группы. В I группу было включено 15 (28,8%) больных с ЖЭ, обусловленной механизмом re-entry, во II группу вошло 37 (71,2%) больных с ЖЭ, вызванной механизмом задержанной постдеполяризации (ЗП). Достоверного различия по полу, возрасту, сопутствующим заболеваниям, ранее перенесенному инфаркту миокарда выявлено не было. У больных I и II групп положительные ППЖ (ППЖ (+) были обнаружены у 8 (53,3%) и 15 (40,5%) (p>0,05) соответственно, значения QTd составили 112±8 мс и 86±9 мс соответственно (p<0,01), величины TO (норма<0%) TPC в среднем составили 0,8±0,1% и 1,68±0,3% (p<0,001) соответственно, а TS (норма >2,5 мс/RR) - 9,5±2,5 мс/RR и 18,5±5 мс/RR (p<0,01) соответственно.

Значения средних показателей вариации ПДИ ЖЭ у больных I и II группы (M±m): линейное отклонение 7,04±0,84 мс/ПДИ и 34,35±7,11 мс/ПДИ соответственно (p<0,01), среднe квадратическое отклонение ПДИ 8,64±1,07 мс и 43,6 5± 8,69 мс соответственно (p<0,01), дисперсия 79,2±20,2 мс и 2097,86±1012,66 мс соответственно (p<0,01). Наибольшая корреляция ЛО ПДИ ЖЭ у больных I группы была выявлена с ППЖ(+) (r=0,95) и с ТО ТРС ЖЭ (r =-0,92), а у больных II группы - с ППЖ(+) (r=0,67), в то время как с остальными изучаемыми показателями она не превышала 0,2. Следует отметить, что ППЖ(+) коррелировали с ранее перенесенным инфарктом миокарда (r=0,84). Максимальные значения ЛО ПДИ ЖЭ, связанной с механизмом re-entry, не превышают 10 мс/ПДИ, а Минимальные значения этого показателя для ЖЭ, вызванной механизмом ЗП составили более 20 мс/ПДИ.

Таким образом, основным ЭКГ критерием выявления механизма ЖЭ является определение ЛО ПДИ: для ЖЭ, обусловленной механизмом re-entry, основным параметром является выявление значений ЛО ПДИ ЖЭ менее 10 мс/ПДИ, а для ЖЭ, вызванной механизмом ЗП - более 20 мс/ПДИ. Остальные показатели, такие, как ППЖ(+), QTd, TPC ЖЭ, мало информативны для оценки механизма развития ЖЭ.

0794 СТРАТЕГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПРОШЕДШИХ БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Семёнова Н.Е.

Областной клинический госпиталь ветеранов войн, Ярославль, Россия

Цель: изучить психосоматические расстройства среди лиц, участвовавших в военных действиях, оценить влияние школ по артериальной гипертонии на достижение целевых цифр артериального давления (АД), контроль гипертонической болезни (ГБ), адаптацию пациентов к работе, семье, снижение уровня тревоги и уменьшение депрессии.

Методы. Обследовано 180 пациента (средний возраст 54±2,1 года). Объём клинического исследования включал осмотр кардиолога, измерение АД, психотерапевта, неврологический осмотр и психологическое тестирование. Электрическая активность головного мозга исследовалась на нейрокартографе с 17-канальным электроэнцефалографом NINON CONDEN, Япония. Исследование выполнялось в начале наблюдения и через 12 месяцев.

Обучение в «Школе для больных артериальной гипертонией» проводилось во время стационарного лечения или на амбулаторных визитах 1 раз в 3 месяца, в течение 12 месяцев. Кроме того, предусматривались регулярные контакты с пациентами по телефону через 2 недели – 1 месяц.

В зависимости от проведения школ больные были разделены на две группы. В 1-ой группе больным назначалась гипотензивная терапия с традиционной разъяснительной работой во время посещения врача (n=90), во 2-ой группе, кроме назначенной терапии, с больными проводились занятия в «Школах по артериальной гипертонии» (n=90).

Результаты исследования. По данным осмотра психотерапевта были выделены следующие синдромы: посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), астенический, астено-агрипнический, астеноцефалгический, тревожнофобический синдромы, стойкая цефалгия, наркомания и алкоголизм.

По результатам кардиологического наблюдения к концу 12 месяца исследования целевого уровня АД достигли 136 пациентов 1-ой группы (75,5%). Исходные цифры АД у исследуемых в 1-ой группе составляли: систолическое АД 155,29±7,4 Мм рт. ст., диастолическое АД 92,35±6,2 Мм рт. ст., после 12 месяцев лечения систолическое АД было 126,05±5,7 Мм рт. ст., диастолическое АД –82,88±6,9 Мм рт. ст. (p≥0,05). Пациенты из 2-ой группы начинали исследование с систолическим АД 158,42±7,3 Мм рт. ст., диастолическим АД 94,46±8,2 Мм рт. ст., 97,7% (88 человек) заканчивали наблюдение с систолическим АД 123,45±4,9 Мм рт. ст., диастолическим АД 80,67±5,8 Мм рт. ст. (p≥0,05).

Через 12 месяцев проведения «Школ для больных артериальной гипертонии» во 2-ой группе биоэлектрическая активность мозга сдвигалась в сторону активации и нормализации. Наиболее выраженные изменения на ЭЭГ наблюдались в альфа-диапазоне. Сглаживалась межполушарная асимметрия в височных отведениях (у 46 больных – 51,1%).

Выводы. Таким образом, комплексный индивидуальный подход к лечению гипертонической болезни, включая комбинацию препаратов различных групп, консультации различных специалистов, проведение школ по артериальной гипертонии, позволяет достоверно достигнуть целевых цифр АД, улучшить контроль ГБ, адаптировать пациентов к работе, семье, снизить уровень тревоги и уменьшить депрессию.

0795 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ НЕБИВОЛОЛА НА СОДЕРЖАНИЕ 2,3-ДИФОСФОГЛИЦЕРАТА В ЭРИТРОЦИТАХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Семенова С.В., Гарганеева А.А., Климентьева Т.К., Заподовников С.К., Животягина Н.А.

ТВМедИ, Томск, Россия; ГУ «НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН», Томск, Россия; ГОУ ВПО «СГМУ МЗ РФ», Томск, Россия

Известно, что содержание 2,3-дифосфоглицерата (2,3-ДФГ) в эритроцитах отражает степень гипоксии, т.к. стабилизирует деоксигенированную форму гемоглобина (Hb) и снижает сродство Hb к кислороду, ускоряя его освобождение в периферических тканях.

Целью исследования явилось изучение содержания 2,3-ДФГ в эритроцитах у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложнившейся хронической сердечной недостаточностью до и после курсового лечения 1-кардиоселективным адреноблокатором нового поколения – небивололом (небилет, фирма «Berlin Chemie AG, группа «Менарини», Германия), обладающим высокоселективным характером воздействия на □1-рецепторы и прямым сосудорасширяющим эффектом стимуляцией синтеза оксида азота.

Обследовано 22 пациента ИБС, перенесших крупноочаговый инфаркт миокарда давностью 1-5 лет. Средний возраст больных составил 55,2±1,5 года. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (n=10) – с фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) более 40% (46,4±0,9%), 2-я группа (n=12) - с ФВЛЖ – менее 40% (35,5±0,8%). Проводились эхокардиография, велоэргометрия с оценкой показателей центральной гемодинамики, ис-

Tesis_006_end.indd 335 24.08.2006 22:26:00
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

следовалась системная микроциркуляция. 2,3-ДФГ определяли неэнзиматическим методом в хлорнокислом экстракте гемолизата эритроцитов после удаления нуклеотидов по разнице общего и неорганического фосфора и рассчитывали на 1г Hb. Небиволол (Н) назначался в дозе 2,5-5 мг в сутки пациентам 2-й группы с ФВЛЖ ниже 40% (35,5±0,8%) на протяжении 4-х недель.

У больных 1-й и 2-й групп показатель 2,3-ДФГ был увеличен по сравнению со здоровыми (n=14) соответственно в 2 и 3 раза, что объясняется более выраженной активацией механизмов оксигенации у пациентов с низкой фракцией сердечного выброса. После курсового лечения Н отмечалось явное ($p<0,01$) снижение 2,3-ДФГ на 46%, что свидетельствовало об антигипоксическом эффекте препарата. Достоверно ($p<0,05$) возросла толерантность к физической нагрузке с 25,5±1,6 Вт до 37,4± 11,4 Вт, улучшились показатели гемодинамики: сердечный индекс увеличился ($p<0,02$) на 16%, а общее периферическое сосудистое сопротивление снизилось ($p<0,05$) на 18%. Положительные изменения отмечались при исследовании микроциркуляции.

Таким образом, курсовая терапия небивололом приводит к снижению содержания 2,3-дифосфоглицерата в эритроцитах больных ИБС с хронической сердечной недостаточностью, что позитивно сказывается на состоянии микроциркуляции, гемодинамики, клиническом течении заболевания.

0796 ФАКТОРЫ РЕЦИДИВА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ

Семенцов В.К., Сейидов В.Г., Евсюков В.В., Бобырев С.Е., Любчук И.В., Воронина Н.В., Гарбузова О.Г., Арутюнов Э.В.

Военно-морской клинический госпиталь ТОФ, Владивосток; ВГМУ, Владивосток, РГМУ им. И.П. Павлова, Рязань; ДГМУ, Хабаровск, Россия

Цель исследования. Оценить влияние дислипидемии, диабета, артериальной гипертензии и повышения маркеров системного воспаления на рецидив стенокардии в течение 5 лет после эндоваскулярного лечения.

Материал и методы. В период с 1989 года по 2005 год в исследование было включено 228 мужчин с ангиопластикой и 184 со стентированием коронарных артерий проволочными стентами без лекарственного покрытия. Через 1 год после операции обследовано 358 больных, через 5 лет - 273.

Результаты и обсуждение. После выполнения всех видов эндоваскулярного лечения по сравнению с догоспитальным периодом произошло значительное уменьшение числа больных со стенокардией III-IV ФК с 69,5% до 7,2% и увеличение числа пациентов без симптомов стенокардии с 6,8% до 72,7% ($p<0,05$). Через 1 год после эндоваскулярного лечения по сравнению с госпитальным периодом отмечается уменьшение числа пациентов без симптомов стенокардии с 72,7% до 35,7%, существенное увеличение количества больных со стенокардией I-II ФК с 20.1% до 43,1% и стенокардией III-IV ФК с 7,2% до 21,2% ($p<0,05$). Через 5 лет после всех видов эндоваскулярного лечения, по сравнению с результатами годичного наблюдения происходит уменьшение числа пациентов без симптомов стенокардии с 35,7% до 19,8% и увеличение количества больных, имеющих стенокардию III-IV ФК – с 21,2% до 37,4% ($p<0,05$). В группе больных, перенесших стентирование коронарных артерий, по сравнению с группой пациентов, которым выполнена ангиопластика, отмечалось достоверно меньше больных со стенокардией III-IV ФК - 29,4% и 44,2% и больше пациентов без симптомов стенокардии – 25,4% и 15% ($p<0,05$). Анализ влияния дислипидемии на отдаленные результаты эндоваскулярного лечения продемонстрировал наличие достоверной корреляции между уровнем общего холестерина, ХСНП, липопротеида (а) и рецидива стенокардии. При этом достоверные различия между уровнем триглицеридов, ХС ЛПВП и клиническими проявлениями ИБС в отдаленном периоде после эндоваскулярного вмешательства отсутствуют. Через 5 лет после операции в группе больных с сахарным диабетом и повышенным уровнем СРБ обнаружено достоверное увеличение пациентов с рецидивом стенокардии, увеличение летальности и частоты инфарктов миокарда. При анализе влияния артериальной гипертензии на клинические проявления ИБС в течение 5 лет наблюдения не выявлено увеличения рецидива стенокардии и летальности.

Заключение. При выборе тактики лечения больного ИБС необходимо отдавать предпочтение стентированию коронарных артерий перед ангиопластикой, особенно при С-типе поражения коронарных артерий, дислипидемии и сахарном диабете. Повышение СРБ в отдаленном послеоперационном периоде является фактором риска рецидива стенокардии.

0797 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Сенчихин В.Н., Лямина С.В., Лямина Н.П.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Метаболические нарушения, одним из которых является инсулинорезистентность увеличивают риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений уже в молодом возрасте.

Цель исследования заключалась в изучении уровня эндотелиального вазодилататора оксида азота (NO) и вазомоторной функции эндотелия у лиц молодого возраста с артериальной гипертонией (АГ) и инсулинорезистентностью. В исследование включено 15 мужчин в возрасте от 25 до 40 лет (ср. возраст 33,7+1,3) с диагнозом АГ I и II степени и 13 здоровых лиц (ср. возраст 34,1+1,6). Диагноз АГ верифицирован по рекомендациям ВНОК 2004г. Проводилось клинико-анамнестическое обследование, лабораторные исследования крови с определением липидного спектра, глюкозы и инсулина натощак и после нагрузки 75 г глюкозы. Инсулинорезистентность оценивали с учетом индекса Caro. Базальная продукция NO определялась по суммарной концентрации стабильных метаболитов NO нитратов и нитритов в депротеинизированной плазме (Moshage 1995 г., WPI Nitralyzer-II, США). Вазомоторная функция эндотелия анализировалась по результатам пробы с постокклюзионной реактивной гиперемией на плечевой артерии, выполненная УЗ сканером «Esaote megas», Италия, датчиком 8 МГц по стандартному протоколу. Суточное мониторирование артериального давления (СМАД) осуществляли системой амбулаторного мониторирования АД (A&D, Япония). Все обследуемые были разделены на 2 группы: в группу I вошли пациенты без инсулинорезистентности (индекс Caro > 0.33) с длительностью АГ 3,2+1,3 г, а во группу II вошли пациенты с инсулинорезистентностью (индекс Caro <0,33) и длительностью АГ 4,5+3 лет. По результатам исследования в I группе среднесуточные показатели АД были выше и составили: САД - 158±7,46 Мм рт. ст., ДАД -102±6,86 Мм рт. ст. тогда как во II группе САД - 137,95±5,74 Мм рт. ст. и ДАД - 87,03±4,59 Мм рт. ст. При анализе содержания NO получено, что его уровень в обеих группах снижен, по сравнению со здоровыми, на 3% и 59,17% соответственно, причем в группе с инсулинорезистентностью NO в 2,4 раза ниже, чем в группе без инсулинорезистентности. По результатам пробы с постокклюзионной реактивной гиперемией показатели вазомоторной функции эндотелия указывают на ее снижение у больных АГ и более выраженное в I группе, где степень АГ выше, а длительность заболевания меньше: прирост диаметра плечевой артерии (ΔD) в I группе составлял 8,71%, во II группе - 9,53% и коэффициент дилатации составил (К) 0,34 и 0,44 соответственно.

Таким образом, у лиц молодого возраста на нарушение вазомоторной функции эндотелия в большей мере оказывает влияние такой фактор как степень повышения АД, а при наличии

Tesis_006_end.indd 336 24.08.2006 22:26:00
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

инсулинорезистентности отмечается большее снижение уровня эндотелиального вазодилатирующего фактора оксида азота.

0798 ИЗМЕНЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Сергеева-Кондраченко М.Ю.

ГОУ ДПО ПИУВ Росздрава, Пенза, Россия

Цель исследования: оценить влияние длительности сахарного диабета (СД) I типа и компенсации углеводного обмена на параметры внутрисердечной гемодинамики.

Материалы и методы исследования. 127 больным СД I типа (средний возраст – 37,9±5,7 лет, 58 мужчин и 69 женщин, все больные без артериальной гипертензии и сердечной недостаточности в анамнезе) определяли параметры трансмитрального потока крови из левого предсердия в левый желудочек (ЛЖ) во время диастолы, время изоволюметрического расслабления миокарда. Группу сравнения составили 125 здоровых добровольцев сравнимых по полу и возрасту.

Результаты и их обсуждение. Все больные, принимающие участие в исследовании, были разделены на 3 группы в зависимости от длительности СД I типа и компенсации углеводного обмена: 1-я – больные СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет (без осложнений СД) – 42 больных (21 – субкомпенсация, 21 - декомпенсация), 2-я группа – продолжительность СД I типа от 5 до 10 лет (с проявлениями микроангиопатии и нейропатии) – 42 больных (20 - субкомпенсация, 22 – декомпенсация) и 3-я группа – больные СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет (с проявлениями микро-, макроангиопатии и нейропатии) – 43 больных (21 – субкомпенсация и 22 – декомпенсация). Среди обследуемых больных не было лиц с компенсированным углеводным обменом.

При сравнении групп больных СД I типа с продолжительностью заболевания до 5 лет и больных с продолжительностью заболевания от 5 до 10 лет как с субкомпенсацией, так и декомпенсацией углеводного обмена, видно, что при меньшей продолжительности заболевания отмечаются более выраженные изменения со стороны диастолической функции ЛЖ. Возможно, с нарастанием продолжительности СД включаются компенсаторные механизмы, направленные на компенсацию диастолической функции ЛЖ. У больных СД I типа с продолжительностью заболевания более 10 лет и субкомпенсацией углеводного обмена достоверно меняются КДО ЛЖ и Ve/Va, а при декомпенсации углеводного обмена изменились не только показатели КДО ЛЖ и Ve/Va, но и Ve.

Выводы. Таким образом, у больных СД I типа с разной продолжительностью заболевания и с разным уровнем компенсации углеводного обмена, отмечаются изменения со стороны диастолической функции ЛЖ.

Во всех группах обследуемых больных, достоверно меняются КДО ЛЖ и Ve/Va, а наиболее выраженные изменения отмечаются при декомпенсации углеводного обмена по сравнению с компенсированными больными и в дебюте заболевания.

С нарастанием продолжительности СД, по-видимому, включаются компенсаторные механизмы, которые сдерживают прогрессивное угнетение диастолической функции ЛЖ. Кроме этого, выявленные вышеуказанные изменения показали, что у больных СД I типа необходимо ранее назначение лекарственных препаратов, способствующих компенсации работы сердца и предохраняющих больных от прогрессирования диастолической дисфункции ЛЖ и развития сердечно-сосудистых катастроф.

0799 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССОВ ФАЗОВОГО ПЕРЕХОДА ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сергеева Ю. В., Малинова Л.И., Денисова Т.П., Симоненко Г.В., Тучин В.В.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия; ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГУ им. Н.Г. Чернышевского Министерства науки и образования, Саратов, Россия

Введение. Одним из важнейших критериев функциональных и структурных свойств вещества являются процессы его фазового перехода, изучение которых позволяет получать интегральную информацию, заложенную в субстрате. На настоящее время отмечен рост числа атипичных острых форм ишемической болезни сердца. Все вышесказанное и обусловило цель исследования: изучить особенности пространственной организации плазмы крови в процессе ее фазового перехода у пациентов с острой и хронической формой ишемической болезни сердца.

Материалы и методы. Обследованы 46 мужчин ишемической болезнью сердца (от 42 до 80 лет). Основную группу (n=24) составили больные стенокардией напряжения II и III функционального класса (по Канадской классификации), группу сравнения - пациенты с диагнозом острый коронарный синдром (n=22). Из них у 12 диагностирован острый инфаркт миокарда, у 10 — нестабильная стенокардия I, II и III В класса по Е. Браунвальду.

Исследование процессов фазового перехода плазмы крови проводилось модифицированным методом клиновидной дегидратации. Изучались системная и подсистемная организация полученного препарата плазмы крови. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA, версия 6.0 (Copyright® StatSoft, Inc. 1984-2001).

Результаты исследования. В исследованных группах был выявлен ряд общих нарушений системной организации, проявляющихся потерей симметрии расположения основных её элементов (конкреций, отдельностей, трещин и др.). В группе сравнения обращало на себя внимание преимущественно циркулярное расположение трещин ($p<0,05$). Тогда как в основной группе отмечался преимущественно радиальный тип организации трещин. Выявленные подсистемные аномалии в виде «трещин серебра» статистически достоверно отличались в исследованных группах (Mod 2 vs Mod 1, $p<0,05$). Структуры типа «листа» встречались исключительно в основной группе в виде единичных в поле зрения морфологических элементов (Mod 1).

Заключение. Изучение процессов фазового перехода плазмы крови из жидкого в твердое состояние является высокочувствительным диагностическим методом. Выявлен ряд качественных и количественных отличий пространственной организация плазмы крови пациентов с хроническими и острыми формами ишемической болезни сердца, которые могут быть использованы в комплексном дифференциально-диагностическом поиске.

0800 ОСОБЕННОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сергеева Ю. В., Малинова Л.И., Денисова Т.П., Симоненко Г.В., Тучин В.В.

ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Росздрава, Саратов, Россия; ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия; ГОУ ВПО Саратовский ГУ им. Н.Г. Чернышевского Министерства науки и образования, Саратов, Россия

Введение. Плазма крови является самоорганизующейся системой, отражающей все метаболические процессы организма. На фоне тотального постарения населения кардиолог за-

Tesis_006_end.indd 337 24.08.2006 22:26:00
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

частую оказывается перед лицом своеобразного «микста» инволюционных и болезнь-опосредованных изменений организма, искажающих клиническую картину заболевания, что особенно значимо в диагностике ранних этапов дестабилизации течения ишемической болезни сердца (ИБС). Все вышесказанное делает особенно актуальным поиск новых методов диагностики и стратификации риска пациентов с ИБС, и обусловило цель настоящего исследования: изучить пространственно-временную организацию плазмы крови методом клиновидной дегидратации у пациентов с острой и хронической формой ИБС.

Материалы и методы. Обследованы 46 ИБС сердца в возрастном диапазоне от 42 до 80 лет. Основную группу (n=24) составили мужчины со стенокардией напряжения II и III функционального класса (по Канадской классификации). В группу сравнения вошли мужчины с острым коронарным синдром (n=22): 12 пациентов с острым инфарктом миокарда и 10 - с нестабильной стенокардией I, II и III В класса по Е. Браунвальду.

Исследование пространственно-временной организации плазмы крови проводилось модифицированным методом клиновидной дегидратации в процессе фазового перехода от жидкой к твердой фазе временными срезами в 2 Минуты. Статистический анализ проводился с помощью пакета программ STATISTICA, версия 6.0 (Copyright® StatSoft, Inc. 1984-2001).

Результаты. Подсистемные аномалии в виде «трещин-серебра» к 24-ой Минуте в обеих группах нарастали, но преобладали в группе сравнения 41%

(Mod 0), по сравнению с основной группой - 50% (Mod 0). Жгутовые трещины в центральной зоне фаций в 1-ой группе появляются с 12-ой Минуты - 52%

(Mod 1) и к 24-ой становятся выраженными - 43% (Mod 2). В группе сравнения появлялись на 4 Минуте, и при относительно небольшой частоте наблюдается значительная выраженность этих элементов в препаратах - 38% (Mod 3). Черные трещины в основной группе появляются с 6-ой Минуты - 47% (Mod 1) и постепенно нарастают к 24-ой - 75% (Mod 1), тогда как в группе сравнения со 2-ой Минуты - 53% (Mod 1) по 24-ю - 58% (Mod 1) отмечается относительное постоянство частоты и выраженности элементов.

Выводы: Выявлены выраженные различия динамики пространственной организации плазмы крови в процессе ее фазового перехода плазмы крови пациентов с острыми и хроническими формами ишемической болезни сердца.

0801 ОСОБЕННОСТИ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Сергеев М.Н., Соколова Л.А.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель: определить особенности почечной экскреции натрия (ENa) на фоне физиологической гиперинсулинемии, развивающейся при проведении перорального теста на толерантность к глюкозе, у больных с артериальной гипертензией (АГ) при метаболическом синдроме (МС).

Методы: обследовано 28 пациентов с АГ при МС, без сахарного диабета, из них 7 мужчин и 21 женщина, средний возраст 53,0±1,8 лет. МС диагностировали на основании критериев ВОЗ (1999) и значений глюкозо-инсулинового индекса QUICKI<0,32. До исследования пациенты не получали антигипертензивной терапии. Всем пациентам проводили пероральный тест на толерантность к глюкозе с определением значений инсулина крови, исследовали уровень натрия сыворотки крови, рассчитывали Минутную экскрецию натрия с мочой натощак за 90 Мин (ENa1) и после нагрузки глюкозой за 120 Мин (ENa2). Динамику экскреции натрия на фоне постпрандиальной гиперинсулинемии оценивали как степень снижения экскреции dENa – отношение разности ENa1 и ENa2 к значению ENa1, выраженное в процентах.

Результаты: показатель QUICKI у исследуемых пациентов составил 0,29±0,019, постпрандиальный уровень инсулина крови – 93,1±72,1 мМЕ/л. Значения ENa1 составили 118,7±84,1 мкмоль/мин, значения ENa2 – 101,6±74,57 мкмоль/мин (p>0,05). На фоне постпрандиальной гиперинсулинемии выявлена разнонаправленная динамика ENa: снижение экскреции натрия (более 10%) отмечено у 12 пациентов (1 гр.), у остальных 16 пациентов (2 гр.) экскреция натрия не претерпела значимой динамики, либо отмечалось ее нарастание. Значения dENa в 1 гр. составили 54±24,8%, в 2 гр. –98±63,4% (p<0,001). При этом, во 2 гр. исходно отмечалась большая степень задержки натрия, чем в 1 гр., что проявлялось в более низких значениях ENa1: 57,6±34,46 и 145,2±87,12 мкмоль/мин соотв. (p<0,01). Показатели инсулинорезистентности (значения QUICKI, постпрандиального уровня инсулина) были сравнимы в обеих группах.

Выводы: разнонаправленная постпрандиальная динамика почечной экскреции натрия у пациентов с артериальной гипертензией при метаболическом синдроме свидетельствует о различиях в антинатрийуретическом действия инсулина при наличии инсулинорезистентности. Отсутствие снижения экскреции натрия у части пациентов с синдромом инсулинорезистентности можно расценить как “феномен ускользания” почек от антинатрийуретического действия инсулина. Б льшая степень исходной задержки натрия у пациентов с “феноменом ускользания” почек от антинатрийуретического действия инсулина может быть связана с компенсаторной активацией других нейрогуморальных систем.

0802 ДИНАМИКА УРОВНЕЙ БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ И МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ И БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ

Сергиенко И.В., Масенко В.П., Семёнова А.Е., Хабибуллина Л.И., Габрусенко С.А., Беленков Ю.Н.

ФГУ “РКНПК Росздрава”, Москва, Россия

Цель: изучить динамику уровня (Fatty Acid-Binding Protein (FABP)) и про-мозгового натрийуретического пептида (про-МНП) у больных с ИБС в условиях покоя и при ишемических изменениях ЭКГ. Оценить изменение уровня FABP и про-МНП до и после транслюминальной баллонной ангиопластики (ТБКА).

Материалы и методы: включено 40 больных. Основную группу составили больные с ИБС: стабильной стенокардией. Пациенты основной группы были разделены на две подгруппы – одну подгруппу составили 10 человек, у которых проводили определение в сыворотке крови FABP и про-МНП в покое и при транзиторной ишемии миокарда. Вторую подгруппу составили пациенты, которым забор крови проводили до ТБКА и через 6 дней после. Также было включено 15 больных с острым инфарктом миокарда (ИМ) – группа контроля. У пациентов этой группы кровь забиралась на 1-ые и 21-сутки от развития инфаркта.

Результаты Средний уровень FABP в покое составил 2,66±1,81 нг/мл, через 15 Минут после достижения ишемии миокарда средний уровень FABP повысился до 3,03±1,65 нг/мл, (p>0,05). Не было выявлено достоверного увеличения уровня FABP после реваскуляризации миокарда – до проведения ТБКА уровень FABP составил 2,12±1,67 нг/мл, через 6 дней после – 2,39±1,71 нг/мл (p>0,05). На фоне проведения нагрузочной пробы уровень про-МНП достоверно возрос. До ВЭМ он составил в среднем 143,42±145,73 пг/мл, после – 149,31±149,01 пг/мл (p=0,03). У больных в первые сутки после ИМ уровень FABP составил 14,1±15,1 нг/мл. Сравнение уровня FABP у больных на 1-е сутки ИМ и у больных с ИБС, как в покое, так и после ВЭМ, показало, что уровень FABP при ИМ достоверно выше

Tesis_006_end.indd 338 24.08.2006 22:26:01
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(p<0,05). На 21-е сутки ИМ уровень FABP снижался и значимо не отличался от уровня FABP у больных ИБС (p>0,05).

Обсуждение Данные нашей работы подтверждают, что поиск маркёров ишемии миокарда в периферической крови у больных ИБС оправдан, а изучение их роли может позволить не только увеличить диагностическую ценность нагрузочной пробы, но оценивать прогноз и дополнить алгоритм обследования больных с подозрением на наличие ИБС.

0803 ЭФФЕКТИВНОСТЬ 16-НЕДЕЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Сергушкина Н.Г., Петрий В.В., Маколкин В.И.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить влияние длительной монотерапии телмисартаном (микардис, "B hringer Ingelheim", Германия) на показатели АД и суточный профиль АД у пациентов с мягкой и умеренной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы: обследованы 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин), средний возраст 54,7±5,8 лет, средняя длительность АГ 12,5±1,3 года. У 8 (40%) больных имела место мягкая АГ и у 12 (60%) – умеренная. Исходные цифры САД составили 159,5±2,13 мм рт.ст, ДАД – 98,6±2,12 Мм рт. ст., среднего АД – 130,9±1,54 Мм рт. ст., ЧСС – 69,4±4,5 уд/мин.

Микардис назначался в суточной дозе 40-80 мг однократно. Протокол исследования включал регистрацию АД при контрольных визитах (через 4, 10 и 16 недель), проведение СМАД и определение показателей электролитного, липидного и углеводного обменов до начала лечения и через 16 недель.

Результаты: через 4 недели терапии у 6 (30%) больных достигнут целевой уровень АД, они продолжили прием микардиса в суточной дозе 40 мг. У 14 (70%) больных доза микардиса была увеличена до 80 мг. От 4 к 10 неделе отмечено нарастание антигипертензивного эффекта, который достиг максимума к 10 неделе и дальше уровень АД оставался стабилен. Ускользания антигипертензивного эффекта не наблюдалось. В целом за 16 недель терапии САД снизилось на 18,9±1,7 мм рт.с.т, ДАД – на 13,7±1,2 Мм рт. ст. Средняя доза микардиса через 16 недель составила 68 мг в сутки.

По данным СМАД через 16 недель достоверно снизились дневные и ночные уровни САД и ДАД, показатели "нагрузки давлением", отмечена тенденция к увеличению степени ночного снижения САД и ДАД. Статистически значимого изменения ЧСС не выявлено. Биохимические показатели крови не менялись. Переносимость препарата была хорошей, побочных эффектов не наблюдалось.

Заключение: показатели равномерности гипотензивного эффекта (T/P = 58% для САД и 60% для ДАД) подтверждают пролонгированное действие микардиса, обеспечивающее достаточный и равномерный антигипертензивный эффект в течение 24 часов, что позволяет принимать препарат однократно в сутки.

0804 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА.

Сергушкина Н.Г., Петрий В.В., Маколкин В.И.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние длительной монотерапии телмисартаном (микардис, "Boehringer Ingelheim", Германия) на структурно-функциональное состояние миокарда ЛЖ у пациентов с мягкой и умеренной АГ.

Материалы и методы: обследованы 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин), средний возраст 54,7±5,8 лет, средняя длительность АГ 12,5±1,3 года. У 8 (40%) больных имела место мягкая АГ и у 12 (60%) – умеренная. Исходные цифры САД составили 159,5±2,13 мм рт.ст, ДАД – 98,6±2,12 Мм рт. ст., ЧСС – 69,4±4,5 уд/мин.

У всех пациентов имелись вольтажные признаки гипертрофии миокарда ЛЖ на ЭКГ, которые подтвердились результатами эхокардиографического обследования только у 16 (80%) человек. У 4 (25%) пациентов с мягкой формой АГ выявлен концентрический тип ремоделирования миокарда ЛЖ. Из 12 пациентов с умеренной формой АГ концентрический тип ремоделирования выявлен у 10 (62,5%), эксцентрический тип - у 2 (12,5%) пациентов. Средняя масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ) составила 177,8 ± 6,42 г.

Микардис назначался в суточной дозе 40-80 мг однократно. Протокол исследования включал регистрацию АД при контрольных визитах и проведение ЭхоКГ до начала лечения и через 36 недель.

Результаты: при длительной терапии микардисом в течение 36 недель наметилась тенденция к уменьшению ММЛЖ с 177,8 ± 6,42 до 169,6±4,52 г. Данный эффект был отмечен за счет уменьшения толщины стенок ЛЖ (ТЗС с 11,4±1,1 мм до 11,0±0,9 мм (p<0,05) и ТМЖП с 11,8±1,1 до 11,0±0,8 мм (p<0,05)) при незначительной динамике конечно-диастолического размера ЛЖ (с 52,0±4,6 мм до 50,9±6,1 мм). Скоростные показатели наполнения ЛЖ в раннюю и позднюю диастолу достоверно не изменились.

Также установлено, что через 36 недель у 2 (12,5%) из 16 пациентов выявлена нормальная геометрия ЛЖ, а в группе пациентов с умеренной АГ уменьшилось количество пациентов с эксцентрической формой ГЛЖ с 2 до 1.

Заключение. Таким образом, длительная терапия микардисом в течение 36 недель приводит к уменьшению выраженности структурных изменений ЛЖ при АГ.

0805 ВЛИЯНИЕ НОВЫХ ДОНОРОВ ОКСИДА АЗОТА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ НОРМОТЕНЗИВНЫХ КРЫС

Серебрякова Л.И., Писаренко О.И., Цкитишвили О.В., Файнгольд И.И., Котельникова Р.А., Романова В.С., Санина Н.А., Котельников А.И., Алдошин С.М., Чазов Е.И.

ФГУ "РКНПК Росздрава", Москва, Россия; ИПХФ РАН, Черноголовка, Московская область, Россия

Цель: сравнительное изучение влияния новых доноров оксида азота (NO) различной химической структуры и нитроглицерина (НГ) на функциональные показатели гемодинамики – артериальное давление (АД) и частоту сердечных сокращений (ЧСС) у нормотензивных крыс линии Wistar.

Методы: опыты проводили на крысах-самцах массой 350+30 г, наркотизированных кетамином (100 мг/кг массы в/б) в условиях искусственного дыхания. Яремную вену катетеризировали для введения испытываемых препаратов, а сонную артерию - для регистрации АД и ЧСС. После стабилизации гемодинамических показателей вводили болюсно тетра-нитрозильный комплекс железа (ТНКЖ) или нитропроизводное фуллерена (НФЛ) в дозе от 8,5.10-7 до 8,5.10-4 ммоль/кг веса. Препаратом сравнения служил НГ ("Перлинганит", Schwarz Pharma), который вводили в тех же дозах. Действие доноров NO оценивали по величине (АД), времени его восстановления и ЧСС, выражая изменения в процентах по отношению к исходным величинам.

Результаты: под действием НФЛ значимое снижение АД наблюдалось во всем диапазоне изученных доз, а при использовании ТНКЖ достигалось, начиная с 8,5.10-6 ммоль/кг. Снижение АД и усиление этого эффекта с увеличением дозы ТНКЖ или НФЛ происходило в значительно меньшей степени, чем под действием НГ (на 8+3%, 18+4% и 48+5% от исходных значений, соотв., например, при введении 2,6.10-4 ммоль/кг, p<0,001). После введения доноров NO наблюдалось быстрое

Tesis_006_end.indd 339 24.08.2006 22:26:01
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(измеряемое в секундах) восстановление АД до исходных значений. Длительность снижения АД возрастала с повышением дозы и увеличивалась в ряду ТНКЖ<НФЛ<НГ. Так, при введении 2,6.10-4 ммоль/кг ТНКЖ или НФЛ этот показатель составлял 33+8 или 39+11 сек и был существенно ниже, чем в случае использования эквимолярной дозы НГ (150+10 сек, p<0,001). Снижение ЧСС под действием использованных доноров NO составляло в среднем 29+3%, 22+2% и 27+2% от исходного значения для НГ, НФЛ и ТНКЖ, соотв., независимо от вводимой дозы. Длительность снижения ЧСС варьировала от 1 до 8 сек в зависимости от дозы и донора NO, и была наиболее продолжительной при введении ТНКЖ. Таким образом, оба новых донора оксида азота обнаруживают сходное, но более мягкое по сравнению с НГ, воздействие на NO-зависимые показатели сердечно-сосудистой системы крыс.

Выводы: результаты указывают на возможность создания оригинальных вазодилатирующих соединений для антигипертензивной терапии на основе новых классов соединений.

0806 СОДЕРЖАНИЕ ФНО-α В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

Серебрякова О.В., Говорин А.В., Просяник В.И., Бакшеева Е.В.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель: изучить содержание провоспалительного цитокина ФНО-α у больных с синдромом гипотиреоза, в зависимости от степени тяжести заболевания.

Методы исследования: обследовано 39 пациентов с гипофункцией щитовидной железы с различной степенью тяжести заболевания. Средний возраст пациентов - 38,74±10,53 лет. Для выяснения роли данного провоспалительного цитокина в развитии поражения сердца при гипофункции щитовидной железы все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа - с манифестным течением заболевания, 2-я - с осложненным. Контрольную группу составили 20 здоровых лиц, сопоставимых по возрасту и полу. Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, ЭхоКГ, оценивалась вариабельность ритма сердца, верификация диагноза (путем УЗИ щитовидной железы и определение тиреоидного статуса (ТТГ>5,0 мкед/мл)). Для количественного определения фактора некроза опухолей альфа (ФНО-α), использовали наборы для иммуноферментного анализа (ИФА) ООО «Протеиновый контур» г. Санкт-Петербург. Поскольку распределение признака было асимметричным, была выполнена логарифмическая трансформация данных. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программы “Biostat”, достоверным считались различия при p<0,05.

Полученные результаты: у больных с синдромом гипотиреоза отмечены более высокие значения ФНО-α по сравнению с группой контроля. При манифестной форме гипотиреоза Ln ФНО-α составил 4,17±1,02 (p<0,01), при контрольном значении - 2,48±0,36. При осложненной форме гипотиреоза у всех пациентов был выявлен гидроперикард и значительное снижение показателей вариабельности сердечного ритма. В данной группе заболевание, сопровождалось развитием сердечной недостаточности и значение Ln ФНО-α достигало 5,94±1,41 (p<0,01), что практически в 2 раза превышала контрольный результат. На фоне проводимой заместительной гормональной терапии препаратами L-тироксина выявились следующие изменения: в группе манифестного гипотиреоза значение Ln ФНО-α уменьшилось и достигло значений 3,06±0,78. При осложненном течение заболевания значение Ln ФНО-α также имело тенденцию к снижению, но значений контрольной группы так и не достигало – 4,85±1,24. Таким образом, у больных с гипофункцией щитовидной железы сохраняется высокий уровень ФНО-α, что может считаться прогностическим критерием неблагоприятного течения и указывать на поражение миокарда с развитием гипотиреоидной миокардиодистрофии.

Выводы: у больных с синдромом гипотиреоза отмечается значительное повышение в крови содержание провоспалительного цитокина ФНО-α. Наибольших значений его концентрация достигала в группе больных с осложненным течением заболевания. На фоне проводимой заместительной гормональной терапии у больных с манифестной формой отмечается достоверное снижение ФНО-α, в то время как у больных осложненной формой выявлена только тенденция к его снижению.

0807 ВЛИЯНИЕ НОЧНОЙ СМЕНЫ РАБОТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Середа Т.В., Гапон Л.И., Коржова Н.Н.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью нашего исследования было проанализировать влияние работы в ночное время на спектральный состав ритма сердца у больных с артериальной гипертензией (АГ) и практически здоровых пациентов. Группы были разделены в зависимости от графика работы.

Обследовано 84 пациента, постоянно проживающие в условиях Тюменского Приобья, мужского и женского пола, из них 52 пациента с АГ I-II степени, средний возраст 39,98±0,86 лет и 32 пациента контрольной группы – практически здоровые пациенты, средний возраст составил 37,5±1,25 лет. Группы были сопоставимы по полу возрасту. Всем пациентам проведена регистрация вариабельности ритма сердца в условиях «чистого» фона на аппарате фирмы «Nerv Express» (США) в амбулаторных условиях г.Пыть-Ях.

При анализе общей мощности спектра ВРС (TP) в зависимости от ночной смены работы, увеличение данного показателя носили недостоверный характер. Были получены следующие результаты: пациенты с АГ 4968,727±1131,78 мс/Гц при отсутствии работы в ночную смену (группа 1) и 4396,034±580,209 мс/Гц при наличии работы в ночную смену (группа 2) p>0,05, при оценке соответствующего показателя у пациентов контрольной группы TP 5596,00±1452,0118 и 6336,3636±1049,74 мс/Гц (p<0,05).

При анализе высокочастотных (HF) колебаний показатели также достоверно не изменялись (из-за количества сопоставляемых человек в группах): 2539,80±747,215 и 2959,81±737,974 мс/Гц (p>0,05) в контрольной группе; 2725,0±762,804 и 1440,724±225,275 мс/Гц (p>0,05) у пациентов с АГ в зависимости от работы в ночную смену. Однако можно отметить динамику увеличения HF в группе здоровых пациентов, а в группе с АГ наблюдалось практически двойное снижение показателей при работе в ночное время, что отражает снижение парасимпатического влияния на сердечно-сосудистую систему.

Низкочастотные (LF) колебания, отражающие активность симпатического влияния, менялись сопоставимо с контрольной группой. Прирост показателей активности симпатической нервной системы был достоверен. В группе пациентов с АГ 1168,59±362,824 и 1812,1034±305,178 мс/Гц, в контрольной группе 1261,10±240,9279 и 1972,0909±325,2508 мс/Гц (p=0,011).

Очень низкочастотные (VLF) колебания, отражающие нейрогуморальное влияние практически оставались без изменений. Анализируя соотношение LFHF, подтверждая вышеописанные результаты, наблюдается достоверное увеличение данного показателя у пациентов с АГ при работе в ночную смену: с 1,77±0,305 до 2,629±0,309 мс/Гц (p=0,021),что отражает повышение процентного вклада в спектральный состав волн с низкой частотой, активности симпатического отдела нервной системы.

Таким образом, пациенты с артериальной гипертонией, работающие в ночное время суток, находятся в более стрессовой ситуации по сравнению с лицами, работающими в обычном графике, и способствует более быстрому переходу функционального состояния в фазу истощения (фаза 5).

Tesis_006_end.indd 340 24.08.2006 22:26:01
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0808 СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Сибекова Т.В., Эльгаров А.А., Карданова О.А.

Кабардино-Балкарский университет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: оценить состояние кардиогемодинамики и суточного профиля артериального давления у женщин с климактерическим синдромом (КС).

Материал и методы: выполнены общеклиническое и инструментальное обследование 48 женщин с КС в возрасте 45-56 лет (средний возраст 49,8 ± 3,5) с применением суточного мониторирования ЭКГ (СМ ЭКГ) и артериального давления (СМАД).

Результаты: по данным СМ ЭКГ, признаки коронарной недостаточности (смещение сегмента S-T, гигантский остроконечный или отрицательный зубец Т) зарегистрированы в 50% случаев, при этом "немая" ишемия наблюдалась у 12 (25%) женщин. Аритмии сердца обнаружены у 18 (37,5%) пациенток, в том числе экстрасистолическая (13 чел.), мерцательная (2 чел.) аритмия, пароксизмальная тахикардия (2 чел.), нарушения проводимости - внутрипредсердная (1), атриовентрикулярная блокада II ст.(1) и блокада левой ножки пучка Гиса (1). Вместе с тем, в структуре многочисленных разнообразных жалоб больных клинические признаки синдрома коронарной недостаточности и нарушений ритма сердца определялись у 36 (72,8%) женщин (сжимающие, давящие боли в области сердца, различной продолжительности; сердцебиения, перебои в работе сердца, чувство замирания и "кувыркания" сердца. При этом, клинико-ЭКГ симптомы экстрасистолии имели место в 4 случаях, мерцательной аритмии - в 1 и пароксизмальная тахикардия - в 1. СМАД установлены гипертонические реакции у всех 48 женщин (100%), повышение средних систолического АД (САДср.) и диастолического (ДАДср.) соответственно 138,9±5,8 и 86,5±2,4 Мм рт. ст., недостаточную степень (менее 10%) ночного снижения АД (non-dippers) у четверти пациенток (12), чрезмерное падение (более 22%) у 1/5 (over-dippers), ночную гипертензию (night-peakers) у 1 (2%) больной. Сравнительная оценка результатов СМ ЭКГ и АД обнаружила достоверную корреляцию между частотой коронарной недостаточности, нарушений ритма сердца и особенностями суточного профиля обследованных женщин, главным образом, у лиц с night-peakers, non-dippers и over-dippers.

Полученные данные демонстрируют изменения состояния кардиогемодинамики и суточного профиля АД у женщин с КС, что указывает на необходимость участия кардиолога при определении гинекологом программы динамического мониторинга указанных лиц (заместительная гормональная терапия, гипотензивные, антиаритмические препараты, коронаролитики).

0809 СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БОЛЬНЫХ БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ

Сидоренко Б. А., Преображенский Д. В., Лебедева О. И., Тарыкина Е. В., Махмутходжаев С. А., Синицына М. Г.

Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ; Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования – изучить состояние систолической функции левого желудочка (ЛЖ) с помощью двухмерной эхокардиографии (ЭхоКГ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в сравнении с лицами без клинически значимых заболеваний сердца и легких.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 610 больных с ХСН I—IV функционального класса. Среди больных были 321 мужчина и 289 женщин в возрасте от 35 до 96 лет (средний возраст 74,1 лет). Контрольную группу составили 490 госпитализированных больных, у которых по данным клинико-инструментального обследования не было клинически значимого заболевания сердца и легких. Среди больных контрольной группы было 259 мужчин и 231 женщин в возрасте от 18 до 95 (средний возраст 64,7 лет). О сократительной функции ЛЖ судили по величине фракции его выброса, которую рассчитывали на основании результатов ЭхоКГ. Систолической дисфункцией ЛЖ считали величину его фракции выброса меньше 45%.

Результаты исследования. У лиц без клинически значимого заболевания сердца и легких значения фракции выброса ЛЖ колебались от 45% до 85%, составляя в среднем 66,2±6,4%. Не было достоверных различий в средних значениях фракции выброса ЛЖ между мужчинами и женщинами. Ни у одного из обследованных лиц фракция выброса ЛЖ не была меньше 45%, и лишь у одной женщины 67 лет она составила 45%. У 43 (8,8%) больных фракция выброса ЛЖ была в диапазоне от 45% до 59%, у 402 (82,0%) – она была в диапазоне от 60% до 74%. У 45 (9,2%) больных контрольной группы фракция выброса ЛЖ равнялась 75% и больше. У обследованных больных с ХСН фракция выброса ЛЖ колебалась в очень широких пределах – от 13% до 87%, в среднем составляя 45,6±14,2%. Это достоверно меньше, чем у лиц без клинически значимого заболевания сердца и легких значения фракции ($p \geq 0,05$). У мужчин с ХСН средние значения фракции выброса ЛЖ были достоверно меньше, чем у женщин (43,8±13,9% против 47,7±14,2%; $p \geq 0,05$). Менее чем у половины (41,5%) больных с ХСН фракция выброса ЛЖ была меньше 45%. У 222 (36,4%) больных фракция выброса ЛЖ была в диапазоне от 45% до 59%, а у 135 (22,1%) она была в диапазоне от 60% до 87%.

Выводы. Значения фракции выброса ЛЖ меньше 60% редко встречаются у больных без клинически значимого заболевания сердца и легких и, по-видимому, указывают на бессимптомную систолическую дисфункцию ЛЖ, которая, по данным литературы, встречается у 5—15% взрослого населения. У большинства (58%) больных с ХСН преимущественно пожилого и старческого возраста сократительная функция ЛЖ остается нормальной или нарушается незначительно. Если в качестве критерия систолической дисфункции ЛЖ выбрать значения его фракции выброса меньше 60%, то доля больных с сохраненной сократительной функцией ЛЖ сократится 58% до 22%.

0810 ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРАПАМИЛА SR У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

Сидоренкова Н.Б., Манукян А.В., Лаврентьев А.В., Олейник С.И.

ГОУ ВПО "Алтайский Государственный Медицинский Университет" Росздрава, Барнаул, Россия

Цель исследования. Оценить влияние фенилалкиламинового антагониста открытых кальциевых каналов верапамила SR на суточный и ультрадианный ритмы артериального давления (АД) у больных артериальной гипертонией (АГ), отягощенной хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Обследовано 30 пациентов с АГ 1-2 степени (ВНОК, 2003) и ХОБЛ обычного и среднетяжелого течения (GOLD, 2003). После «отмывочного периода» всем пациентам однократно в 08.00 назначали верапамил SR (изоптин SR, Knoll AG - Basf Pharma) в суточной дозе 120-240 мг. До начала лечения, а также через 2 недели приема препарата оценивали классические показатели суточного мониторирования артериального давления. Методом косинор-анализа рассчитывали время акрофаз - максимальных значений АД за сутки. С помощью анализа Фурье оценивали ультрадианные характеристики

Tesis_006_end.indd 341 24.08.2006 22:26:01
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ритма АД. Статистический анализ проводили с помощью компьютерной программы "Statistica – 6".

Результаты. В исходном состоянии суточный ритм АД "dipper" был выявлен у 7 пациентов (23%). У 20 больных выявлен тип суточной кривой "non-dipper", у 3 - тип "night-peaker". У всех пациентов независимо от типов суточной кривой отмечено смещение акрофаз систолического и диастолического АД на ранние утренние часы (5-10 часов). На фоне уменьшения показателей 12-часового ритма преобладали высокочастотные ультрадианные гармоники, что свидетельствует о нарушении не только суточного, но и ультрадианного ритма АД. Применение верапамила SR способствовало статистически значимому снижению среднесуточных, среднедневных и средненочных показателей систолического и диастолического АД. На фоне лечения наблюдалось снижение показателей нагрузки давлением как систолического, так и диастолического АД. Отмечено уменьшение исходно повышенной вариабельности систолического АД, при значимо меньшем влиянии на вариабельность диастолического АД. На фоне лечения верапамилом SR наблюдалось статистически значимое увеличение суточного индекса систолического и диастолического АД. У большинства пациентов с типом суточной кривой "non-dipper" была отмечена нормализация суточного ритма. У всех пациентов под влиянием верапамила SR зарегистрировано урежение частоты сердечных сокращений с 75,2±3,25 до 67,3±2,58 ($p<0,05$). На фоне терапии происходило смещение акрофаз систолического и диастолического АД на 12-15 часов. Изменение характеристик ультрадианного ритма имело статистическую значимость и заключалось в увеличении вклада 12-часового ритма в 24-часовой ритм АД.

Заключение. Верапамил SR в суточной дозе 120-240 мг у пациентов с артериальной гипертонией при сочетании с хронической обструктивной болезнью легких снижает среднесуточные, среднедневные и средненочные значения систолического и диастолического артериального давления, нагрузку давлением в дневные и ночные часы, урежает частоту сердечных сокращений, восстанавливает нормальный двухфазный циркадный ритм артериального давления и положительно влияет на ультрадианные характеристики артериального давления.

0811 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА

Сидоренкова Н.Б., Манукян А.В., Батанина И.А., Журавлева А.Н.

ГОУ ВПО "Алтайский государственный медицинский университет" Росздрава, Барнаул, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение нефропротективного действия пролонгированных антагонистов кальция дигидропиридинового и недигидропиридинового ряда у пациентов с артериальной гипертонией высокого риска.

Материалы и методы. Исследования проведены у 140 пациентов с артериальной гипертонией 1-2 степени в возрасте от 35 до 65 лет (77 женщин и 63 мужчин). Все пациенты имели высокий и очень высокий кардиоваскулярный риск. На фоне отмены фармакотерапии пациентам было проведено клинико-лабораторное обследование, включающее определение микроальбуминурии количественным турбидиметрическим методом (ALB-TURBI, SPINREACT), а также креатинина плазмы кинетическим методом Яффе (Fluitest Crea Kinetic, Biocon) с расчетом скорости клубочковой фильтрации (по формуле Кокрофта). В работе были использованы пролонгированные антагонисты кальция: амлодипин (Норваск, Pfizer, США) в суточной дозе 5-10 мг и верапамил SR (Изоптин SR, Knoll, Германия) в дозе 120-240 мг в сутки. Повторное исследование показателей функции почек проведено через 12 недель монотерапии использованными антагонистами кальция.

Результаты. В исходном состоянии у обследованных пациентов мужского пола скорость клубочковой фильтрации составила 93,5±1,5 мл/мин., а у женщин - 69,1±0,9 мл/мин. У 73 больных (52,3%) было выявлено снижение скорости клубочковой фильтрации, что свидетельствовало о наличии признаков почечной дисфункции. Из общего числа пациентов у 71 больного (50,7%) была зарегистрирована микроальбуминурия, средние значения которой составили 35,2±0,09 мкг/сут. Через 12 недель лечения антагонистами кальция выявлено улучшение показателей функции почек. Так, на фоне лечения амлодипином было отмечено снижение микроальбуминурии до 24,9±1,2 мкг/сут ($p<0,01$) с нормализацией показателей у 32 пациентов (90%). Под влиянием верапамила SR также было выявлено снижение уровня микроальбуминурии до 25,4±1,5 мкг/сут ($p<0,01$) с нормализацией показателей у 33 больных (92%). Скорость клубочковой фильтрации увеличилась под влиянием амлодипина - на 14% ($p<0,05$), а под влия-нием верапамила SR - на 15% ($p<0,05$).

Таким образом, применение пролонгированного антагониста кальция дигидропиридинового ряда III поколения амлодипина и фенилалкиламинового производного верапамила SR приводит к уменьшению выраженности микро-альбуминурии и повышению скорости клубочковой фильтрации, что характеризует нефропротективную активность изученных препаратов у пациентов с артериальной гипертонией высокого риска.

0812 РАСШИРЕНИЕ ДИАПАЗОНА ПРИМЕНЕНИЯ ШЕСТИМИНУТНОГО ТЕСТА ХОДЬБЫ

Сидоренко Г.И., Комиссарова С.М., Станкевич В.И.

РНПЦ « Кардиология», Минск, Беларусь

Цель: изучение возможности расширения применения шестиминутного теста ходьбы (ШТХ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Материалы и методы: обследовали 48 больных ИБС со стенокардией напряжения ФК III по Канадской классификации и с ХСН ФК II–III по классификации NYHA (средний возраст 56,5± 4,8 лет, все мужчины) перед хирургической реваскуляризацией миокарда. Все больные перенесли Q- инфаркт миокарда в анамнезе и имели многососудистое поражение коронарных артерий (в среднем 3,2±0,2 сосуда) и выраженную систолическую дисфункцию (средняя ФВ 33,4±0.4%). По данным стресс-ЭхоКГ с добутамином у всех больных выявлен сохраненный миокардиальный резерв. Для определения функционального класса ХСН использовали клиническую оценку и тест ШТХ. Тест ШТХ выполняли традиционным методом в коридоре длиной 65 м при условии выбора привычной для больного скорости ходьбы. Проводили парные тесты ШТХ с интервалом 30 Минут между пробами. Определяли дистанцию ходьбы, количество пройденных шагов с помощью портативного «Шагомера КЭ-01» Темп ходьбы, привычную скорость ходьбы определяли из числа шагов, сделанных при каждом прохождении дистанции по формуле: V= a+b N, где: N-темп движения (шаг/мин), a, b – коэффициенты уравнения с учетом антропометрических данных пациентов. Определялись показатель ЧСС в начале ходьбы и сразу после ее окончания, а также время восстановления ЧСС после нагрузки по отношению к исходной величине. Отношение дистанции второго теста к первому трактовалось как индекс адаптации (ИА), что позволяло учитывать резервные возможности миокарда.

Результаты: сопоставление привычной скорости ходьбы с пройденной дистанцией выявило положительную корреляционную связь (r 0,48, $p<0,04$) и отрицательную связь с ФК NYHA (r –0,38, $p<0,02$). Проведении парных ШТХ с интервалом 30 Минут у 37,5% пациентов выявило увеличение дистанции повторной ходьбы на 27,7%, темпа ходьбы на 21,2% и привычной скорости ходьбы на 17,4% по сравнению с первым ШТХ, что свидетельствовало о сохраненном адаптационном резерве (ИА>1). У 27,1% больных дистанция повторного ШТХ не из-

Tesis_006_end.indd 342 24.08.2006 22:26:02
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

менилась, а у 35,4% – уменьшилась на 25,5%, при этом уменьшились темп ходьбы на 12,6% и привычная скорость ходьбы на 17,2%, свидетельствуя об истощении резерва адаптации (ИА<1). Показатель времени восстановления ЧСС к исходной величине после повторного теста ходьбы у пациентов с ИА>1 уменьшился, тогда как у пациентов с ИА<1 увеличился (134,2±12,4 с против 68,6±8,9 с, p<0,01).

Заключение: показатели ШТХ (дистанция, ходьбы с учетом привычной скорости ходьбы, время восстановления ЧСС после нагрузки, индекс адаптации) позволяют повысить точность оценки функциональных классов ХСН и количественно оценить резервы адаптации. Определение привычной скорости ходьбы позволяет проводить ШТХ на любой неразмеченной дистанции, в условиях терренкура, с точным контролем пройденного расстояния.

0813 ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Сизова Ж.М.

ГОУВПО Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова Росздрава, Москва, Россия

Цель: оптимизация фармакотерапии хронической сердечной недостаточностью (ХСН), осложнившей течение ИБС, с помощью комбинированной терапии современными патогенетическими лекарственными средствами.

Методы исследования. Под наблюдением находились 355 больных ХСН II-IVОК в возрасте от 43 до 76 лет с фракцией выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) <45%, осложнившей течение ИБС. 1 группа (n=108) получала комбинацию ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) + диуретики; 2 группа (n=45) -антагонистов рецепторов II (АРАП) + диуретики; 3 группа (n=85) -иАПФ + диуретики + периферические вазодилататоры (ПВД); 4 группа (n=79) -иАПФ + диуретики + бета-адреноблокаторы; 5 группа (n=38) - иАПФ + диуретики + бета-адреноблокаторы + антагонисты альдостерона. Методы подбора и оценки эффективности и безопасности проводимой комбинированной фармакотерапии включали динамику клинических проявлений заболевания; гемодинамические методы (ЧСС, АД, ОПСС); ЭКГ, ЭХОКГ и проводились до начала лечения больных и через 12,24 и 48 недель комбинированной фармакотерапии.

Результаты. Достоверной разницы в степени снижения среднего ФК ХСН у больных 1-3 групп выявлено не было. К 48 неделе средний ФК ХСН снизился на 11%, 13,4% и 12,8% соответственно (p<0,05, p<0,05, p<0,05). Снижение среднего ФК ХСН отмечено у больных 4 и 5 групп - 16,4% и 20,1% соответственно (p<0,01, p<0,01). Влияние различных комбинаций лекарственных средств на показатели гемодинамики у больных ХСН различалось. Снижение ЧСС у больных 1 и 2 групп было сравнимо одинаковым и недостоверным. Лекарственная комбинация №3 приводила к недостоверному учащению ЧСС. Наибольшее урежение ЧСС имело у больных ХСН 4 и 5 групп - на 24,8% и 22,9% соответственно (p<0,001, p 0,001). Влияние различных комбинаций на АД и ОПСС было качественно одинаковым, в большей степени АД и ОПСС снижались у больных 4 и 5 групп. К 48 неделе лечения у больных всех групп отмечалось улучшение сократительной функции миокарда ЛЖ. В большей степени улучшение показателей сократительной функции миокарда ЛЖ отмечено у больных 4 и 5 групп, имеющих более тяжелое течение заболевания и получавших в составе комбинированной фармакотерапии бета-адреноблокаторы, с уменьшением размеров конечно-систолического объемов ЛЖ на 16,0% и 17,9% (p<0,01, p<0,01), конечно-диастолического - на 12,2% и 8,7% (p<0,05, p<0,05) соответственно. ФВ ЛЖ увеличилась на 16,9% и 17,8% (p<0,01,p<0,01).

Заключение. Таким образом, фармакотерапия больных ХСН II-IV ФК, осложнившей течение ИБС, должна быть комбинированной. Все варианты комбинированной фармакотерапии уменьшают клинические симптомы ХСН. Наиболее эффективной является комбинация иАПФ, диуретических лекарственных средств и бета-адреноблокаторов.

0814 ВЗАИМОСВЯЗЬ PLA1/A2 ПОЛИМОРФИЗМА ГЛИКОПРОТЕИНА IIIA С АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТАГОНИСТАМ ГЛИКОПРОТЕИНА IIB/IIIA

Сироткина О.В.[1], Хаспекова С.Г.[2], Заботина А.М.[1], Мазуров А.В.[2]

[1]Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова РАН, Санкт-Петербург, Россия; [2]ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росздрава, Москва, Россия

Цель. Полиморфизм рецептора фибриногена тромбоцитов - гликопротеина (ГП) IIb/IIIa, обусловленный заменой Leu на Pro в 33 положении аминокислотной последовательности ГП IIIa (PlA1 и A2 аллели, соответственно), является одним из факторов риска развития раннего инфаркта миокарда. В настоящей работе сравнивали агрегационную активность и чувствительность к антагонистам ГП IIb/IIIa тромбоцитов здоровых доноров в зависимости от носительства PlA1 и PlA2 алеллей.

Методы. Группу PlA1 составили 20 носителей PlA1A1 генотипа (8 мужчин и 12 женщин), группу PlA2 – 13 носителей PlA2 аллеля в гетерозиготном состоянии (PlA1A2 генотип) и 2 гомозиготных носителя (PlA2A2 генотип) (6 мужчин и 9 женщин). Определение аллельных вариантов PlA1 и PlA2 проводили методом ПЦР с последующим рестрикционным анализом эндонуклеазой MspI. У всех доноров измеряли: 1) агрегацию тромбоцитов, индуцированную АДФ (20, 5, 2,5 мкМ); 2) агрегацию, индуцированную анти- ГП IIb/IIIa антителом CRC54 (400, 200 и 100 мкг/мл), которое стимулирует рецепторную активность ГП IIb/IIIa; 3) степень ингибирования АДФ-индуцированной агрегации антагонистами ГП IIb/IIIa - препаратом Монафрам (1, 2 и 3 мкг/мл), представляющим собой F(ab')2 фрагмент антитела, блокирующего связывание ГП IIb/IIIa с фибриногеном, и пептидным препаратом эптифибатидом (0,05, 0,1 и 0,15 мкг/мл).

Результаты. Максимальная скорость АДФ-индуцированной агрегации была выше в группе PlA2 при всех концентрациях индуктора, достигая достоверных различий при 5 мкМ (p=0,05). Максимальный уровень агрегации, индуцированной 5 и 2,5 мкМ АДФ, также был несколько выше в группе PlA2, однако различия не были статистически значимы. Максимальный уровень и скорость агрегации тромбоцитов, индуцированной антителом CRC54, были достоверно выше в группе PlA2 при всех концентрациях антитела (от p=0.027 до p=0.009). Ингибирование агрегации тромбоцитов (снижение максимального уровня) Монафрамом было менее выражено в группе PlA2 (p=0,046 и p=0,041 при 1 и 2 мкг/мл Монафрама, соответственно). Различия в степени ингибирования агрегации тромбоцитов эптифибатидом в группах PlA1 и PlA2 не достигали достоверного уровня ни при одной концентрации препарата. Все отличия между носителями PlA1 и PlA2 аллелей, обнаруженные при анализе общей группы доноров были более значимы в подгруппе женщин, в то время как у мужчин не было выявлено достоверных отличий ни по одному из показателей.

Выводы. У здоровых носителей PlA2 аллеля выявлена более высокая агрегационная активность тромбоцитов и более низкая чувствительность к антагонистам рецептора фибриногена ГП IIb/IIIa. Различия, зарегистрированные в общей группе, были обусловлены в первую очередь различиями в подгруппе женщин, составивших 60% обследованных.

Tesis_006_end.indd 343 24.08.2006 22:26:02
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0815 ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ МОДИФИКАЦИИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ИНДАПАМИДА

Скачилова С.Я., Шилова Е.В., Сернов Л.Н., Митрохин Н.М., Бобров В.И., Корольченко Л.В.

ОАО «ВНЦ БАВ», Старая Купавна, Россия

Цель. Разработать новую отечественную лекарственную форму индапамида пролонгированного действия и изучить фармакологические эффекты.

Методы. Для изучения возможности модификации фармакологических эффектов такой лабильной молекулы, как индапамид выбраны приемлемые вспомогательные вещества, обеспечивающие стабильность субстанции и пролонгированность действия: микрокристаллическая целлюлоза, обладающая высокими сорбционными и определёнными антитоксическими свойствами и гидроксипропилметилцеллюлоза. Фармакологические исследования проводились на 32 нормотензивных нелинейных белых крысах массой 220-240 г. Вещества вводили внутрижелудочно в 1,0 мл крахмального геля один раз в сутки в течение 20 дней. Систолическое артериальное давление измеряли через 30 Минут после введения препарата на хвостовой артерии бескровным методом без наркотизации животных. Замеры артериального давления (АД) производили на 5-е, 10-е, 15-е, и 20-е сутки применения препаратов. Для каждой крысы вычисляли среднее арифметическое значение АД из 3-х измерений.

Фармакокинетические исследования проводили на кроликах-самцах породы Шиншилла с массой тела 3,0±0,2 кг. Животные содержались в стандартных клетках при 12-часовом режиме освещения и свободном доступе к корму и воде. Фармакокинетику и биодоступность препаратов изучали на протяжении 32 ч после однократного введения таблеток per os в дозе 2 мг/кг. После перорального введения препаратов кровь отбирали из краевой вены уха кролика через дискретные интервалы времени (1, 2, 3, 5, 8, 24, 32 ч после введения препарата). Пробы крови выдерживали при комнатной температуре до образования сгустка, после чего образцы центрифугировали в течение 10 Мин при n=2500 об/мин и отбирали по 1 мл сыворотки. До анализа пробы сыворотки хранили при температуре Минус 18 С. Для количественного определения индапамида в сыворотке крови применяли метод ВЭЖХ.

Результаты. Проведённые фармакологические исследования свидетельствуют, что АД у животных, получавших индапамид в виде таблеток с модифицированным высвобождением в дозе 0,5 мг/кг, снижается постепенно и плавно (на 20 день - на 14,7 % по сравнению с исходными показателями), что указывает на пролонгированность действия препарата. Аналогично Арифон обладал идентичным гипотензивным эффектом: снижал АД на 13,9%. Показано, что препарат быстро всасывается в системный кровоток при приеме обеих изучаемых форм Tmax=4,83-5,17 ч и затем медленно выводится из организма с периодом полуэлиминации в □-фазе, соответственно 15,42 ч (А) и 16,03 ч (В). Биодоступность разработанных таблеток индапамида идентична Арифону.

Выводы. Изучением фармакологических эффектов новой отечественной модифицированной формы индапамида в виде пролонгированных таблеток 1,5 мг установлено постепенное высвобождение индапамида в ЖКТ. Показано, что индапамид в форме таблеток пролонгированного действия оказывает стойкий гипотензивный эффект, сохраняющийся в течение 24 часов; при этом наблюдается умеренное усиление диуреза.

0816 НОВЫЕ КОМПОЗИЦИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ И ИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

Скачилова С.Я., Шилова Е.В., Сернов Л.Н., Митрохин Н.М., Бобров В.И.

ОАО «ВНЦ БАВ», Старая Купавна, Россия

Цель. Разработка новых фармацевтических композиций ингибиторов АПФ и изучение их фармакологической активности.

Методы. Физико-химические, биологические. Фармакологические исследования проводились на беспородных белых крысах массой 200-300 г с исходно повышенным артериальным давлением, отобранных из групп крыс, содержавшихся на стандартном рационе вивария. Животных делили на 4 группы: Испытуемый и эталонный препараты применяли в дозах 3 мг/кг и 10 мг/кг. Вещества вводили внутрижелудочно в 0,3 мл крахмального геля один раз в сутки в течение 16 дней. Систолическое артериальное давление измеряли через 30 Минут после введения препарата на хвостовой артерии бескровным методом без наркотизации животных. Замеры артериального давления (АД) производили на 4-е, 8-е, 12-е и 16-е сутки применения препаратов. Фармакокинетические исследования проводили на кроликах-самцах породы Шиншилла, массой тела 3,15-3,35 кг. Животные содержались в стандартных клетках при 12-часовом режиме освещения и свободном доступе к корму и воде. Фармакокинетику и биодоступность препаратов изучали после однократного введения таблеток per os. После введения препаратов кровь отбирали из краевой вены уха кролика через определённые временные интервалы.

Результаты. Установлено, что каптоприл, содержащий тиоловую группу, легко разрушается особенно в растворах. Его стабильность зависит от pH среды, температуры, освещенности. В кислой среде он относительно стабилен, в то время как в нейтральной (pH 7,0) при комнатной температуре через 24 часа сохраняется только 30% вещества, а в щелочной (pH 9,0-9,8) уже через 4 часа обнаруживается всего 18%. В крови изменение структуры каптоприла происходит еще быстрее. При температуре 24 С в течение 1 часа деградирует почти 75% каптоприла. При пониженных температурах этот процесс замедляется. Изучение физико-химических свойств субстанции эналаприла малеата позволило предложить принципиально новые составы таблеток. Выбраны соответствующие вспомогательные вещества и условия проведения процесса получения, обеспечивающие сохранность субстанций. Полученные данные по фармакологическим свойствам разработанных новых композиций таблеток каптоприла свидетельствуют, что при действии препарата в дозе 5 мг/кг достоверно снижается АД во все сроки наблюдения, в том числе и в первый срок измерения – на 4 день. Полученные данные по фармакологическим свойствам разработанных новых композиций таблеток эналаприла малеата 5 мг, 10 мг и 20 мг свидетельствуют, что АД у животных со спонтанно повышенным артериальным давлением, получавших эналаприла мелеат в дозе 10 мг/кг, достоверно снижается во все сроки наблюдения с максимальным эффектом на 16 день - на 20% по сравнению с исходными показателями.

Выводы. Разработаны новые стабильные композиции ингибиторов АПФ – каптоприла и эналаприла малеата. Показана их высокая фармакологическая активность. Установлено, что уровень максимальной концентрации каптоприла в крови достигается через 1 час после однократного введения препарата, период полувыведения составляет 1,55 часа. Уровень максимальной концентрации эналаприла малеата в крови достигается через 0,5-1,0 час, среднее время пребывания в организме 26,1-27,3 часа.

0817 СТРУКТУРА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКСЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Скибицкий В.В., Медведева Ю.Н., Скибицкая С.В.

КГМУ, Краснодар, Россия

Цель: изучить структуру кардиоваскулярной патологии в климаксе различного генеза у женщин города Краснодара.

Методы: обследовано 513 жительниц города Краснодара, среди них 214 человек в хирургическом климаксе (ХК) – после

Tesis_006_end.indd 344 24.08.2006 22:26:02
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

операции удаления матки и придатков – возраст 52 (48-55) года, длительность менопаузы 20 (6,5-84) месяцев; 299 женщин находились в естественном климаксе (ЕК) (возраст 53 (50-56) года, длительность менопаузы 36 (12-72) месяцев). До наступления менопаузы ни у одной из обследованных женщин не было верифицировано кардиоваскулярных заболеваний. Всем больным проводили физикальное обследование с контролем офисных значений артериального давления. Осуществляли антропометрические измерения с вычислением индекса массы тела, отношения окружности талии к окружности бедер. Определяли липидный спектр, исследовали коагулограмму, уровень инсулина натощак. Глюкозотолерантный тест оценивали стандартно. Регистрировали ЭКГ по стандартной методике, проводили нагрузочные пробы, холтеровское мониторирование ЭКГ, суточное мониторирование артериального давления, эхокардиографию. Данные представлены в виде медиан и интерквартильных интервалов, количество наблюдений в группах сравнивалось по методу хи-квадрата.

Результаты: В ХК артериальная гипертония (АГ) зарегистрирована у 173 (81%) человека, в ЕК – у 254 (85%) обследованных. Сахарный диабет или нарушение толерантности к углеводам обнаружены у 32 человек в ХК (15%), что свидетельствует о большой роли метаболических нарушений, в первую очередь инсулинорезистентности, при ХК; в естественном климаксе сахарный диабет выявлен у 26 (8,6%) пациенток. Среди пациенток в ХК сочетание АГ сочетание и стенокардии установлено у 52 (30,05%) женщин, в естественном климаксе – у 72 (28,3%). При этом у 8 (15,3%) обследованных в хирургическом и у 11 (15,2%) в естественном климаксе ишемическая болезнь сердца (ИБС) манифестировала инфарктом миокарда с зубцом Q без предшествующих ангинозных приступов. АГ и нарушение ритма сердца (НРС)) выявлены у 48 (27,7%) человек в ХК и у 54 (21,2%) в ЕК. Следует отметить, что при естественном климаксе преобладающим вариантом НРС (2/3 обследованных) была фибрилляция предсердий, значительно повышающая риск развития кардиоэмболического инсульта; в хирургическом – суправентрикулярная экстрасистолия. Инсульт за время наблюдения зарегистрирован у 10 (5,7%) в ХК и у 9 (3,5%) в ЕК. Три заболевания: АГ с ИБС (стенокардия напряжения или инфаркт миокарда) и НРС были установлены у 18 (10,4%) человек в ЕК и у 40 (15,7%) обследованных ХК. У 63 женщин в хирургическом и у 119 пациенток в естественном климаксе АГ не сочеталась с какой-либо другой патологией сердечно-сосудистой системы.

Выводы: У подавляющего большинства пациенток в климаксе имеется сочетанная кардиоваскулярная патология, развивающаяся в раннем периоде климактерия. Установленные особенности диктуют необходимость динамического наблюдения пациенток в климаксе кардиологом с целью профилактики и своевременной коррекции выявленных изменений сердечно-сосудистой системы.

0818 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДГИПЕРТОНИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ВО ВРЕМЯ СЕССИИ

Скибицкий В.В., Фендрикова А.В., Корнилова Н.В., Новоселецкая Т.А.

КГМУ, Краснодар, Россия

Цель: определить частоту выявления предгипертонии и артериальной гипертонии у студентов в период сессии.

Методы: нами обследованы 607 учащихся 1, 2 и 3 курсов КГМУ до и после экзаменов, средний возраст которых составил 19,2±0,6 лет. Всем студентам проводилось общеклиническое исследование, выявление факторов риска артериальной гипертонии (АГ): курения, отягощенного семейного анамнеза, избыточной массы тела, а также 3-х кратное измерения артериального давления (АД).

Результаты: одним из наиболее распространенных факторов риска АГ среди студентов являлся отягощенный семейный анамнез, выявляемый в 58% случаев, тогда как курение и избыточная масса тела имели место в 16% и 6% случаев соответственно. До начала экзамена лишь у 140 человек (23%) диагностировано оптимальное АД (менее 120/80 Мм рт. ст.), у 261 студента (43%) выявлено повышенное нормальное АД - предгипертония (уровень АД 120/80-139/89 Мм рт. ст.), а у 206 (34%) – АГ 1 и 2 степени. После экзамена реакция уровня АД отличалась в подгруппах студентов. В группе с исходно нормальным уровнем АД у 20 человек (14,3%) имела место предгипертония, а у 57 (40,7%) – АГ. Оптимальный уровень АД сохранялся у 63 студентов (45%). Исходно диагностированная предгипертония сохранялась после экзамена у 130 учащихся (49,8%), однако у 87 человек (33,3%) их этой группы отмечалось повышение АД до140/90 Мм рт. ст. и выше. У 44 студентов (16,9%) уровень АД снизился до оптимальных цифр. Среди студентов с АГ после экзамена у 13 человек (6,4%) уровень АД достиг оптимального, у подавляющего большинства (125 человек – 60,6%) сохранялась АГ, а у 68 студентов (33%) отмечалось снижение АД до уровня предгипертонии. В этой группе после экзамена частота выявления АГ 2 степени была достоверно выше, чем до экзамена: 34 (27,2%) человека и 13 (10,4%) человек соответственно (p=0,008). Проведенный корреляционный анализ показал, что уровень АД до и после экзамена не зависел от выставленной экзаменатором оценки. В то же время в подгруппе студентов с АГ выявлена корреляционная связь уровня систолического АД до и после экзамена с наличием отягощенного семейного анамнеза (r=0,35, p=0,009) и курением (r=0,57, p=0,0001).

Выводы: 1. Среди студентов имеет место высокая частота выявления предгипертонии и АГ. 2. У студентов с исходной предгипертонией и АГ уровень АД после действия стрессовой ситуации нормализуется реже, чем у лиц с исходным оптимальным АД. 3. При наличии исходной АГ после действия стресса число лиц с 2 степенью АГ возрастает. 4. Среди студентов с АГ имеется достоверная корреляционная связь между уровнем АД и наличием факторов риска (отягощенным семейным анамнезом и курением). 5. Необходимо раннее выявление среди студентов категории лиц с предгипертонией и АГ для проведения всестороннего обследования и назначения немедикаментозного и медикаментозного лечения.

0819 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА

Скурихина О.Н., Миллер О.Н., Старичков С.А., Субраков Г.Е., Бахметьева Т.А.

Филиал №2 ГБ ГС МСЭ по НСО, НГМУ, Новосибирск, Россия

Врачи-эксперты, впервые освидетельствующие больного на МСЭ, должны за достаточно короткий срок провести экспертизу трудоспособности и в этой ситуации очень важна всесторонняя оценка состояния больного, в том числе оценка качества жизни (КЖ) пациента.

Цель работы: оценить качество жизни пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда с постоянной и пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП).

Материалы и методы. В исследование включено 74 пациента, средний возраст (56,2±5,4 года) из них женщин – 29, мужчин – 45. Все больные перенесли Q-инфаркт миокарда на фоне артериальной гипертонии различной степени выраженности. Пациенты были разделены на 3 группы: в 1-ю вошли 23 пациента с Q-инфарктом миокарда и пароксизмальной формой ФП, во 2-ю – 27 больных с Q-инфарктом миокарда и постоянной формой ФП, в 3-ю – 24 пациента с Q-инфарктом миокарда без нарушения ритма. Всем проводилась ЭхоКГ, ЭКГ, суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера. Оценка качества жизни проводилась по опроснику SF-36 исходно на день освидетельствования и спустя 6 месяцев.

Tesis_006_end.indd 345 24.08.2006 22:26:03
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. По статусу активности свою физическую работоспособность оценили как хорошую 16 пациентов (21,6%): два пациента 1-ой группы (8,6%), двое больных 2-ой группы (7,4%) и 12 пациентов 3-ей группы (50%). Как удовлетворительную – 18 пациентов (24,3%): в 1-ой группе – 6 больных (26,1%), во 2-ой – 6 больных (22,2%), в 3-ей группе – 6 пациентов (25%). Как плохую – 40 пациентов (54,1%) из них 15 пациентов (65,2%) 1-ой группы, 17 больных (62,9%) во 2-ой группе и 8 пациентов (33,3%) в 3-ей группе, при отсутствии пароксизмов тахиаритмии.

По эмоциональному состоянию и психическому здоровью самый низкий статус КЖ отмечался у пациентов 1-ой группы: выраженная тревога и депрессия имели место у 16 больных (68%), субклиническая тревога и депрессия у 4 пациентов (19%), отсутствие достоверно выраженной тревоги и депрессии – у 3 (13%). Через 6 месяцев после определения инвалидности физическую работоспособность оценили как хорошую 18 пациентов (24,3% против 21,3%), удовлетворительную – 23 пациента (31,1% против 24,3%), и как плохую – 31 больной (44,9% против 54,1%).

Выводы. Таким образом, при оценке качества жизни самые низкие показатели имели пациенты с пароксизмальной формой ФП и наилучшие – без нарушения ритма. Данное обстоятельство можно объяснить тем, что у пациентов с пароксизмами ФП имеет место выраженная тревога по поводу «ожидания» приступа тахиаритмии, даже, несмотря на стабильное течение ИБС.

0820 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ: ИЗМЕНЕНИЯ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АСПИРИН И ГЕПАРИН

Славина Н.Н., Ваулин Н.А., Аверков О.В., Покровская Е.В., Грацианский Н.А.

ФГУ «НИИ Физико-Химической Медицины Росздрава», Москва, Россия

Фактор фон Виллебранда (ФВ) играет ключевую роль в тромбообразовании. Динамика изменений ФВ у больных острым коронарным синдромом без подъемов сегмента ST на ЭКГ (ОКС) изучена недостаточно.

Цель работы - изучить изменения уровня ФВ у больных ОКС, получавших в составе “стандартного” лечения нефракционированный (НФГ) или низкомолекулярный гепарин (НМГ) и аспирин.

Материал и методы. В контрольных группах трех последовательно выполненных исследований (двух по оценке эффектов тиенопиридинов, третьего - по оценке эффектов гемфиброзила) больные ОКС (приступ в покое с изменениями ST-T на ЭКГ или с повышением тропонина Т в пределах 48 ч) в составе стандартного лечения получали НФГ или НМГ. В начале лечения, через 1, 3, 7, 14 суток с помощью ELISA определяли содержание ФВ (точки 0, 1, 3, 7, 14 соответственно).

Результаты. Всего обследовано 48 больных ОКС (средний возраст 66.9 лет, 43.8% мужчин, 22.9% с повышением общей КФК в 2 раза или более).

В первые 24 часа наблюдения произошло достоверное повышение уровня ФВ (163,6±30,6% и 173,6±36,4% соответственно исходно и в точке 1, $p<0,05$). К 3-им суткам он достиг своего максимума, и был статистически значимо выше, чем в точках 0 и 1 (179,8±30,6%, $p<0,01$ для сравнения с исходным и днем 1). Через неделю наблюдения содержание ФВ снизилось почти до исходного уровня (165,0±24,3%), и оставалось таким же к 14 дню (164,7±27,3%). В точках 7 и 14 уровень этого показателя был достоверно ниже, чем на 3-й день ($p<0,01$), но не отличался от исходного уровня и точки 1. Изменения уровня ФВ в трех группах больных, вошедших в данное исследование, были однонаправленными.

Заключение. У больных ОКС, получающих гепарин и аспирин, в первые трое суток наблюдения происходило значительное повышение уровня ФВ. Через неделю наблюдения содержание ФВ возвращалось к исходным значениям.

0821 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КУРЕНИЯ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Смазнов В.Ю., Акимова Е.В., Гакова Е.И., Пушкарев Г.С., Кузнецов В.А.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний в Сибири СО РАМН, ЯНЦ РАМН и Правительства РС, Тюмень, Россия

Целью эпидемиологического исследования явилось изучение распространенности и интенсивности курения у мужчин г. Тюмени с ишемической болезнью сердца (ИБС) и артериальной гипертонией (АГ) и отсутствием данной патологии.

Репрезентативная выборка для проведения кардиологического скрининга из избирательных списков граждан 25-64 лет одного из административных округов г. Тюмени составила 1000 человек, отклик 79,5%. Регулярно курящими считали обследуемых, выкуривающих по крайней мере одну сигарету в день. Среди регулярно курящих были выделены группы в зависимости от интенсивности курения: курящие 1–9; 10 19; 20 и более сигарет в сутки. Кроме того, выделяли лиц, никогда не куривших, курящих нерегулярно и бросивших курить.

Распространенность регулярного курения табака существенно не различалась в группах мужчин с выявленной ИБС и при ее отсутствии. Практически не различались в процентном отношении и группы некурящих мужчин – среди лиц с наличием ИБС их оказалось 38,6%, с отсутствием ИБС – 39,2%. В то же время, среди мужчин с ИБС отмечалось достоверное снижение доли курящих нерегулярно сравнительно с группой мужчин без ИБС (10,0% – 3,5%, $p<0,05$) и, напротив, достоверное повышение доли бросивших курить в тех же группах (0,7% – 3,5%, $p<0,05$). Среди курящих регулярно между группами с наличием и отсутствием ИБС в отношении интенсивности курения достоверных различий найдено не было.

В группах мужчин с отсутствием и наличием артериальной гипертонии отмечалась значимая разница по распространенности регулярного курения в популяции с достоверным превалированием показателя у последних (45,5% – 55,1%, $p<0,05$). По другим градациям – курящих нерегулярно, некурящих и бросивших курить – достоверных различий между группами с отсутствием и наличием АГ не наблюдалось. По интенсивности курения среди регулярно курящих 1-9 сигарет в сутки имела место достоверно меньшая доля лиц среди мужчин с выявленной АГ по сравнению с группой без артериальной гипертонии (7,6% – 15,2%, $p<0,05$). Доля «злостных» и «умеренных» курильщиков среди мужчин с наличием и отсутствием АГ была практически одинаковой.

Таким образом, в открытой популяции Тюмени при наличии ИБС существенно снижалась доля мужчин, курящих нерегулярно, и повышалась доля бросивших курить. У мужчин с АГ сравнительно с группой без данной патологии отмечалось увеличение распространенности регулярного курения с достоверным превалированием среди курящих доли лиц, курящих малое количество сигарет в сутки.

0823 КРАТКОСРОЧНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИМВАСТАТИНА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ: ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДОВ, МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА

Сметанина И.Н., Ваулин Н.А., Масенко В.П., Грацианский Н.А.

ФГУ НИИ ФХМ, Центр атеросклероза, Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 346 24.08.2006 22:26:03
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель. Изучить воздействие краткосрочного применения симвастатина на маркеры воспаления и показатели функции левого желудочка (ЛЖ) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и низкой фракцией выброса (ФВ).

Методы. 70 больных с ишемической ХСН II-IV функционального классов (ФК) по NYHA и ФВ 35%, ранее не принимавших статины, после 1 мес стандартной терапии были рандомизированы в группу симвастатина 40 мг/сут. (n=36) или в группу контроля (n=34). Уровни липидов, высокочувствительного С-реактивного белка (С-РБ) и фактора некроза опухоли (ФНО-), ФВ ЛЖ оценивали при рандомизации больных и через 4 мес. Показатели диастолической функции ЛЖ (IVRT, E, A, E/A, DT) оценивали у больных с синусовым ритмом (n=48) методом допплер-эхокардиографии. 7 больных по разным причинам выбыли из исследования, поэтому в анализ включены данные 32 (группа статина) и 31 больного (группа контроля).

Результаты. Средний возраст больных составил 65,7±8,8 лет (77% - мужчины), ФВ ЛЖ - 28,7±5,4%. 60% больных имели ХСН III-IV ФК по NYHA. Инфаркт миокарда в прошлом отмечен у 91% больных, артериальная гипертензия - у 77%, диабет - у 45%. Стандартная терапия включала ингибиторы АПФ (100% больных), бета-блокаторы (94%), мочегонные (94%), спиронолактон (83%), нитраты (51%), дигоксин (20%), аспирин (89%). Группы не отличались по исходным характеристикам за исключением уровня С-РБ, который был достоверно выше в группе контроля. В группе статина произошло снижение ХС ЛНП на 42% (p=0,000), триглицеридов на 14% (p=0,004). В группе контроля эти показатели существенно не изменились. ХС ЛВП вырос на 14,4 и 12,9% в группах статина и контроля (для обеих групп p=0,001). Несмотря на более низкий исходный уровень С-РБ, статистически значимое снижение С-РБ произошло только в группе статина (на 30%, p=0,045) по сравнению с группой контроля (на 11%, p=0,139). Не отмечено значимого изменения уровня ФНО- ни в одной из групп. ФВ ЛЖ увеличилась в равной степени в обеих группах: на 5,7±4,7% (p=0,000) в группе статина и 4,1±4,6% (p=0,000) в группе контроля. Статистически значимое уменьшение величины лишь одного из показателей диастолической функции ЛЖ (E/A в группе статина, p=0,016) трудно интерпретировать при наличии выраженной систолической дисфункции.

Выводы. Снижение ХС ЛНП и С-РБ при краткосрочном применении симвастатина у больных с систолической ишемической ХСН не было связано с изменениями ФВ ЛЖ, отличающимися от группы контроля.

0823-a КРАТКОСРОЧНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИМВАСТАТИНА НЕ ПРЕДОТВРАТИЛО ПОВЫШЕНИЕ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сметанина И.Н., Ваулин Н.А., Масенко В.П., Грацианский Н.А.

ФГУ НИИ ФХМ, Центр атеросклероза, Москва, Россия

Эффект статинов на N-терминальный про-В-тип натрийуретического пептида (NT-proBNP) у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) не установлен.

Цель. Оценить изменения NT-proBNP при краткосрочном применении симвастатина у больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) и систолической ХСН.

Методы. 70 больных с ишемической ХСН II-IV функционального классов (ФК) по NYHA и фракцией выброса (ФВ) 35%, ранее не принимавших статины, после 1 мес “стабилизации” на стандартной терапии были рандомизированы в группу симвастатина 40 мг/сут. (n=36) или в группу контроля (n=34). NT-proBNP, эхокардиографические показатели функции левого желудочка (ЛЖ) оценивали при рандомизации больных и через 4 мес. 7 больных по разным причинам выбыли из исследования, в анализ включены данные 32 (группа статина) и 31 больного (группа контроля).

Результаты. 60% больных имели ХСН III-IV ФК по NYHA. Средний возраст - 65,7±8,8 лет (77% - мужчины), средняя ФВ ЛЖ - 28,7±5,4%, медиана (25-75-й перцентили) значений NT-proBNP - 599 (329-1092) фмоль/л. Стандартная терапия включала ингибиторы АПФ (100% больных), мочегонные (94%), спиронолактон (83%), нитраты (51%), дигоксин (20%), аспирин (89%), бета-блокаторы (94%). За период “стабилизации” у 65,1% больных (у 65,6% в группе статина и у 64,5% в группе контроля) бета-блокаторы были назначены впервые, либо была изменена их доза. Группы не отличались по исходным характеристикам. За 4 мес отмечено статистически значимое увеличение уровня NT-proBNP как в группе, получавших симвастатин [от 640 (327-1333) до 1120 (863-1568) фмоль/л, p=0,000], так и в группе контроля [от 541 (371-920) до 1082 (828-1607) фмоль/л, p=0,000], несмотря на то, что в обеих группах произошло уменьшение конечно-диастолических и конечно-систолических объемов ЛЖ и повышение ФВ ЛЖ.

Выводы. Краткосрочное применение симвастатина у больных с ИБС и систолической ХСН не было связано с изменениями NT-proBNP, отличающимися от группы контроля. Повышение уровня NT-proBNP в обеих группах, несмотря на адекватное лечение и уменьшение в обеих группах диастолических и систолических объемов ЛЖ, увеличение ФВ ЛЖ объясняется, по-видимому, активацией терапии бета-блокаторами.

0824 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова Е.А., Якушин С.С., Лиферов Р.А.

Областной кардиодиспансер, РязГМУ им. акад. И.П.Павлова, Рязань, Россия

Цель: изучение распространенности и эффективности лечения артериальной гипертонии (АГ) в Рязанской области по данным репрезентативной выборки.

Методы исследования: работа выполнена в рамках Российского эпидемиологического проспективного исследования «ЭПОХА». Обследована репрезентативная выборка Рязанской области – 2098 человек, средний возраст 44,8±0,01 лет. В группу АГ включены пациенты с выявленным при трехкратном измерении АД ≥140/90 Мм рт.ст., а также с нормальным АД, получающие гипотензивную терапию.

Результаты: распространенность АГ в популяции Рязанской области составила 32,8%. Средний возраст больных АГ составил 58,6 (13,9) лет. Среди всех пациентов АГ женщины составили 63,5%, мужчины – 36,5%. Стандартизованные показатели распространенности АГ среди мужчин 33,9%, среди женщин – 38,2%. Как у мужчин, так и у женщин отмечается отчетливое увеличение АГ с возрастом. До 40 лет АГ преобладает среди мужчин 7,6% и 16,6% против 2,7% и 11,9% в возрастных группах 20-39 лет, а после 40 лет этот показатель существенно выше у женщин за исключением возрастной группы 80-89 лет, в которой распространенность АГ у мужчин выше, чем у женщин (81,8% против 78,9%). Несмотря на то, что распространенность АГ среди мужчин несколько ниже, чем среди женщин (33,9% против 38,2%), женщины лучше информированы (91,7% против 80%), чаще лечатся (28,5% против 16,6%) и в 2 раза чаще лечатся эффективно (9,1% против 4,4%). В популяции преобладают лица с I степенью повышения АД (47,5%). Среди пациентов АГ, в том числе получающих гипотензивную терапию, больные с I степенью АГ составили 57,0%, II степенью – 30,1%, III степенью – 10,7%.

Анализ медикаментозной терапии пациентов АГ показал, что 34,7% пациентов вообще не получают никакой гипотензивной терапии. Среди лечившихся большая часть принимает рекомендуемые группы препаратов: ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, диуретики, антагонисты кальция. В структуре гипотензивных препаратов наблюдается отчетливое преобла-

Tesis_006_end.indd 347 24.08.2006 22:26:03
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

дание дженериков. Так среди иАПФ оригинальные препараты получают 3,3% пациентов. Среди назначаемых БАБ преобладают атенолол (66,7%) и пропранолол (28,9%). В структуре назначаемых АК преобладают короткодействующие нифедипины (75,3%). Достаточно редко назначаются мочегонные препараты – 14,3%. 40,9% пациентов получают не рекомендованный при гипертонии фуросемид. 16,3% пациентов, страдающих АГ, получают «другие» препараты (адельфан, андипал, раунатин, папазол, кристепин).

Выводы: 1. Выявлена высокая распространенность АГ среди мужчин и женщин Рязанской области (33,9% и 38,2% соответственно).

2. Несмотря на достаточно высокую информированность о наличии АГ (91,7% женщин и 80% мужчин), выявлен низкий процент пациентов, получающих гипотензивную терапию (28,5% женщин и 16,6% мужчин) и низкая эффективность лечения (9,1% у женщин и 4,4% у мужчин).

3. В структуре назначаемых гипотензивных препаратов, наряду с рекомендованными, часто используются устаревшие лекарственные средства.

0825 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Смирнова Е.А.

Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Цель: Изучить распространенность факторов риска (ФР), определяющих развитие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) среди мужчин и женщин по данным репрезентативной выборки.

Методы исследования: Обследована репрезентативная выборка Рязанской области – 2098 человек, средний возраст 44,8±0,01 лет. Проанализирована роль ФР: артериальной гипертонии (АГ), курения, сахарного диабета (СД) и ожирения. В группу АГ включались пациенты с выявленным при трехкратном измерении артериальным давлением ≥140/90 Мм рт. ст., а также с нормальным АД, получающие гипотензивную терапию. За курящих принимались лица, выкуривающие хотя бы одну сигарету/папиросу в сутки. Избыточная масса тела диагностировалась при индексе массы тела (ИМТ) ≥25 кг/м2, ожирение - при ИМТ ≥30 кг/м2.

Результаты: Распространенность АГ в популяции Рязанской области составляет 32,8%. Средний возраст больных АГ 58,6 (13,9) лет. Среди всех пациентов АГ женщины составили 63,5%, мужчины – 36,5%. Стандартизованные показатели распространенности АГ среди мужчин 33,9%, среди женщин – 38,2%.

В репрезентативной выборке курят 25,2%, бросили курить – 2,6%, никогда не курили 72,6%. Максимальная распространенность курения среди мужчин приходится на возраст 30-39 лет, среди женщин на 20-29 лет и составляет 62,1% и 10,3% соответственно. Количество выкуриваемых сигарет у мужчин увеличивается с возрастом, достигая максимума к 40-49 годам (в среднем 18,1 в сутки), затем постепенно снижается. Женщины в среднем выкуривают по 11,3 сигареты в сутки. Стандартизованная по возрасту распространенность курения в Рязанской области среди мужчин и женщин 50,7 и 5,8%, что меньше, чем по России в целом (59,8% и 9,1% соответственно).

Сахарным диабетом страдает 3,4% населения Рязанской области. Распространенность СД увеличивается с возрастом. Максимальная распространенность СД среди мужчин и женщин приходится на возрастную группу 70-79 лет и составляет 15,9% и 11,8% соответственно. Стандартизованные показатели распространенности СД у мужчин - 2,4%, у женщин - 3,9%.

Среди населения Рязанской области повышенную массу тела имеют 52,9% обследованных, ожирение наблюдается у 23,5%, из них 67,8% - женщины. Отмечено увеличение ИМТ с возрастом как у мужчин, так и у женщин. Эта тенденция сохраняется до возрастной группы 60-69 лет, далее у женского населения ИМТ начинает снижаться, у мужчин этот показатель не меняется. В целом ожирение имеет место у 23,4% женщин и 11,8% мужчин обследованной выборки.

Заключение: Выявлена высокая распространенность ФР, определяющих развитие ССЗ в популяции Рязанской области. Достоверных различий распространенности ФР в популяциях города и районов области не получено.

0826 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИИТОМ ТАКАЯСУ

Смитиенко И.О., Кривошеев О.Г., Стрижаков Л.А., Семенкова Е.Н.

Клиника нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им Е. М. Тареева, Москва, Россия

Цель: анализ характера поражения сердца, оценка влияния данной висцеральной патологии на прогноз у пациентов, страдающих артериитом Такаясу, наблюдавшихся в клинике Нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева.

Методы: было проанализировано 105 пациентов с артериитом Такаясу, проходивших лечение в клинике нефрологии, внутренних и профессиональных болезней им. Е. М. Тареева за период с 1970 по 2004 гг. С помощью специально разработанной анкеты-опросника было проведено анкетирование 63 больных, не проходивших динамического амбулаторного обследования в данной клинике. Характер поражения сердца исследовался с помощью эхокардиографии, сцинтиграфии миокарда и коронарографии. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS 9.0.

Результаты: средний возраст на момент установления диагноза составил 23,6±9 лет, было обследовано 20 мужчин и 85 женщин. В спектре висцеральной патологии у пациентов с артериитом Такаясу поражению сердца принадлежит 35% (n=37). У пациентов с вовлечением сердца прогноз достоверно ($p<0,001$) отличается от больных без сердечной патологии: вероятность развития неблагоприятного исхода у пациентов с поражением сердца составляет 70%, а при отсутствии данного проявления – лишь 25% случаев. Спектр кардиальной патологии представлен: стенокардией - 15%, гипертрофией левого желудочка - 12%, инфарктом миокарда - 10 %, недостаточностью аортального клапана - 9%, аритмиями - 8%, хронической сердечной недостаточностью – 16%. Из вышеперечисленного спектра поражения сердца по данным монофакторного анализа достоверно ухудшали прогноз артериита Такаясу: стенокардия ($p=0,011$), инфаркт миокарда ($p=0,001$), хроническая сердечная недостаточность ($p=0,027$); по данным многофакторного анализа: стенокардия ($p=0,033$), недостаточность аортального клапана ($p=0,001$), хроническая сердечная недостаточность ($p=0,001$). Несмотря на низкую летальность (n=4), 75% летальных исходов (n=3) связаны с патологией сердца: две смерти от инфаркта миокарда, один летальный исход от хронической сердечной недостаточности.

Выводы: поражение сердца является частой висцеральной патологией у пациентов с артериитом Такаясу и существенно ухудшает прогноз заболевания, занимая ведущее место среди причин смерти. Наибольшее значение в прогностическом плане имеют: стенокардия, недостаточность аортального клапана и хроническая сердечная недостаточность. Необходима тщательная диагностика сердечно-сосудистой системы для выявления возможного поражения сердца на ранних стадиях болезни.

0827 СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Смоленская О.Г., Клейнер С.Л., Зенин Д.М., Макарова В.Л., Суслов С.А.

ГОУ ВПО УГМА, ООО «ГКБ №41», Екатеринбург, Россия

Tesis_006_end.indd 348 24.08.2006 22:26:03
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Целью настоящего исследования было выявление частоты и степени выраженности атеросклеротических изменений коронарных артерий у больных артериальной гипертонией.

Обследовано 86 больных артериальной гипертонией II степени, среднего и высокого сосудистого риска. Из них 6 женщин (7%) и 80 мужчин (93%).Средний возраст 48,7±5,2 года. Средняя продолжительность АГ 8,2±1,3 года (от 1 до 12 лет). Критерием включения больных в исследование было наличие АГ. Критериями исключения было наличие ИБС и ХСН III и IV функционального класса. Для исключения ИБС всем больным проводили ЭхоКГ, ВЭМ пробу и холтер- мониторирование ЭКГ.

Исследование состояния коронарных сосудов 1 – 3 порядка проводили методом компьютерной коронароангиографии (КТ КАГ) на мультидетекторном спиральном компьютерном томографе SOMATOM Sensation 16, Simens. Оценивали основные коронарные артерии с определением содержания кальция в сосудах по методике Ca-score. Кроме этого всем больным проводили исследование липидного спектра сыворотки крови.

Атеросклеротические изменения в коронарных сосудах в виде мягких и кальцинированных атеросклеротических бляшек были выявлены у 54 больных (62,8%), у 32 больных (37,2%) патологических изменений в коронарных сосудах не выявлено. Одососудистое поражение установлено у 21 больного из 54 (38,9%), двухсосудистое – у 20 человек (37%), трехсосудистое – у 13 (24,1%). Наиболее часто изменения касались передней межжелудочковой артерии и были выявлены у 44 больных. Гемодинамически значимых стенозов не было обнаружено. Среднее содержание Са в коронарных артериях было 120,6 ед, причем у 10 больных (18,5%) при наличии мягких атеросклеротических бляшек Са в сосудистой стенке не найдено. Содержание Са имело большие колебания: от 0 до 923 ед, у 26 больных содержание Са было менее 100 ед, что соответствует Минимальной и незначительной кальцинации сосудов, у 18 человек выявлена умеренная и выраженная кальцинация. Содержание Са достоверно коррелировало с возрастом больных и длительностью АГ.

Изменения липидного спектра сыворотки крови выявлены у 45 больных (52,3%), достоверных различий между группами больных с нормальными и атеросклеротически измененными сосудами не выявлено. Не установлено достоверной взаимосвязи между содержанием общего холестерина и ХС ЛПНП и количеством измененных сегментов артерий и содержанием Са в сосудистой стенке.

Выводы. 1 АГ является независимым и значительным фактором риска развития атеросклероза. 2. Начальные проявления атеросклероза коронарных артерий при АГ встречаются чаще, чем изменения липидного спектра и появляются до развития ИБС.

0828 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЕТЕРАНОВ СПОРТА

Смоленский А.В., Сагитова В.В., Белоцерковский З.Б., Михайлова А.В.

Российский государственный университет физической культуры, спорта и туризма, Москва, Россия

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) играют решающую роль в эволюции общей смертности в России. Независящим фактором риска смертности от ССЗ является гипертрофия миокарда левого желудочка (ГЛЖ). Однако, необходимо учитывать, что в ряде видов спортивной деятельности формируется “спортивное ” сердце, одним из проявлений которого является ГЛЖ. Целью настоящего исследования является оценка морфофункционального состояния миокарда левого желудочка у ветеранов спорта высших достижений и изучение факторов риска формирования ИБС в зависимости от уровня их физической активности..

На базе поликлиники РГУФК обследовано 54 спортсмена (ветеранов спорта) высших достижений (спортивная квалификация не ниже мастера спорта международного класса), в т. ч. 45 мужчин и 10 женщин в возрасте от 40 до 68 лет.

Всем обследуемым проводилось анкетирование (включая спортивный анамнез), биохимическое исследование крови (холестерин, □-липопротеиды, глюкоза), ЭКГ, Эхо-КГ, велоэргометрическое исследование с определением показателей физической работоспособности, суточное мониторирование ЭКГ и АД.

Все спортсмены были разделены на 2 группы: I группа – продолжающие занятия спортом (в т.ч. принимающие участие в соревнованиях ветеранов спорта), II группа – прекратившие занятия спортом.

Было выявлено, что ветераны спорта, не занимающиеся спортом в настоящее время имеют достоверно более высокие цифры ЧСС, АД, и индексов времени САД и ДАД, большие значения массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ) – 150,83 г/м2 по сравнению с группой ветеранов спорта, занимающихся спортом (114,76 г/м2). У ветеранов спорта, прекративших занятия спортом достоверно чаще выявлялись нарушения ритма и проводимости сердца, включая пароксизмы мерцания предсердий и эпизоды желудочковой тахикардии. Показатели липидного обмена находились в пределах нормы в обеих группах.

Таким образом, дальнейшие занятия в клубах ветеранов спорта после прекращения профессиональной спортивной деятельности положительно влияют на состояние сердечно-сосудистой системы.

0829 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Соболев А.В., Головской Б.В., Ховаева Я.Б., Соболев В. А.

ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, кафедра терапии и семейной медицины ФГЖ и ППС, Пермь, Россия

Цель работы. Изучить влияние таких факторов риска (ФР), как масса тела (МТ), индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле), систолического (САД) и диастолического артериального давления (ДАД) (в пределах общепринятых нормальных цифр) на индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) у практически здоровых лиц.

Методы исследования. Обследовано методом случайной выборки 143 практически здоровых лица. Из общей выборки были выделены две группы. В первую группу включено 22 человека, не имеющих ФР. Вторую группу составили лица, имеющие хотя бы один из факторов риска. В эту группу вошел 121 человек. Группы не отличаются по возрасту и полу.

Всем обследуемым измерялись масса тела (МТ), рост, АД, рассчитывался индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле) и площадь поверхности тела (1ШТ). Избыточная масса тела устанавливалась при ИМТ более 29 кг/м. ИММЛЖ определялся, как отношение ММ ЛЖ к ППТ. ММ ЛЖ рассчитывалась по данным метода эхокардиографии по формуле Devereux R.B. et al.

Статистическая обработка материала производилась с помощью статистического пакета B1OSTAT. Использовались критерий Стьюдента и ранговая корреляция Спирмена.

Полученные результаты. МТ у лиц из 2-й группы в среднем составила 71,0±1,2 кг, индекс Кетле - 25,2±0,4 кг/м², что достоверно превышает аналогичные показатели в 1-й группе, где они составили 64,4±2,6 кг и 23,0±0,9 кг/м2 ($p<0,05$). ИМТ более 29,0 кг/м был выявлен у 16 человек (12 женщин и 4 мужчины).

Показатель САД в группе лиц с ФР был в среднем 120,8±1,3 Мм рт. ст., что достоверно выше, чем в 1-й группе, где он равен

Tesis_006_end.indd 349 24.08.2006 22:26:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

113,1±3,2 Мм рт. ст. (p<0,05). По уровню ДАД группы не имели достоверного различия (p>0,05), показатель составил 75,6±0,9 Мм рт. ст. во 2-й группе и 71,7±2,2 Мм рт. ст. в группе без ФР. ППТ достоверно не отличалась и составила соответственно в группе 1 и 2: 6,10±0,11 м2 и 6,48±0,05 м2

На показатель ИММЛЖ во 2-й группе оказывают достоверное влияние МТ (r=0,37; p<0,000), ИМТ(r=Ю,26; p<0,000), САД (r=0,43; p<0,000) и ДАД (r=0,30; p<0,000). Индекс ММ ЛЖ в группе лиц с факторами риска составил 26,9±0,5 г/м2, что выше, чем в 1-й группе (p<0,01), где показатель был равен 23,2±1,1 г/м .

Выводы.

1. Индекс ММ ЛЖ выше у практически здоровых лиц с факторами риска, чем без них.
2. На индекс массы миокарда ЛЖ оказывают достоверное влияние такие ФР, как масса тела и индекс МТ.
3. Систолическое и диастолическое АД даже в пределах общепринятых нормальных уровней также оказывают влияние на ИММЛЖ.

0830 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Соболева Е. В.

Кафедра терапии ИПО, СамГМУ, Самара, Россия

Цель работы: изучить влияние факторов риска ИБС на функцию эндотелия. В исследование были включены 87 больных с документированной ишемической болезнью сердца, 33 женщины и 56 мужчин, средний возраст 55,6±1,6 лет. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц с благоприятным в отношении атеросклероза семейным анамнезом и отсутствием факторов риска, сопоставимые по полу и возрасту.

Жесткость системных артерий и их реактивность оценивалась методом пальцевой компьютерной фотоплетизмографии. Оценивались: индекс жесткости (ИЖ, м/с), индекс отраженной волны (ИО,%), время отражения (Т, м/с). Реактивность артерий оценивалась по проценту снижения индекса отражения (ПФЭ,%) на 3 Минуте ишемической пробы. Уровень общего холестерина, α-холестерина, триглицеридов в сыворотке крови определялся ферментативным методом на автоанализаторе FP – 901 (”Labsystems“, Финляндия). Концентрацию гомоцистеина в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом на автоматическом анализаторе AxSYM (Abbot Laboratories S. A.). Определялась толщина комплекса интима-медиа в левой и правой общей сонной артерии на расстоянии 1 см от ее бифуркации.

Результаты: Содержание гомоцистеина в сыворотке больных варьировало в пределах от 9,0 до 26,7 мкмоль/л, при средней концентрации 12,3 мкмоль/л, что на 55% превышало среднее значение у здоровых людей (7,9±0,61). Содержание общего холестерина в сыворотке крови больных ишемической болезнью сердца колебалось от 5,2 до 8,0 ммоль/л при среднем значении 6,53 ммоль/ л, превышающем норму на 27,5%. Толщина комплекса интима/медиа в группе больных составила 1,2-1,9 мм, в среднем 1,35±0,07 мм, что превышает пороговое значение, составляющее 1,0 мм. При этом в группе больных была выявлена отрицательная корреляционная зависимость уровня гомоцистеина и показателя функции эндотелия (ПФЭ,%) (r =-0,73, p<0,001), также, в меньшей степени, с уровнем общего холестерина (r=-0,68, p<0,01). Установлена также тесная связь гомоцистеинемии и ТКИМ (r=0,58, p<0,01), с одной стороны, и показателя дисфункции эндотелия ПФЭ и ТКИМ (r=0,46, p<0,05), с другой.

Выводы: полученные результаты подтверждают данные об атеросклерозе как диффузном процессе, при котором эндотелиальная дисфункция, инициируемая факторами риска, проявляется как в системных, так и в периферических артериях. Ремоделирование сосудов и дисфункция эндотелия – взаимосвязанные стороны одного и того же процесса.

0831 ДЕПРЕССИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Соколова Я.В., Осипова И.В., Погосова Н.В.

АГМУ, Барнаул; ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить динамику депрессивных нарушений у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) пожилого и старческого возраста с различной степенью тяжести депрессивных нарушений на фоне лечения соматической патологии.

Материалы и методы: в исследование были включены 79 человек (63 мужчин и 16 женщин) с ХСН I-III ФК (по NYHA). Возраст пациентов от 63 до 84 лет, средний возраст 77,5±4,7 (в подгруппе мужчин средний возраст составил 77,0±4,4, в подгруппе женщин - 75,2±5,4). Для выявления и оценки степени выраженности депрессивных нарушений использовалась шкала депрессии центра эпидемиологических исследований США (CES-D). Всем пациентам обследование проводилось дважды: в начале лечения и через 3 недели после его начала. Все пациенты получали стандартную терапию хронической сердечной недостаточности, антидепрессанты не назначались.

Результаты: по результатам шкалы CES-D при поступлении выраженная депрессия выявлена у 18 пациентов (22,8%), расстройства депрессивного спектра (РДС) у 32,9 % пациентов и отсутствие депрессии у 44,3%. В группе пациентов с выраженной депрессией средние значения по шкале CES-D до начала лечения составили 29,67±5,85, через три недели лечения – 21,75±4,83 (p<0,01). В группе пациентов с РДС средние показатели по шкале CES-D за время лечения снизились с 21,77±1,69 до 17,79±4,09 (p<0,01).

Выводы: в ходе терапии хронической сердечной недостаточности у пациентов с депрессивной симптоматикой во всех случаях имеет место снижение депрессивных тенденций. Однако, динамика изменений в существенной степени определяется выраженностью депрессивной симптоматики. Так у пациентов с расстройствами депрессивного спектра при лечении соматической патологии наблюдалось исчезновение депрессивных тенденций (по результатам шкалы CES-D). У пациентов с выраженной депрессивной симптоматикой на фоне лечения хронической сердечной недостаточности не происходит полного исчезновения депрессивных тенденций, а только их сглаживание.

0832 ДИНАМИКА 6-МИНУТНОГО ТЕСТА ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ

Соколова Я.В., Осипова И.В., Погосова Н.В.

АГМУ, Барнаул, Россия; ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава, Москва, Россия

Цель: оценить динамику выполнения 6-минутного теста ходьбы и у пациентов пожилого и старческого возраста с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) и выраженными депрессивными нарушениями на фоне лечения антидепрессантами.

Материалы и методы: в исследование были включены 86 человек (55 мужчин и 31 женщина) с ХСН I- III ФК (по NYHA). Возраст пациентов от 65 до 79 лет, средний возраст - 77,5±4,7. Для выявления депрессивных расстройств и оценки степени их выраженности использовалась шкала депрессии центра эпидемиологических исследований США (CES-D). По результатам шкалы CES-D была выделена группа пациентов (25чел) с выраженной депрессией (результаты выше 24). Все пациенты с выраженной

Tesis_006_end.indd 350 24.08.2006 22:26:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

депрессией были разделены на 2 группы: больные, получавшие, наряду с лечением ХСН, трициклический антидепрессант пипофезин (азафен) в среднесуточной дозе 75-100 мг и контрольная группа – пациенты, получавшие стандартную терапию ХСН. Всем пациентам дважды проводился 6-минутный тест ходьбы: в начале лечения и через 3 недели после его начала.

Результаты: до начала лечения, значения CES-D в основной группе составили 29,0 ±4,5, в контрольной - 29,67±5,85. Через три недели после начала лечения в группе пациентов получавших азафен, средние значения по шкале CES-D составили 23,8±3,39, в контрольной группе – 21,75±4,83 (достоверная положительная динамика в обеих группах ($p<0,01$), достоверных различий между результатами основной и контрольной групп не выявляется).

В группе пациентов получавших азафен, среднее значение 6 – Минутного теста ходьбы до начала лечения составило 340,3±99,47 м; через 3 недели после лечения прирост проходимого расстояния составил 19%; тогда как в группе пациентов, не получавших антидепрессанты прирост оказался 11,6%.

Выводы: таким образом, у пациентов с выраженной депрессией основной и контрольной группы трехнедельная терапия ХСН оказала положительную динамику на состояние депрессивных расстройств по шкале CES-D в обеих группах ($p<0,01$). Дополнительное назначение трициклического антидепрессанта пипофезина (азафена) в среднесуточной дозе 75-100 мг, не оказало существенных различий между основной и контрольной группами, что может быть связано с непродолжительным лечением и малым числом больных. В то же время, по результатам 6 – Минутного теста ходьбы, в основной группе (получавшей азафен) имеет место более выраженная положительная динамика.

0833 АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Соколов И.М., Карабалиева С.К.

ГОУ ВПО «Саратовский Государственный Медицинский Университет Росздрава», Саратов, Россия

Цель исследования: рассмотреть реальную картину проводимого лечения хронической сердечной недостаточности (ХСН) у пациентов с перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе.

Материалы и методы. Проанализировано 124 истории болезни пациентов с ХСН II-IV функционального классов по NYHA и перенесенным инфарктом миокарда в анамнезе (1 – 5-летней давности), в возрасте от 37 до 80 лет (средний возраст – 63,4±8,7), обоего пола (мужчин – 68,1%, женщин – 31,9%), поступивших в отделение экстренной кардиологии. Поводом для госпитализации в 37,5% случаев явился острый инфаркт миокарда, в 47,7% - нестабильная стенокардия, в 4,8% - декомпенсация хронической сердечной недостаточности.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных на догоспитальном этапе ничем не лечились 40,4% пациентов. Среди лиц, получавших медикаментозную терапию, наблюдался следующий спектр назначений: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ИАПФ) получали 74,2%; бета-адреноблокаторы (БАБ) – 67,7% (в 4,8% бисопролол, в остальных случаях – атенолол и метопролола тартрат); диуретики – 38,7% (тиазидные и тиазидоподобные – в 97,2% случаев, в остальных – фуросемид); антагонисты альдостерона – 8%, сердечные гликозиды не назначались.

Комбинированную терапию ХСН использовали у 48.9%, монотерапию получали 51,1%. Комбинацию из трех препаратов (ИАПФ + БАБ + диуретик) получали 22,6%, сочетание ИАПФ + БАБ – 17,7%, на комбинацию ИАПФ + диуретик, а также БАБ + диуретик пришлось по 4,8% пациентов, включенных в исследование. Кроме того, дезагреганты (ацетилсалициловая кислота) получали 61.9% больных нитраты - 47,6% пациентов (во всех случаях использовались динитраты), статины (дженерики симвастатина) – 4,8%.

Таким образом, несмотря на то, что несомненными лидерами по частоте применения являются ингибиторы АПФ и БАБ, в целом только 44,2% и 40.4% соответственно больных ХСН регулярно принимали эти лекарственные средства на амбулаторном этапе. Следует обратить внимание, что в абсолютном большинстве случаев назначения БАБ касаются средств, не входящих в перечень рекомендованных для лечения ХСН. Мочегонные средства использованы у 23,1% больных и практически не применяется альдактон (его получали только 4,8% пациентов.

Проведенное исследование показало, что значительная часть больных, перенесших ОИМ и имеющих несомненные признаки ХСН, на амбулаторном этапе либо не лечится вовсе (40%), либо не получает адекватного лечения. Достаточно часто лечение основного заболевания ограничивается лишь одним препаратом. Неоправданно редко применяются ингибиторы АПФ и БАБ.

0834 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА

Солуянов А.Е., Гиляревский С.Р., Орлов В.А.

ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, Москва, Россия

Дегенеративный аортальный стеноз (ДАС) считается одним из широко распространенных заболеваний. Частота выявления ДАС увеличивается с возрастом и среди лиц старше 75 лет достигает 3%. Ранее была установлена статистически значимая связь между ДАС и атеросклерозом. В связи с этим можно предположить, что применение статинов, эффективность которых для лечения атеросклероза хорошо доказана, будет эффективно и для уменьшения прогрессирования ДАС. В то же время имеющиеся данные о влиянии приема статинов, которые были получены лишь в небольших исследованиях, весьма противоречивы.

Цель исследования: сравнить влияние применения симвастатина по 5 или 20 мг/сутки с контролем без использования статинов на прогрессирование аортального стеноза у больных с ДАС, не требующем хирургического лечения; продолжительность наблюдения 12 мес.

Методы. 102 больных с дегенеративным аортальным стенозом (имеющие при ЭхоКГ исследовании максимальную скорость кровотока в выходном тракте левого желудочка 2 м/с, максимальный градиент давления на аортальном клапане 16 Мм рт. ст. и площадь аортального отверстия ≥2 см2) рандомизированно распределяли в группы приема: получали симвастатин по 5 мг/сутки (1 группа; 32 больных), симвастатин по 20 мг/сутки (2 группа; 33 больных) или контрольная группа без использования статинов (3 группа; 35 больных). Всем пациентам проведено комплексное клинико-инструментальное и лабораторное исследование в начале и в конце исследования. Статистический анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ STATISTICA (StatSoft, version 6.0).

Результаты. В группах 1 и 2 отмечена тенденция к уменьшению максимальной скорости кровотока на 0,05 м/с в год ($p=0,78$) и на 0,15 м/с в год ($p=0,58$) соотв., максимального градиента давления на аортальном клапане на 0,71 Мм рт. ст. за год ($p=0,83$) и на 1,58 Мм рт. ст. за в ($p=0,57$) соответственно, а также к увеличению площади аортального отверстия на 0,08 см2 в год ($p=0,51$) и на 0,1 см2 за год ($p=0,41$) соответственно. В 3 группе контроля отмечена противоположная тенденция к увеличению максимальной скорости кровотока на 0,09 м/с в год ($p=0,75$), максимального градиента давления на аортальном клапане на 1,34 Мм рт. ст. за год ($p=0,65$) и уменьшению площади аортального отверстия на 0,03 см2 в год ($p=0,70$).

Выводы. На фоне терапии симвастатином в дозе 5 и 20 мг отмечалась тенденция к уменьшению прогрессирования деге-

Tesis_006_end.indd 351 24.08.2006 22:26:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нативного аортального стеноза. Для уточнения роли статинов в уменьшении прогрессирования ДАС необходимо проведение более крупных и продолжительных клинических исследований.

0835 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ НА УРОВЕНЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ

Солуянов А.Е., Гиляревский С.Р., Орлов В.А.

ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, Москва, Россия

При дегенеративном аортальном стенозе выявляется морфологическая картина хронического воспалительного процесса, сходного с атеросклерозом (клеточная инфильтрация лимфоцитами и макрофагами, липидные частицы, специфическое эндотелиальное повреждение, отложение Минералов и эктопическая оссификация). Статины обладают целым рядом плейотропных эффектов. Считается, что среди плейотропных эффектов противовоспалительный имеет наибольшее клиническое значение. Оценить его можно по изменению одного из факторов воспаления – высокочувствительному С-реактивному белку.

Цель исследования: сравнить влияние применения симвастатина по 5 или 20 мг/сутки по сравнению с контролем на изменение концентрации С-реактивного белка.

Методы. В рандомизированное исследование было включено 102 пациента с дегенеративным аортальным стенозом. Средний возраст пациентов составил 72+4,9 лет (62-88 лет). По результатам определения уровня С-реактивного белка из исследования были исключены 32 пациента из-за его высокого уровня (>10 мг/л) и признаков воспаления. Пациенты были разделены на 3 группы: 1 группа получала симвастатин в дозе 5 мг (21 пациент), 2 группа – симвастатин в дозе 20 мг (23 пациента), 3 группа – контрольная (24 пациента). Всем пациентам проведено комплексное клинико-инструментальное и лабораторное исследование в начале и в конце исследования. Продолжительность наблюдения 6 месяцев. Статистический анализ данных проведен с помощью пакета прикладных программ STATISTICA (StatSoft, version 6.0).

Результаты. В 1 группе С-реактивный белок уменьшился с 4,87+1,5 до 3,39+1,1: разница составила 1,48 мг/л ($p \geq 0,001$), во 2 группе – с 5,96+1,5 до 4,00+0,1: разница - 1,96 мг/л ($p \geq 0,001$), в 3 группе недостоверно увеличился с 4,94+1,6 до 5,17+1,5: разница - 0,23 мг/л ($p=0,551$).

Выводы. Применение симвастатина у больных с ДАС приводит к статистически значимому снижению концентрации С-реактивного белка в крови.

0836 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Соплевенко А.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Внедрение в клиническую практику «доказательной медицины», привело к необходимости более широко использования методов комплексного клинико-экономического анализа. С целью разработки доступных критериев интерпретации полученных данных и возможности их практического применения, нами предложено раздельное определение коэффициентов клинической (ККЭ) и экономической (КЭЭ) эффективности медикаментозного лечения, в основе которых лежит определение максимально достоверных ($p<0,001$) и наибольших количественных (Δ%) положительных изменений средних величин показателей, выраженных в процентах, определяемых по результатам комплексного исследования, проводимого до и после курса лечения по группам изучаемых препаратов.

ККЭ, определяющий положительные изменения средних величин показателей (Δ%) в единицу времени (Дн), выше 2,0 указывает на высокую, от 2,0 до 1,25 – на среднюю и менее 1,25 – на низкую клиническую эффективность. КЭЭ, определяющий объем затрат (Ст) на единицу эффективности (Δ%), более 0,2 указывает на высокую, от 0,2 до 0,05 – на среднюю и менее 0,05 – на низкую экономическую эффективность.

Изучение изменений гемодинамических показателей методами электрокардиографии, эхокардиографии и реопульмонографии в процессе лечения нитратами (кардикет), ингибиторами АПФ (моноприл) и антагонистами кальция (амлодипин) проведено у 150 больных стабильной стенокардией напряжения II и III -го функциональных классов (103 мужчин, 47 женщин, в возрасте 65,3±2,26 лет).

По результатам проведенного курса лечения, средние сроки (Дн) которого составили в группе больных, получавших кардикет 15,8, моноприл – 16,2, амлодипин – 15,4 дня, отмечены высокодостоверные положительные изменения средних величин гемодинамических показателей у принимавших кардикет - 34 показателя, что составило 28,8 процентов, моноприл – 29 (25,4%), амлодипин – 36 (31,5%). Средняя стоимость проведенного курса лечения (Ст) кардикетом составила 106,57, моноприлом – 137,76, амлодипином – 275,44 рубля.

Рассчитывая ККЭ, получаем результаты по группам препаратов: кардикет – 1,82, моноприл – 1,56, амлодипин – 2,05; КЭЭ для изучаемых препаратов составляет: кардикет – 0,27, моноприл – 0,18, амлодипин – 0,11.

Проведя сравнительную оценку эффективности применяемых препаратов определяем препараты кардикет и моноприл как имеющие среднюю, а амлодипин - высокую клиническую эффективность. Одновременно кардикет имеет высокую, а моноприл и амлодипин - среднюю экономическую эффективность.

Из проведенного анализа можно сделать вывод, что при отсутствии финансовых ограничений препаратом выбора для лечения хронических форм ишемической болезни сердца является препарат амлодипин.

0837 КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ НИТРАТОВ И ИНГИБИТОРОВ АПФ

Соплевенко А.В., Астахова З.Т., Тогузова З.А.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ, Россия

Рост хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы ставит перед медикаментозной терапией задачи улучшения качества жизни больных, оценка которой может быть одним из критериев клинической эффективности проводимого лечения. С этой целью использовался метод клинико-экономического анализа «затраты-полезность», который позволяет произвести сравнительную оценку эффективности методов терапии на основании общей единицы измерения - индекс состояния здоровья (QALY), определяемого по таблице «Индекс страданий/инвалидизации» (Rosser-Kind). Методом «затраты-полезность» определяется объем затрат, обеспечивающий год жизни определенного качества.

Изучение влияния прямых медицинских затрат на индекс состояния здоровья в процессе лечения нитратами (кардикет) и ингибиторами АПФ (моноприл) в течение года проведено у 105 больных хронической ИБС (мужчин - 65, женщин - 40, средний возраст 58,81±8,1 лет). У всех больных фиксировались число дней и доза принимаемого препарата, количество курсов лечения. Одновременно регистрировалось количество госпитализаций и дней пребывания в стационаре, число посещений

Tesis_006_end.indd 352 24.08.2006 22:26:04
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

поликлиники за изучаемый период.

Средняя стоимость лечения одного больного кардикетом составила 740,12 рублей, затраты на стационарное лечение средней продолжительностью 16,87 дней - 4 733,05 рублей, расходы на 3,7 посещений поликлиники - 117,22 рубля. Средний индекс состояния здоровья QALY в данной группе составил 0,952.

Средняя стоимость лечения одного больного моноприлом составила 898,98 рублей, затраты на стационарное лечение средней продолжительностью 15 дней - 4 208,4 рублей, расходы на 3,58 посещений поликлиники - 113,41 рубля. Средний индекс состояния здоровья QALY в данной группе составил 0,959.

Лечение кардикетом увеличивает продолжительность жизни на 1 год и обеспечивает качество жизни (полезность) 0,952 при затратах равных 5 590,4 рубля. Полезность затрат при лечении кардикетом составляет в среднем 5590,4/ (0,952x1) или 5872,27 рубля/QALY. Лечение моноприлом увеличивает продолжительность жизни на 1 год и обеспечивает качество жизни (полезность) 0,959 при затратах равных 5 220,79 рубля. Полезность затрат при лечении моноприлом составляет в среднем 5 220,9/ (0,959x1) или 5443,99 рубля / QALY.

Таким образом, чтобы обеспечить одинаковое качество жизни (QALY) при лечении кардикетом необходимо затратить на 428,28 рубля в год больше, чем при лечении моноприлом. При лечении моноприлом больные посещают на 3,35% меньше амабулаторно-поликлинические учреждения, на 3% меньше госпитализируются в стационар, где проводят на 12,46% меньше койко/дней.

Полученные данные дают основание считать, что при проведении длительной терапии у больных хроническими формами ишемической болезни сердца моноприл обладает большей клинико-экономической эффективностью по сравнению с кардикетом

0838 ПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-БЛОКАТОРА БЕТАЛОК-ЗОК У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Старичков С.А., Миллер О.Н., Бахметьева Т.А., Субраков Г.Е., Скурихина О.Н.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы: оценить эффективность и безопасность применения кардиоселективного -адреноблокатора метопролола сукцината (Беталок ЗОК) у больных с пароксизмальной формой фибрилляции предсердий (ФП), страдающих артериальной гипертензией.

Методы: в исследование включено 68 пациентов, средний возраст 62,7±2,8 года, страдающих гипертонической болезнью 1-3 степени с частыми пароксизмами ФП. Всем больным проводились ЭхоКГ и допплерЭхоКГ, ХМ ЭКГ с оценкой вариабельности ритма сердца (ВРС), суточное мониторирование АД. Больные были разделены на 3 группы. 24 пациента 1-ой группы принимали Беталок ЗОК в дозе 50-100 мг/сут. 21 больной 2-ой группы получал низкие дозы (100-200 мг/сут.) амиодарона в сочетании с Беталоком ЗОК 50±25 мг/сут. Пациенты 3-ей группы, 23 человека, получали амиодарон в поддерживающей дозе 200-400 мг/сут. Все пациенты принимали тиазидоподобные диуретики и иАПФ. Достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты: через 6 месяцев терапии полное исчезновение ПФП или снижение числа таковых более чем на 50% наблюдалось у 62,5% пациентов 1-ой группы. При комбинированном назначении препаратов (2 группа) эффективность была достоверно выше, и составила 76,2%, что не уступало по эффективности назначению амиодарона в более высоких дозировках в 3-ей группе больных (73,9%). Антиаритмическая эффективность амиодарона не зависела от исходных показателей ВРС и достоверно не влияла на вегетативный статус. В группах пациентов, принимавших Беталок ЗОК, через 6 месяцев терапии отмечалась тенденция к увеличению показателей ВРС, более выраженная при исходном значении LF/HF>2 - симпатическом типе ФП, который был диагностирован у 41 пациента в исследовании. У пациентов 1-ой группы с повышенным тонусом симпатической нервной системы (16 больных) эффективность Беталока ЗОК не уступала амиодарону и составила 75%. У остальных 8 пациентов 1-ой группы индекс вагосимпатического взаимодействия LF/HF был равен 1,1-2,0 (смешанный тип) и эффективность терапии -блокатором не превысила 50%. Одному пациенту из этой подгруппы метопролол был отменен из-за развития брадикардии.

В группах пациентов, принимавших Беталок ЗОК, проводимая антигипертензивная терапия была более эффективна, отмечено уменьшение гипертрофии миокарда левого желудочка ($p>0,05$), статистически достоверное уменьшение объема и индекса объема левого предсердия ($p<0,05$), увеличение фракции выброса ($p>0,05$).

Выводы: таким образом, для профилактики возникновения пароксизмов ФП у пациентов с повышенным тонусом симпатической нервной системы целесообразно назначение -адреноблокатора. Добавление Беталока ЗОК к ААТ амиодароном вне зависимости от типа ФП не только позволяет снизить дозу последнего, но и оказывает нормализующее влияние на вагосимпатическую нервную регуляцию сердца, ускоряет процессы обратного ремоделирования миокарда и, что особенно важно, позволяет сохранять стабильным уровень АД в течение 24-х часов.

0839 О СОЧЕТАННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАРДИАЛЬНОЙ И РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМ И СИНДРОМОВ ИХ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Старовойтова А.В., Димов А.С., Соболев В.А., Волкова О.А., Меркушева И.А.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Цель. Установить частоту совместного поражения основными заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой систем у больных, госпитализированных в специализированное пульмонологическое отделение, а также синдромов их недостаточности.

Методы исследования. По данным историй болезни (за трехлетний период), проанализировано 1666 случаев заболеваний дыхательной системы в виде хронического обструктивного бронхита (ХОБ) и бронхиальной астмы (БА) и их частота сочетания с основными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ). Исходя из того, что у больных патологией дыхания и ССЗ одышка является основным и общим проявлением как дыхательной недостаточности (ДН), так и хронической сердечной недостаточности (ХСН), были выборочно (среди 1091 больных) рассмотрены случаи сочетаний этих 2 синдромов. При этом учитывалась только ХСН II ст. и выше, т. е. когда уже имелись клинические и инструментальные её проявления.

Полученные результаты. Всего сочетание с ССЗ имелось в 582 (34,93%) случаях, в частности, с артериальной гипертонией (АГ) - в 349 (20,95%), с ишемической болезнью сердца (ИБС) – в 233 (13,99%), при этом хроническая сердечная недостаточность (ХСН) имелась в 208 (12,48%) случаях. Среди 1152 больных с ХОБ АГ встретилась в 230 (19,97%) случаях, а ИБС - в 166 случаях (14,41%), ХСН - в 138 (11%,98) случаях. Среди 514 больных с БА АГ выявлена в 119 (23,15%) случаев, а ИБС - в 67 (13,03%), ХСН - в 70 (13,63%) случаях. Всего больных, не имевших сочетания с сердечно-сосудистой патологией было 1084 (65,07%), в частности, у больных с ХОБ – 756 (65,63%), с БА – 328 (63,81%) человек. Оказалось, что у больные с патоло-

Tesis_006_end.indd 353 24.08.2006 22:26:05
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

гией дыхания, имевшие ДН II ст., примерно, одинаково часто имели сочетание с ИБС, АГ и ХСН. Кроме того, среди 124 случаев сочетания ХСН II-III ст. и ДН II-III ст. бивентрикулярная ХСН составила 29 (23,38%), левожелудочковая ХСН (ХСН по малому кругу кровообращения) – 74 (59,67%), изолированная правожелудочковая ХСН – 21 (16,38%) случаев. В сумме ПЖХСН от всех 124 случаев ХСН II-III составила 50 (40,32%) случаев, в происхождении которой могли быть "виновны" и сердечно-сосудистые заболевания и патология легких. Среди всех 177 больных ХОБ и БА с ДН II-III имелось 134 случаях сочетание с ХСН II-III, где в 111 (82,83%) изолированно или совместно с ПЖ имелось и поражение ЛЖ.

Выводы. Следовательно, одышка у рассмотренной категории больных часто имеет двойной, а при присоединении легочного сердца и тройной генез.

0840 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК – ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

Стаценко М.Е., Спорова О.Е., Беленкова С.В., Иванова Д.А.

Волгоградский государственный медицинский университет, ГКБ №3, Волгоград, Россия

Цель: оценить эффективность терапии ХСН у больных пожилого и старческого возраста с учетом функционального состояния почек.

Методы исследования: обследовано 80 пациентов в возрасте от 62 до 86 лет с ХСН (II-IV ФК по NYHA) на 3-4 неделе от инфаркта миокарда (ИМ). Все больные получали эналаприл, бисопролол или карведилол, симвастатин, аспирин и, при необходимости, диуретики и нитраты. Исходно, через 3 и 12 месяцев после ИМ определяли ФК ХСН, выполняли ЭхоКГ, исследовали скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и уровень микроальбуминурии (МА).

Результаты: в зависимости от влияния лечения на состояние почек выделено две группы больных. В 1-ю группу (n=51) вошли больные ХСН, у которых СКФ нормализовывалась, а МА не определялась ни до, ни в конце лечения, либо уменьшалась или исчезала на фоне терапии. Во 2-й группе (n=29) терапия ХСН вела к ухудшению показателей СКФ и инициировала появление или нарастание МА. За 12 мес. наблюдения во 2-й гр. умер 1 человек (3,4%), в 1-й – летальных исходов не было. Через 1 год в 1-й гр. ФК ХСН уменьшился на 30,6% ($p<0,05$), во 2-й – на 18,8%. У больных 1-й гр. фракция выброса (ФВ) увеличилась с 38,7% до до 44,3% ($p<0,05$), а во 2-й гр. - увеличилась недостоверно до 41% к концу исследования. Улучшение функционального состояния почек в 1-й гр. сопровождалось уменьшением суммарного количества больных с концентрической и эксцентрической гипертрофией (КГ и ЭГ) ЛЖ с 95,3% до 81,4% ($p=0,017$) через 3 месяца и до 72,1% ($p=0,001$) через 1 год. Увеличилось количество пациентов с нормальной геометрией ЛЖ с 4,7% до 18,6% ($p=0,035$) по завершении исследования. Во 2-й гр. частота выявления КГ и ЭГ ЛЖ через 12 мес. уменьшилась незначительно с 91,6% до 83,2%. У пациентов 1-й гр. СКФ достоверно увеличилась с 64,9 мл/мин/1,73м2 до 81,3 мл/мин/1,73м2 через 3 мес. и до 93,0 мл/мин/1,73м2 через 1 год ($p<0,05$). Достоверно уменьшилось выделение альбумина с мочой со 154,7 мг/сут. до 85,7 мг/сут. и количество больных с выявляемой МА с 82,5% до 38,3% через 12 мес. У пациентов ХСН 2-й гр. СКФ незначительно снизилась с 68,7 мл/мин/1,73м2 до 56,5 мл/мин/1,73м2 через 1 год. Экскреция альбуминов с мочой возросла со 140,5 мг/сут. до 148,5 мг/сут. , и увеличилось количество больных с выявляемой МА с 88% до 96% через 12 мес. Различие по конечному результату в двух группах между показателями СКФ, средними значениями МА и частотой обнаружения МА высокодостоверно.

Выводы: у больных ИМ, осложнившимся ХСН, нарушение функции почек следует рассматривать как предиктор сердечно-сосудистого неблагополучия. Эффективность лечения ХСН у лиц пожилого и старческого возраста зависит от нефротропного действия базисной терапии. Снижение или исчезновение МА, нормализация СКФ в конце 12 недели лечения прогнозирует последующий (12 месяцев) хороший или удовлетворительный клинический эффект: увеличение переносимости физической нагрузки, повышение ФВ ЛЖ, нормализацию геометрии сердца.

0841 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПО ДАННЫМ КОРОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ВОКБ № 1 ЗА 2004-2005 ГОДЫ

Стрелецкая Г.Н., , Азарин О.Г., Царенко П.Г., Шапотайло А.Д.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, ГУЗ ВОКБ №1, Воронеж, Россия

Цель исследования: оценка клинической эффективности применения стрептокиназы у больных острым инфарктом миокарда по данным ОКБ.

Методы: исследование проводилось на базе кардиологического отделения для больных инфарктом миокарда. Показанием для проведения тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда являлся интенсивный ангинозный приступ длительностью более 30 Минут, время от его начала не более 6 часов, подъем сегмента ST на ЭКГ в 2-х стандартных отведениях более, чем на 1 мм. и в грудных отведениях, в V4 - V6 более, чем на 2 мм., впервые возникшая блокада левой ножки пучка Гиса, возраст поступающих больных от 35 до 75 лет, при этом из исследования исключались пациенты, имеющие относительные и абсолютные противопоказания. Стрептокиназа вводилась инфузионно-капельным путем 1500000 ЕД в течение часа. Перед проведением тромболизиса больным назначали перорально 500 мг аспирина, вводили гепарин внутривенно в дозе 5000 МЕ, назначали преднизолон в дозе 60-90 мг, чтобы не было аллергии. Эффективность лечения оценивалась по клиническим и ЭКГ признакам, снижению сегмента ST, возникновению реперфузионных аритмий, формированию отрицательного зубца Т.

Результаты: в 2004 году системный тромболизис был проведен 40 пациентам из поступивших 61 пациента в первые 6 часов в кардио-реанимационную палату (27%), в 2005 году - 56 пациентам, что составило 34% от общего количества пациентов со STEMI , из них женщин было 22, мужчин 74. Возраст больных: 30-39 лет- 4, 40-49 лет- 21, 50-59-41, 60-70-23, 71-75-7. По локализации инфарктов: пациенты с передним инфарктом миокарда составили в 2005 году 72%, (в 2004 году -70%), с нижним инфарктом миокарда - 28% в 2005 году (в 2004 году 30%). По распространенности в основном это были трансмуральные и крупноочаговые инфаркты миокарда, 28% из них были повторные инфаркты, возникшие на фоне выраженного атеросклероза коронарных артерий, гипертонической болезни, сахарного диабета. После проведения системного тромболизиса у 72 больных отмечалось улучшение состояния которое заключалось в уменьшении болевого синдрома, снижения сегмента ST на ЭКГ, у 9 больных реперфузионный синдром проявился в виде различных нарушений ритма. 8 больных умерло, причиной смерти был кардиогенный шок, нарушение мозгового кровообращения терминальная сердечная недостаточность, разрыв миокарда.

Выводы: таким образом, восстановление коронарного кровотока в инфарктповрежденной артерии в первые часы острого инфаркта с помощью тромболизиса способствует ограничению размеров повреждения миокарда, предупреждению развития патологического ремоделирования левого желудочка, уменьшает частоту жизнеугрожающих аритмий, снижает летальность.

Tesis_006_end.indd 354 24.08.2006 22:26:05
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0842 ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ДИНАМИКОЙ С-РАКТИВНОГО БЕЛКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Струихин Г.А., Кремнева Л.В., Савчук Т.Е., Шалаев С.В.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью исследования являлась оценка эффективности тромболитической терапии у больных острым инфарктом миокарда (ИМ) с подъемом сегмента ST в зависимости от исходного уровня и динамики нарастания С-реактивного белка (СРБ).

Материал и методы. Исследования проведены у 50 больных ИМ с подъемом сегмента ST, госпитализированных в первые 3 часа от начала симптомов заболевания. Средний возраст пациентов составил 63,2+11,3 года. ИМ как первое проявление ИБС имелся у 42 больных, у остальных длительность ИБС составила 6,4+2,3 года. Сопутствующая артериальная гипертония зарегистрирована у 33 (66%) лиц. Признаки сердечной недостаточности в рамках Killip I имели место у 38, Killip II - у 4, Killip III у 4 и Killip IV- у 4 больных. Тромболитическая терапия проведена всем больным, в 34 случаях использована стрептокиназа в дозе 1,5 млн ЕД, в 16 – алтеплаза в дозе 100 мг. Эффективность тромболитической терапии оценивали по динамике сегмента ST на ЭКГ. Тромболитическую терапию считали эффективной при снижении сегмента ST на ЭКГ на 70% и более от исходной элевации через 90 Минут от начала тромболизиса; неэффективной, если снижение сегмента ST составляло менее 30%; неполной – при снижении сегмента ST от 30 до 70%. Уровень СРБ определяли у всех пациентов исходно, на 1, 3 сутки ИМ и при выписке (10-14 сутки) иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты. Динамика уровня СРБ у больных ИМ составила: исходно 4,2+3,43, 1 сутки – 7,3+6,38, 3 сутки – 12,5+10,21, при выписке – 7,1+6,70 мг/л (P=0,03, P=0,04, P=0,05 в сравнении с исходным соответственно). Результаты свидетельствуют о нарастании уровня СРБ к 3 суткам ИМ и снижении к периоду выписки. В результате тромболитической терапии реперфузия произошла у 15, была неполной у 20, не наступила – у 15 лиц. Динамика уровня СРБ у больных с эффективным тромболизисом составила: 2,7+2,17, 6,6+3,81 (3 сутки – нарастание в 2,4 раза), при выписке - 4,0+3,0 мг/л (P=0,02 и P=0,04 в сравнении с исходным соответственно); при неэффективном тромболизисе – 5,9+5,58, 17,6+13,05 (3 сутки – нарастание в 3,0 раза), при выписке – 10,2+7,84 мг/л (P=0,04 и P=0,08 в сравнении с исходным соответственно); при неполной реперфузии – 5,0+3,60, 14,1+9,67 (3 сутки – нарастание в 2,8 раза), при выписке –7,9+7,29 мг/л (P=0,05 и P=0,06 в сравнении с исходным соответственно). При оценке эффективности тромболитической терапии в зависимости от динамики СРБ выявлено, что у больных с неэффективным тромболизисом в сравнении с группой пациентов с реперфузией исходные значения СРБ (5,9+5,58 и 2,7+2,17 мг/л, P=0,032), его уровень на 3 сутки ИМ (17,6+13,05 и 6,6+3,81 мг/л, P=0,029) и при выписке (7,9+7,29 и 4,0+3,0 мг/л, P=0,026) были достоверно выше, различия для пациентов с неполной реперфузией составили P= 0,042, 0,062 и 0,026 исходно, на 3 сутки и при выписке соответственно.

Выводы. У больных ИМ с подъемом сегмента ST и эффективной тромболитической терапией в сравнении с пациентами без реперфузии регистрируются достоверно более низкие значения СРБ исходно, а также на 3 сутки ИМ и при выписке. Нарастание уровня СРБ к 3 суткам ИМ в 3 и более раз в сравнении с исходным ассоциируется с неэффективностью тромболитической терапии.

0843 НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ

Струнина А.Н., Гриднев В.И., Киселев А.Р., Посненкова О.М., Радаева И.Ю.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Большинство больных артериальной гипертонией (АГ) имеет в лекарственных назначениях хотя бы одну ошибку, определяемую как несоответствие между врачебным назначением и Национальными рекомендациями (НР) по лечению АГ (2004 г.). Ошибки могут быть обусловлены неправильным назначением препарата, его неадекватной дозировкой, ошибочным определением клинического статуса пациента, невыполнением пациентом схемы приема препарата и т.п.

Цель. Оценить мероприятия по медикаментозной терапии у больных АГ в первичном звене медицинской помощи с помощью компьютерной информационно-аналитической Internet-системы «Регистр АГ» (ИАС Регистр АГ).

Материал и методы. Анализировались данные амбулаторных карт пациентов, имеющие отметку о постановке на диспансерный учет по АГ, содержащие информацию, достаточную для вычисления персонального риска (ПР) 10-летнего развития фатальных сердечно-сосудистых осложнений среди больных АГ(модель SCORE (2005 г.) и записи о лекарственных назначениях. Сбор и анализ данных осуществлялись с помощью патентованной ИАС Регистр АГ.

Результаты. Предложена новая методика оценки качества медикаментозной терапии у больных АГ в амбулаторно-поликлиническом звене, направленная на выполнение НР врачами и больными АГ. Для выявления ошибок в медикаментозной терапии у больных АГ разработано три клинических индикатора оценки качества медикаментозной терапии АГ, внедряемых в Internet-систему Регистр АГ: индикатор «Проверка тактики начального лечения», индикатор «Ожидаемая потребность в группе лекарственного препарата», индикатор «Правильность выбора гипотензивных препаратов у пациентов с повышенным АД, нуждающихся в медикаментозной терапии».

Индикатор «Проверка тактики начального лечения» предназначен для оценки доли пациентов с впервые установленной АГ, у которых соблюдалась тактика начального лечения в соответствии с рекомендациями по лечению АГ.

Индикатор «Ожидаемая потребность в группе лекарственного препарата» предназначен для вычисления доли лиц с повышенным АД, которым в соответствии с клиническим статусом показано применение препарата(ов) из определенной группы (-блокатор, ИАПФ, блокатор кальциевых каналов, диуретик) и выявления потребности в группе препарата среди курируемых больных АГ.

Индикатор «Правильность выбора гипотензивных препаратов у пациентов с повышенным АД, нуждающихся в медикаментозной терапии» предназначен для вычисления доли пациентов, у которых препарат(ы) (β-блокатор, ИАПФ, блокатор кальциевых каналов, диуретик) назначен правильно в соответствии с НР, и определения числа ошибок в лекарственной терапии среди больных АГ данного ЛПУ.

Заключение. Разработаны доказательные клинические индикаторы оценки качества медикаментозной терапии у больных АГ для оперативной оценки выполнения НР по АГ и выявления ошибок в первичном звене.

Tesis_006_end.indd 355 24.08.2006 22:26:05
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0844 ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q

Струтынский А.В., Каллаева А.Н., Глазунов А.Б., Банзелюк Е.Н., Мошкова Н.К.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение особенностей постинфарктного ремоделирования левого желудочка (ЛЖ) у больных, перенесших инфаркт миокарда (ИМ) без зубца Q.

Методы: исследование проведено у 56 пациентов (мужчин), перенесших документированный ИМ без зубца Q. Эхокардиограммы (ЭхоКГ) регистрировали на аппарате Acuson 128 XP на 25–30-й день болезни, через 6 месяцев, 1 год и 2 года после ИМ. Помимо общепринятых показателей ЭхоКГ, определяли параметры, характеризующие процесс ремоделирования ЛЖ: индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), систолический миокардиальный стресс (МС), индекс сферичности (ИС), индекс относительной толщины стенок желудочка (2H/D), фракцию выброса (ФВ) и индекс КДО и КСО ЛЖ.

Результаты исследования: у большинства больных, перенесших ИМ без зубца Q, на протяжении длительного времени после выписки из стационара сохранялись признаки нарушения локальной сократимости ЛЖ, медленное восстановление которой к концу 2-го наблюдения выявлено только у 46,4% больных. В течение года после выписки из стационара продолжал возрастать систолический МС ($p<0,01$), что свидетельствовало о значительном увеличении внутримиокардиального напряжения и величины постнагрузки на ЛЖ. и являлось основным фактором, затрудняющим восстановление функции участка гибернирующего и оглушенного миокарда и инициировало процесс дальнейшего ремоделирования ЛЖ и постепенного формирования его систолической дисфункции. За 2 года наблюдения существенно возросли по сравнению с исходными данными ($p<0,01$) средние значения ИММЛЖ (на 26,5%), ИС (на 16%), ИКДО (на 23,4%) и ИКСО (на 28,6%). К концу 2-го года наблюдения средние значения ФВ достоверно уменьшились до 47,2% ($p<0,05$), что ассоциировалось с увеличением числа больных с клиническими признаками сердечной недостаточности.

Выводы: постинфарктное ремоделирование ЛЖ у больных, перенесших ИМ без зубца Q, характеризуется длительным сохранением нарушений локальной сократимости ЛЖ, его сферизацией, расширением полости желудочка, увеличением систолического МС, ММЛЖ и формированием к концу 2-го года наблюдения систолической дисфункции.

0845 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИНДОПРИЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q

Струтынский А.В., Глазунов А.Б. Каллаева А.Н., Банзелюк Е.Н.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: оценить влияния длительной терапии периндоприлом и карведилолом на отдаленные исходы инфаркта миокарда (ИМ) без зубца Q.

Методы: на протяжении 2-х лет проводилось динамическое амбулаторное наблюдение за 115 больными, перенесшими ИМ без зубца Q. В 1-ю группу включены 38 больных, лечившихся периндоприлом (2–4 мг в сутки), во 2-ю группу – 36 больных, лечившихся периндоприлом и карведилолом (6,25–25 мг в сутки). Контрольную группу составили 41 пациент, по разным причинам не получавшие -адреноблокаторы и ингибиторы АПФ.

Результаты исследования: в целом 2-х годичная смертность от сердечно-сосудистых осложнений в контрольной группе составила 18,4%, что было в 2,1 раза больше, чем в 1-й группе больных, лечившихся периндоприлом (8,6%), и в 3 раза больше, чем во 2-й группе больных, получавших комбинированную терапию периндоприлом и карведилолом (6,2%) ($p>0,05$). Повторный ИМ развился у 17,1% больных контрольной группы, у 10,5% больных 1-й группы и у 8,3% больных 2-й группы. Новые эпизоды нестабильной стенокардии (НС) в контрольной группе возникали в 1,5 раза чаще, чем у пациентов 1-й группы, и в 4,6 раза чаще, чем во 2-й группе. Первой комбинированной конечной точки (повторный ИМ, эпизоды НС или/и летальный исход) за 2 года наблюдения достигли 46,3% больных контрольной группы, 28,9% больных 1-й группы и только 19,4% больных 2-й группы ($p<0,05$). К концу 2-го года наблюдения число больных с признаками ХСН в контрольной группе достигло 41,5%, в 1-й группе – уменьшилось по сравнению с моментом выписки из стационара до 26,3%, а во 2-й группе до 19,4%

Выводы: длительное лечение больных, перенесших ИМ без зубца Q, периндоприлом и карведилолом, особенно при их совместном применении, оказывают значительный антиишемический эффект, существенно снижают риск возникновения повторных ИМ, эпизодов НС и связанных с ними летальных исходов заболевания, в том числе внезапной сердечной смерти, а также приостанавливают процесс ремоделирования ЛЖ и прогрессирования сердечной недостаточности.

0846 НАРУШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ

Струтынский А.В., Бакаев Р.Г., Глазунов А.Б., Банзелюк Е.Н., Мошкова Н.К., Воронина М.А., Сивцева А.И., Кожемова И.С.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение структурных и функциональных изменений левого желудочка (ЛЖ) у больных ХОБЛ и хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Методы: методом ЭхоКГ обследованы 98 больных ХОБЛ, в том числе 19 больных без признаков ХЛС (1-я группа), 41 пациент с признаками компенсированного ХЛС (2-я группа) и 38 больных с декомпенсированным ХЛС (3-я группа).

Результаты исследования: у пациентов ХОБЛ, не имеющих признаков ХЛС (1-я группа), диагностически значимых изменений систолической и диастолической функции ЛЖ не выявлено. У больных 2-й группы с компенсированным ХЛС было обнаружено умеренное увеличение КДО без изменения КСО, повышение индекса сферичности ЛЖ, увеличение систолического миокардиального стресса (МС), умеренное увеличение массы миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и толщины его стенок, в целом не достигающее степени диагностически значимой ГЛЖ ($p<0,05$). У пациентов 3-й группы с декомпенсированным ХЛС отмечалось еще большее увеличение систолического МС, ММЛЖ, уменьшение ФВ (в среднем до 46,6±1,6%), УО, УИ ($p<0,05$), а также увеличение КСО, КДО, КСР и КДР ЛЖ ($p<0,001$), что указывало на снижение насосной функции ЛЖ. Установлено, что у больных с верифицированным ХЛС и признаками выраженной ГПЖ, особенно при наличии у больных полной блокады правой ножки пучка Гиса, закономерно развивается диастолическая дисфункция ЛЖ по рестриктивному типу, обусловленная нарушением межжелудочкового взаимодействия, усилением асинхронизма в работе правого и левого желудочков и парадоксальным диастолическим движением МЖП. Прогрессирующее ухудшение диастолического наполнения ЛЖ у больных ХОБЛ и ХЛС является важным фактором, способствующим изменению геометрической формы, росту систолического МС и ММЛЖ и нарушению его функции.

Выводы: получены убедительные данные, указывающие на вовлечение ЛЖ в процесс ремоделирования сердца у больных ХОБЛ и ХЛС, что сопровождается диастолической и систолической дисфункцией ЛЖ и становится дополнительным факто-

Tesis_006_end.indd 356 24.08.2006 22:26:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ром, ведущим к снижению качества жизни больных и повышению риска фатального исхода заболевания.

0847 МНОГОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ВОЛОС ЖЕНЩИН С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ В КЛИМАКТЕРИИ

Стрюкова О.Ю1., Изможерова Н.В2., Попов А.А.2, Тагильцева Н.В.,2 Куценогий К.П.3, Савченко Т.И.3, Чанкина О.В.3, Чуркина Т.В.3

Институт иммунологии и физиологии УрО РАН1, Екатеринбург, Россия; ГОУ ВПО Уральская Государственная медицинская академия2, Екатеринбург, Россия; Институт Химической кинетики и горения СО РАН3, Новосибирск, Россия

Ишемическая болезнь сердца – одна из основных причин смерти женщин после наступления менопаузы. Проживание в регионе с высокой техногенной нагрузкой может потенцировать ее раннее развитие.

Цель: охарактеризовать многоэлементный состав волос женщин в климактерии с нарушениями липидного обмена.

Материал и методы: в одномоментное исследование включены 63 жительницы Екатеринбурга в возрасте от 38 до 61 года, средний возраст 50,7+4,6 года. Определяли уровни общего холестерина (ОХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ). Уровень холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), холестерина липопротеидов очень низкой плотности (ЛПОНП) и рассчитывали по формуле Фридвальда Коэффициент атерогенности (КА) рассчитывали по формуле КА = ОХС/ЛПВП. Концентрация хлора, калия, кальция, меди, цинка, железа, хрома, кобальта, молибдена, рубидия, стронция, селена, брома, никеля, иттрия, церия, вольфрама, мышьяка, ртути, свинца, тория и урана в волосах определялась методом эмиссионной спектроскопии с использованием синхротронного излучения (РФА СИ). Связь между параметрами оценивали с помощью теста ранговой корреляции Спирмена.

Результаты: уровень ОХС положительно коррелировал с концентрацией молибдена (R=0,79; P=0,03) и отрицательно с концентрацией кальция (R=-0,4; P=0,002). КА положительно коррелировал с концентрацией селена (R=0,52; P<0,001), молибдена (R=0,80; P=0,03), отрицательно – с концентрацией кальция (R=-0,51; P<0,001). Соотношение ЛПВП/ЛПНП отрицательно коррелировало с концентрацией селена (R=-0,51; P<0,001) и молибдена (R=-0,49; P=0,01).

Выявленные ассоциации могут быть обусловлены снижением уровня эстрогенов и уменьшением Минеральной плотности костной ткани. Снижение содержания селена в организме может обусловливать недостаточность антиоксидантной защиты ЛПНП, ЛПОНП от окисления. Селен, как ко-фактор глутатионпероксидазы может играть роль в развитии инсулинорезистентности и, следовательно, влиять на риск развития диабета и ИБС.

Таким образом, у женщин, проживающих в регионе с высокой техногенной нагрузкой, развитие атерогенной дислипопротеидемии в климактерии ассоциируется со снижением содержания в волосах кальция и селена, а также накоплением молибдена.

0848 ПРОАРИТМОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛИЯ В ДИАЛИЗНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Стрюк Р.И., Третьяков Б.В.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Москва, Россия; Медицинский центр ЦБ России, Москва, Россия

Во время проведения 4-х часовой процедуры гемодиализа (ГД) со стандартной концентрации калия ([K+]) в диализной жидкости (ДЖ) условия формирования электрического импульса сердца изменяются в проаритмогенную сторону из-за быстро происходящих изменений [K+] в сыворотке крови.

Цель: оценить частоту и характер нарушения сердечного ритма у больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (тХПН) при проведении ГД в стандартном режиме и с повышением [K+] в ДЖ.

Методы исследования: в исследование было включено 58 пациентов (средний возраст 57,2±13,6 лет) с тХПН, получающих амбулаторный программный ГД. Причиной тХПН у большинства больных были хронические заболевания почек, реже артериальная гипертония с первично сморщенной почкой и сахарный диабет. Продолжительность диализной терапии составляла в среднем 27,2 месяца. При проведении ГД у каждого пациента последовательно применяли 4 варианта ДЖ в зависимости от [K+]: 1) стандартная 2,0 мМ/л; 2) трехступенчатое снижение [K+] по ходу - ГД 3,5–2,5–2,0 мМ/л; 3) постоянно повышенная [K+] - 3,5 мМ/л и 4) двухступенчатое снижение [K+] по ходу ГД - 3,5–2,0 мМ/л. Всем пациентам проводили мониторирование ЭКГ в течение часа до ГД, в ходе процедуры ГД и в течение часа после ГД, регистрировали ЧСС, количество и характер экстрасистол (ЭКС) с расчетом их на 100 сокращений. Статистическую обработку результатов проводили с использованием непараметрических методов межгруппового анализа и анализа последовательных наблюдений.

Результаты: установлено, что у 11(19%) больных в процессе наблюдения регистрировался нормальный синусовый ритм; у 12 (22%) больных до начала ГД регистрировался синусовый ритм, но в ходе проведения процедуры ГД появлялась экстрасистолия, которая сохранялась и в последиализный период; у 35 (59%) больных исходно выявлялась суправентрикулярная, желудочковая и политопная ЭКС, сохраняющаяся в ходе ГД и после его окончания. В ходе ГД со стандартной [K+] в ДЖ было выявлено, что общее количество ЭКС по ходу процедуры достоверно (p<0,05) нарастало: от 0,2 [6,75; 0] до 0,58 [39,4; 0] – через 2 часа, 0,7 [30,3; 0] – через 4 часа и 0,61 [19,4; 0] – через 1 час после ГД. Анализ частоты и характера аритмий у пациентов тХПН с заданными режимами [K+] в ДЖ показал, что более благоприятным является 3-й режим, при котором поддерживается постоянная концентрация [K+] в ДЖ. В этой группе пациентов, несмотря на исходно одинаковое количество ЭКС (0,18 [6,6; 0] по сравнению с группами пациентов 2-го и 4-го режимов (0,29 [6,2; 0] и 0,22 [8,3;0], экстрасистолия во все периоды процедуры ГД нарастала в меньшей степени.

Выводы: 1) Проведение процедуры ГД со стандартной [K+] в ДЖ 2,0 мМ/л сопровождается достоверным увеличением частоты общей, суправентрикулярной и желудочковой ЭКС; 2) увеличение [K+] в ДЖ приводит к достоверному уменьшению частоты ЭКС; 3) Наименьшая частота ЭКС при использованных нами вариантах ДЖ во время ГД наблюдалась при постоянной [K+] 3,5 мМ/л.

0849 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ «ГИПЕРТОНИИ БЕЛОГО ХАЛАТА»

Стрюк Р.И., Бортникова В.Н.

ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет», Москва, Россия

Артериальная гипертония (АГ) встречается у 15-20% беременных, в структуре АГ значительную долю занимает так называемая «гипертония белого халата» (ГБХ) (в 16-33% случаев). Стратегическое и тактическое значение имеет диагностика ГБХ, так как гипердиагностика АГ и недоучет ГБХ может привести к необоснованному назначению антигипертензивных препаратов.

Tesis_006_end.indd 357 24.08.2006 22:26:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель работы - исследование гемодинамических показателей по данным офисного измерения АД и суточного мониторирования АД (СМАД), адренореактивности и психологического статуса у беременных с синдромом ГБХ и оценка исходов беременности в этой группе пациенток.

Пациенты и методы: в исследование включены 127 беременных с АГ в возрасте 19-41 лет (средний возраст 30,1+4,8 лет) в I-II триместре беременности (средний срок гестации 16,2+2,5 недель), находившихся на лечении в ГКБ №67 г. Москвы. Всем женщинам проводили обследование. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводили с использованием монитора АД АВРМ-04 (Венгрия). Регистрацию АД осуществляли с интервалами в 15 Минут в период бодрствования (с 7 до 23 часов) и 30 Минут в период сна (с 23 до 7 часов). Анализировали следующие показатели: средние цифры САД и ДАД в дневные (САДд,ДАДд) и ночные (САДн,ДАДн) часы, индекс времени (ИВ), вариабельность АД (ВарАД), суточный индекс (СИ), среднюю частоту сердечных сокращений (ЧСС). Адренореактивность организма определяли по величине бета-адренорецепции мембран эритроцитов (-АРМ) набором реагентов «АРМ-Агат» (ООО «Агат-Мед», Москва), психологическое тестирование обследуемых осуществляли с использованием опросника Фанталовой Е.Б. Из 127 беременных ГБХ выявлена у 17 (13,4%) женщин. По данным офисного измерения АД у всех пациенток регистрировались повышенные цифры САД и ДАД, но все показатели СМАД у них находились в пределах физиологической нормы. Исследование адренореактивности организма показало, что у значительного числа обследованных (14 чел,82,9%) определялись величины -АРМ в диапазоне 21-32 усл.ед., составив в среднем 23,9+3,1 усл.ед. Такие величины -АРМ отражают практически физиологический уровень функционирования симпатико-адреналовой системы и свидетельствуют о высокой адренореактивности организма. Изучение психологического статуса показало практически у всех обследованных выраженную степень неудовлетворенности жизненной ситуацией и тревожность. Средний балл у женщин с синдромом ГБХ составил 46,1+5,7, при «нормальных» его значениях в пределах 37,0 баллов. Из 17 наблюдавшихся нами беременных с ГБХ 15 (88,3%) родили в срок доношенным плодом с хорошей оценкой по шкале Апгар. У 2-х (11,7%) женщин была произведена операция кесарево сечение в сроки 38-39 недель беременности в связи с появлением высоких цифр АД и угрозой преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что, несмотря на отсутствие клинических признаков поражения органов-мишеней, умеренно повышенную активность САС у беременных с синдромом ГБХ отмечаются выраженные изменения психологического статуса и в 11,7% случаев осложненное течение беременности.

0850 СНИЖЕНИЕ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОЦИТОВ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ

Студнева И.М., Шульженко В.С., Писаренко О.И., Тимошин А.А.

ФГУ "РКНПК Росздрава", Москва, Россия

Цель: изучить влияние модифицированной реперфузии на образование активных форм кислорода (АФК), энергетическое состояние и повреждения сарколеммы миоцитов в изолированном работающем сердце крысы.

Методы: после стабилизации функции (исходное состояние) сердца крыс Wistar подвергали 30-мин нормотермической (37°С) тотальной ишемии и реперфузировали в течение 5 Мин ретроградно с постоянной объёмной скоростью 3,0+0,2 мл/мин раствором Кребса (контроль) или модифицированным раствором Кребса (МРК) . Затем сердца обеих групп реперфузировали по Neely в течение 25 Мин раствором Кребса. МРК дополнительно содержал (в мМ): трисамин – 11,0; l-аспарагиновую кислоту – 21,5; d-глюкозу – 20,0; d-маннит – 38,0; pH 7,5+0,1 при 22оС. Выведение в миокардиальный отток систем, генерирующих АФК, оценивали с помощью 5,5-диметил-1-пирролин-N-оксида (ДМПО) методом ЭПР. Для определения содержания метаболитов в сердце и активности лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в перфузате использовали энзиматические методы.

Результаты: применение МРК в течение первых 5 Мин реперфузии значительно улучшало восстановление сократительной и насосной функции сердца. Несмотря на более эффективное восстановление коронарного потока на ранней реперфузии в сердцах, защищенных МРК, выведение из них спинового аддукта ДМПО-ОН было достоверно ниже, чем в контроле. Это свидетельствует о меньшем образовании систем, генерирующих АФК, в перфузате под действием МРК. Выход ЛДГ из постишемических сердец под действием МРК в течение первых 10 Мин реперфузии был ниже по сравнению с контролем за счет достоверно более низкого выведения фермента в первые 5 Мин реперфузии. Эти данные указывают на меньшие повреждения мембран миоцитов при использовании МРК. К окончанию реперфузии, содержание АТФ и ФКр в сердцах, реперфузированных РР, было достоверно выше, а лактата – ниже, чем в контроле, что свидетельствовало о лучшем восстановлении аэробного обмена. Потери общего креатина (Кр=ФКр+Кр) в конце реперфузии составили 20,2+1,3 и 6,6+4,8% от его исходного содержания для контрольных сердец и сердец, реперфузированных МРК, соответственно. Поскольку сарколемма интактных миоцитов непроницаема для ФКр и Кр, это предполагает ее большую интегрированность под действием МРК, что принципиально согласуется с меньшим выходом ЛДГ в миокардиальный отток на ранней реперфузии.

Выводы: таким образом, улучшение функции изолированного сердца после периода тотальной ишемии под влиянием модифицированной реперфузии может быть прямо связано со снижением повреждения миоцитов. Кардиозащитный эффект МРК обусловлен его антиоксидантными свойствами и поддержкой более высокого внутриклеточного уровня макроэргических фосфатов, что обеспечивает лучшее сохранение мембран в постишемических миокардиальных клетках.

0851 ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Субботина Н.А., Андреев А.Н.

Медико-санитарная часть ГУВД Свердловской области, ГОУ ВПО УГМА МЗ РФ, Екатеринбург, Россия

Применение милдроната приводит к дилатации артерий, что ведет к снижению АД, сдерживанию развития нарушений сердечного ритма.

Цель нашего исследования заключалась в изучении динамики влияния милдроната на нарушения ритма у сотрудников органов внутренних дел (ОВД) по данным ХМ ЭКГ

Материал и методы обследования: обследовано 32 сотрудника, средний срок службы составил 12,6 года, средний возраст 33,8 лет. Артериальная гипертония (АГ) диагностирована у 15 сотрудников. Обследуемые получали внутривенно милдронат 10% 5,0 мл в течение 15 дней. Повторное обследование ХМ ЭКГ «Кардиотехника-2000» проводилось через два месяца.

Результаты и обсуждение: до начала терапии имелись по данным ХМ ЭКГ выявлено, что у сотрудников с АГ относительно здоровых имеется увеличение ночной и Минимальной дневной ЧСС при отсутствии различий по максимальной дневной ЧСС. Это свидетельствует о преобладании у сотрудников с АГ симпатикотонии ночью и днем в состоянии покоя и вероятно, нормальном вегетативном обеспечении различных видов нагрузки в течение дня. 43,75% обследуемых имело место сочетание нескольких видов нарушений ритма в виде: желудочковых и суправентрикулярных экстрасистол, эпизодов аллоритмии по типу бигеминии, немотивированной тахикардии до 100-140 ударов с

Tesis_006_end.indd 358 24.08.2006 22:26:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

- зубцом Т до 1,0 mV, пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии. Через 2 месяца по данным ХМТ ЭКГ отмечалась положительная динамика в виде уменьшения количества сотрудников с нарушением ритма на 27.7%; с синусовой тахикардией на 37%.; с суправентрикулярной экстрасистолией на 40%, с желудочковой экстрасистолией на 57,1%;. эпизодов бигеминии на 33,3%;. с тригеминией на 33,3%. У 2 пациентов пароксизмы суправентрикулярной тахикардии не зарегистрированы. Следует отметить, что у всех пациентов уменьшение количества дисритмий происходило на фоне снижения и нормализации АД.

Заключение: анализируя полученные данные, следует отметить положительное влияние терапии милдронатом на скрытые нарушения сердечного ритма, которые являются ведущей причиной внезапных летальных исходов. Прием милдроната тормозит активность симпатической нервной системы. Хотя достоверных данных результатов при оценке данных показателей получено не было, почти в два раза уменьшилось общее количеств дисритмий на фоне нормализации АД после терапии милдронатом, отмечено снижение экстрасистолии высоких градаций и пароксизмальных нарушений ритма. Вероятно, уменьшение нарушений ритма сердца связано с улучшением гемодинамических показателей, увеличением миокардиального резерва

Вывод: милдронат обладает антиаритмической активностью, но естественно это заключение нуждается в дальнейших исследованиях.

0852 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Субботина Н.А.

Медико-санитарная часть ГУВД Свердловской области, Екатеринбург, Россия

Деятельность сотрудников органов внутренних дел (ОВД), находящихся в командировке на Северо-Кавказском регионе (СКР), происходит при сочетании неблагоприятных условий горной местности и стрессом боевой обстановки, оказывающих сильное травмирующее воздействие на психику, что повышает риск возникновения состояний психической дезадаптации. Результатом этого являются частые нарушения психоэмоционального статуса и развитие психосоматических заболеваний.

Цель настоящего исследования заключалась в проведении анализа причин развития заболеваний среди сотрудников (ОВД) после командировки в СКР. Все исследуемые перенесли закрытую черепно-мозговую травму (ЗЧМТ), либо имели различные степени тяжести ранения.

Материал и методы исследования: проведено обследование 39 сотрудников одного из сводных отрядов, выполнявших оперативные задачи. Продолжительность командировки составила 6 месяцев. Перед командировкой все признаны соматически и психически здоровыми, рекомендованы к командировке. После командировки на основании заключений психодиагностического обследования по тестам многофакторного многостороннего исследования личности и методу Люшера сотрудники разделены на 2 группы. Средний возраст в обеих группах составил 36,67 лет, средний срок службы в ОВД 11,65 лет. К первой группе отнесены 19 человек, у которых выявлена психическая дезадаптация и признаки посттравматического стрессового синдрома (ПТСР). Вторая группа из 10 человек признана психологически здоровой. У 48,7% сотрудников после возвращения из командировки выявлены отклонения в психологическом статусе.

Результаты и обсуждение: по результатам клинико-инструментальных методов обследования в 1 группе диагностирована артериальная гипертония (АГ) - в 7,7%; язвенная болезнь (ЯБ) в 5,1%; сахарный диабет в 2,6%; туберкулез в 2,6%; эпилепсия – в 2,6%; ишемическая болезнь сердца (ИБС) в 2,6%. Во 2 группе АГ выявлена в 5,1%; ЯБ ДПК - в 2,6%. Таким образом, в 1 группе впервые диагностированы заболевания в 23,2% случаев, во 2 группе 7,7% случаев. Полученные данные позволяют высказать мнение, что одним из основных повреждающих факторов в развитии диагностированных заболеваний является формирование ПТСР.

Выводы: нарушение механизмов адаптации и защиты организма, снижение стрессоустойчивости, формирование симптомов психической дезадаптации, являются факторами риска развития указанных заболеваний.

0853 КОНТРОЛЬ НАД МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КАК МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Суворова А.А., Старкова Л.А., Киселева Е.В., Чумакова Г.А.

ГУЗ АККД, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить клиническую эффективность программы коррекции параметров метаболического синдрома у пациентов с высоким риском осложнений.

Материалы и методы: в группе больных 20 человек, включающей 13 мужчин и 7 женщин, средний возраст 56±4,3 лет, проводились измерение антропометрических параметров, артериального давления, частоты сердечных сокращений, определение показателей липидного и углеводного обмена, оценивался исходный уровень риска осложнений. Критериями включения были наличие абдоминального ожирения (объем талии >102 у мужчин и 88 см у женщин), артериальной гипертонии II степени, ишемической болезни сердца, подтвержденной коронароангиографией, а также гипертриглицеридемией, нарушенной толерантности к глюкозе. Больным проводилась немедикаментозная и медикаментозная коррекция метаболического синдрома. С пациентами проводилась интенсивная обучающая работа по формированию мотивации изменения образа жизни, отказу от курения, коррекции пищевого поведения, увеличения физической активности. Медикаментозная терапия проводилась в группе 1 - 9 человек - только бисопрололом (Конкор, НИКОМЕД) в дозе 2,5-10 мг/сут. , в группе 2-11 человек - сочетанием терапии бисопрололом с метформином (Глюкофаж, НИКОМЕД) в дозе 850-1700 мг/сут.

Результаты: при формировании программ коррекции образа жизни, приверженности к их выполнению было добиться сложнее. Общие рекомендации больными практически не воспринимались и не выполнялись. Для коррекции факторов риска для пациентов разрабатывались индивидуальные рекомендации. Так, для пациентов старше 60 лет было разработано меню, более соответствующее современным российским условиям и экономическим возможностям пациентов. У молодых пациентов было сложно добиться увеличения двигательной активности в тренирующем режиме в связи с их занятостью на работе. Это потребовало разработки индивидуальных программ коррекции этого фактора риска. В обеих группах имела место высокая степень приверженности к медикаментозной терапии. В результате в обеих группах произошло достоверное ($p<0,05$) снижение систолического и диастолического АД на 13,6±0,5 и 9,3±0,3 Мм рт. ст. соответственно, и снижения ЧСС на 5,1±0,2 и 7,3±0,3 уд/мин от исходного. Но в группе 1 масса тела за 2 месяца снизилась на 1,2±0,04 кг, в группе 2 на 1,9±0,05 кг, что достоверно больше ($p<0,05$). У 3-х пациентов, принимавших метформин, наблюдались явления желудочно-кишечного дискомфорта, 1 пациент был вынужден отказаться от приема препарата.

Таким образом, разработка индивидуальных программ коррекции образа жизни позволяет добиться высокой приверженности к их исполнению. Комбинированная терапии бисопрололом и метформином позволяет добиться не только коррекции АД и ЧСС, но и других компонентов метаболического синдрома и снизить суммарный риск сердечно-сосудистых осложнений.

Tesis_006_end.indd 359 24.08.2006 22:26:06
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0854 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЫШЕЧНОГО СТАТУСА И КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Сумин А.Н., Кобякова О.В., Варюшкина Е.В, Галимзянов Д.М.

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров» Минэнерго РФ, Ленинск-Кузнецкий, Россия

Состояние скелетной мускулатуры может влиять на уровень симпатической активации при физических нагрузках у больных с сердечной недостаточностью, поэтому можно предполагать влияние мышечного статуса на прогноз у больных после перенесенного инфаркта миокарда.

Целью нашей работы было оценить прогностическое значение клинических, функциональных, эхокардиографических показателей при остром инфаркте миокарда в старшей возрастной группе.

Методы. Обследовано 96 последовательных больных с острым Q-образующим инфарктом миокарда старше 60 лет (средний возраст 69,6±0,67 лет). Перед выпиской из стационара всем больным проводилась эхокардиография на УЗ-системе Acuson-128XP/10 с изучением традиционных показателей систолической и диастолической функции, оценивались внутрижелудочковые показатели потоков наполнения: скорость (СРП) и время распространения внутрижелудочкового потока (ВРП), расчитывали отношение Е/СРП. Кроме того, проводили велоэргометрию, тест с 6-минутной ходьбой, кистевую динамометрию, статико-динамические и статические тесты на многофункциональном тренажере “Мульти-Фитнес-Центр” фирмы “Kettler”.

Результаты. Проспективное наблюдение за пациентами осуществлялось 2 года. В течение этого времени от острой коронарной патологии умерло 29 человек (летальность 32%). Исключены из анализа 6 человек. По результатам наблюдения сформировано 2 группы: 1-я - выжившие (n=61, средний возраст 68,4±0,76 лет), 2-я - умершие (n=29, средний возраст 72,1±1,2 лет). Группы достоверно различались только по возрасту (p=0,02) и степени сердечной недостаточности по Killip (p=0,0002). При анализе эхокардиографических показателей не было получено достоверных различий при оценке КДО, ФВ, показателя Е/А. При этом в группе умерших определялось достоверно более низкое значение СРП (33,21±5,57 см/с, против 36,98±9,07 см/с; p=0,028), более высокое значение показателя Е/СРП (2,39±1,04 против 1,93±0,73; p=0,049), характеризующее повышение внутрижелудочкового давления. В группе умерших была ниже ТФН (31,6±3,2 Вт против 56,4±5,6 Вт; p=0,009), меньше проходимое расстояние по ТШХ (215,9±19,1 м против 302,9±18,5 м; p=0,003), значимо более низкие показатели силы мышц сгибателей и разгибателей рук, сгибателей ног, выносливости сгибателей и разгибателей ног, показатели кистевой динамометрии (p<0,05). Связь изучаемых показателей с летальным исходом оценивалась в регрессионной модели пропорционального риска Кокса. Наиболее сильно со временем наступления смертельного исхода ассоциировали: степень сердечной недостаточности по Киллипу (=1,72±0,58, p=0,003), сила правой руки (=0,199±0,094, p=0,03), Е/СРП (=-1,89±0,94, p=0,047).

Выводы. После перенесенного острого инфаркта миокарда у пожилых пациентов более сильными прогностическими показателями смертельного исхода при 2-х летнем наблюдении оказались клинические признаки сердечной недостаточности, более высокое значение показателя Е/СРП, снижение силы и выносливости скелетных мышц, измеренные на стационарном этапе.

0855 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕДУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ И ЧЕРЕЗ ГОД

Сумин А.Н., Кобякова О.В., Галимзянов Д.М., Варюшкина Е.В.

ФГЛПУ НКЦОЗШ Минэнерго РФ, Ленинск-Кузнецкий, Россия

Оценка показателей диастолической функции играет важную клиническую и прогностическую роль, однако существуют трудности в трактовке традиционных показателей. Целью исследования было изучить динамику показателей диастолической функции с помощью внутрижелудочковых параметров при инфаркте миокарда у пожилых на стационарном этапе и через год.

Методы. Обследовано 140 больных в возрасте от 37 до 88 лет, поступивших в 1-е сутки Q-образующего инфаркта миокарда. Согласно возрасту было сформировано 2 группы: 1-я - старше 60 лет (n=96, возраст 69,5±0,6 лет) и 2-я - младше 60 лет (n=44, возраст 48,7±0,8 лет). Группы были сопоставимы по продолжительности ангинозного статуса, размеру и локализации инфаркта миокарда, проведению тромболитической терапии. Всем больным на 1-й, 3-й, 5-й, 21-й дни пребывания в стационаре и через год проводили эхокардиографические исследования на УЗ-системе Acuson-128XP/10. Изучали традиционные показатели систолической и диастолической функции левого желудочка. Дополнительно измеряли параметры внутрижелудочковых диастолических потоков: скорость (СРП) и время (ВРП) распространения внутрижелудочкового потока, рассчитывали отношение Е/СРП.

Результаты. На стационарном этапе показатель Е/А увеличился к моменту выписки в обеих группах, достоверно у больных старше 60 лет (с 0,94±0,07 до 0,1±0,05, p=0,015) и был ниже при всех измерениях по сравнению с группой контроля. В 1-е сутки у пожилых больных СРП было меньше (37,0±0,98 см/с), а ВРП (36,6±4,5 мс) больше, чем в контроле (соответственно 39,4±1,4 см/с и 27,1±3,1 мс). Однако к 21-м суткам эти различия нивелировались из-за более выраженного снижения показателей активной релаксации в контроле. Отношение Е/СРП, характеризующее внутрижелудочковое давление, в большей степени возрастало в контроле (с 1,74±0,09 до 2,17±0,13; p=0,000005), чем у пожилых больных (с 1,82±0,07 до 2,07±0,09; p=0,01). Повторно через год удалось обследовать 87 человек: 57 человек 1-й группы (средний возраст 67,9±0,69 лет) и 30 человек 2-й группы (средний возраст 49,1±0,92 лет). В обеих группах в динамике отмечалось снижение Е/А, показатель имел более низкое значение при повторном измерении у пожилых (0,87±0,04 против 1,03±0,05; p<0,05). При этом только в старшей возрастной группе через год отмечалось достоверное снижение СРП (с 36,4±1,39 м/с до 32,7±0,96 м/с; p=0,003), увеличение ВРП (с 32,6±4,8 мс до 48,2±4,1 мс; p=0,003). Изменение показателя Е/СРП имело разнонаправленную динамику с увеличением в 1-й группе и уменьшением в группе контроля.

Выводы. В первые сутки инфаркта миокарда диастолические нарушения были более выражены у пожилых пациентов. В ходе стационарного лечения в обеих группах была сопоставимой динамика нарушения жесткости и активной релаксации миокарда, отмечалось повышение внутрижелудочкового давления, последнее было более заметным у больных среднего возраста. Через год после перенесенного инфаркта миокарда в старшей возрастной группе диастолические нарушения стали более выраженными.

0856 ПАССИВНЫЕ ТРЕНИРОВКИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ (ПАТРИАРХ): ДИЗАЙН И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Сумин А.Н., Байдина О.М., Безденежных А.В., Попова Т.А., Власова И.В.

ФГЛПУ «НКЦОЗШ», Ленинск-Кузнецкий, Россия

Tesis_006_end.indd 360 24.08.2006 22:26:07
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Тяжесть состояния больных пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда определяется не только поражением миокарда, но и возрастными изменениями периферических тканей. Поэтому выглядят обоснованными воздействия по улучшению состояния скелетных мышц у пожилых больных инфарктом миокарда уже на стационарном этапе лечения. У этих больных использование обычных реабилитационных программ у них резко ограничено. Мы решили использовать у этих пациентов пассивные физические тренировки, по разработанной нами методике.

Цель исследования: изучение влияния электростимуляции скелетных мышц на клинико-функциональное состояние больных острым инфарктом миокарда в старших возрастных группах.

В анализ включены 72 пациента старше 60 лет с острым инфарктом миокарда, проходивших стационарное лечение. Больные разделены на группы: основную и контрольную. Внутри групп больные были разделены по возрасту от 60 до 70 лет (n=18, средний возраст 63,6±4,9лет, n=16, средний возраст 65,1±2,6лет) и старше 70 лет (n=21 средний возраст 75,4±3,2лет, n=17, средний возраст 74,9±3,6лет). Пациентам основной группы после стабилизации состояния (с 3-4-х суток) проводился курс электростимуляции скелетных мышц по 2 часовых сеанса в день в течение 10 дней. При этом стимулировали мышцы передней брюшной стенки, мышцы бедра, мышцы голени. Пациенты контрольной группы проходили обычный курс стационарной реабилитации. За 1-2 дня до выписки из стационара проводились статико-динамические и статические тесты для сгибателей и разгибателей нижних конечностей на многофункциональном тренажере Kettler. Также оценивалась сила дыхательных мышц (СДМ), сила мышц кистей (КДМ), проводился тест с шестиминутной ходьбой (ТШХ), ВЭМ, ЭхоКГ с оценкой систолической и диастолической функции левого желудочка. Изучались психологические тесты: ШД (шкала депрессии), САН (самочувствие, активность, настроение), тест Спилбергера.

У больных старше 70 лет, в основной группе можно отметить более высокую СДМ (54,6±24,3 и 33,6±29,5 мм рт. ст.; p=0,023), ТФН (32,5±23,1 и16,7±12,2W; p=0,022), ТШХ (199,5±97,5 и 136,4±80,3м; p=0,04). Отмечена тенденция к более высоким показателям силы всех тренируемых мышечных групп в основной группе (разгибание ног 20,3±16,8 и 11,2±13,2кг; p=0,08). Показатели ЭхоКГ достоверно в группах не отличались, хотя и отмечается тенденция к их улучшению в основной группе. По тесту САН у больных основной группы были лучше показатели, чем в контроле, по шкалам «Самочувствие» (4,2±1,01 и 3,3±1,8; p=0,07) и «Настроение» (5,25±1,24 и 3,95±2,04 p=0,026). Среди больных от 60 до 70 лет отмечалась тенденция к улучшению показателей, однако курс электростимуляции не привел к значительным изменениям их функционального состоянияни.

Предварительные данные проводимого нами исследования показали, что курс пассивных физических тренировок с помощью электростимуляции скелетных мышц по предложенному нами протоколу способен улучшить функциональное и психологическое состояние больных старше 70 лет, не вызывая неблагоприятных процессов ремоделирования миокарда.

0857 РЕАКЦИЯ НА ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОБЫ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Сумин А.Н., Безденежных А.В., Байдина О.М.

ФГЛПУ «Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров», Ленинск-Кузнецкий, Россия

В последнее время были предложены вегетативные пробы для анализа вариабельности ритма сердца (ВРС). Однако их проведение недостаточно изучено у больных старших возрастных групп, при использовании различных методов реабилитации в стационаре.

Целью данного исследования является изучение влияния вегетативных проб на ВРС среди больных инфарктом миокарда пожилого возраста.

В анализ включено 107 больных инфарктом миокарда, находившихся на стационарном лечении. Были выделены 4 группы больных: моложе 60 лет (n=37, средний возраст 47,32±6,64лет), в возрасте 60-70 лет (n=31, средний возраст 65,29±2,55лет) и больные старше 70 лет, которые была разделены на основную (n=21, средний возраст 75,42±3,19лет) и контрольную (n=18, средний возраст 74,67±3,65лет). Больным основной группы после стабилизации состояния (3-4 день) проводился курс электростимуляции скелетных мышц по 2 часовых сеанса в течение 10 дней. За 1-2 дня до выписки из стационара больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру системы «Инкарт» «Кардиотехника-4000». Во время суточного мониторирования ЭКГ проводились вегетативные пробы. Активная ортостатическая проба (АОП), проба с контролируемой частотой дыхания (ПКЧД). Анализировалась вариабельность ритма сердца (ВРС) на участках ЭКГ в течение 5 Минут во время АОП, при ПКЧД, в течение 5 Минут до проведения проб, при горизонтальном положении больного. Проводился спектральный анализ ВРС, оценивались VLF, LF, HF, TP, LF/HF, LF%, HF%, LF%/HF%.

В ответ на АОП, LF%, отражающий симпатическую реактивность, у больных моложе 60 лет возрастал на 13,18% (p=0,49), в возрасте 60-70 лет уменьшался на 18,7% (p=0,67), а в контрольной группе отмечается его резкое снижение на 79% (p=0,27), тогда как в основной группе этот показатель снижался на 5% (p=0,188). Показатель LF%/HF%, отражающий вегетативный баланс в группе моложе 60 лет при АОП увеличивался на 46% (p=0,0006), в группе 60-70 лет увеличивался на 8% (p=0,64), а в контрольной группе уменьшался на 34% (p=0,38), в основной группе он увеличивался на 7% (p=0,63). При ПКЧД, HF%, характеризующий парасимпатическую реактивность у больных моложе 60 лет уменьшался на 32% (p=0,011), в группе 60-70 лет уменьшался на 11% (p=019), а контрольной группе увеличивался на 3% (p=0,66), в основной группе увеличивался на 44% (p=0,037). LF%/HF% при ПЧКД в группе моложе 60 лет увеличивался на 47% (p=0,0006), в группе 60-70 лет уменьшался на 5% (p=0,64), а в контрольной снижался на 24% (p=0,38), в основной группе этот показатель снижался на 10% (p=0,63).

Таким образом, в старших возрастных группах происходит снижение симпатической реактивности в ответ на АОП и парасимпатической в ответ на ПКЧД, наиболее выраженное среди больных старше 70 лет. Применение на стационарном этапе курса электростимуляции скелетных мышц позволяет улучшить показатели вегетативного статуса у этой группы больных.

0858 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ.

Сурнакова Н.Е., Литвицкий П.Ф., Новиков А.К.*

Федеральное Государственное Учреждение, НЦ Экспертизы Средств Медицинского Применения, Институт Клинической Фармакологии, *ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Нами предложен способ математической оценки эффективности медикаментозного лечения с учетом анализа динамики экспрессии поверхностных молекул (кластеров дифференцировки - CD) на плазмолемме лимфоцитов в сопоставлении с содержанием иммуноглобулинов A, M, G, E в сыворотке крови пациентов. Эти показатели достаточно объективно оценивают состояние системы иммунобиологического надзора (ИБН) у пациентов с кардиопатологией. Нами предложен показатель " ", который характеризует состояние системы ИБН, учитывая изменения экспрессии CD16 и уровня IgM в сыворотке крови после проведенной терапии: = (% лимфоцитов экспрессирую-

Tesis_006_end.indd 361 24.08.2006 22:26:07
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

щих CD16 до лечения + % лимфоцитов экспрессирующих CD16 после лечения: (% IgM в сыворотке крови до курса лечения – % IgM в сыворотке крови после курса лечения). Все расчеты проводятся с учетом знака изменений (уменьшения или увеличения) показателей. При положительном клиническом эффекте значения изменяются от –1,80 до +0,80.

Цель настоящей работы - математически оценить эффективность действия плавикса - препарата из группы тиенопиридинов, блокирующего специфический субтип рецепторов к АДФ (P2Y12), экспрессируемых на мембранах тромбоцитов у пациентов с ОКС. Метод исследования: динамику экспрессии поверхностного рецептора CD16 на цитолемме лимфоцитов (как тест-объекте) изучали методом проточной цитофлуорометрии. Лимфоциты выделяли из гепаринизированной крови на градиенте плотности верографин-фиколл до и после медицинского вмешательства. Содержание IgM в сыворотке крови определяли методом радиальной иммунодиффузии (по Манчини). I группу обследованных больных (n=7) лечили стандартной терапией + плавикс. II-ую группу (сравнения) пациентов (n=18) - стандартной терапией включающей - бета-блокаторы (атенолол, метопролол), аспирин, эмалаприл, статины (симвастатин, аторвастатин) в стандартных дозировках по стандартным схемам лечения (без плавикса). Результаты. Обнаружена идентичная для обеих групп пациентов динамика экспрессии CD16 в результате проведенного лечения. Она уменьшилась на 33,3%. Содержание же Ig M в сыворотке крови пациентов увеличилось в I группе статистически достоверно на 14,75±3,01%, а во II группе на 5±1,08%, но это увеличение было также статистически достоверным. Т. о., показатель " " для больных I группы составил Минус 1,38, а для II - Минус 4,46, что свидетельствует о не вполне адекватной терапии больных II группы. Лечение больных I группы (с включением плавикса) может расцениваться в 3,23 раза более эффективным, чем стандартная терапия больных II группы (без плавикса).

Вывод. Оценку эффективности фармакологического действия плавикса у пациентов с ОКС целесообразно проводить, в том числе, и с использованием математической модели, включающей анализ динамики иммунологических показателей.

0859 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА КЛОПИДОГРЕЛЬ (ПЛАВИКС) НА ЭКСПРЕССИЮ ПОВЕРХНОСТНЫХ МАРКЕРОВ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС).

Сурнакова Н.Е., Литвицкий П.Ф., Новиков А.К.*

Институт клинической фармакологии НЦ ЭСМП, ММА им. И.М. Сеченова *, Москва, Россия

Известно, что препарат из группы тиенопиридинов - клопидогрель (плавикс), обладает способностью блокировать специфические рецепторы к АДФ (P2Y12), экспрессируемые на мембране тромбоцитов.

Цель работы - выяснить механизм фармакологического действия плавикса у пациентов с ОКС, используя панель моноклональных антител (МАТ) к поверхностным молекулам лимфоцитов.

Метод исследования: с помощью проточной цитофлуорометрии изучена динамика экспрессии поверхностных рецепторов лимфоцитов: CD4 (маркер Т-лимфоцитов-хелпер), CD11b (активационный рецептор), CD16 (маркер натуральных киллеров), CD25 (активационный рецептор), CD38 (активационный рецептор), CD72 (маркер В-лимфоцитов), CD95 (активационный рецептор, опосредующий апоптоз) на цитофлуориметре FAX-calibur фирмы BD - США. Объектом исследования служили лимфоциты периферической крови больных ОКС, начиная с момента их госпитализации. I группу обследованных (n=7) лечили стандартной терапией + плавикс. II группу (группа сравнения) пациентов (n=18) - стандартной терапией (без плавикса). Стандартная терапия включала применение бета-блокаторов (атенолол, метопролол), аспирина, эмалаприла, статинов (симвастатин, аторвастатин) в стандартных дозировках по стандартным схемам лечения.

Результаты исследования. В процессе лечения обеих групп пациентов выявлена идентичная динамика экспрессии четырех классов рецепторов: CD4, CD11b, CD16 и CD25. При этом экспрессия активационных CD11b (ICAM-1- молекула адгезии) и CD25 (IL-2) в обеих группах практически прекращалась, что позволяет говорить о существенном подавлении воспалительного процесса у пациентов обеих групп. У пациентов обеих групп количество Т-хелперов уменьшилось в среднем на 27%, а количество натуральных киллеров - в среднем на 33%. Экспрессия CD95 уменьшилась у пациентов I группы на 90%, II группы - на 60%. Количество В-клеток в I группе после завершения 10-дневного лечения снизилось на 50%, а во II группе осталось на прежнем низком уровне (около 9%).

Экспрессия поверхностного рецептора CD38, являющегося активационной молекулой (АДФ-рибозилциклазой, сходной с молекулами адгезии), после завершения курса лечения уменьшилась на 53±1,23% лишь в I группе (при применении плавикса).

Выводы. Курсовое использование клопидогреля (плавикса) у пациентов с острым коронарным синдромом сочетается со снижением (в среднем на 53±1,23%) у них экспрессии молекулы CD38 (АДФ-зависимого рецептора на лимфоцитах). В связи с этим можно заключить, что иммунологические исследования динамики экспрессии поверхностных рецепторов лимфоцитов периферической крови позволяют выявить механизмы действия лекарственного препарата плавикс при лечении пациентов с ОКС.

0860 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МИЛДРОНАТОМ И ПЛАВИКСОМ.

Сурнакова Н.Е., Литвицкий П.Ф., Новиков А.К., Низовцева** О.А., Санина** Н.П.*

ФГУ НЦ Экспертизы средств медицинского применения, Институт клинической фармакологии, *ММА им. И.М.Сеченова,**МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва, Россия

Цель работы - математически оценить эффективность лечения больных 2-х групп с гормональной миокардиодистрофией (ГМД) иммунокорректором милдронатом и 2-х групп пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в процессе лечения плавиксом, используя математическую модель, включающую иммунологические показатели.

Метод исследования: проточной цитометрией изучена экспрессия поверхностных молекул CD3, CD4, CD8, CD11b, CD16, CD22, CD25, CD38, CD45, CD54, CD56, CD72, CD95, HLA-DR больных: леченных (I группа) милдронатом (М) и плавиксом (III группа) и 2-х групп сравнения (II и IV). Средний возраст пациенток I группы 53 года (n=15). II группу сравнения составили пациентки (n=75) того же возраста, леченные стандартной терапией. Больных с ОКС (n=7), составивших III группу, лечили стандартной терапией + плавикс (П), IV группу (группу сравнения) пожилых больных с ОКС (n=18) - стандартной терапией (без плавикса). Лимфоциты выделяли из гепаринизированной крови больных на градиенте плотности верографин-фиколл до и после медицинского вмешательства.

Результаты. Пациентки с ГМД до лечения (I и II группы) имели подавленный иммунный статус. Содержание клеток, экспрессирующих поверхностные молекулы CD11b, CD25 (активационные), CD16 (натуральные киллеры), CD22 (молекула адгезии), CD95 (активационный рецептор, опосредующий апоптоз) было меньше (в 3-4 раза) чем у условно-здоровых волонтеров того же возраста. Через 3 нед. лечения М обнаружено, что экспрессия CD22, CD56, CD72 у пациенток выросла в 2 раза. Содержание IgM в сыворотке больных, леченых М, выросло

Tesis_006_end.indd 362 24.08.2006 22:26:07
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

на 23%. Показатель пациенток этой группы оказался равным Минус 0,58 (зона хорошо подобранной терапии), а для пациенток II группы (без М) = 12 (зона плохо подобранной терапии, летального исхода). После лечения больных с ОКС обнаружены идентичные для больных III и IV групп пациентов результаты экспрессии CD16 (уменьшение на 33,3±1,41%). Содержание IgM в сыворотке крови пациентов III группы статистически достоверно увеличилось на 14,75±3,01%, а в IV группе статистически достоверно увеличилось на 5±1,08%. Интегративный экспертный показатель " " больных III группы составил Минус 1,38 (зона хорошо подобранной терапии), а больных IV группы (без П) Минус 4,46 (зона плохо подобранной терапии или зона летального исхода). Выводы. Целесообразно проводить оценку эффективности лечения кардиологических больных с ГМД и с ОКС, используя интегративный экспертный показатель Сурнаковой -Литвицкого " ". Лечение М в значительной степени нормализовало состояние системы ИБН пациенток I группы. Математическая оценка эффективности положительного фармакологического действия П на группу пациентов с ОКС используя интегративный показатель "□" показала, что это зона хорошо подобранной терапии (=-1,38). Математическую оценку эффективности положительного фармакологического действия препаратов целесообразно использовать при выборе новых схем лечения кардиологических больных с ГМД и с ОКС.

0861 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Сускова В.С. Саитгареев Р.Ш. Быстрых О.А. Семенок Ю.В.

ФГУ НИИ Трансплантологии и Искусственных органов РОСЗДРАВА, Москва, Россия

Цель исследования: изучить типы нарушения иммунного статуса у больных пожилого возраста с приобретенными пороками сердца и обосновать показания к иммунокоррегиррующей терапии.

Материалы и методы: проведено клинико-иммунологическое обследование 48 пациентов с приобретенными пороками сердца в возрасте от 65 до 80 лет и 20 пациентов контрольной группы (здоровые доноры), поступивших в НИИТ и ИО на плановое хирургическое лечение. У пациентов определяли количественные и функциональные показатели клеточного и гуморального звена иммунитета, фагоцитарную систему, стандартными методами с использованием проточной цитофлюорометрии и МКАТ. Все больные находились в стадии стойкой ремиссии сопутствующих заболеваний. Клиническое обследование включало проведение комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты: В результате исследования выявлено: лимфопения у 60% пациентов основной группы; снижение общего количества Т-лимфоцитов CD3+, со снижением их иммунорегуляторных популяций Т-хелперов (CD 4+) и цитотоксических Т-лимфоцитов (CD8+); Нарушение иммунорегуляции по аутоиммунному типу 47% , дефицитному типу 33%, без дисбаланса иммунорегуляции 20%; дисглобулинемия с повышением концентрации в сыворотке Ig G до 20 г/л и снижение показателей Ig A, IgM; снижение поглотительной функции фагоцитов (снижение фагоцитарного числа и фагоцитарного индекса), и повышение метаболической активности нейтрофилов (NST-тест), что выражается повышением оксидазной активности и приводит к активизации воспалительно-деструктивных процессов. Таким образом, при оценке исходного иммунного статуса у больных основной группы выявлено 2 типа нарушения иммунорегуляции: аутоиммунный и иммуннодефицитный. Особенностью аутоиммунного типа нарушения явилось: превалирующее снижение цитотоксического потенциала (CD8+, CD3+56+ клетки) при нормальных показателях (CD16+) натуральных киллеров. Нарушение иммунного статуса по типу вторичного иммунодефицита характеризовалось: снижением (CD4+) хелперной активности при повышении количества Т-киллеров (CD 56+3+) и натуральных киллеров NK (CD 16+) со сниженным цитотоксическим потенциалом, равномерным снижением гуморального звена: (В- лимфоцитов (CD 19+), концентрации Ig G, Ig A, Ig M в сыворотке,) а также компенсаторным повышением количества нейтрофилов со снижением их функциональной и метаболической активности.

Выводы: Проведенные исследования показали, что нарушение иммунного статуса у больных пожилого возраста с приобретенными пороками сердца по типу вторичного иммунодефицита носят более тяжелый характер, обусловленный возрастной инволюцией тимуса, который выражается более высоким риском развития послеоперационных осложнений инфекционного характера. Больные пожилого возраста с приобретенными пороками сердца нуждаются в индивидуальном подходе к иммунодиагностике и иммуннокоррегирующей терапии заместительного типа.

0862 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Суханова Г.И., Киняйкин М.Ф., Удовиченко И.А., Мотошина Н.Н., Фролов В.В.

ГОУ ВПО «Владивостокский государственный университет» Федерального агенства по здравоохранению и социальному развитию, Владивосток, Россия

Цель: выявить возможность метода компьютерной электрокардиотопографии (КЭКТГ) в диагностике перегрузки правых отделов сердца при тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) по сравнению с обычной ЭКГ.

Методы: обследовано 34 больных с ТЭЛА. Для подтверждения диагноза у всех больных проводилось определение D-димера, дистальная, проксимальная флебография, ангиопульмонография легких, измерение СДЛА прямым и косвенными методами, рентгенография и компьютерная томография легких, ЭКГ, ЭхоКГ, КЭКТГ.

Методы КЭКТГ, применяемые как в России, так и за рубежом, регистрируют только электрокардиосигналы с прекардиальной зоны, незначительно дополняя обычную ЭКГ. Мы использовали при регистрации КЭКТГ систему «Ритм-М», преимущество которой заключается в возможности регистрации всего электрического поля сердца путем перемещения многоэлектродного пояса по поверхности грудной клетки и абдоминальной области (передний, правый, абдоминальный, задний съемы), записывая 260 электрокардиосигналов. Это позволяет обследовать не только прекардиальную зону, но и заднебазальный отдел, область правого желудочка. При такой методике обследования практически не остается «закрытых» зон сердца. Гипертрофию и перегрузку правых отделов сердца на КЭКТГ оценивали в соответствии с аналогичными признаками на ЭКГ. У 6 больных выявлена массивная и субмассивная ТЭЛА, у 28 – ТЭЛА мелких ветвей.

Результат: при ТЭЛА крупных ветвей у всех 6 больных методом КЭКТГ определялись четкие прямые признаки перегрузки правого желудочка: высокие зубцы R в отведениях правого съема, появление глубокого S во всех горизонтальных рядах заднего съема, смещение сегмента ST. Данные КЭКТГ соответствовали данным ЭКГ.

При ТЭЛА мелких ветвей легочной артерии метод КЭКТГ выявил изменения правых отделов сердца у 26 больных в виде как прямых признаков (у 16), но менее выраженных, чем в группе с массивной ТЭЛА, так и косвенных (у 10 – в виде «вертикализации» электрической оси сердца – увеличение зубца R на абдоминальном съеме и нижних левых рядах заднего съема,

Tesis_006_end.indd 363 24.08.2006 22:26:08
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

снижение величины зубца R и появление зубца S в верхних рядах заднего съема). Метод ЭКГ выявил изменения, характерные для ТЭЛА, в этой группе у 12 больных.

Выводы: метод КЭКТГ высокоэффективный метод в диагностике перегрузки правых отделов сердца при ТЭЛА, превосходящий в 2 раза метод стандартной ЭКГ.

0863 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ЛОЗАРТАНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Суханов Я.В., Белолипецкая В.Г., Белолипецкий Н.А., Бамбышева Е.И.

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

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов лозартана – таблеток Блоктран (ОАО «Фармстандарт-Лексредства», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом – таблетками Козаар («MSD», Нидерланды).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили двойным слепым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации лозартана и его метаболита Е3174, фармакологическая активность которого приблизительно в 40 раз выше, чем неизмененного лозартана, определяли методом ВЭЖХ с УФ-детектированием.

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили неизмененного лозартана и Е3174 в плазме крови здоровых добровольцев после однократного приема внутрь 50 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили лозартана и, что значительно важнее, его метаболита Е3174, который и определяет, собственно, фармакологический эффект препарата, очень близки на всем интервале наблюдения.

Значения фармакокинетических параметров лозартана и Е3174, полученные при изучении Блоктрана и Козаара хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой.

Степень относительной биологической доступности неизмененного лозартана (f) при приеме таблеток Блоктран (ОАО "Фармстандарт-Лексредства") по отношению к таблеткам Козаар («MSD», Нидерланды) составила в среднем 98,5±13,4% (С.I.: 95,4–100,0%). Для Е3174 значение f при приеме Блоктрана по отношению к Козаару составило в среднем 100,8±12,7% (С.I.: 97,9–102,3 %).

Побочные явления при приеме обоих препаратов не регистрировались.

0864 ДЕПРЕССИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА, КЛИНИКО-СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ, ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ

Сыромятникова Л.И.

ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, Пермь, Россия

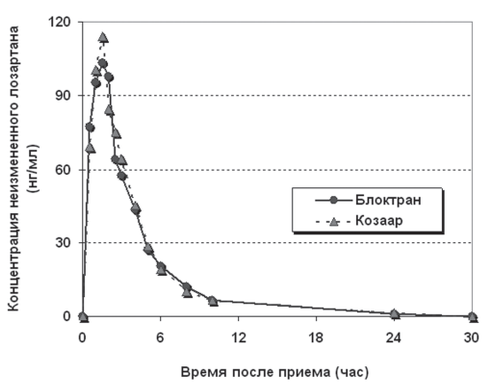
Цель: определить распространенность, влияние на прогноз депрессивных расстройств (ДР) у пациентов с инфарктом миокарда (ИМ), выявить особенности клинико-соматического статуса данной категории больных, сформировать группу риска по развитию депрессии.

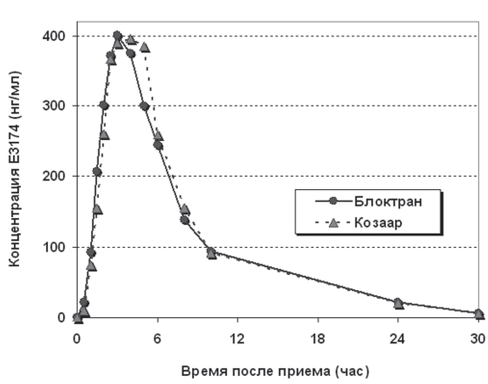
Пациентам проводилось общеклиническое обследование, интервью с использованием шкал Гамильтона и Готланда, теста Спилберга, при помощи опросника НМЦ "Радикс" г. Москва дана характеристика качества жизни. Включенным в исследование выполнены коагулограмма, липидный спектр, тест 6 Минутной ходьбы, ультразвуковое исследование сердца. В тексте использованы значения среднего (М) и стандартного отклонения (δ).

Обследовано 311 больных, из них 244 мужчин и 87 женщин. Средний возраст составил среди мужчин 52,99±7,5 и 56,96±7,23 лет среди женщин (p=0,0001). Среди обследованных больных частота ДР составила 28,3% (88 пациента). Частота выявления ДР была выше у женщин в сравнении с мужчинами 52% против 22% (p=0,0001). На основании анализа клинических особенностей разработан алгоритм по выявлению ДР. Первый этап: выявление при опросе и физикальном обследовании таких признаков, как женский пол, неблагоприятный семейно-половой анамнез (одинокие, разведенные, вдовствующие), стаж коронарной болезни сердца более 1 года, наличие повторного или рецидивирующего ИМ, осложненное болевым синдромом течение ИМ (постинфарктная стенокардия). Наличие более трех вышеуказанных признаков требует отнесения пациента в группу риска по наличию ДР. Второй этап: в случае сочетания трех и более признаков заполнение шкалы Готланда. Третий этап: получение пограничных (от 8 до 13 баллов) или превышающих норму значений по шкале Готланда свидетельствует о наличии ДР, что определяет необходимость консультации психотерапевта (психиатра), для соответствующей коррекции состояния.

Среди пациентов, с которыми поддерживался телефонный контакт (n=288), выявлены различия, так в группе с ДР (n=77) наблюдалась большая частота экстренных госпитализаций 24 (31%) и 33 (16%) в группе сравнения (n=211) (p=0,019). Зарегистрирована недостоверная тенденция к увеличению количества летальных исходов в группе больных ИМ и ДР 5 (5,6%) и 5 (2,25%) в группе без ДР (p=0,3, н/д).

Таким образом, встречаемость ДР у больных ИМ составляет 28% (52% среди женщин и 22% среди мужчин), что ассоциируется с низким качеством жизни, высоким уровнем тревоги, трудностью физической реабилитации больного, а также большей частотой повторных госпитализаций. Учитывая важность свое-





Tesis_006_end.indd 364 24.08.2006 22:26:08
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

временной диагностики ДР, а также высокую частоту скрытых ДР у больных ИМ использование разработанного алгоритма облегчит выявление коморбидного состояния врачу интернисту.

0865 БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА И СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Сырцова М.В., Фомина И.Г.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования: изучение состояния коронарного русла у больных безболевой ишемией миокарда и ИБС: стенокардией II-IV ФК и/или постинфарктным кардиосклерозом.

Методы исследования: обследовано 95 больных (75м, 20ж) с ИБС: стенокардией II-IV ФК, ПИКС и /или АКШ, ЧТКА в анамнезе, а также пациенты с множественными факторами риска. Всем больным проведены общеклинические исследования, холтеровское мониторирование ЭКГ, селективная коронарная ангиография по методике M. Judkins на ангиографической установке Angioscop D (фирма “Siemens”, Германия). По данным 24-часового холтеровского мониторирования ЭКГ выделены 2 группы: I - с безболевой ишемией миокарда (БИМ) – 59 больных (62%), II –группа контроля - 36 (38%) человек. При анализе данных коронарографии учитывалось число пораженных коронарных артерий, локализация поражения. Стеноз считался гемодинамически значимым, если были выявлены сужения не менее чем на 50% главного ствола левой коронарной артерии (ЛКА) или одной из магистральных коронарных артерий. Оценка достоверности разности результатов исследования проводилась по критерию Стьюдента.

Результаты: сравниваемые группы были относительно однородны по возрасту, средней продолжительности заболевания. Стенозирование ствола левой коронарной артерии было обнаружено у 6 (10,7%) больных с БИМ. Стеноз передней межжелудочковой ветви был диагностирован у 31 (52,54%), огибающей ветви – у 10 (16,95%), правой коронарной артерии - у 49 (83,1%) больных этой группы. У больных без эпизодов безболевой ишемии миокарда стеноз ствола ЛКА встречался значительно реже и был выявлен у 2 (5,55%) больных. Стеноз передней межжелудочковой ветви был диагностирован у 29 (80,55%), огибающей ветви – у 15 (41,66%), правой коронарной артерии - у 5 (13,88%) больных. У больных с безболевой ишемией миокарда в основном наблюдалось поражение двух (35,59%) или трех (33,89%) коронарных артерий. Стеноз четырех и более артерий встречался достоверно чаще у больных без БИМ (38,88% соответственно).

Выводы: у всех обследованных больных преобладало мультисосудистое поражение коронарного русла. При этом количество пораженных артерий у больных с БИМ было меньше, чем у больных без БИМ. У больных с безболевой ишемией миокарда наблюдалось преимущественное стенозирование правой коронарной артерии. Изолированное поражение передней межжелудочковой ветви чаще встречалось у больных без БИМ. Гемодинамически значимый стеноз основного ствола левой коронарной артерии встречался почти в 2 раза чаще у больных с безболевой ишемией миокарда, однако данное различие не было статистически достоверным. Таким образом, у больных с безболевой ишемией миокарда часто наблюдается диффузный атеросклероз коронарных артерий с гемодинамически значимыми стенозами, что определяет необходимость более широкого применения коронарной ангиографии у данных больных для решения вопроса о целесообразности интервенционных методов лечения.

0866 ИНФАРКТ МИОКАРДА: ТРОМБОЛИЗИС И ОТДАЛЕННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ

Тавровская Т.В., Соколова О.А., Качесова А.А., Скориченко В.В., Тимофеев А.В.

МУЗ «Городская больница № 1», Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: оценить отдаленную летальность при тромболитической терапии острого инфаркта миокарда.

Материал и методы: в 2005 году проведен телефонный опрос пациентов (или их родственников), выписанных из кардиологического отделения в 1999-2004 гг. с диагнозом острого инфаркта миокарда, в лечении которых использовался системный тромболизис стрептокиназой (1,5 млн. ЕД в/в капельно за 30-40 Минут). Данные представлены в виде M±SD. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента. Возраст пациентов указан на момент проведения тромболизиса.

Результаты: к моменту опроса (4,4±1,4 года после тромболизиса) из 133 пациентов, судьбу которых удалось узнать (возраст 60,6±11,0 лет; 79%-мужчины; 49% - передний инфаркт миокарда), умерло 29 человек (22%). У 7 умерших причину смерти выяснить не удалось, из оставшихся 22 человек умерло: от онкологических заболеваний - 4, утонул -1, суицид - 1, сердечно-сосудистая смерть (аневризма аорты, инсульты и инфаркты) – у 16 пациентов. Средний возраст умерших 64,4±11,7 лет; у выживших - 59,6±10,5 лет ($p<0,0001$). Летальность у женщин и мужчин - соответственно 21 и 22%. При переднем инфаркте миокарда летальность - 15%, при нижнем – 28%. Летальность к концу первого года после тромболизиса составила 7,5% (10 человек).

Выводы:

1. Общая летальность (смерть от всех причин) у выписанных из стационара больных через 4,4±1,4 года после тромболизиса острого инфаркта миокарда стрептокиназой составила 22%, при этом к концу первого года - 7,5%.
2. Летальность у женщин и мужчин была сопоставимой (21 и 22% соответственно).
3. При нижнем инфаркте миокарда отдаленная летальность оказалась выше, чем при переднем (28 и 15% соответственно).
4. Средний возраст тех пациентов, кто в последующем умер, был больше, чем у выживших (64,4±11,7 и 59,6±10,5 лет соответственно; $p < 0,0001$).

0867 ИНФАРКТ МИОКАРДА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ТРОМБОЛИЗИСЕ И БЕЗ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Тавровская Т.В., Качесова А.А., Соколова О.А., Тимофеев А.В.

МУЗ «Городская больница № 1», Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: сравнить структуру летальности на фоне тромболизиса и без него среди умерших от Q-инфаркта миокарда (Q-ИМ) давностью не более 12 часов.

Материал и методы: за 10-летний период проанализированы истории болезни пациентов, умерших в кардиологическом отделении от острого Q-ИМ давностью к моменту поступления не более 12 часов. Проведен сравнительный анализ причин смерти пациентов, в лечении которых использовался (Группа 1) и не использовался (Группа 2) системный тромболизис стрептокиназой (1,5 млн. ЕД в/в капельно за 30-40 Минут). Данные представлены в виде M ± SD. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента.

Результаты: соответственно заданным критериям отобрано 146 умерших. Сравнительная характеристика групп представлена в таблице.

Выводы: сравнительная характеристика структуры летальности при тромболизисе острого инфаркта миокарда и без его использования выявила преобладание разрывов миокарда как причины смерти в группе тромболизиса, причем разрывы происходили преимущественно в первые сутки госпитализации.

Для уточнения взаимосвязи между ранними разрывами миокарда и тромболизисом необходим дополнительный анализ в сопоставимых по количеству, полу, возрасту, давности и локализации инфаркта группах пациентов.

Tesis_006_end.indd 365 24.08.2006 22:26:08
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Таблица.
Характеристика умерших и причин смерти при Q-ИМ давностью до 12 часов.

	Группа 1* (n=23)	Группа 2* (n=123)	p
Возраст	71,8 ± 6,5	68,6 ± 10,9	0,03
Мужчины	57%	53%	-
Первичный инфаркт миокарда	74%	47%	-
Передний инфаркт миокарда	65%	59%	-
Давность инфаркта миокарда к моменту поступления (часы)	2,8 ± 1,9	4,2 ± 3,5	0,004
Время смерти от момента госпитализации (часы)	77,7 ± 93,5	74,7 ± 131,8	0,45
Умершие в первые сутки госпитализации	52%	54%	-
Причина смерти	Кардиогенный шок	48%	52%
	Отек легких	-	9%
	Фибрилляция желудочков	4%	11%
	Разрывы миокарда	43%	20%
	Другие	5%	8%

* - Группа 1 – тромболизис; Группа 2 – без тромболизиса.
Среди умерших в первые сутки госпитализации (Группа 1 - 12 человек; Группа 2 - 67 человек) разрывы миокарда послужили причиной смерти у 9 (75%) и 10 (15%) пациентов соответственно.

0868 МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ И УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тавровская Т.В., Селезнева И.П., Берестенникова Л.Н., Галкина Ю.Е., Тимофеев А.В.

МУЗ «Городская больница № 1», Барнаул, Россия; КГУЗ «Диагностический центр Алтайского края», Барнаул, Россия; Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель: исследовать уровень тиреотропного гормона (ТТГ) у пациентов с впервые выявленной и рецидивирующей мерцательной аритмией (МА), не имеющих заболеваний щитовидной железы, в сравнении с ТТГ лиц, не страдающих МА.

Материал и методы: за 6 месяцев 2005 года проанализированы истории болезней пациентов, выписанных из кардиологического отделения с диагнозом I48 (МКБ-10). Из них отобрано 130 больных, у которых за время госпитализации или в предшествующие 2 месяца был исследован уровень ТТГ (диапазон нормальных значений 0,23-3,4 мМЕ/мл). Среди них выбраны лица (50 человек; возраст 49,9±10,0 лет, 76% мужчин, 40% с гипертонической болезнью, 8% - с хронической ишемической болезнью сердца), у которых по результатам обследования (УЗИ щитовидной железы, осмотр эндокринолога) не выявлено патологии щитовидной железы (Группа 1).

Группа контроля (Группа 2) сформирована из компьютерной базы данных Алтайского диагностического центра за 8 месяцев 2005 года. Последовательно отобрано 90 человек, сопоставимых по возрасту (p=0,051) и полу с пациентами из группы 1 (возраст 46,7±13,0 лет, 77% мужчин, 46% с гипертонической болезнью, 9% - с хронической ишемической болезнью сердца), у которых по результатам обследования (УЗИ щитовидной железы, ТТГ, осмотр кардиолога и эндокринолога) не было мерцательной аритмии и болезней щитовидной железы.

Обработка результатов проведена с использованием программы Excel 7,0. Показатели представлены в виде M±SD. Достоверность различий оценивалась по t-критерию Стьюдента (p≥0,05).

Результаты: уровень ТТГ в Группе 1 и 2 составил 1,15±0,70 мМЕ/мл и 0,81±0,52 мМЕ/мл соответственно (p=0,002). При сравнении уровня ТТГ у пациентов с впервые выявленной (22 человека, возраст 50,7±11,8 лет) и рецидивирующей (28 человек, возраст 49,3±8,4 лет) МА достоверных различий не выявлено: ТТГ=1,24±0,82 и 1,08±0,59 мМЕ/мл соответственно (p =0,230).

Выводы:
1. Уровень тиреотропного гормона у пациентов с мерцательной аритмией оказался выше, чем у лиц без мерцательной аритмии (1,15±0,70 мМЕ/мл и 0,81±0,52 мМЕ/мл соответственно; p = 0,002).
2. Отсутствовали различия в уровне тиреотропного гормона у пациентов с впервые выявленной и рецидивирующей мерцательной аритмией (1,24±0,82 и 1,08±0,59 мМЕ/мл соответственно; p =0,230).

0869 ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ НА ЧАСТОТУ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА

Тагильцева Н.В., Изможерова Н.В., Попов А.А., Андреев А.Н., Козулина Е.В.

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Ожирение является независимым фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), сердечно-сосудистых катастроф и сахарного диабета (СД) 2 типа. Женщины страдают ожирением чаще, чем мужчины. Прибавка массы тела отмечается у 75-80% женщин с началом перименопаузы, особенно выражена в постменопаузе.

Цель: сравнительная оценка динамики массы тела показателей липидного, углеводного обмена у женщин в пременопаузе, в период менопаузального перехода, а также ранней и поздней постменопаузе.

Материалы и методы: в когортное исследование включены 573 женщины в возрасте от 36 до 65 лет. Наблюдение продолжалось в течение 3-х лет. Первую группу составили 104 женщины, за 3 года наблюдения оставшиеся в пременопаузе. Вторую – 87 пациенток, у которых за время наблюдения наступила менопауза (менопаузальный переход). Третья группа – 238 человек в постменопаузе (на первый визит длительность постменопаузы составила от 1 до 5 лет). Четвертая – 157 женщин в поздней (более 5 лет) постменопаузе. Определяли индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), уровень общего холестерина (ОХС), липопротеидов высокой (ЛПВП) и низкой плотности (ЛПНП), триглицеридов (ТГ), глюкозы. Статистическая обработка проводилась с использованием критерия Вилкоксона, данные приведены в виде медианы, 25-го и 75-го процентилей.

Результаты: исходно и через три года группы различались по

Tesis_006_end.indd 366 24.08.2006 22:26:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

весу. Нормальная масса тела чаще встречалась в 1-ой группе, в этой же группе реже встречалось ожирение. Около 50% пациенток 2-ой группы были с ожирением. В группе менопаузального перехода значимо чаще происходило увеличение веса более чем на 5% от исходной массы тела. За время наблюдения отмечено значимое увеличение ОТ в 1-ой, 2-ой и 3-ей группе, между собой группы не различались. Через три года группы значимо различались по уровню глюкозы (наибольшие показатели в группе менопаузального перехода), ОХС и ЛПНП (увеличение показателей с длительностью менопаузы). За три года отмечен значимый прирост частоты нарушений углеводного обмена, артериальной гипертензии (АГ) и хронической сердечной недостаточности. Группы значимо не различались по увеличению массы тела и ОТ, но имеется тенденция к увеличению этих показателей в группе менопаузального перехода (1,0 (-1,0÷4,0) кг, 2,0(0÷6,0) см). Значимая прибавка массы тела и ОТ отмечена у лиц с впервые выявленными нарушениями углеводного обмена (2,0(-1,0÷4,0) кг, 2,0(0,0÷6,0) см) в сравнениями с женщинами у которых эти изменения не развились (0,2(-1,5÷2,5) кг, 1,0 (-2,0÷4,0) см) p=0,002 и p=0,0119 соответственно.

Таким образом, прибавка массы тела и ОТ у женщин в климактерии значимо повышает риск развития нарушений углеводного обмена, прирост частоты которых, начинается в периоде менопаузального перехода и увеличивается с возрастом. Частота ССЗ увеличивается с возрастом и длительностью постменопаузы.

0870 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЧРЕЗМЕРНОМ НАПРЯЖЕНИИ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ

1Таминова И.Ф., 2Гарганеева Н.П., 3 Ворожцова И.Н., 4Телицына О.Ю.

Муниципальное учреждение Врачебно-физкультурный диспансер, Нижневартовск, Россия; 2ГОУВПО «Сибирский государственный медицинский университет Росздрава», Томск; 3ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

В основе достижения высокого спортивного результата ведущая роль принадлежит адаптационным механизмам, происходящим в организме. Повышение адаптационных возможностей и недостаточность восстановления за счет интенсифицирования тренировочного процесса способствует переутомлению и перенапряжению сердечно-сосудистая системы как эффектора адаптационных реакций.

Цель: выявить ранние признаки дезадаптации сердечно-сосудистой системы (ССС) у спортсменов при чрезмерных физических нагрузках.

Материал и методы исследования: обследовано 105 спортсменов (все мужчины в возрасте от 17 до 37 лет), имеющих спортивную квалификацию от первого взрослого разряда до мастера спорта международного класса. I группа спортсменов (n=50) отнесена к категории «выносливость» (лыжные гонки, биатлон). II группа (n=55), спортсмены, развивающие скоростно-силовые качества (дзюдо, бокс). Продолжительность тренировок составляет 3-4 час/день с частотой 5-6 в неделю. Для оценки функционального состояния ССС были проведены: измерение офисного артериального давления (АД), электрокардиография (ЭКГ), велоэргометрия (ВЭМ), эхокардиография (ЭхоКГ). Этапы обследования проводились в подготовительном, предсоревновательном и соревновательном периодах.

Результаты: В I группе в 21 случаях (42%) были выявлены нарушения ритма сердца и проводимости: выраженная синусовая брадикардия - у 5 спортсменов; синусовая аритмия - у 3, эктопический ритм - у 2; желудочковая экстрасистолия - у 2; синдром преждевременного возбуждения желудочков (WPW) - у 3; блокада задней, передней ветвей левой ножки пучка Гиса - у 3; синоатриальная (СА) и атриовентрикулярная блокада (АВ) I степени - у 2; АВ блокада II степени (тип I Мобитца) - у 1; нарушение процессов реполяризации миокарда - у 18 спортсменов. По данным ЭхоКГ сердца в 4 случаях диагностирован пролапс митрального клапана 0-I степени с регургитацией (гемодинамически незначимый). У спортсменов II группы в 9 случаях (16,3%) были отмечены нарушения ритма и проводимости: эктопический ритм - у 1; АВ блокада I степени – у 3; неполная блокада правой ножки пучка Гиса – у 5; нарушение процессов реполяризации миокарда – у 5 спортсменов. ВЭМ в 7 случаях выявила гипертензивный тип реакции АД на нагрузку и у 2 спортсменов наблюдалось повышение уровня офисного АД>140/90 Мм рт. ст. Частота регистрированных случаев нарушений ритма сердца и проводимости в I и II группах в начале тренировочного процесса составила 28,6% случаев, тогда как в предсоревновательном периоде - 43%.

Выводы: к ранним признакам дезадаптации ССС следует отнести показатели нарушенной гемодинамики, а также выявленные нарушения реполяризации миокарда, нарушения ритма и проводимости сердца, частота которых связана с видом двигательной деятельности спортсменов I и II групп. Увеличение случаев зарегистрированных изменений, вероятно связано с возрастанием и увеличением объема тренировочных и соревновательных нагрузок, что может рассматриваться как проявление нарушения адаптации ССС к физической нагрузке.

0871 СРП И ФНО-А ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Тарасова О.А., Василец Л.М.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Росздрава», Пермь, Россия

Цель работы. Изучить параметры иммунного воспаления при пароксизмальной форме фибрилляции предсердий (ФП) у больных артериальной гипертонией (АГ), обозначить возможные корреляции полученных данных.

Методы исследования. Под наблюдением находилось 80 пациентов с АГ, из них 30 женщин (37%) и 50 мужчин (63%), средний возраст 49,90+8,13 лет. В исследование включались пациенты с АГ II стадии и пароксизмальной формой ФП (основная группа) – 38 человек (47,5%); пациенты с АГ II стадии без ФП (группа сравнения 1) – 42 человека (52,5%). Вторую группу сравнения (группа сравнения 2) составили 22 практически здоровых человека, сопоставимых по возрасту и полу.

Концентрации С-реактивного протеина (СРП) и фактора некроза опухоли-альфа (ФНО-α) определялись 18 пациентам во время и 20 пациентам вне пароксизма ФП с помощью тест-систем (DSL-10-42100 ООО «Биохиммак», Москва – для СРП; и “ProConTNFα” ООО «Протеиновый контур», Санкт-Петербург – для ФНО-альфа). Полученные результаты обрабатывались статистически с помощью компьютерной программы STATISTICA 6,0.

Результаты. Концентрация ФНО-альфа была наибольшей у пациентов с мерцанием предсердий во время пароксизма (389,06+191,02 пкг/мл), что в 7,5 раз выше нормальных значений ФНО-альфа (до 50 пкг/мл). Величина ФНО-альфа существенно не отличалась у больных ФП пароксизмальной формы вне пароксизма (14,21+6,61 пкг/мл) и в группе сравнения 1 (17,96+13,78 пкг/мл) (p>0,05). В группе практически здоровых ФНО-альфа достоверно ниже, чем у исследуемых пациентов (1,16+0,64 пкг/мл; p=0,0001).

Концентрация СРП у больных основной группы достоверно ниже, чем в группе сравнения 1 (4,41+1,98 мг/л и 5,72+2,65 мг/л соответственно; p=0,037). Во время пароксизма мерцания предсердий уровень СРП в плазме крови существенно не отличался от такового у пациентов вне пароксизма ФП (4,99+1,82 мг/л и 4,69+2,14 мг/л соответственно; p>0,5). В группе сравнения 2 концентрация СРП была достоверно ниже (1,36+0,71 мг/л; p=0,0001).

Tesis_006_end.indd 367 24.08.2006 22:26:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выводы. 1. Пароксизм фибрилляции предсердий ассоциируется с повышением концентрации ФНО-альфа.

2. Изменения содержания СРП во время пароксизма мерцания предсердий не выявлено.

3. У пациентов с АГ концентрация СРП и ФНО-альфа достоверно выше, чем у практически здоровых людей.

0872 ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Тармонова Л.Ю., Шутов А.М., Чернышева Е.В., Рыкалина Н.А.

Медицинский факультет Ульяновского государственного университета, Ульяновск, Россия

Актуальность. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) нередко сопровождается анемией, которая усугубляет тяжесть сердечной недостаточности и неблагоприятно влияет на прогноз больных. Между тем, влияние анемии на функциональное состояние левого желудочка (ЛЖ) у больных с ХСН изучено недостаточно. Целью исследования явилась оценка влияния анемии на диастолическую функцию ЛЖ у больных с ХСН пожилого возраста.

Материал и методы. Обследовано 97 больных с ХСН I-IVФК в возрасте 65-88 лет (средний возраст 76,5±5,1 лет). Женщин было - 61, мужчин-36. ХСН диагностировали и оценивали согласно Рекомендаций по ХСН (ОССН, 2003). Причиной развития ХСН была ишемическая болезнь сердца (ИБС) и/или артериальная гипертензия (АГ). Уровень гемоглобина составлял 128,7±15,3 г/л. Анемию диагностировали при уровне гемоглобина у мужчин <130 г/л, у женщин <120 г/л, анемия наблюдалась у 26 (26,8%) больных. Диастолическую функцию левого желудочка оценивали с помощью допплер-эхокардиографии. Определяли максимальные скорости раннего (Е, см/с) и позднего (А, см/с) диастолического наполнения, их отношение (Е/А), время изоволюмического расслабления (IVRT, мс), время замедления раннего трансмитрального потока (DT, мс). Для определения связи анемии с показателями диастолической функции левого желудочка выполнен многофакторный пошаговый регрессионный анализ.

Результаты. Гипертрофия левого желудочка диагностирована у 84 (86,6%) больных. Фракция выброса была <45% у 15 (15,5%) пациентов. При оценке параметров диастолического потока было выявлено, что отношение Е/А в группе больных с ХСН составило 1,11±0,47. IVRT превышало норму у 73 (75,3%) человек и равнялось 97,2±23,2 мс. DT изменялось разнонаправлено и составило 211,2±55,6 мс. В качестве независимых переменных в многофакторный регрессионный анализ включали пол, индекс массы тела, пульс, уровень систолического и диастолического артериального давления, ИММЛЖ, гемоглобин, креатинин сыворотки крови. В качестве зависимых переменных по очереди включали параметры диастолической функции. Уровень гемоглобина независимо от других факторов был связан с показателями диастолического наполнения левого желудочка, за исключением максимальной скорости наполнения левого желудочка в систолу предсердий и временем изоволюмического расслабления. Обнаружена обратная связь между концентрацией гемоглобина и скоростью в пике Е (=-0,39; p<0,05), такой связи не обнаружено со скоростью в пике А (=0,13; p>0,05).

Заключение. У больных пожилого возраста с ХСН анемия влияет на структуру трансмитрального кровотока (ТМК), приводя к увеличению скорости наполнения левого желудочка в раннюю диастолу и существенно не влияя на скорость наполнения в систолу предсердий, что может нормализовать отношение Е/А. Трансмитральный кровоток у пожилых больных с ХСН на фоне анемии, характеризующийся отношением Е/А>1,0 при увеличенных показателях IVRT и DT, свидетельствует о диастолической дисфункции нерестриктивного типа (тип замедленной релаксации).

0873 ВЛИЯНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА НА ТРОМБОЦИТАРНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Тарханова И.Ю., Фазлыева Р.М., Мухетдинова Г.А., Бердина Т.Е.

БГМУ, Уфа, Россия

Целью нашего исследования стало изучение характера влияния гомоцистеина на тромбоцитарное звено системы гемостаза у больных артериальной гипертензией, осложненной тромбогеморрагическим синдромом.

Методы исследования: под нашим наблюдением находилось 90 пациентов (59 женщин и 31 мужчина) с артериальной гипертензией. Больные были разделены на 3 группы: I группу составили 30пациентов с неосложненной артериальной гипертензией, II группу – 30 больных с носовым кровотечением на фоне артериальной гипертензии, III группу – 30 пациентов в резидуальном периоде мозгового инсульта также на фоне артериальной гипертензии. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц той же возрастной группы. Средний возраст больных составил 52,5±1,49 года. Средние показатели систолического и диастолического артериального давления составили 178,02±4,87 и 103,27±2,57 мм рт.ст соответственно.

Детальный анализ тромбоцитарного звена системы гемостаза проводился на проточном счетчике “COBAS MICROS” фирмы <ROCHE> (Швейцария). Изучали общее количество тромбоцитов (PLT), средний объем тромбоцитов (MPV), тромбокрит (PCT), ширину распределения тромбоцитов по объему (PDW). Коагулирующие свойства крови исследовали стандартными методиками.

Определение гомоцистеина в плазме крови проводили с помощью иммуноферментного анализа с использованием тест-системы для количественного определения общего L-гомицистеина в человеческой плазме.

Результаты: проведенное исследование показало, что у пациентов I группы наблюдается умеренная тенденция к снижению общего количества тромбоцитов по сравнению с контрольной группой. Отмечено достоверное снижение показателей среднего объема тромбоцитов у пациентов I и II групп по сравнению с контролем (7,37±0,07; 7,26±0,12; 7,51±0,1 соответственно).

Также отмечалась тенденция к снижению тромбокрита у больных I группы по сравнению с контрольной группой. Ширина распределения тромбоцитов по объему во всех группах не отличалась от показателей контроля.

Уровень гомоцистеина в плазме крови у больных I группы составил 15,2±0,9; II группы - 14,98±1,03 и III группы - 15,06±1,13 мкмоль/л, что достоверно превышало показатель гомоцистеина у здоровых людей (8,2±0,2 мкмоль/л) с 99% доверительным интервалом. Также нами обнаружена средней силы корреляционная связь между общим количеством тромбоцитов, средним объемом тромбоцита и уровнем гомоцистеина плазма крови у пациентов с артериальной гипертензией.

Выводы: У больных артериальной гипертензией, осложненной тромбогеморрагическим синдромом наблюдается достоверное увеличение уровня гомоцистеина в плазме крови (p<0,001), коррелирующее с изменениями тромбоцитарных показателей.

0874 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Тарыкина Е. В., Преображенский Д. В., Сидоренко Б. А., Ермакова Т. А., Некрасова Н. И., Махмутходжаев С. А.

ММА им. И. М. Сеченова; Учебно-научный медицинский центр Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Tesis_006_end.indd 368 24.08.2006 22:26:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования – изучить особенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) у мужчин и женщин пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 439 больных с ХСН I—IV функционального класса (ФК). Среди больных были 196 мужчин и 243 женщины в возрасте от 60 до 93 лет (средний возраст 74 года). По клинико-анамнестическим данным, примерно у 40% обследованных больных была ХСН I—II ФК и у 60% - III—IV ФК. У 6 (1,4%) пожилых больных с верифицированной ХСН точное определение ФК было невозможно (из-за старческой дряхлости, сосудистой деменции, левостороннего паралича, выраженной дисциркуляторной энцефалопатии или тяжелой дыхательной недостаточности).

Результаты исследования. Анализ результатов комплексного клинико-инструментального исследования не выявил существенных различий между мужчинами и женщинами в тяжести ХСН, определяемой по функциональной классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца. Как у мужчин, так и у женщин ведущей причиной ХСН явилась ИБС (89% и 76% соответственно). Однако указания на перенесенный инфаркт миокарда чаще встречались в анамнезе у мужчин, чем у женщин (79% и 53%%; p<0,05). Напротив, клапанные пороки сердца (чаще ревматической или неизвестной, возможно, старческой этиологии) у женщин обнаруживались значительно чаще, чем у мужчин (21% против 8%; p<0,05). Дилатационная кардиомиопатия была основной причиной ХСН у 5 (2,6%) мужчин и 8 (3,3%) женщин. Среди женщин с ХСН отмечалась достоверно более высокая частота артериальной гипертензии, а также анемии (соответственно 74% против 55% и 42% против 19% среди мужчин). Различия между мужчинами и женщинами в частоте обнаружения сахарного диабета 2 типа были значительными, но статистически недостоверными (11% и 18% соответственно). Хроническая обструктивная болезнь легких или экзогенная бронхиальная астма среди мужчин выявлялась 2 раза чаще, чем среди женщин (44% против 22%; p<0,05). Не было существенных различий в частоте мерцания предсердий между мужчинами и женщинами. Систолическая дисфункция левого желудочка (фракция выброса ≥45%) обнаруживалась примерно у 40% всех пожилых больных с ХСН и с одинаковой частотой встречалась среди мужчин и женщин (40% и 38% соответственно).

Заключение. У лиц пожилого и старческого возраста (как у мужчин, так и у женщин) ХСН в большинстве случаев (60%) протекает с сохраненной или незначительно нарушенной систолической функцией левого желудочка и вызывается ИБС. Однако в то время как ХСН у мужчин, как правило, развивается после инфаркта миокарда и часто сочетается с хронической обструктивной болезнью легких ХОБЛ (или бронхиальной астмой), ХСН у женщин обычно протекает на фоне артериальной гипертензии, клапанных пороков сердца, анемии и сахарного диабета 2 типа.

0875 ВАЗОАКТИВНЫЕ СУБСТАНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ

Татаркина Н.Д., Татаркин А.А., Казанова Л.Р.

Владивостокский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Цель: охарактеризовать вазоактивные системы при соединительнотканной дисплазии (НСТД), ассоциированной с артериальной гипо- и гипертензией.

Методы исследования: проведено наблюдение за 79 пациентами в возрасте 18-23 лет с синдромом НСТД. У каждого было по 5-6 внешних фенотипических признаков и 1-2 малых аномалий сердца. С высоким нормальным АД (130-139/85-90 Мм рт. ст.) был 31 человек, с нормальным АД (120-129/80-84 Мм рт. ст.) – 13, с артериальной гипотонией (АД – 105/65 Мм рт. ст. и ниже) – 35. Контрольная группа с оптимальным АД (менее 120/80 Мм рт. ст.) состояла из 45 здоровых лиц. Определение калликреина (К) и прекалликреина (ПК) плазмы проводили модифицированным методом Т.С. Пасхиной и А.В. Кринской, 1975; α1-ингибитора протеаз (α-1-ИП) и α2-макроглобулина (α-2-МГ) – энзиматическим методом В.Ф. Нартиковой и Т.С. Пасхиной, 1979. Для исследования уровней серотонина (С) и гистамина (Г) плазмы использован флюориметрический метод.

Полученные результаты: у всех 79 пациентов с синдромом НСТД выявлено повышение активности калликреин-кининовой системы (ККС). Наиболее выраженные изменения имели место у лиц с артериальной гипотонией – в 1,3 раза выше контроля (К – 48,64±3,87 нмоль/мин/мл, норма – 36,02±3,23, p<0,001; ПК – 457,20±46,71 нмоль/мин/мл, контроль – 349,98±34,25, p<0,001). Для пациентов с высоким нормальным уровнем АД было характерным преимущественное увеличение ПК – в 1,3 раза выше нормы (459,92±44,33 нмоль/мин/мл, p<0,001) и незначительное К – в 1,06 раза (38,55±3,16, p=0,001). В группе лиц с нормальным АД наблюдалось только повышение уровня К – в 1,27 раза (46,15±3,18, p<0,001), П был в пределах нормы (351,28±26,88, p=0,900). У лиц с НСТД выявлена отрицательная корреляционная связь уровня К с САД – r=-0,34 (p<0,001), с ДАД – r=-0,41 (p<0,001). Уровни α-1-ИП и α-2-МГ у пациентов с НСТД были снижены в 1,2-1,3 раза по сравнению с контролем (α-1-ИП – 29,88±2,44-31,50±3,19 ИЕ/мл, норма 40,75±5,35, p<0,001; α-2-МГ-3,83±0,35-4,10±0,49, норма 5,25±0,58, p<0,001). Отрицательная корреляционная зависимость обнаружена между уровнями ПК и α-1-ИП (r=-0,62, p<0,001), ПК и α-2-МГ (r=-0,61, p<0,001). Уровень К коррелировал отрицательно с α-1-ИП – r=-0,41, p<0,001). Параметры биогенных аминов крови были увеличены по сравнению с контролем только у лиц с нормальным и высоким нормальным АД: гистамина – в 1,2 раза (0,380±0,020-0,395±0,041 мкмоль/л, норма 0,327±0,017, p<0,001), серотонина – в 1,1 раза (0,693±0,021-0,706±0,024 мкмоль/л, норма 0,630±0,023, p<0,001). Имела место положительная связь уровня С с САД – r=0,66 (p<0,001), с ДАД – r=0,64 (p<0,001), уровня Г с САД – r=0,50 (p<0,001), с ДАД – r=0,46 (p<0,001).

Выводы: у пациентов с синдромом НСТД наблюдаются изменения в состоянии вазоактивных систем. При артериальной гипотонии имеет место активация депрессорной ККС, биогенные амины – на уровне контроля. У лиц с доклинической стадией гипертонической болезни увеличены уровни прессорных аминов (серотонина, гистамина) при одновременном истощении депрессорной ККС.

0876 ЧАСТОТА ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ/ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Телкова И.Л.

ГУ НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН, Томск, Россия

Цель изучить частоту гиперинсулинемии/инсулинорезистентности у больных артериальной гипертензией (АГ) в зависимости от стадии развития заболевания, состояния коронарного русла и миокардиальной функции.

Материалы и методы исследования. Обследовано 83 мужчин, сопоставимых по возрасту и образу жизни, страдавших АГ I-III стадии. У 27 установлена АГ I-II стадии, и у 36 – III ст. заболевания. Группу контроля составили 20 здоровых мужчин. Оценивалось состояние коронарного русла, миокарда и миокардиальной функции методами коронароангиографии (КАГ), вентрикулографии (ВГ) обоих отделов сердца, УЗИ- и/или сцинтиграфией миокарда. У части больных брался биоптат эндомиокарда правого желудочка с последующим морфологическим исследованием. В сыворотке периферической венозной крови определялись уровни инсулина и глюкозы в покое и при индуцированных велоэргометрической нагрузкой (ВЭМ) признаках коронарной и/или миокардиальной недостаточности. Рассчитывались индексы HOMA-IR и HOMA-S.

Tesis_006_end.indd 369 24.08.2006 22:26:09
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. Частота базальной ГИ (т.е ≥13,5 мкЕд/мл) в I-II стадиях заболевания составила около 21% и не превышала популяционный уровень. У пациентов с АГ III ст, не контролировавших медикаментозно уровень АД и коронарную недостаточность, частота ГИ достигала 56,5%. В условиях стресс-теста повышенное содержание инсулина выявлялось у 76,6% больных АГ I-II стадии и 81% – III ст. Этому соответствовали уровни индекса HOMA-IR, рассчитанные в покое и в условиях ПМН. В то же время показатель инсулинопродуцирующей функции, которую идентифицировал HOMA-S, в условиях мышечной нагрузки с нарастанием тяжести АГ достоверно уменьшался. У больных I-II стадией АГ, при отсутствии явных изменений магистральных КА, по данным морфологического исследования биоптата эндомиокарда имели место не специфические структурные изменения эндотелиоцитов и гладкомышечных клеток сосудов артериолярного уровня. У больных АГ III ст, наряду с нарушениями эндотелиального слоя артериол и капилляров наблюдалась неравномерная гипертрофия кардиомиоцитов, атеросклеротическое поражение магистральных артерий, особенно выраженные у лиц, перенесших ИМ. Структурные изменения сосудов в начальных стадиях АГ сопровождались нарушением диастолической функции левого желудочка, выявлены тенденции к повышению артериального давления в легочной артерии и правых отделах сердца. Характерно, что уровень ТФН коррелировал в большей степени с индексом HOMA-IR и глюкозой (r=0,64; r=-070), но не с инсулином, т.е. скорее зависел от скорости поступления в кровь гормона, но не от его уровня.

Заключение. В начальных стадиях заболевания АГ в покое частота выявления инсулинорезистентности не превышает популяционный уровень, но имеет преимущественно скрытый характер и проявляется ГИ только в условиях стресс-нагрузки. В III стадии АГ частота тканевой ИР достигает 56,5%, изменяется эффективность инсулинопродуцирующей функции. От состояния последней определенным образом зависит как показатели внутрисердечной и системной гемодинамики, так и переносимость физических нагрузок.

0877 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ

Теммоева Л.А., Суворова А.В.

Кабардино-Балкарский Государственный Университет, Нальчик, Россия

Современная трактовка психосоматической патологии с позиции психоанализа не отличается в сравнении с первыми, конкретизацией этиологии, а скорее наоборот. В современной медицине раздел «Психосоматика» представляют исследования (клинические, психологические, эпидемиологические, лабораторные), освещающие различные аспекты биологических и психосоциальных соотношений. Роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих паттернов с чувствительностью к определенным соматическим заболеваниям, влияние некоторых методов лечения на психическое состояние.

Целью нашего исследования явилось изучение взаимосвязей конституционально-типологических личностных основ и патогенетических механизмов возникновения и развитие соматопсихических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях у детей.

Под наблюдением находилось 85 больных в возрасте от 8 до 16 лет. Контрольную группу составили 40 здоровых детей.

Методы исследования: клинические, психодиагностические методы (беседа, наблюдение, проективные методики – тест цветовых предпочтений Люшера, тест «Детский рисунок», личностный опросник Айзенка); методы непараметрической математической статистики (дискриминантный и кластерный анализ).

Анализ результатов проведенного психодиагностического исследования показал следующие результаты. Микроструктурный многомерный патопсихохологический анализ детей, страдающих психосоматическим заболеванием указывает на наличие невротического состояния. При этом наблюдаются: утрата интересов, ощущение безразличия, недостаток побуждения к активной деятельности. В соматических жалобах преломляется ощущение угрозы и недостаточности внимания со стороны окружающих. Наряду с вышеперечисленным отмечается повышенная возбудимость, раздражительность в сочетании с быстрой истощаемостью и утомляемостью, повышенная чувствительность к различным раздражителям, к ощущениям внутренних органов, слезливость, обидчивость, снижение настроения. Повышенный уровень личностной тревожности находит отражение в появлении таких признаков как беспокойство и тревога за собственное здоровье, за близких и родных, неуверенность при общении с окружающими, нетерпеливость, непоседливость и нерешительность. Ярко выраженным оказывается ощущение внутренней напряженности, готовности к возникновению какой-либо неожиданности, неприятности. Обращает на себя внимание тот факт, что при повышении уровня конституциональной тревоги, уровень ситуационной тревоги остается в рамках верхней границы нормы.

Таким образом, многовекторный патопсихологический анализ детей, страдающих психосоматической патологией, на высоко достоверном уровне подтвердил зависимость между выраженностью пограничных психопатологических, личностных, поведенческих расстройств и конституционально-психотипологической личностной структурой детей и подростков.

0878 ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В ВЕЙВЛЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИИ

Тептин Г.М.(1), Латфуллин И.А.(2), Мамедова Л.Э.(1)

(1) Казанский государственный университет, Казань, Россия;
(2) Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия

Цель: применение вейвлет преобразований (вейвлет Морле) для анализа поздних потенциалов желудочка (ППЖ) у больных инфарктом миокарда.

Методика: впервые использована частотно-временная карта ЭКГ (полученная с помощью вейвлет преобразований ППЖ) у больных инфарктом миокарда, что позволило проанализировать ППЖ сердца без временного и пространственного усреднения с помощью разработанного нами оригинального электрокардиографа сверхвысокого разрешения. В результате появилась возможность анализировать свойства сигнала одновременно во временном и в частотном пространствах.

Была обследована группа больных (290) инфарктом миокарда. Для ЭКГ каждого больного вычислялись вейвлет-спектр и модуль комплексного спектра, т.е. амплитудный спектр, в котором колебания вдоль оси времени отсутствуют.

Результаты: у больных инфарктом миокарда (ИМ) передней и нижней локализаций с зубцом Q и без зубца Q обнаружены следующие характеристики.

1) При переднем ИМ с зубцом Q в отведениях V1,V2,V4 наблюдались частоты 59 Гц, а в отведении V6 - 83 Гц соответственно.
2) При нижней локализации ИМ с зубцом Q обнаружены частоты в отведениях V2 - 71 Гц , V3 - 59 Гц, V4, V6 - 68 Гц соответственно.
3) При переднем ИМ без зубца Q в отведениях V2 наблюдались частоты 78 Гц, а в отведении V6 - 72 Гц соответственно.
4) При нижней локализации ИМ без зубца Q обнаружены частоты в отведениях V1 - 59 Гц ,V2 - 63 Гц соответственно.

Tesis_006_end.indd 370 24.08.2006 22:26:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Основные выводы:

Применение вейвлет анализа ППЖ показало, что ИМ разной локализации сопровождается различными высокочастотными компонентами в разных отведениях. Их различие по частотам для более тонкого понимания электрической нестабильности миокарда требует дальнейшего изучения

Получены новые количественные характеристики, которые могут применяться для более глубокого анализа ЭКГ с ППЖ;

0879 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ ПРО- И ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Тимашева Я.Р., Закирова А.Н., Карамова И.М., Мустафина О.Е.

ИБГ УНЦ РАН, Уфа, Россия; БГМУ, Уфа, Россия; ГУЗ Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель: в настоящее время проводятся многочисленные исследования генетической предрасположенности к эссенциальной гипертензии (ЭГ), представляющим собой главную причину заболеваемости и смертности в зрелом возрасте в современном мире. В ряде исследований было продемонстрировано, что у больных ЭГ нарушено соотношение про- и противовоспалительных цитокинов. Целью настоящего исследования было установление ассоциаций полиморфизма генов интерлейкина-6, интерлейкина-12 и интерлейкина-10 с ЭГ.

Материал и методы: в исследование были включены 355 пациентов с гипертензией и 343 индивидуума без признаков сердечно-сосудистых заболеваний, не состоящих в родстве друг с другом, татар по этнической принадлежности. ДНК, выделенная из цельной венозной крови методом фенольно-хлороформной экстракции, амплифицировалась в полимеразной цепной реакции. После рестрикции генотипы IL-6 -572 G/C, IL-12 1159 C/A и IL-10 -627 C/A идентифицировались путем разделения фрагментов ДНК в агарозно-акриламидном геле.

Результаты: мы обнаружили, что генотип -627 *C/*C и аллель *C гена IL-10 ассоциированы с пониженным риском ЭГ (OR=0,7, P=0,03, CI: 0,2—0,8). Ранее было показано, что данный генотип ассоциирован с пониженным содержанием в сыворотке интерлейкина-10, обладающего атеропротективным действием. Распределение генотипов и аллелей гена IL-6 в группе больных и контрольной группе существенно не различалось, однако частота генотипа –572 *G/*G гена IL-6 было выше в группе больных с гипертензией, перенесших инсульт, по сравнению с группой больных неосложненной ЭГ (P=0,058). Также нами было установлено, что обладатели генотипа 1159 *A/*A гена IL-12 имеют более низкий риск развития ЭГ (OR=0,44, P=0,02, CI: 0,22—0,88).

Заключение: полученные нами данные подтверждают участие цитокинов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний.

0880 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ 15 - 75 ЛЕТ

Тимофеева Т.Н., Баланова Ю.А., Константинов В.В., Деев А.Д.

ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва, Россия

Цель: оценить распространенность артериальной гипертонии (АГ) и эффективность ее лечения среди женского населения России в возрасте от 15 до 75 лет.

Методы. В рамках Федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» стандартными эпидемиологическими методами обследована представительная выборка из женского населения страны 15-75 лет – 19064 человека с откликом более 80%. АГ регистрировали при уровне АД 140/90 Мм рт. ст. и выше и/или при наличии антигипертензивной терапии.

Результаты. Распространенность АГ среди женского населения России составила 40,4% и была одинаковой среди проживающих в городской и сельской местности: 40,3 и 40,5% соответственно. Частота этого заболевания среди городских жительниц колебалась от 44,7% в Сибири до 32,3% – на Дальнем востоке, среди сельских – от 45,8% в Поволжье до 29,1% - на Дальнем востоке.

Информированность о наличии АГ среди больных женщин составила 80,3%, при этом среди сельских жительниц она была выше сравнительно с городскими: 86 и 78% соответственно. Лучше осведомлены о наличии заболевания в городах Юга и Дальнего востока: 92,9 и 91,8% соответственно, тогда как на Урале знали о наличии АГ только 58,5% больных горожанок. Среди сельских женщин самая высокая информированность выявлена на Юге и в Сибири – 92,4-90,4%, самая низкая – на Дальнем востоке – 48,3%.

Лечились по поводу АГ около двух третей больных женщин – 63,1%, чаще в селе: 72,8 против 59,4% в городе. Среди сельских женщин самый высокий уровень приема антигипертензивных препаратов (АГП) отмечен в Сибири – 87,9%, а самый низкий – на Дальнем востоке – 55,8%. У горожанок более высокий уровень этого показателя отмечен на Дальнем востоке – 76,9%, более низкий – на Урале, где лечились всего 28,5% больных.

Среди используемых препаратов ингибиторы АПФ (ИАПФ) составили 69,9% назначений, диуретики – 49,2%, бета-блокаторы –27,8%, антагонисты кальция –18,3%, редкие препараты – 2,1%, другие - 30,2%.Эффективность лечения среди женщин составила 22,5%, в селе выше – 24,1 против 21,9% в городе. В сельской местности наиболее высокая эффективность лечения отмечена на Урале-32,6%, самая низкая – на Юге – всего 7,5%. В то же время, горожанки лучше контролируют АД на Юге – 25,7%, тогда как в Центре эффективно лечат АГ 18,2% больных.

Выводы. Распространенность АГ среди женского населения остается высокой. Несмотря на улучшение информированности о наличии заболевания и увеличение количества больных, принимающих АГП, в большей степени среди сельских жительниц, эффективно лечится только пятая часть больных. Для лечения АГ чаще применяются ИАПФ и диуретики, однако около трети больных продолжают использовать не рекомендованные препараты.

0881 ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА ПРИ АРТРИТАХ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Тимофеев В.Т., Абельдяев Д.В., Шостак Н.А., Фильшина В.Л., Аксенова А.В., Аничков Д.А.

РГМУ, Москва, Россия

Актуальность: артрит, ассоциированный со стрептококковой инфекцией обычно протекает без кардита. Однако существует возможность исхода с формированием клапанного порока сердца.

Цель исследования: выявление взаимосвязи между клиническими особенностями артрита, носительством аллоантигена D8/17 и клапанным поражением сердца у больных артритом, ассоциированным со стрептококковой инфекцией.

Материал и методы. Обследованы 40 больных (средний возраст 26,8±14,0): 14 больных с вероятным постстрептококковым артритом (ПСА; средний возраст 31,2±11,2 г); 10 больных с ОРЛ и типичным суставным синдромом (средний возраст 16,6±7,6 г) и 16 больных с предполагаемой ОРЛ (средний возраст 17,1±7,5 г). Изучали клинические особенности течения артрита и наличие аллоантигена D8/17 на В-лимфоцитах. Для выявления частоты D8/17 обследована контрольная группа здоровых лиц (n=30), сопоставимая по полу и возрасту. Состояние клапанного аппарата сердца оценивали с помощью трансторакальной эхокардиографии (включая допплеровский анализ). Длительность наблюдения составила в среднем 31,2±19,6 мес.

Tesis_006_end.indd 371 24.08.2006 22:26:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. Признаки перенесенного вальвулита (краевой фиброз створок) без формирования регургитации выявили у 6 больных. Кроме того, в одном случае диагностирована изолированная митральная регургитация II степени и в одном - вальвулит аортального клапана. Клапанное поражение протекало бессимптомно и было отсрочено от эпизода артрита в среднем на 24,0±7,9 мес. У одного пациента установлено его прогрессирование через 12 мес. от момента суставной атаки. У 7 больных повторная атака не зафиксирована. В целом клапанное поражение сердца выявлено у 8 (20%) больных. Наибольшая частота поражения клапанов сердца была во II (50%), а рецидивов артрита – в у больных с предполагаемым ПСА (42,9%). Частота аллоантигена В-клеток D8/17, как маркера ОРЛ, у всех больных артритом, ассоциированным со стрептококковой инфекцией, оказалась высокой, составляя от 42,9 до 62,5% (в среднем 55%, в контрольной группе – 6,7%). Следовательно, наличие маркера отражает предрасположенность к стрептококковой инфекции и ОРЛ. Относительно благоприятный исход заболевания наблюдали в I и III группах. Рецидивы артритов отмечены у 8 больных.

Выводы. Таким образом, для своевременной диагностики клапанного поражения сердца у больных артритом, ассоциированным со стрептококковой инфекцией целесообразно проведение проспективного динамического 2Д ЭхоКГ наблюдения в течение не менее 2,5 лет, а также выявление аллоантигена D8/17.

0882 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Тихонов П.П., Соколова Л.А.

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова, кафедра госпитальной терапии с курсами клинической фармакологии и семейной медицины, Санкт-Петербург, Россия

Группа пациентов с высоким нормальным артериальным давлением (АД), ранее именовавшимся пограничной артериальной гипертензией (АГ), является перспективным объектом первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Несмотря на значительный объем исследований в этой области, многие вопросы, касающиеся патофизиологии и клинических характеристик этого состояния, остаются неизученными.

Целью исследования стало изучение параметров суточного ритма АД и характеристик вегетативной регуляции сердечно-сосудистой системы у пациентов с высоким нормальным АД (ВН АД).

Методы: обследованы 3 группы пациентов мужского пола: I – 42 больных гипертонической болезнью (ГБ) I–II стадии, АГ 1-2 степени (средний возраст 21,7±4,5 лет), II – 19 молодых людей с ВН АД при клиническом измерении (средний возраст 22,7±3,6 лет), III – 16 практически здоровых молодых людей без указаний на повышение АД в анамнезе (средний возраст 24,6±5,2 лет). Пациентам выполняли бифункциональное суточное мониторирование. Нормальным считали снижение АД в ночное время на 10–20% (подгруппа D); недостаточным – ночное снижение АД <10% (подгруппа ND)

Результаты: выявлены особенности распределения пациентов с различными типами циркадного ритма АД в зависимости от группы. В I и II группах доля ND составила 35,7% и 36,8%, соответственно (p=0,903); в то же время в группе III доля ND была 18,8% (при сравнении III против I p=0,186, при сравнении II против III p=0,298).

При сравнении вариабельности сердечного ритма (ВСР) ND и D групп I и II выявлены следующие особенности у пациентов с недостаточным ночным снижением АД: увеличение мощности колебании в области низких частот (ночью и в целом за сутки), снижение мощности колебаний в области высоких частот (ночью), снижение ночных значений pNN50 и rMSSD. Dipper и non-dipper группы III не отличались достоверно по параметрам ВСР.

Заключение: у пациентов с ВН АД недостаточное ночное снижение АД встречается с такой же частотой, как и при ГБ I–II стадии; при этом характер нарушения ВСР у ND с ВН АД, также как и у ND больных ГБ свидетельствует о недостаточном снижении активности симпатической нервной системы в ночное время и преобладающих симпатических влияниях в целом за сутки.

0883 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА

Тожиев М.С.

Медицинский центр «Ятрейя», Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучить эффективность комплекса традиционных методов и рационального питания используемого для снижения избыточной массы тела (ИМТ).

Материал и методы. Находились под диспансерным наблюдением 93 человека с избыточной массой тела. Среди них 71 пациент с ожирением 1 степени, 17 человек с ожирением 2 степени и 5 человек с ожирением 3 степени. Среди указанных пациентов были регистрированы: гипертоническая болезнь (ГБ) II ст. у 25 человек; ИБС у 18 человек, в том числе стенокардия (СН) II функциональный класс у 13 человек и постинфарктный кардиосклероз у 5 человек; гиперхолестеринемия у 16 человек и сахарный диабет II типа у 11 человек. Рациональное питание рекомендовали в течение 10-15 дней пациентам с ожирением 1 степени, а 20-30 дней при ожирении 2-3 степени. При этом на указанные сроки из рациона исключили соль, сахар, хлеб, кофе, черный чай, мясо, рыбу, молочные и кисломолочные продукты и спиртные напитки. Рекомендовали употреблять только свежие фрукты, овощи или варенные в своей кожуре, крупы, сухофрукты, орехи, мед и медопродукты. Комплекс традиционных методов включал в себя произвольные адаптивные физические упражнения для суставов верхних и нижних конечностей, позвоночного столба, самомассаж биологически активных точек головы, ушных раковин, дыхательная гимнастика и динамическая медитация. Исходный уровень здоровья и эффективность комплекса традиционных методов оценивались как с помощью субъективных оценок, так и с помощью автоматизированного кардиологического скрининга в течение 1 года.

Результаты. Качество жизни у пациентов с ИМТ по сравнению с исходными данными улучшилось на 87,3%. Пациенты с ИМТ снизили массу тела на 10-30% по сравнению исходными данными (P<0,01). У большинства пациентов исчезла одышка, появилась легкость в теле, гибкость в суставах, кожа стала свежая и упругая, улучшился сон. В результате растяжки позвонков увеличился рост пациентов на 2-5 см за счет восстановления и роста межпозвонковых дисков и выпрямления позвоночного столба. У больных ИБС, особенно с СН общее состояние стабилизировалось, частота и интенсивность ангинозных приступов стала значительно реже или полностью прекратилась. Уровень систолического АД снизился на 20-60 Мм рт. ст. и диастолического АД на 15-30 Мм рт. ст. у больных с ГБ по сравнению с исходными данными (P<0,001). В результате стабилизации общего состояния у большинства больных с ГБ удалось снизить количество и дозировку гипотензивных препаратов. У 12 больных с ГБ отмечалась нормализация АД, которые в дальнейшем прекратили прием лекарственных средств. У пациентов с гиперхолестеринемией и сахарным диабетом уровень холестерина и глюкозы снизился до нормы.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать к широкому использованию применяемый нами комплекс традиционных методов для снижения массы тела у лиц с ИМТ и у больных с ИБС и АГ.

Tesis_006_end.indd 372 24.08.2006 22:26:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0884 МНОГОЛЕТНЯЯ МНОГОФАКТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Тожиев М.С., Шестов Д.Б.

Медицинский центр «Ятрейя», МАПО, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Изучить в динамике в течении восьми лет эффективность многофакторной профилактики гипертонической болезни (ГБ).

Материал и методы. Под диспансерным динамическим наблюдением находились 123 больных с ГБ, в том числе ГБ I степени -39 пациентов, ГБ II степени - 74 человека и ГБ III степени – 10 больных, в том числе у 15 больных регистрировалась стенокардия (СН) II и III функционального класса (8 человек с постинфарктным атеросклеротическим кардиосклерозом и 7 больных с сосудистыми поражениями мозга). Среди больных были выявлены ожирение 1 степени у 22 человек, ожирение 2 степени у 11 пациентов и ожирение 3 степени у 5 больных. Гиперхолестеринемия обнаруживалась у 17 пациентов. Сахарный диабет II типа регистрировался у 9 человек. Коррекция медикаментозной терапии проводилась кардиологом. Использовалась лечебно-профилактическая система здоровья при многофакторной профилактике ГБ, которая применяется в течение 10 лет. Назначалась строгая гиполипидемическая диета, уменьшили в рационе количество поваренной соли, сахара, легко-усваиваемых углеводов и жиров животного происхождения. Рекомендовали не употреблять алкоголь и бросить курить. Назначали принимать биологически активные добавки для очищения организма, снижения массы тела, холестерина, глюкозы в крови и артериального давления (АД). Система здоровья включала в себя произвольные адаптивные физические упражнения для суставов верхних и нижних конечностей, позвоночного столба, самомассаж биологически активных точек головы, ушных раковин, дыхательная гимнастика и медитативные техники. Периодически проводились групповые и индивидуальные занятия под руководством преподавателей, кардиологов и самостоятельные занятия самими пациентами 3-5 раз в неделю по 40-60 Мин. Исходный уровень здоровья и эффективность системы здоровья оценивались как с помощью субъективных оценок, так и с помощью автоматизированного кардиологического скрининга.

Результаты. Уровень улучшения качества жизни у людей с данной патологией повышался по сравнению с исходным на 78,3%. Уровень систолического АД снизился на 20-60 Мм рт. ст. и диастолического АД на 10-30 Мм рт. ст. у больных с ГБ по сравнению с исходными данными ($P<0,001$). У больных ИБС, особенно с СН общее состояние стабилизировалось, частота и интенсивность ангинозных приступов стала значительно реже или полностью прекратилась. В результате стабилизации общего состояния у большинства больных с ГБ и СН удалось снизить количество и дозировку гипотензивных и антиангинальных препаратов. У 31 больного с ГБ отмечена нормализация АД, которые в дальнейшем прекратили прием лекарственных средств. У больных с гиперхолестеринемией и сахарным диабетом уровень холестерина и глюкозы снизился до нормы. Больные с ожирением 1-3 степени снизили массу тела на 10-30%.

Заключение. Полученные результаты позволяют рекомендовать к широкому использованию применяемую нами лечебно-профилактическую систему здоровья при многолетней многофакторной профилактике ГБ.

0885 АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Толеубеков К.К., Кулмагамбетов И.Р., Сейсембеков Т.З., Умбеталина Н.С.

КГМА, Караганда, Казахстан

Оптимизация терапии ИБС в сочетании с сахарным диабетом (СД) в силу известных ограничений для β-адреноблокаторов, особенностей течения сочетанной патологии является актуальной проблемой современной кардиологии.

Целью исследования явилось изучение клинической эффективности триметазидина у больных тяжелыми хроническими формами ИБС в сочетании с СД.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 104 больных хроническими формами ИБС (ХИБС) в сочетании с СД, разделенных на две группы в зависимости от наличия (основная группа – 64 чел.) или отсутствия (контрольная группа – 40 чел.) в схеме лечения триметазидина. Все пациенты находились на стандартной терапии ХИБС. Триметазидин принимался в рекомендуемой суточной дозе 60 мг. Метаболический контроль СД осуществлялся пероральными сахароснижающими препаратами. Клинический статус обследуемых оценивался с помощью специально разработанных карт. Для объективной оценки результатов лечения проводилось холтеровское мониторирование (ХМ) ЭКГ в течение суток по общепринятой методике.

Результаты и обсуждение. На фоне лечения пациенты обеих групп отмечают значительное улучшение общего клинического статуса (уменьшение слабости, одышки, увеличение физической активности). Частота приступов стенокардии в сутки у больных основной группы уменьшилась на 55% ($p<0,001$), в контрольной – на 34% ($p<0,05$). При этом, потребление быстродействующих нитратов уменьшилось соответственно на 35% ($p<0,05$) и 24% ($p>0,05$). Анализ показателей между группами выявил существенное положительное влияние триметазидина на частоту приступов стенокардии ($p<0,05$) и потребленных при этом таблеток нитроглицерина ($p>0,05$). По данным ХМ ЭКГ у больных основной группы отмечено уменьшение количества эпизодов ишемии миокарда более чем на 33% в сутки ($p<0,001$), суммарная продолжительность ишемии миокарда снизилась на 39%, ($p<0,001$), а уровень максимальной депрессии сегмента ST снизился на 30% ($p<0,001$). При этом, количество как болевых, так и безболевых эпизодов ишемии миокарда уменьшилось сопоставимо и их соотношение по сравнению с исходными данными не изменилось. Т.е. триметазидин оказался одинаково эффективен в лечении как болевой, так и безболевой ишемии миокарда. У больных, находившихся только на традиционной антиангинальной терапии, также выявлены достоверные изменения изучаемых параметров: уменьшение эпизодов ишемии миокарда более чем на 23% ($p<0,001$), уменьшение общей продолжительности ишемии миокарда на 20% ($p<0,01$), снижение величины максимальной депрессии сегмента ST на 20% ($p<0,001$). Тем не менее, эти изменения достоверно менее значимы, чем в основной группе ($p<0,01$).

Выводы. Таким образом, данные клинического анкетирования и суточного ХМ сегмента ST свидетельствуют о высокой клинической эффективности оптимизации антиангинальной терапии больных ХИБС в сочетании с СД добавлением к ней триметазидина в рекомендуемой суточной дозе.

0886 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Толеубеков К.К., Кулмагамбетов И.Р., Сейсембеков Т.З., Умбеталина Н.С.

КГМА, Караганда, Казахстан

Оптимизация терапии хронических форм ИБС (ХИБС) в сочетании с сахарным диабетом тип 2 (СД) подразумевает поиск средств, максимально препятствующих возникновению ишемии миокарда и благоприятно воздействующих на метаболические сдвиги.

Tesis_006_end.indd 373 24.08.2006 22:26:10
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Целью исследования явилось изучение эффективности триметазидина у больных тяжелыми хроническими формами ИБС в сочетании с СД и влияния на основные параметры липидного (ЛО) и углеводного обмена (УО).

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты обследования и лечения 104 больных ХИБС в сочетании с СД, разделенных на две группы в зависимости от наличия (основная группа – 64 чел.) или отсутствия (контрольная группа – 40 чел.) в схеме лечения триметазидина. Все пациенты находились на стандартной терапии ХИБС. Метаболический контроль СД осуществлялся пероральными сахароснижающими препаратами.

Клинический статус обследуемых оценивался с помощью специально разработанных карт. Исследование параметров ЛО включало определение уровней общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности и расчет концентрации липопротеидов низкой плотности и индекса атерогенности (ИА). Состояние УО оценивалось по уровню натощаковой гликемии.

Результаты и обсуждение. На фоне лечения пациенты обеих групп отмечают значительное улучшение общего клинического статуса (уменьшение слабости, одышки, увеличение физической активности). Частота приступов стенокардии в сутки у больных основной группы уменьшилась на 55% ($p<0,01$). При этом, потребление быстродействующих нитратов уменьшилось на 35% ($p<0,05$). Аналогичные показатели в контрольной группе также существенно уменьшились ($p<0,01$), но были достоверно ниже, чем в основной группе ($p<0,05$).

После курса лечения достоверных изменений в липидном спектре крови в обеих группах не выявлено ($p>0,05$). Тем не менее, анализ динамики отдельных липидов и липопротеидов плазмы крови выявил более заметные изменения в основной группе. Это наглядно проявилось на изменении холестеринового ИА, являющегося, по существу, интегральным показателем атерогенности плазмы крови, в виде понижения этого показателя на 9%. Тогда как в контрольной группе отмечена незначительная отрицательная тенденция в виде увеличения ИА на 3%.

Динамика уровня глюкозы крови в обеих группах была положительной, но не достоверной ($p>0,05$): в основной группе уровень гликемии снизился в среднем на 1,36 ммоль/л (19%), в контрольной группе – на 1,01 ммоль/л (14,6%).

Выводы. Таким образом, триметазидин проявил себя как активный антиишемический препарат у больных тяжелыми хроническими формами ИБС в сочетании с СД, не оказал отрицательного влияния на уровень атерогенных фракций липопротеидов и натощаковой гликемии. Это позволяет говорить о триметазидине как о липид- и глюкозонейтральном лекарственном средстве, а также рассматривать его в качестве препарата выбора при лечении ХИБС у больных СД, нарушенной толерантности к глюкозе или групп риска по возникновению СД.

0887 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАЛАПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОБИЛИАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Толеубеков К. К., Конакбаева Р. Д., Игликов А. А., Аймагамбетов Е. М., Асанов М. А.

Карагандинская государственная медицинская академия, Областная клиническая больница, Караганда, Казахстан

Наличие у больных с гепатобилиарными заболеваниями, в частности с калькулезным холециститом, артериальной гипертензии (АГ) имеет значение при определении тактики лечения данных больных, особенно в до- и послеоперационном периоде.

Цель исследования: изучить эффективность ингибитора ангиотензин-превращающего фермента эналаприл у пациентов с гепатобилиарными заболеваниями.

Под наблюдением состояло 43 больных с калькулезным холециститом, из них мужчин 15 (34,9%), женщин – 28 (65,1%). Средний возраст больных составил 57,2±1,38 лет. Диагноз был подтвержден при проведении УЗИ. АД измерялось методом Короткова по стандартной методике. Кроме того, по формуле Хикэма вычислялось среднединамическое АД (СрАД): (АДс – АДд)/3 + АДд.

По результатам измерения АД с I степенью АГ было 10 (23,3%) исследуемых, со II степенью – 20 (46,5%), с III степенью – 13 (30,2%). Среднее значение СрАД составило 148,2±1,53 Мм рт. ст. Всем больным проводилось лечение АГ базисным антигипертензивным средством эналаприл. Средняя доза препарата составила 8,72±2,36 мг. При анализе результатов лечения выявлено, что у 18 больных (41,9%) для нормализации АД лечение проводилось в виде монотерапии. У 25 больных (58,1%) потребовалось дополнительное назначение второго антигипертензивного средства. Из них у 10 больных (23,3%) это был антагонист кальция; у 15 (34,9%) – диуретик. СрАД после лечения составило 138,7±2,37 Мм рт. ст. ($p<0,05$).

Таким образом, эналаприл является эффективным антигипертензивным препаратом, предназначенным для лечения АГ у больных с гепатобилиарными заболеваниями, как в виде монотак и комбинированной терапии.

0888 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

Томилина Н.А., Ким И.Г.

ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава, Москва, Россия

Летальность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) – ведущая причина снижения эффективности трансплантации почки в отдаленные сроки после операции.

Цель исследования: изучить частоту, структуру и факторы риска ССЗ у реципиентов аллогенной почки.

Исследование выполнено на материале наблюдений 479 пациентов (муж. - 332, жен. - 147) в возрасте от 12 до 68 лет (в среднем 38,69±11,2 г.), которым была произведена трансплантация трупной почки в период с 1.01.95 по 31.12.97 гг. Средний срок наблюдения составил 64,56±37,44 мес. При анализе данных использовался статистический пакет программ SPSS.

Проведенный ретроспективный анализ показал, что ССЗ занимают ведущее место в структуре летальности реципиентов почечного аллотрансплантата и составляют 40,4%. Почти в половине случаев (48,8%) фатальной была ишемическая болезнь сердца, у 15,6% больных причиной смерти явилась сердечная недостаточность, а у 20%- острое нарушение мозгового кровообращения. В 15,6% случаев летальность была вызвана сосудистой патологией. ССЗ снижали 10--летнюю выживаемость реципиентов почечного трансплантата до 47%, в то время как у пациентов с неосложненным течением этот показатель в те же сроки достигал 79% ($p<0,0005$).

В целом ССЗ выявлялись у 29,9% (у 143 из 479пациентов) реципиентов почечного трансплантата. Более чем у половины из них (69 чел.) была диагностирована ишемическая болезнь сердца (ИБС), причем у 49 (11,9%) пациентов ИБС выявлялась впервые (de novo) в среднем через 32,4 ±18,6 мес. после трансплантации почки. Почти в 20% случаев ИБС осложнялась острым инфарктом миокарда. Другим серьезным и нередко фатальным сосудистым поражением была тяжелая цереброваскулярная патология, которая в наших наблюдениях встречалась у 6,5% больных. Заболевания периферических сосудов имели место у 13,1% обследованных реципиентов и часто сопутствовали ИБС.

В многофакторной регрессионной модели независимыми факторами риска ССЗ оказались: возраст реципиентов моложе 45 лет ($p<0,012$), гипергликемия ($p<0,0005$), гиперлипидемия ($p<0,0009$) и инфекции ($p<0,027$). Влияния других факторов,

Tesis_006_end.indd 374 24.08.2006 22:26:11
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

таких артериальная гипертензия, кризы отторжения, характер иммуносупрессии и дисфункция трансплантата, выявить не удалось.

Таким образом, результаты исследований подтвердили высокую распространенность сердечно-сосудистых осложнений в поздние сроки после трансплантации почки и выявили их прогностически наиболее неблагоприятные факторы, своевременная коррекция которых позволит повысить эффективность этой операции.

0889 ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ДИЛАТАЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Трегубов В.Г., Чирва Т.А., Макухин В.В., Фокина К.С.

МУЗ городская больница № 2 КМЛДО, Краснодар, Россия

Цель: изучение параметров сердечно-дыхательного синхронизма у пациентов с желудочковой экстрасистолией в сочетании с систолической дисфункцией и дилатацией левого желудочка.

Материалы и методы: эхокардиография выполнена на ультразвуковом аппарате ALOKA SSD 5500 датчиком 3,25 МГц. Статистическая обработка – пакет анализа Microsoft Excel. Критерий достоверности $p<0,01$.

Результаты: обследовался 41 человек (13 женщин и 28 мужчин) в возрасте от 36 лет до 61 года. Средний возраст обследуемых составлял 45,6±1,7 года (45,1±3,7 у женщин и 45,9±1,8 у мужчин), длительность заболевания до 10 лет. У 9 пациентов (21,9%) регистрировалась диастолическая дисфункция левого желудочка (фракция изгнания левого желудочка более 55%) в сочетании с его дилатацией (конечный диастолический размер левого желудочка более 55 мм). У пациентов с желудочковой экстрасистолией в сочетании с систолической дисфункцией и дилатацией левого желудочка были достоверно меньшим диапазон синхронизации на 46% ($p<0,01$), большими длительность развития сердечно-дыхательного синхронизма на Минимальной границе на 26,4% ($p<0,001$) и на максимальной границе на 39,7% ($p<0,001$).

Выводы: сочетание систолической дисфункции и дилатации левого желудочка влияет на параметры сердечно-дыхательного синхронизма, что указывает на выраженное нарушение регуляторно-адаптивных возможностей у данной категории пациентов.

0890 ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Трегубов В.Г., Фокина К.С., Макухин В.В., Чирва Т.А.

МУЗ Больница № 2, кардиологическое отделение, Краснодар, Россия

Цель: изучение параметров сердечно-дыхательного синхронизма у пациентов с желудочковой экстрасистолией и органической кардиальной патологией - наличием и отсутствием систолической дисфункции левого желудочка.

Материалы и методы: обследовалось 50 человек с желудочковой экстрасистолией (32 мужчины и 18 женщин), возрастом от 36 лет до 61 года, из них у 25 больных систолическая функция сохранена, у 16 выявлена систолическая дисфункция левого желудочка (фракция изгнания левого желудочка меньше 55%). Наличие систолической дисфункции левого желудочка диагностировалось путем определения фракции изгнания левого желудочка количественной двухмерной эхокардиографией, выполненной на ультразвуковом аппарате ALOKA SSD 5500 (Япония), датчиком 3,25 МГц. Статистическая обработка – пакет анализа Microsoft Excel, критерий достоверности - $p<0,01$.

Результаты: У пациентов с наличием систолической дисфункции левого желудочка оказались достоверно меньшими максимальная граница диапазона (на 9,3%), диапазон синхронизации (на 50,5%), разность между Минимальной границей диапазона и исходной частотой сердечных сокращений (на 88,1%) и большими - длительность развития сердечно-дыхательного синхронизма на Минимальной границе (на 23,5%), длительность развития сердечно-дыхательного синхронизма на максимальной границе (на 28%).

Заключение: Указанные изменения параметров сердечно-дыхательного синхронизма позволяют сделать вывод о том, что систолическая дисфункция левого желудочка опосредует значимое снижение регуляторных возможностей организма и уменьшение его способности к адаптации у пациентов с желудочковой экстрасистолией и органической кардиальной патологией.

0891 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТЕРВАЛОВ QT И JT У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ЭКГ И ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ

Третьяков С.В., Кратнов А.Е., Углов Е.С., Демьянкова Ю.О.

Государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Целью исследования была сравнительная характеристика показателей интервалов QT и JT по данным стандартной ЭКГ и метода прекардиальной электрокардиотопографии (ПЭКТГ) у больных острым коронарным синдромом.

Материалы и методы. Обследовано 100 пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС), из которых 46 больных были с инфарктом миокарда и 54 – с нестабильной стенокардией). Средний возраст обследованных больных составлял 63,7±9,4 года. При поступлении в блок интенсивной терапии кардиологического отделения всем больным была выполнена ПЭКТГ в 35 отведениях по методике P. Maroko и соавт. в расчетной модификации А.В. Виноградова и соавт. Определялось корригированное максимальное значение (QTcmax и JTcmax) и корригированная дисперсия (ДQTc и ДJTc) интервалов QT и JT по данным ЭКГ и ПЭКТГ. Наблюдение за больными ОКС продолжалось в течение года после выписки из стационара. Конечными точками исследования считалось появление стенокардии покоя, аритмий, развитие рецидива или нового инфаркта миокарда, наступление смерти.

Результаты. У больных ОКС с развившимися в течение года повторными коронарными событиями при поступлении в стационар наблюдалось достоверное удлинение интервалов QTcmax по данным ЭКГ (491,2±45,4 >469,4±41,6 мс; $p=0,01$), QTcmax (500,3±38,2 >466,9±38,6 мс; $p=0,00007$) и JTcmax (389,7±39,1 >374,6±41,9 мс; $p=0,02$) по данным ПЭКТГ. Выявленное удлинение интервалов у данных пациентов сопровождалось достоверно большими показателями степени (ST 11,2±10,8 >3,6±3,3 мм; $p=0,01$) и площади (nST 8,8±7 >5,2±4,5; $p=0,02$) ишемического повреждения миокарда по данным ПЭКТГ при поступлении в стационар. При изучении показателей с помощью однофакторного анализа в модели пропорционального риска Кокса обнаружено, что большей значимостью в оценке риска развития повторных коронарных событий обладал QTcmax (=0,4±0,1; $p=0,003$) по данным ПЭКТГ.

Заключение. В оценке риска развития повторных коронарных событий у больных ОКС большей значимостью обладает рост корригированного максимального значения интервала QT по данным ПЭКТГ, по сравнению с другими показателями интервалов QT и JT, определяемых, в том числе, и по данным стандартной ЭКГ.

Tesis_006_end.indd 375 24.08.2006 22:26:11
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0892 ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С НАЛИЧИЕМ И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Тригулова Р.Х.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Цель: определение количественного вклада признаков, характеризующих текущее состояние и 3-годичный прогноз больных с нестабильной стенокардией (НС) не имеющих явных исходных критериев высокого риска.

Методы исследования: в качестве возможных предикторов по прогнозированию исходов НС (n-141) в общей выборке и среди больных СД (n-73), использованы клинические (анамнез, динамика болевого синдрома, АД, ЧСС), биохимические (показатели липидного и углеводного обмена, молекула сосудистой адгезии, перекисное окисление липидов, агрегация, агрегационная активность тромбоцитов) и инструментальные методы (ЭКГ покоя на этапах наблюдения, холтер-мониторирование ЭКГ, эхокардиография, проба с реактивной гиперемией, измерение расстояния интима-медиа каротидной артерии).

В исследование не включались лица с крупноочаговым инфарктом миокарда менее 3 месяцев, сахарным диабетом, требующим лечения инсулином, больные с сердечной недостаточностью III-IV класса, тяжелыми нарушениями функции печени и почек. Во время пребывания в стационаре все пациенты получали базисную терапию, включающую антикоагулянты, антиагреганты, нитраты и блокаторы бета-адренорецепторов. Больные с сопутствующим СД принимали глибенкламид в дозе 5±0,25 мг/сут. Длительность наблюдения составила 2-3 года. Всего проанализировано 108 признаков, зарегистрированных в первые три дня от момента поступления больного.

Полученные результаты: по результатам анализа основными параметрами, позволяющими уточнить 3-летний прогноз оказались депрессия сегмента ST и/или инверсия Т в левых грудных отведениях на ЭКГ покоя, зарегистрированной в момент поступления больного в клинику. Отношение частот встречаемости признака (ОЧВ) в группе с неблагоприятным (n-22) и благоприятным (n-119) течением для ЭКГ- показателей в зависимости от варианта комбинации признаков колебалось от 2,7 до 22,8. Наибольший вклад в формирование неблагоприятного исхода НС оказывали комбинированные признаки: САД>160 Мм рт. ст. + ПИКС +СД; САД>160 Мм рт. ст. +интима-медиа>0,8 Мм рт. ст.; ПИКС+СД (ОЧВ составило соответственно 4,78, 2,9, 2,3). Информативными моно-маркерами неблагоприятного прогноза оказались САД>160 Мм рт. ст. (ОЧВ=2,4), факт в/в инфузии нитратов (ОЧВ=2,1) ДАД>100 Мм рт. ст. (ОЧВ=1,9), ЛПНП>115мг/дл, наличие ОИМ в анамнезе (ОЧВ=1,4), СД>5 лет (ОЧВ=1,4). У больных с сопутствующим СД помимо указанных выше факторов, большой вклад в формирование неблагоприятных исходов НС делали уровень гликемии натощак (13 мм/л, ОЧВ=2,9) и постпрандиальный "перепад" уровня гликемии >54% (ОЧВ=8,3), регистрируемые на момент поступления в стационар.

Выводы: наиболее весомыми маркерами неблагоприятного исхода НС, контролируемой медикаментозно являются данные ЭКГ покоя, из клинико-анамнестических наибольший вклад оказывают комбинированный признаки (АГ, СД, ПИКС), высокие величины ХЛПНП и КИМ делают дополнительный вклад в формирование прогнозных заключений.

0893 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

Тригулова Р.Х.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии МЗ РУ, Ташкент, Узбекистан

Цель работы: изучение соотношения эффективности инсулинотерапии и клинического течения стенокардии больных НС с СД 2.

Материал и методы: обследовано 21 (возраст 56,47±1,12 лет) пациент НС с признаками декомпенсации СД 2 типа. Базисная терапия включала антикоагулянты, антиагреганты, нитраты, селективные блокаторы бета-адренорецепторов, ингибиторы АПФ. Статины или препараты подобного действия больным не назначались. В целом по группе исходный средний уровень гликемии составил 11,87±0,66 ммоль/л, а через 2 часа после еды 18,07±1,2 ммоль/л. Указанные изменения и послужили причиной принятия решения о переводе больных на инсулинотерапию. Инсулин средней продолжительности действия назначался в начальной дозе 0,15 ЕД/кг фактической массы тела. Целевыми уровнями гликемии явились натощак от 6 до 7 ммоль/л, в течение дня не выше 10 ммоль/л, ночью не ниже 6 и не выше 7 ммоль/л. Эффективность проводимой терапии оценивали по динамике ангинозных болей и потребляемых таблеток нитроглицерина, ЭКГ, параметров углеводного и липидного обмена, допплерография сонных артерий. Длительность наблюдения составила 2 месяца, к концу которого оценивалось клиническое состояние, степень компенсации СД и коррекции липидного обмена. В зависимости от результатов инсулинотерапии больные были разделены на 2 группы – достигшие (1 группа, n-10) и не достигших (2 группа, n-11) компенсации углеводного обмена.

Полученные результаты. Различий в изучаемых показателях исходного состояния у больных 1 и 2 групп выявлено не было, кроме уровней триглицеридов 209,83±27,58 и 333,14±47,49 мг/дл (P<0,05), соответственно. Улучшение течения стенокардии (P<0,001) у больных обеих групп ассоциировало с достоверным снижением ЧСС (соответственно на 27,4% и 21,3%), САД (на 27,6 и 12,23%). Причем ЧСС <80 был достигнут у 80% пациентов 1, против 50% 2 группы. Принимаемые дозы бисопролола составили 6,42±1,32 и 7,03±1,56 мг/сут. в 1 и 2 группах соответственно. Состояние компенсации углеводного обмена сопровождалось исчезновением слабости, восстановлением аппетита, снижением сухости, снижением суточного диуреза, положительной динамикой ЭКГ, выражающейся в улучшении процессов реполяризации. На фоне инсулинотерапии в обеих группах отмечалось достоверное снижение уровня ТГ, более выраженное у некомпенсированных лиц.

Выводы: показано, что у больных с СД с НС корреляция углеводного обмена инсулинотерапией не оказывает негативного влияния на течение НС, и сопровождается отчетливым снижением ЧСС, САД, снижением уровня ТГ, одного из маркеров неблагоприятного течения атеросклероза у больных с СД.

0894 ЧАСТОТА И ВАРИАНТЫ АНАТОМИЧЕСКИХ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА

Трисветова Е.Л., Юдина О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Городское патологоанатомическое бюро г. Минска, Минск, Республика Беларусь

Отклонения в развитии сердца сопровождаются изменчивостью внутренних структур и нарушениями согласованной их деятельности. Вместе с тем, значительных гемодинамических нарушений варианты изменчивости не вызывают, в связи с этим их называют малыми аномалиями сердца (МАС). Прижизненная диагностика МАС проводится ультразвуковым методом, с помощью которого диагностируют не все варианты отклонений развития. Частота и варианты анатомических МАС не изучены.

Целью исследования явилось изучение частоты и структурных особенностей анатомических МАС при аутопсии. Методы исследования включали макро-и микроскопическое изучение структур сердца, их морфометрию.

Результаты исследования. Аутопсийное исследование выполнено в 578 случаях, из них 295 мужчин, 283 женщины, в

Tesis_006_end.indd 376 24.08.2006 22:26:11
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

возрасте 14–91 года. МАС выявлены при 98 аутопсиях (16,95%), умерших от различных заболеваний 54 мужчин (55%) и 44 женщин (45%) в возрасте 15–87 лет.

Аномалии развития встречались во всех камерах сердца, однако преобладали – в левом желудочке. Наиболее частыми аномалиями были хаотичное расположение и частичное отсутствие деления на ряды створочных хорд митрального клапана (62,2%), аномалии папиллярных мышц (60,2%) и аномально расположенные хорды (55,2%) левого желудочка. В правом желудочке отмечали избыточную трабекулярность (34,7%), сложный рисунок трабекул (46,9%), пролабирование трикуспидального клапана (33,78%). Отметили значительную асимметрию створок атриовентрикулярных клапанов, фенестрации их и аортального клапана (24,6%), аневризмы синусов Вальсальвы (18,4%), осложнившиеся разрывом (3,1%). Диагностировано открытое овальное окно у взрослых умерших (20,4%), аневризма межжелудочковой перегородки (14,3%). К редким аномалиям отнесли сухожильный тяж, пересекающий правое предсердие (аномально расположенная хорда) и папиллярную фиброэластому. МАС встречались как одиночные варианты, часто - 2–12 в одном сердце. В фиброзно-мышечных и мышечных хордах выявлялись Пуркинье - подобные клетки.

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о распространенности МАС преимущественно у мужчин разных возрастных групп. Анатомические изменения сердца, включающие собственно аномалию, нарушающую согласованную деятельность клапанного комплекса, а также морфологическую перестройку прилежащих к ней тканей, создают условия для развития осложнений и факторов, участвующих в танатогенезе.

0895 СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Трошкина Н.А., Горбатовский Я.А., Корякин А.М., Мамушкина А.В.

МЛПУ “Городская клиническая больница 1”, ГОУ ДПО Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей Новокузнецк, Россия

Инфекционный эндокардит (ИЭ) является одним из тяжелейших заболеваний. В последние годы отмечен рост числа заболевших ИЭ более чем в 3 раза, а летальность все еще остается высокой (от 18% до 45%). Цель исследования: выявить особенности современного ИЭ.

Материал и методы: анализ 70 клинических наблюдений и патоморфологического материала (32 секционных случая) пациентов, лечившихся в больницах г. Новокузнецка в 2000-2005 годах с диагнозом ИЭ. Все наблюдения разделены на 2 группы. В первую группу вошли 55 больных с первичным ИЭ на фоне неизмененных клапанов сердца (13 женщин и 42 мужчины в возрасте от 18 до 65 лет). Во вторую группу вошли 15 больных с вторичным ИЭ (5 мужчин и 10 женщин в возрасте от 23 до 74 лет). Оценивались особенности этиологии, спектра клапанных поражений, клинической картины, исходов заболевания.

Результаты. В группе первичного ИЭ основной причиной развития заболевания явилось внутривенное употребление наркотиков - 64%. Наиболее часто наблюдалось поражение трикуспидального клапана (47%). В этиологии заболевания в первой группе преобладали стафилококки (57%). В структуре органных поражений при первичном ИЭ преобладало поражение почек в виде очагового и диффузного нефрита (65%), тромбоэмболий в почку в 9% случаев, абсцессов почек (2%). На втором месте - поражение легких (61%), преимущественно пневмонии гнойно-эмболического происхождения. Из 55 больных первой группы умерло 25 (40%). Наиболее частой непосредственной причиной смерти в первой группе явилось прогрессирование септического процесса (68%). Прогрессирование сердечной недостаточности как причина смерти выявлено лишь в 10% случаев. Основным фоновым заболеванием для развития ИЭ во второй группе исследования были ревматические пороки сердца (30%). На втором месте атеросклеротические изменения клапанов (20%). Наиболее часто поражался митральный клапан (53%). Стрептококковая этиология процесса оказалась ведущей (84%). Из органных поражений в клинике заболевания во второй группе ведущим оказалось также поражение почек: очаговые нефриты в 40% случаев и абсцессы почек в 13% случаев. Поражение легких в виде пневмонии зарегистрировано в 25% случаев. Более чем в 2 раза чаще по сравнению с первой группой диагностированы инфаркты головного мозга (13%). ИЗ 15 больных второй группы умерло 7 (40%). Наиболее частой причиной смерти во второй группе было прогрессирование хронической сердечной недостаточности (42%). На втором месте острая коронарная недостаточность, связанная с эмболиями в коронарные артерии (28%).

Таким образом, современный ИЭ характеризуется ростом заболеваемости первичным эндокардитом. Высока вероятность заболевания первичным ИЭ у лиц с наркоманией. Смертность остается высокой в обеих группах (40%).

0896 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНО- И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРАХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Трубушкина Я.М.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: выявить особенности центральной гемодинамики у пациентов с малыми аномалиями сердца (МАС) с учетом фено- и генотипических маркеров дисплазии соединительной ткани (ДСТ).

Материалы и методы. Обследовано 50 (21 мужчина, 29 женщин) больных с внешними и кардиальными признаками ДСТ. Пролапс митрального клапана (ПМК) диагностирован в 62,5% случаев, аномально расположенная хорда (АРХ) – в 10%, их сочетание – в 27,5%. Контрольную группу составили 20 практически здоровых людей сопоставимых по возрасту и полу. Показатели центральной гемодинамики рассчитывали на основании эхокардиографических параметров. Антигены HLA локусов A,B,C типировали в микролимфоцитотоксическом тесте анти-сыворотками против 46 антигенов I класса: локус А – 14 антигенов, В – 27, С – 5. Рассчитывали частоту встречаемости антигенов, генов, степень относительного риска (RR), этиологическую (EF) или превентивную (PF) фракции. При статистической обработке данных применяли 2, t-критерий Стьюдента, с поправкой Бонферрони, коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. У пациентов с МАС выявлена тенденция к увеличению частоты гипо- и гиперкинетических типов кровообращения (50% и 20% соответственно) и снижение частоты встречаемости эукинетического варианта (30%). Наибольшая частота гипокинетического варианта в группе МАС зарегистрирована у женщин. В случаях ПМК, а также ПМК, сочетающегося с АРХ, гипокинетический тип гемодинамики встречался в 53,6% наблюдений, эукинетический – в 28,6%, гиперкинетический – в 17,8%. При наличии АРХ в полости левого желудочка гипокинетический тип гемодинамики зарегистрирован у 20% обследуемых, гипер- и эукинетический тип – у 40%. При гипокинетическом типе гемодинамики у пациентов с МАС достоверно часто встречались крыловидные лопатки и синдром гипермобильности суставов, при эукинетическом – высокое небо. Для гиперкинетического варианта гемодинамики характерных особенностей в фенотипе больных не определено. В группе МАС установлены позитивные и негативные ассоциации с антигенами главного комплекса гистосовместимости – A1, A25, A31, B27, B35, Cw3, Cw5 и A10, A32, B44, соответственно. Иммуногенетическое исследование боль-

Tesis_006_end.indd 377 24.08.2006 22:26:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ных с МАС с учетом варианта сердечной гемодинамики обнаружило достаточно однородное распределение HLA-антигенов.

Выводы: 1. Преобладающим вариантом центральной гемодинамики у пациентов с соединительнотканной дисплазией сердца является гипокинетический, наиболее распространенный среди женщин и в случаях ПМК. 2. Установлена ассоциативная связь между типами центрального кровообращения и внешними и кардиальными признаками ДСТ. 3. Для пациентов с МАС независимо от типа гемодинамики характерны позитивные HLA ассоциации.

0897 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Трунина Т.П., Пчелинцев В.П., Бороздин А.В., Гиривенко А.В., Беленикина Я.А. Юдина Г.Н., Дьячкова О.Н., Селявина О.Н.

ГОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова», МУЗ «Городская клиническая больница № 11», Рязань, Россия

Цель: проведение сравнительного клинико-инструментального анализа заболеваемости фибрилляцией предсердий (ФП) и оценка эффективности ее лечения в условиях многопрофильного стационара.

Результаты: Из 1385 больных, пролеченных за 2005 год в терапевтическом отделении, 300 человек (22%) составили пациенты с ФП в возрасте от 49 до 82 лет (средний возраст составил 65±0,9 года), из них 59% женщины и 41% мужчины. У больных диагностирована пароксизмальная и постоянная формы ФП с давностью нарушения ритма от года до 12 лет. Наиболее частым этиологическим фактором была ишемическая болезнь сердца (ИБС) – 266 человек (88,6%), у 92% больных аритмия сочеталась с артериальной гипертензией. У 16 больных (5,3%) причиной ФП установлена хроническая ревматическая болезнь сердца, в 11 случаях (3,6%) – кардиомиопатии. У 7 больных (2,3%) ФП развилась на фоне хронического легочного сердца. Степень выраженности ХСН (II-III ст) более выражена у больных с постоянной формой мерцательной аритмии. Эхокардиографическое обследование проведено 42% больных. По наблюдениям нашей клиники и по данным литературы ФП чаще встречается у пожилых пациентов: 82% случаев приходится на возраст от 60 до 82 лет. Для восстановления синусового ритма использовались кордарон, верапамил, дигоксин с обязательным назначением дезагрегантов. В качестве противорецидивной терапии применялись кордарон (50%), метопролол (18%), реже верапамил (11%) и их комбинации. Для урежения ЧСС при постоянной форме ФП 36% больным назначен дигоксин, в 25% случаев применялся метопролол, 15 % пациентов назначен кордарон, 24% - комбинации антиаритмических препаратов. Практически все пациенты получали препараты из группы ингибиторов АПФ. На фоне проводимой терапии у больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии достигнуто восстановление синусового ритма на 1-3 сутки пребывания в стационаре, при постоянной форме – урежение тахиаритмии до нормосистолии, стабилизация гемодинамических показателей, случаев тромбоэмболических осложнений ФП мы не встретили. У 8% больных в течение года зафиксированы случаи повторной госпитализации с клиникой рецидива нарушения ритма.

Выводы: при пароксизмальной ФП наиболее эффективным оказался кордарон, однако, считаем длительное назначение этого препарата для нормализации частоты сердечных сокращений при постоянной форме мерцательной аритмии менее целесообразным, особенно пожилым пациентам. При очевидном отсутствии предупреждающего эффекта от антиаритмической терапии продолжать их назначение нежелательно. Следует избегать постоянного применения антиаритмических препаратов у больных с редкими и хорошо переносимыми пароксизмами ФП. Достаточно часто больным с первично возникшим приступом ФП назначается комбинированное лечение, что значимо повышает риск развития побочных действий антиаритмиков и может усилить их проаритмогенный эффект.

0898 ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТ СЕРОПОЗИТИВНОСТИ К ХЛАМИДИЯМ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Туев А.В., Василец Л.М., Шапошникова А.И.

ГОУ ВПО "Пермская государственная медицинская академия Росздрава", Пермь, Россия

Цель исследования - изучение факта серопозитивности к хламидиям и активности некоторых показателей воспаления у лиц среди больных ИБС с фибрилляцией предсердий.

Методы исследования: обследовано 77 пациентов с ИБС, в том числе 44 мужчины. Средний возраст обследованных - 52,5±0,63 года. Все больные разделены на 2 основные группы: первая - 51 пациент со стенокардией напряжения I-II ФК в сочетании с пароксизмальной формой ФП. Вторая группа представлена 26 пациентами со стенокардией напряжения без нарушения ритма сердца, из них 15 (57,69%) мужчин. Группа сравнения, сопоставимая по возрасту и полу, состояла из 31 практически здорового человека. Определение антител к Chlamydophila pneumoniae проводили с помощью ИФА (реактивы фирмы ЗАО «Им Ди», Россия, г. Новосибирск). Количественно определяли уровень С-реактивного белка (ЗАО «Вектор-Бест», Россия, г. Новосибирск) и фактора некроза опухоли альфа в сыворотке крови с использованием соответствующих тест-систем (АО «Юнимед», Россия, г. Москва). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерной программы STATISTICA 6.0.

Результаты: проведенный ИФА с определением титра антител на хламидиоз всем обследуемым позволил выявить наибольший процент серопозитивных лиц к Chlamydophila pneumoniae в группе больных ИБС с ФП – 58,82%. Процент серопозитивных лиц достоверно превысил аналогичный показатель не только в группе контроля, но и в группе пациентов с ИБС без нарушения ритма (P1-2=0,018; P1-3=<0,0001; P2-3=0,046). Всем обследуемым определяли уровни воспалительных маркёров: С-реактивного протеина и фактора некроза опухоли альфа. Анализ уровней данных показателей продемонстрировал наиболее высокие значения у серопозитивных лиц (Рсрп =0,00001; Рфно = 0,0012).

Выводы: наличие фибрилляции предсердий у пациентов с ИБС ассоциируется со значимо более высоким уровнем серопозитивности к Chlamydophila pneumoniae (58,82%) не только в сравнении с практически здоровыми лицами (9,68%), но и с пациентами ИБС без нарушений ритма сердца (30,77%). Серопозитивность к Chlamydophila pneumoniae сопряжена с повышением уровня воспалительных маркёров (С-реактивный протеина и фактора некроза опухоли-альфа) у больных ИБС. Максимальная активность воспаления выявлена у пациентов с фибрилляцией предсердий, серопозитивных к Chlamydophila pneumoniae.

0899 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА -572G/C ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ

Тулякова Г.Х.1, Насибуллин Т.Р.1, Мустафина О.Е.1, Закирова А.Н.2, Хуснутдинова Э.К. 1, Туктарова И.А.1, Сальманов А.А.

1ИБГ УНЦ РАН, Уфа, Россия; 2БГМУ, Уфа, Россия; Бюро судебно-медицинской экспертизы, Уфа, Россия

В настоящее время не вызывает сомнения участие цитокиновой системы в развитии и прогрессировании ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда (ИМ). В группу цитоки-

Tesis_006_end.indd 378 24.08.2006 22:26:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нов, вовлеченных в процесс атерогенеза, входит и интерлейкина-6 (IL-6). Увеличение продукции данного цитокина приводит к усилению синтеза гепатоцитами белков острой фазы, стимуляции тромбоцитогенеза, с развитием гиперкоагуляции, прогрессированию дисфункции эндотелия. В ряде работ было отмечено, что повышенная продукция этого интрелейкина наблюдается в сочетании с аллелем -572C гена IL-6.

Цель исследования – поиск ассоциации полиморфного маркера -572 G/C гена IL-6 с риском развития ИМ и внезапной смерти (ВС).

Материалы и методы. Анализ полиморфизма гена IL-6 проводили с помощью полимеразной цепной реакции у 306 человек с верифицированным диагнозом крупноочаговый ИМ, в возрасте от 25 до 55 лет, получавших лечение в Республиканском кардиологическом диспансере г. Уфы. Во вторую группу были включены 175 эпизодов внезапной смерти в результате острой коронарной недостаточности, по данным Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Уфы у лиц в возрасте от 27 до 80 лет. Контрольную группу составила случайная выборка из 245 практически здоровых индивидуумов в возрасте от 25 до 62 лет.

Полученные результаты. В группе лиц с ИМ отмечено достоверное увеличение частоты генотипа CC (8,17% против 2,84% в контроле, P=0,008, OR=3,04).

В выборке умерших в результате ВС при сравнении с группой контроля достоверно увеличена частота генотипа CC (10,92% против 2,84%, P<0,001), генотипа GC (48,85% против 31,75% , P=0,0008), аллеля C (35,34% и 18,72% соответственно, P<0,001), а также уменьшена доля генотипа GG (40,23% против 65,40% , P<0,001) и аллеля G (64,66% против 81,28%, P<0,001).

Сопоставление частот генотипов и аллелей между общей выборкой больных ИМ и группой ВС позволило обнаружить среди лиц с ВС увеличение частоты встречаемости генотипа CC (P=0,016, OR=4,19) и GC (P=0,0008, OR=2,05) и аллеля C (P<0,001, OR=2,37), уменьшение частоты генотипа GG (P<0,001, OR=0,36) аллеля G (P<0,001, OR=0,42).

Выводы. На основании полученных данных можно сделать вывод о том, что аллель C и генотипы, его содержащие, ассоциированы с повышенным риском развития ишемической болезни сердца (ИМ или ВС), в то время как наличие данного маркера внутри этой группы, является фактором риска развития ВС.

0900 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА 10 И РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИЯХ РУССКИХ И ТАТАР

Тулякова Г.Х., Насибуллин Т.Р., Туктарова И.А., Закирова А.Н., Мустафина О.Е.

ИБГ УНЦ РАН, Уфа, Россия; БГМУ, Уфа, Россия

Цель исследования Анализ ассоциаций полиморфизма -627C/A гена IL10 с риском развития инфаркта миокарда (ИМ) у этнических русских и татар.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили образцы ДНК, полученные методом фенольно-хлороформной экстракции из цельной венозной крови, забранной у 551 человека. Контрольная группа состояла из 245 практически здоровых мужчин в возрасте от 25 до 62 лет (116 русских, 129 татар), не родственных между собой, без признаков сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе. Выборка больных с ИМ включала 306 мужчин в возрасте от 25 до 55 лет (русских - 191, татар - 115) и формировалась на базе Республиканского кардиологического диспансера г.Уфы. Генотипирование по полиморфизму -627C/A гена IL10 проводили методом полимеразной цепной реакции с последующей рестрикцией ампликонов эндонуклеазой RsaI.

Для проверки соответствия эмпирического распределения частот генотипов теоретически ожидаемому равновесному распределению Харди-Вайнберга использовали критерий . При попарном сравнении групп по частотам генотипов и аллелей применяли точный двусторонний тест Фишера. Силу ассоциаций выражали в значениях показателя соотношения шансов (odds ratio - OR).

Полученные результаты. Частоты генотипов и аллелей в контрольной выборке, сформированной из русских по этнической принадлежности лиц, составили 60,00% (CC), 36,19% (CA), 3,81% (AA) и 78,10% (A), 21,90% (C), у этнических татар 71,72%, 27,27%, 1,01% и 85,35%, 14,65% соответственно. Анализ распределений частот генотипов в контрольных группах показал, что они соответствуют теоретически ожидаемым распределениям Харди-Вайнберга (в выборке русских 2=0,192, P=0,913; в выборке татар 2=0,417, P=0,895).

Не выявлено различий по частотам генотипов между контрольной группой и группой больных ИМ. Статистически значимых ассоциаций полиморфизма -627 C/A гена IL10 с ИМ не было обнаружено и при анализе результатов генотипирования с учетом таких факторов, как этническая принадлежность, наследственная отягощенность по сердечно-сосудистой патологии, табакокурение, индекс массы тела. Однако установлено, что среди больных, татар по этнической принадлежности, в возрастной группе до 45 лет по сравнению с соответствующей группой контроля достоверно чаще встречался генотип AA (5% против 0%, P=0,001, OR=16,23) и аллель A (28,18% против 11,49%, P=0,001, OR=3,02), реже генотип CC (52,73% против 77,03%, P=0,005, OR=0,33) и аллель C (71,82% против 88,51%, P=0,013, OR=0,33). Можно полагать, что в этнической группе татар полиморфизм в области промотора гена IL10 вносит вклад в этиопатогенез ИМ, но в возрасте младше 45 лет.

Выводы. Полиморфизм -627 C/A гена IL10 ассоциирован с риском развития ИМ в возрасте младше 45 лет у этнических татар.

0901 ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛЕЙКОЗАМИ

Тургунова Л.Г., Досмагамбетова Р.С., Умбеталина Н.С., Курий О.Я.

Медицинская академия, Караганда, Городская больница №3, Темиртау, Казахстан

Целью исследования было изучение динамики ЭКГ до и после проведения химиотерапии у больных острыми и хроническими лейкозами.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ 226 историй болезни больных лейкозами, из них больных с острыми лейкозами (ОЛ) было 75, с хроническим миелолейкозом (ХМЛ)- 69 и с хроническим лимфолейкозом (ХЛЛ)- 82. При оценке изменений на ЭКГ пользовались Миннесотским кодом. Достоверность различий до и после лечения оценивалась при помощи χ^2 .

Полученные результаты показали, что ЭКГ симптомы поражения сердечно-сосудистой системы при гемобластозах зарегистрированы у 170 (75,2%) больных, из них у 51 (73,9%) - при ХМЛ, у 58 (70,7%) - при ХЛЛ и у 61 (81,3%) - при остром лейкозе.

Изучение ЭКГ в процессе химиотерапии было проведено у 44 больных с первой атакой острого лейкоза до курса индукции ремиссии и у 39 больных в динамике лечения. Установлено, что частота поражения миокарда после проведения химиотерапии составила 22%. У 2 больных наблюдалось развитие острого инфаркта миокарда, у 2- нестабильной стенокардии, у 1- рецидивирующие приступы пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии (из этих больных 4 имели в анамнезе предшествующую ишемическую болезнь сердца). В остальных случаях поражение миокарда проявлялось в виде появления отрицательного зубца Т (частота кодов (5-2;5-3) увеличилась с 22,7% до 43,6% - до и после лечения соответственно; 2= 4,10; p<0,05) и нарушений ритма (частота кодов (8-1;8-7) увеличилась с 31,8% до 53,8% - до и после курса химиотерапии соответственно; 2= 4,11; p<0,05). У больных ХМЛ, находившихся на терапии гидроксимочевиной и интерфероном достоверных различий в

Tesis_006_end.indd 379 24.08.2006 22:26:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

динамике ЭКГ до и после лечения не отмечалось; при проведении курса полихимиотерапии по протоколу «7+3» выявлено достоверное увеличение отрицательных зубцов Т (коды 5-2; 5-3) с 20,0% до 47,6% (до и после лечения соответственно; 2= 3,96; p<0,05). лечения. Из 69 больных ХМЛ, находившихся на стационарном лечении, острый инфаркт миокарда развился у 2 больных, прогрессирующая стенокардия - у 1. Все больные были в возрасте старше 60 лет. В группе с ХЛЛ острый инфаркт миокарда развился у 6 больных, прогрессирующая стенокардия - у двух (10,6%). При анализе ЭКГ до и после курса химиотерапии, в зависимости от возраста больных (до 70 лет и после 70 лет), длительности заболевания (до 48 месяцев и более) достоверных различий не выявлено.

Выводы. При диагностике поражений миокарда в процессе химиотерапии сохраняют значение такие скрининговые методы, как ЭКГ. Наиболее частыми изменениями на ЭКГ при проведении химиотерапии были нарушения ритма и появление отрицательного зубца Т.

0902 СТРЕСС ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ДВОЙНЫМ СТРЕСС АГЕНТОМ (ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ДИПИРИДАМОЛОВАЯ ПРОБА) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Турсунова Г.Ф., Мушта И.В. Логунов О.В.

ФГУ «52 Консультативно-диагностический центр МО РФ», Москва, Россия

Цель: оценить переносимость и диагностическую значимость стресс-ЭхоКГ с использованием двух стрессагентов (чреспищеводная стимуляция левого предсердия [ЧПЭС] в сочетании с дипиридамоловой пробой [ДП]).

Материал и методы. В исследование включено 10 пациентов мужского пола с болями в области сердца, у которых подозревалось наличие ИБС и 15 больных ГБ-2 ст. У 5 пациентов болевой синдром не был типичным для стенокардии, у 5 возникали редкие приступы стенокардии напряжения. Средний возраст пациентов составил 43,2±4,9 года (от 32 до 51 лет). Уровни артериального давления у больных с ГБ-2 ст. составили: систолическое- 157,3±3,1 Мм рт. ст., диастолическое - 97,7±3,4 Мм рт. ст. Всем пациентам было проведено общеклиническое исследование, включавшее запись ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографию, велоэргометрию (ВЭМ). С целью выявления коронарного атеросклероза и оценки выявленных изменений при стресс-ЭхоКГ в стационарных условиях выполнялась селективная коронароангиография (КАГ). У 23-х (92,0%) обследованных результаты исходной ВЭМ были отрицательными, у 2-х (8,0%) сомнительной. Комбинированный стресс-тест выполнялся по стандартной методике.

Результаты. Комбинированная проба (ДП+ЧПЭС) у всех 25 пациентов была доведена до электрокардиографических (достижение предельно-допустимой частоты сердечных сокращений) и эхокардиографических (нарушение локальной сократимости) диагностических критериев. Стресс-ЭхоКГ оказалась положительной у 8 (32,0%) пациентов (у 3-х с нормальными КА, у 4 со стенозами менее 50% и у 1 со стенозами от 50 до 70%). Из них больные ГБ-2 составили 26,6% (n=4), причем у 2-х изменений на КГ не было выявлено, у двух пациентов – стенозы менее 50%. Осложнений и побочных реакций отмечено не было. Таким образом, метод мультифакторной стресс-ЭхоКГ позволили провести раннюю диагностику ИБС в 32% сомнительных случаях у больных, у которых традиционные методы функциональной диагностики оказались малоинформативными.

Выводы. 1. Комбинированное использование дипиридамоловой пробы и теста с чреспищеводной стимуляцией предсердий повышает чувствительность обоих тестов в выявлении ИБС.

2. Мультифакторная стресс-ЭхоКГ (ДП+ЧПЭС) является доступным, информативным тестом и экономичным тестом, который можно рекомендовать для широкого применения в амбулаторно-поликлинических условиях.

3. У больных ГБ–2 ст. при отрицательных результатах ВЭМ целесообразно проводить комбинированный стресс-тест, позволяющий на ранних стадиях провести диагностику ишемической болезни сердца.

4. Определение степени и качества взаимоотношений гипертрофии миокарда при ГБ-2 ст. и поражения коронарного русла требуют дальнейшего изучения.

0903 ВЫЯВЛЕНИЕ ЛАКТАТ- И ПИРУВАТ-АЦИДОЗА В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ

Тутельман К.М., Леонтьева И.В.

ФГУ Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава, Москва, Россия

Цель работы. Выявить признаки сдвига метаболизма углеводов в анаэробную сторону у детей с миокардиодистрофией (МКД). Сопоставить полученные данные с результатами калий-обзиданновой пробы и нарушениями центральной гемодинамики. Материал и методы. Обследовано 52 ребенка с выраженными нарушениями процессов реполяризации на ЭКГ в виде сглаженного, инвертированного зубца Т в трех и более отведениях ЭКГ. Средний возраст детей составил 13,8 + 2,2 года, из них 22 были мальчики и 30 - девочки. Всем детям проводилось обследование, включавшее ЭКГ, ЭхоКГ, калий-обзидановую пробу, определение уровня молочной и пировиноградной кислот в крови на фоне стандартного глюкозотолерантного теста, исследование параметров центральной и периферической гемодинамики с помощью тетраполярной грудной реоплетизмографии на фоне модифицированной нагрузочной пробы. Результаты. В исследуемой группе больных превышение уровня молочной и пировиноградной кислот в исходе стандартного глюкозотолерантного теста отмечалось в 66,7% и 76,7%, а после нагрузки глюкозой в 90,0% и 76,7% соответственно. Процент превышения нормальной концентрации молочной и пировиноградной кислот в крови был достоверно выше в группе детей с отрицательным ответом на калий обзидановую пробу.

К-обзидановая проба		Исход	Через 60 Минут	Через 90 Минут
«+»	Лактат	53,3%	80%	66,7%
	Пируват	73,3%	66,7%	33,3%
«-»	Лактат	76,9%	100%	84,6%
	Пируват	76,9%	84,6%	84,6%

У детей с МКД и выраженным лактат и пируват-ацидозом проба с дозированной физической нагрузкой была пороговой в 41,7% случаев. В 75 % отмечалось снижение толерантности к физ. нагрузке до 1-1,5 вт/кг, миокардиальный резерв на нагрузке 1-1,5 Вт/кг выявлялся в 20,5%случаев. В группе детей с МКД без признаков лактат- и пируват-ацидоза проба с дозированной физичской нагрузкой была пороговой в 16,67% случаев, снижение толерантности к физ. нагрузке отмечалось в 66,7%, миокардиальный резерв на нагрузке 1-1,5 вт/кг выявлялся в 16,7% случаев. Выводы: По результатам проведенного исследования можно заключить, что сдвиг метаболизма в анаэробную сторону с повышением уровня молочной и пировиноградной кислот в крови отмечаются у большинства детей с МКД. Имеет место корреляция выраженности лактат- и пируват-ацидоза с толерантностью к физической нагрузке, выявлением миокардиального резерва. Признаки сдвига метаболизма в анаэробную сторону наиболее выражены в группе детей с отрицательной реакцией на калий-обзидановую пробу, что свидетельствует более выраженных ме-

Tesis_006_end.indd 380 24.08.2006 22:26:12
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

таболических нарушениях в данной группе детей, и, наоборот, о более доброкачественных, обратимых изменениях метаболизма в группе детей с положительной реакцией на калий обзидановую пробу. Определение уровня молочной и пировиноградной кислот в крови на фоне стандартного глюкозотолерантного теста может рекомендоваться для применения у детей с миокардиодистрофией для оценки выраженности метаболических нарушений.

0904 ДИНАМИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИЕМА НЕГРУСТИНА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Тыщенко И.А., Шилина Н.Н., Стаценко М.Е.

ВолГМУ, Волгоград, Россия

Целью нашей работы было оценить возможности коррекции психосоматических расстройств у больных пожилого возраста в раннем постинфарктном периоде растительным антидепрессантом негрустином.

Материалы и методы. В рандомизированном исследовании приняли участие 70 пациентов на 3-4 недели после инфаркта миокарда, имеющих признаки тревоги(Т) и/или депрессии(Д), с ХСН II-III функционального класса (по NYHA). Пациенты были рандомизированы на две группы. 1-ю гр составили 35 больных (16 муж, 19 жен), ср. возраст 71,2+1,9. 2-я гр включала 35 пациентов (14 муж, 21 жен), ср. возраст 70,3+1,4 года. Качество жизни оценивалось по результатам Миннесотского опросника (МО) КЖ больных с сердечной недостаточностью, Сиетловского опросника (СО) КЖ больных со стенокардией и опросника MOS SF 36. Выраженность Т и Д определялась согласно Госпитальной шкале Т и Д (HADS). Безопасность негрустина оценивалась по выраженности синдрома апноэ во сне и контролем за основными кардиоинтервалами. В 1-ой гр больные получали препараты базисной терапии (аспирин, конкор, диротон, симвагексал) + негрустин по 1-2 капсуле в течение 12 недель, пациенты 2-ой гр - только препараты базисной терапии. Наблюдение проводилось в течение 6 месяцев.

Полученные результаты и обсуждение. На фоне 12 недельного курса приема негрустина в 1-ой группе произошло снижение выраженности Т с 9,83+0,67 до 6,36+0,72 баллов ($p<0,05$), Д – с 10,04+0,49 до 6,18+0,74 баллов ($p<0,01$). К 24 неделе наблюдения ср балл для Т составил 6,6+0,86, для Д – 6,41+1,1. Во 2-ой гр за 12 недель уровень Т снизился с 9,8+0,99 до 7,83+2,99 баллов ($p>0,05$), Д – с 10,4+0,34 до 9,08+1,53 баллов ($p>0,05$). К 24 неделе отмечалось дальнейшее снижение ср баллов, но нормальные значения так и не были достигнуты (Т – 7,5+1,8, Д – 8,75+0,63). Выраженность синдрома апноэ у пациентов 1-ой гр за 24 недели снизилась с 5,78+0,7 до 3,08+0,8 ($p<0,05$). Во 2-ой гр данный показатель увеличился с 4,7+0,6 до 5,0+1,1 ($p>0,05$). Не было также выявлено значимого влияния негрустина на оцениваемые ЭКГ показатели (PQ, QT). К 6-му мес КЖ по результатам СО улучшилось в обеих группах: в 1-ой гр показатель КЖ составил 81,5+5,44, во 2-ой гр – 70,09+4,56. По данным МО КЖ в 1-ой гр к 6мес достоверно улучшилось и составило 37,75+4,38, во 2-ой гр – 47,45+4,52. По результатам опросника КЖ MOS-SF 36 в 1-ой гр к 12 недели лечения показатель КЖ достоверно увеличился с 45,47+1,58 до 54,21+1,67, к 6 мес остался на том же уровне. Во 2-ой гр изменения КЖ были недостоверными (с 49,2+3,57 до 51,02+4,99), и к 6-му мес отмечалось ухудшение КЖ (до 50,57+2,81). Выводы: На фоне приема негрустина происходит достоверное снижение уровня Т (%=-35,3) и Д (%=-38,45), повышение КЖ по результатам всех опросников, в то время как в группе контроля к 6-му мес наблюдения не отмечается улучшения психосоматического состояния. Снижение балла по синдрому апноэ во сне и отсутствие влияния на основные кардиоинтервалы в 1-ой гр свидетельствует о безопасности применяемого антидепрессанта у больных пожилого возраста в постинфарктном периоде.

0905 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ, СВЯЗАННАЯ С ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ

Тюрина Т.В., Крутиков А.Н.,. Меркулова Н.К., Хирманов В.Н.

Ленинградский областной кардиологический диспансер, НИИ кардиологии им. В.А. Алмазова МЗ РФ, СПбГМА им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить факторы риска, частоту и условия возникновения гипотензивных реакций (ГР), связанных с физическими нагрузками (ФН), у больных, страдающих первичной артериальной гипер- и гипотензией, нейроциркуляторной дистонией (НЦД).

Методы исследования. Обследовано 118 пациентов с первичной артериальной гипотензией, 100 - с НЦД, 240 - с первичной артериальной гипертензией и 30 здоровых людей. Пациенты с ишемической болезнью сердца в исследование не включались. ГР на физическую нагрузку диагностировались на основании клинико-гемодинамических изменений, наблюдавшихся при «лестничной» пробе в рамках суточного мониторирования АД (СМАД) и ЭКГ. Полученные данные сопоставлены с данными эхокардиографии, вариабельности сердечного ритма (ВСР), показателями допаминбетагидроксилазы (ДБГ) в базальных условиях и при физиологических стрессах.

Результаты. Установлено, что ГР на ФН отсутствовали у здоровых людей и были относительно редкими у пациентов с первичной артериальной гипертензией (10,4%), с артериальной гипотензией (14,5%) и НЦД (7%). У 6,3% больных с гипертензией и 10,2% с гипотензией имелись также ГР в постнагрузочном восстановительном периоде (ВП), у 1/4 пациентов такие гипотензивные реакции сочетались. Установлены взаимосвязи между показателями Минимального АД при выполнении ФН и после нее с показателями АД при СМАД и других функциональных тестах, а также с показателями, характеризующими структуру сердца. ГР при выполнении ФН чаще развивались у пожилых людей, а ГР в ВП - у молодых, что может быть связано с относительной хронотропной недостаточностью, более свойственной пожилым людям. У пациентов с первичной артериальной гипотензией и ГР, развившимися при ФН, показатель Минимального АД был связан с уровнем ДБГ при ортостатической нагрузке, что свидетельствует о неадекватном синтезе ДБГ. У них определена взаимосвязь показателей, характеризующих парасимпатические влияния, с обмороками при ФН. У пациентов с ГР, возникающими в ВП, определены корреляции между показателями Минимального АД и показателями ВСР, характеризующими парасимпатические влияния, и также между величиной Минимального АД на пике нагрузки и показателем активности ДБГ при ортостатической нагрузке.

Выводы. ГР, возникающие при ФН, обнаружены лишь у пациентов с нарушениями регуляции АД. К наиболее информативным признакам для распознавания пациентов с ГР при ФН относятся пожилой возраст пациентов (старше 50 лет), длительный анамнез стойкой или транзиторной гипотензии, выраженная гипертрофия левого желудочка (ЛЖ) при первичной артериальной гипертензии, снижение индекса массы миокарда (ИММ) ЛЖ при первичной артериальной гипотензии, относительная хронотропная недостаточность, постпрандиальная гипотензия. К факторам риска ГР, развивающейся у пациентов с первичной артериальной гипотензией в ВП, также относится снижение ИММЛЖ.

0906 МЕТОД ПОВЕРХНОСТНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА С ПРИЗНАКАМИ РАЗДЕЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ

Угнич К.А.

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Цель: провести анализ данных поверхностного электрокардиографического картирования для выявления нарушения рит-

Tesis_006_end.indd 381 24.08.2006 22:26:13
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ма сердца с признаками раздельного возбуждения желудочков в популяции здоровых детей и подростков, а также с различными некоронарогенными повреждениями миокарда и врожденными аномалиями сердца.

Методы исследования: в основу работы положены результаты обследования сердца 501 практически здорового ребенка (235 мальчиков и 266 девочек) в возрасте от 1-го года до 17 лет; 68 детей и подростков, страдающих системными заболеваниями соединительной ткани (ювенильной склеродермией – 42 человека, ювенильным дерматомиозитом – 25 человек, ювенильным полиартериитом – 1 человек) в возрасте от 4 до 17 лет; 130 реконвалисцентов инфекционных заболеваний (локализованных форм дифтерии – 56 человек, скарлатины – 74 человека) в возрасте от 4 до 17 лет; 85 детей и подростков в возрасте от 1-го года до 16 лет с различными типами врожденных пороков сердца (септальные дефекты – 42 человека, открытый артериальный проток – 11 человек, изолированный стеноз легочной артерии – 7 человек, тетради Фалло – 12 человек, коарктация аорты – 13 человек) методом поверхностного картирования (ПК) с применением «экономичной» системы отведений NEKTAL-48. Наряду с ПК всем детям и подросткам регистрировались ЭКГ-12 по общепринятой методике.

Результаты: в 3 случаях была выявлена аритмия, характеризующаяся признаками раздельного возбуждения желудочков сердца. При этом в 2 случаях, межжелудочковая диссоциация была зарегистрирована у пациентов с ювенильной склеродермией (ЮСД) в ранние сроки заболевания, в одном случае – у пациентки с ювенильным дерматомиозитом (ЮДМ) в остром периоде заболевания, с последующим периодическим повторением на протяжении 2-х лет наблюдения. Аритмия проявлялась наличием эктопических желудочковых комплексов, совпадающих по времени с абсолютным рефрактерным периодом миокарда желудочков. При этом отсутствовали обычные ЭКГ-проявления нарушения проводимости. Во всех случаях аритмия протекала бессимптомно, продолжалась несколько секунд, исчезала спонтанно, сменившись правильным синусовым ритмом.

Выводы: отсутствие представления о механизме возникновения раздельного возбуждения желудочков сердца (межжелудочковая диссоциация), клинического значения данной аритмии, требует всестороннего изучения этого феномена.

0907 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ СОЧЕТАНИЯ С ПРЕДУКТАЛОМ МВ И ЭДНИТОМ

Умаханова З.А., Гафурова Р.М., Абдуллаев А.А., Гаджикулиев А.С., Агаларова Л.С., Исламова У.А.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава», Махачкала, Россия

Цель: выявить влияние на показатели качества жизни у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, стандартной терапии и ее сочетания с предукталом МВ и эднитом.

Методы исследования: мы наблюдали 126 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 42 до 69 лет (мужчин – 121, женщин - 5), со дня их выписки из стационара и в течение 1 года. 59 из них страдали артериальной гипертензией, у 39 зарегистрирована одиночная желудочковая экстрасистолия. Исследование за период наблюдения проводилось в сроки 16-21 сут и к концу 3 мес от начала ИМ. Больные были рандомизированы методом случайной выборки на 2 группы: 1-я группа (контрольная) из 68 пациентов получала стандартную терапию: аспирин, метопролол (эгилок фирмы Эгис, Венгрия) в дозе 50-100 мг/сут, нитросоединения и другие средства - по показаниям; 2-я группа (основная) из 58 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, - эналаприл (эднит фирмы Гедеон Рихтер, Венгрия) в дозе 5-10 мг/сут. и триметазидин (предуктал МВ фирмы Servier, Франция) в дозе 70 мг/сут. в сочетании со стандартной терапией. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в основной группе проводили в течение 3 мес сразу после стационарного этапа, в дальнейшем в обеих группах применяли только стандартную терапию. Для оценки качества жизни использовали русифицированную версию опросника SF-36. Анализировали 8 шкал опросника, наибольшее значение из которых имели MN, VT, CN и PF.

Полученные результаты: в обеих группах пациентов до начала лечения имело место достоверное снижение качества жизни по шкалам PF, RP, SF по сравнению с таковым основной популяции жителей России (Санкт-Петербург, 1998). Склонность к депрессивным состояниям отмечена у 12% пациентов в обеих группах. Каких-либо значимых различий между группами при исходном состоянии качества жизни не отмечено. Через 3 мес от начала лечения отмечено улучшение качества жизни в обеих группах. Однако в группе пациентов со стандартной терапией показатели качества жизни по шкалам социальной и эмоциональной ролей незначительно и не достоверно ухудшились, чего не наблюдалось в основной группе.

Выводы: трехмесячное амбулаторное лечение пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, приводит к улучшению качества их жизни как на фоне стандартной терапии, так и при ее сочетании с предукталом МВ и эднитом. В то же время включение в комбинацию испытуемых препаратов оказывает более выраженный эффект.

0908 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Умбеталина Н.С., Тургунова Л.Г., Дюсембаев Е.Е., Игольникова Е.Ф., Скоробогатова Н.А., Тусупбекова К.Т.

Медицинская академия, Караганда, Казахстан

Цель исследования – изучение особенностей течения ИБС в остром периоде ишемического инсульта.

Методы исследования. Обследовано 117 больных ишемическим инсультом с клинически выраженными проявлениями ИБС. Использованы общеклинические методы исследования, ЭКГ, эхокардиография, ретроспективный анализ амбулаторных карт, анкетный опрос больных и родственников.

Результаты. Установлено, что в 23,4% случаев ишемический инсульт развивается на фоне прогрессирования ИБС в доинсультном периоде, в 32,6% является сам фактором дестабилизации течения ИБС, приводя в 8,3% к острому инфаркту миокарда. Характерной особенностью течения ИБС при инсульте является резкое снижение частоты ангинозных болей с одновременным ростом ишемических изменений на ЭКГ в ранние (до 7 дней) сроки острого периода ишемического инсульта, с тенденцией к обратному развитию этих изменений в поздние сроки (8-30 дней). Исчезновение ангинозных болей в ранние сроки инсульта создает «мнимое благополучие» даже в случаях развития острого инфаркта миокарда. Частота встречаемости электрокардиограмм ишемического характера в разные периоды ишемического инсульта составляла: 51,9% в доинсультном периоде, 70,4% - в ранние сроки острого периода инсульта, 45,5% - в поздние сроки. Острый период инсульта характеризуется достоверным удлинением интервала PQ, увеличением продолжительности зубца T, увеличением амплитуды зубца R, интервала QT, увеличением электрической систолы желудочков с удлинением зубца T.

По данным эхокардиографии во всех случаях наблюдалось ухудшение функционального состояния сердечной мышцы со снижением фракции выброса, достоверным увеличением размеров левого предсердия и правого желудочка. Клинические проявления ИБС определяются локализацией ишемического инсульта и превалируют при поражении сосудов левого каро-

Tesis_006_end.indd 382 24.08.2006 22:26:13
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тидного бассейна с достоверным увеличением лиц с ангинозными болями в 2,1 раза по сравнению с больными с локализацией инсульта в правом каротидном бассейне и в 2,9 раза по сравнению с больными с поражением сосудов вертебро-базилярного бассейна. Аналогичная закономерность отмечается в частоте острого инфаркта и электрокардиографических изменений ишемического типа.

Выводы. Ишемический инсульт развивается на фоне прогрессирования ИБС, усугубляя, изменяя её течение с исчезновением ангинозных болей и нарастанием ишемических изменений на ЭКГ в ранние сроки инсульта и обратным развитием этих изменений в поздние сроки.

0909 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ

Умбеталина Н.С., Тургунова Л.Г., Керн Н.С., Екижанова Б.Т., Годунова В.Г., Игольникова Е.Ф., Моторыкин В.М.

Медицинская академия, Караганда, Медицинский Центр Корпорации «Казахмыс», Жезказган, Казахстан

Цель исследования – определить факторы риска ранней сердечной недостаточности (СН) у больных впервые перенесших трансмуральный инфаркт миокарда (ИМ).

Материал и методы исследования. Проведено динамическое клинико-эхокардиографическое наблюдение в течение одного года за 74 мужчинами, перенесшими острый трансмуральный ИМ. Обследование проводилось на аппарате «Combison 410+» двухкратно: в острый период ИМ (26-28 день) и в поздний постинфарктный период (к концу первого года). Пациенты были разделены на 2 группы. Первую составили 54 пациента, у которых на протяжении года признаков СН не наблюдалось; вторую – 20 больных, не имевших СН в острый период ИМ, у которых к концу первого года наблюдения появились и прогрессировали признаки СН. Для каждого параметра рассчитаны коэффициенты относительного риска (ОР) СН, позволившие определить предикторы ранней сердечной недостаточности.

Результаты. Предикторами ранней доклинической стадии развития сердечной недостаточности у больных ИБС, впервые перенесших острый трансмуральный инфаркт миокарда, являются: увеличение индекса нарушения региональной сократимости более 1,7 балла (ОР=5,6), снижение скорости циркулярного сокращения мышечных волокон менее 0,7 с –1 (ОР=4,2), увеличение конечного систолического объема более 100 мл (0Р=3,3), конечного диастолического объема более 190 мл (ОР=2,2). Локализация очага поражения левого желудочка при остром инфаркте миокарда существенно влияет на характер сдвигов внутрисердечной гемодинамики. При переднем инфаркте миокарда восстановление сократительной функции левого желудочка происходит дольше, чем при нижнем. Диастолическая функция при переднем инфаркте миокарда в динамике характеризуется улучшением наполнения левого желудочка, что сопровождается уменьшением компенсаторного усиления сократительной активности левого предсердия. У больных, перенесших нижний инфаркт миокарда, отмечается более ранее развитие гипертрофии миокарда левого желудочка.

Выводы. В прогнозировании сердечной недостаточности у больных с острым инфарктом миокарда наибольшую значимость имеют такие эхокардиографические параметры, как индекс нарушения региональной сократимости, скорость циркулярного сокращения волокон левого желудочка и фракция выброса.

0910 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Уразгильдеева С.А., Гуревич В.С.

Кафедра кардиологии СПбГМА им. И.И.Мечникова, Центр атеросклероза и нарушений липидного обмена ЦМСЧ № 122, Санкт-Петербург, Россия

Известно, что женщины в постменопаузальном возрасте представляют группу риска по развитию ишемической болезни сердца (ИБС), что обусловлено как гипоэстрогенией, так и значительным вкладом аутоиммунного компонента в развитие заболевания. Гиполипидемическая терапия статинами у этой категории больных должна быть направлена не только на нормализацию липидных показателей, но и оказывать противовоспалительное действие.

Цель: изучение влияния терапии симвастатином на уровень липидов сыворотки крови и С-реактивного белка, определенного высокочувствительным методом (вч-СРБ) у женщин с ИБС постменопаузального возраста.

Методы: симвастатин (Симвагексал, Гексал АГ) в начальной дозе 20 мг в сутки назначали женщинам с ИБС в постменопаузальном периоде. При недостаточной эффективности препарата, через месяц дозу увеличивали до 30 мг. Средний возраст обследованных составил 71,0±1,52 года. Показатели липидного спектра сыворотки крови, активность трансаминаз и креатинфосфокиназы (КФК), уровень вч-СРБ оценивали до начала терапии, через 1 и 3 месяца лечения.

Результаты: проводимая терапия симвастатином оказалась эффективной у всех пациенток: отмечено достоверное снижение уровня общего холестерина (ХС) (с 6,9±0,25 ммоль/л до 4,56+0,15 ммоль/л, $p<0,0001$) и ХС ЛПНП (с 4,93±0,21 ммоль/л до 2,77±0,01 ммоль/л, $p<0,0001$). Уровень триглицеридов снизился недостоверно (с 1,76±0,29 ммоль/л до 1,32±0,20, $p>0,05$). Ни у одной из пациенток не регистрировалось значимого повышения активности трансаминаз и КФК. Лишь у трех из обследованных больных исходный уровень вч-СРБ превышал нормальные возрастные значения, кроме того, величина этого показателя существенно различалась внутри группы. Поэтому для оценки изменений уровня вч-СРБ применялись методы непараметрической статистики с использованием критерия Уилкоксона. Наблюдалось достоверное снижение уровня вч-СРБ ($W=70$, $p<0,05$).

Выводы: проведенное исследование свидетельствует о том, что симвастатин, помимо выраженного гиполипидемического действия и хорошей переносимости у больных старшей возрастной группы, способствует снижению уровня вч-СРБ. Выявленное позитивное действие на показатель, характеризующий выраженность воспалительной реакции организма, является особенно значимым для особой категории больных - женщин в постменопаузальном периоде.

0911 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ХАНТЫ – МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ

Урванцева И.А., Ярков В.И., Шарафилова Н.В.

Департамент Здравоохранения Ханты-Мансийского Автономного Округа-Югра, Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии», Ханты-Мансийск, Сургут, Россия

Ханты-Мансийский Автономный Округ (историческое название края – Югра) образован 10 декабря 1930 г. (ХМАО-Югра). На территории округа проживает 1473,2 тыс. человек. Освоение нефтегазового комплекса потребовало привлечения специалистов из разных регионов России и стран ближнего зарубежья. Мигрирующие контингенты подвержены большему

Tesis_006_end.indd 383 24.08.2006 22:26:13
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

риску заболеть, кроме того, адаптация к новому месту обитания не проходит бесследно для здоровья. В климато-экологических условиях Севера заболевания органов кровообращения дебютируют в более раннем возрасте, имеют манифестирующие осложнения и стремительно прогрессируют. Рост заболеваемости, смертности, потери трудоспособности по причине сердечно-сосудистых заболеваний, колоссальный отток финансовых средств с территории за специализированную медицинскую помощь в федеральные центры, а также высокий уровень кадрового потенциала и технического оснащения диагностического центра в г. Сургуте продиктовали необходимость создания Центра высоких медицинских технологий – Окружного кардиологического диспансера «Центра диагностики и сердечно-сосудистой хирургии» (ОКД-ЦД и ССХ). 29 сентября 1998 года в ОКД-ЦД и ССХ проведена первая операция на открытом сердце (В.И. Ярков и бригада кардиохирургов). Внедрение высокотехнологичной кардиохирургической помощи на региональном уровне потребовало разработки и внедрения на территории округа: алгоритмов диспансеризации кардиологических больных, критериев оценки медико-социальной эффективности применяемых методов лечения, системы мониторинга отдаленных результатов кардиохирургического лечения. Улучшение качества оказания специализированной кардиологической помощи возможно за счет функционирования трехэтапной системы оказания диагностических и лечебных мероприятий с учетом преемственности работы врачей лечебно-профилактических учреждений муниципальных территорий и специалистов ОКД-ЦД и ССХ. В настоящее время сформирована трехэтапная система оказания кардиологической помощи в ХМАО-Югре: I этап – ЛПУ ХМАО-Югра: поликлинический прием кардиологов и стационарная помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. II этап - ОКД «ЦД и ССХ» г.Сургут и ОКБ г.Ханты-Мансийск: специализированная высокотехнологичная медицинская помощь: консультативно-диагностическая в условиях поликлиники, специализированная кардиохирургическая в условиях стационара, III этап - ОКД-ЦД и ССХ: диспансеризация больных по разработанным алгоритмам, оценка медико-социальной эффективности применяемых методов лечения, работа кураторов муниципальных территорий по кардиологии и сердечно-сосудистой хирургии. Таким образом, созданная в Ханты-Мансийском Автономном Округе трехэтапная система оказания специализированной кардиологической помощи больным обеспечивает раннюю диагностику сердечно-сосудистых заболеваний, своевременное лечение с применением высокотехнологичных кардиохирургических методов, диспансеризацию больных по разработанным алгоритмам и позволяет существенно повысить медико-социальную эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

0912 ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, В ХАНТЫ – МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРА

Урванцева И.А. Милованова Е.В., Ярков В.И.

Окружной кардиологический диспансер, Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии, Сургут, Россия

В Ханты – Мансийском Автономном Округе – Югра, в одном из первых регионов Российской Федерации, с 1998 года оказывается высокотехнологичная кардиохирургическая помощь:

- Операции по реваскуляризации миокарда больным с ИБС
- Коррекция врожденных и приобретенных пороков сердца
- Хирургическое лечение нарушений ритма сердца
- Операции при опухолях сердца и аневризмах
- Операции на аорте и магистральных сосудах.

В целях повышения качества медицинской помощи больным с сердечно – сосудистыми заболеваниями, доступности специализированной кардиохирургической помощи, организована диспансеризация кардиологических больных, подлежащих кардиохирургическому лечению. Разработаны алгоритмы диспансерного наблюдения, отчетные формы по результатам диспансеризации, которые ежегодно поступают в кабинет диспансеризации ОКД с территорий округа.

Врачи – кардиологи, осуществляющие диспансеризацию, прошли обучение на рабочем месте в ОКД «ЦД и ССХ». Приказом по Департаменту здравоохранения определены 5 групп нозологий, подлежащих диспансерному наблюдению у кардиологов и кардиохирургов:

В каждой нозологической группе выделены 3 подгруппы больных:

- Прооперированные
- Ожидающие госпитализацию
- Нуждающиеся в наблюдении кардиолога и консервативном лечении.

По состоянию на 01.01.2006г диспансерная группа больных, наблюдающихся у кардиологов округа, составляет 8878 больных, из них 4606 (51,8%) прооперированных. С 1999 года количество больных, состоящих на диспансерном учете у кардиологов, выросло в 9 раз (с 996 до 8878), а подгруппа прооперированных в 10 раз (с 458 до 4604). Ежегодно оперируются более 50% больных, у которых определены показания к кардиохирургическому лечению.

Созданная система диспансеризации кардиологических больных обеспечивает преемственность в наблюдении и лечении больных, позволяет оценить преимущества своевременно используемых методов кардиохирургического лечения, обеспечить доступность высокоспециализированной квалифицированной медицинской помощи жителям округа.

0913 ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Ускач Т.М., Кочетов А.Г., Раков А.Л., Мишин А.В., Терещенко С.Н.

ГОУ ВПО МГМСУ, ГИУВ МО, Москва, Россия

Цель: оценить распространенность анемии у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в зависимости от тяжести заболевания.

Методы исследования: под наблюдением в стационаре находилось 1332 пациента, госпитализированных с диагнозом хронической сердечной недостаточности. Средний возраст пациентов составил 70,2±0,3 лет, из них женщин 56,5%, мужчин 43,5%. У 504 (37,8%) пациентов была диагностирована ХСН IV ФК по NYHA, у 629 (47,2%) – III ФК, у 175 (13,1%) – II ФК и у 24 (1,8%) – I ФК. Длительность течения ХСН составляла в среднем 2,49±0,08 лет. Всем пациентам определялся уровень гемоглобина и гематокрита.

Результаты: средний уровень гемоглобина у пациентов I ФК составил 148,7 г\л, II ФК – 142,8 г\л, III ФК – 132,4 г\л, IV ФК - 128, 6 г\л. У 365 пациентов выявлено снижение гемоглобина ниже 120 г\л, что составляет 27,4% от общего числа пациентов. При изучении распределения пациентов с анемией по классам ХСН показано, что частота анемии среди пациентов I ФК составила 16,7%, II ФК - 19,4%, III ФК - 25,8%. У пациентов IV ФК анемии выявлялась в 32,7% случаев. В группе пациентов с уровнем гемоглобина менее 120 г\л преобладали женщины (63,3%). При анализе фракции выброса левого желудочка у пациентов с уровнем гемоглобина ниже 120 г\л, 27,8% пациентов имели ФВ менее 40%. В группе пациентов с нормальным гемоглобином доля пациентов с фракцией выброса менее 40% была такой же (27,7%).

Выводы: у значительной части пациентов с ХСН (27,4%) течение заболевания сопровождается развитием анемии. Среди пациентов с высоким функциональным классом частота встречаемости анемии выше, чем в среднем у больных ХСН. Среди

Tesis_006_end.indd 384 24.08.2006 22:26:13
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

пациентов с ХСН и анемией преобладают женщины. Наличие у пациентов анемии сопровождается клиническим ухудшением течения сердечной недостаточности. В группе пациентов с анемией не наблюдается снижения фракции выброса левого желудочка по сравнению с пациентами с нормальным уровнем гемоглобина.

0914 МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Усков В.М., Усков М.В., Усков В.В., Звягинцева А.В.

Государственный технический университет, Воронеж, Россия; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж, Россия

Частота возникновения осложнений при остром коронарном синдроме обуславливает значимость поиска эффективных методов их прогнозирования, диагностики и лечения. Поэтому в решении данных задач ведущее место по праву принадлежит математическим моделям.

Цель исследования. Добиться высокой точности прогноза у больных с острым коронарным синдромом.

Методы исследования. Поставленные вопросы решались с использованием искусственных нейронных сетей, которые представляли собой комплекс программ и алгоритмов, подготавливающих и обеспечивающих процесс принятия решений в медицине, где имеется большое количество задач, в которых невозможно учесть все имеющиеся условия, от которых зависит ответ на поставленную задачу.

Полученные результаты. Проведённые исследования показали, что использование метода искусственных нейронных сетей, хорошо подходит для распознавания образов и решения задач классификации, оптимизации и прогнозирования. В основу искусственных нейронных сетей положены черты живых нейронных сетей. Обучение нейронной сети происходит по принципу двойственного функционирования с применением метода обратного распространения ошибки. Программный комплекс прогнозирования включает в себя подсистему управления, информационную подсистему, подсистему обучения, подсистему прогнозирования, подсистему оптимизации количества нейронов. Программный комплекс предусматривает ведение личных карт пациентов, то есть позволяет регистрировать результаты обследования пациентов, полученные в различные моменты времени и, таким образом, проследить тенденцию развития заболевания. Предусмотрен выбор основных параметров конфигурации нейросети. Апробация программного комплекса для прогнозирования развития острого инфаркта миокарда на тестовой и контрольной выборках показала, что сеть безошибочно распознавала все примеры обучающего множества, то есть точность прогноза для контрольной выборки составила 99%. При проверке эффективности модели на тестовой выборке, то есть медицинской информации, которая не использовалась для настройки параметров нейросети, прогноз составил более 90% совпадений.

Вывод. Нейросетевое моделирование показало высокий процент соответствия диагнозам больных, полученным по экспертной информации, что позволяет использовать эту модель в клинической практике.

0915 СТАТИСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Усков В.М., Аристов И.В., Звягинцева А.В., Усков М.В., Усков В.В.

Государственный технический университет, Воронеж, Россия; Межвузовский Центр трансфера технологий, Воронеж, Россия; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж, Россия

С позиций системного анализа, индивидуум (пациент) представляет собой авторегулирующуюся систему, находящуюся под постоянным воздействием множества внутренних и внешних факторов, которые приводят к вариабельности измеряемых параметров, характеризующих состояние пациента, в том числе и величин артериального давления.

Цель. Количественно различать действие естественных и специфических вариаций показателей артериального давления для каждого пациента и возможность доказать эффективность проводимого лечения.

Методы исследования. Поставленная задача решалась с использованием метода контрольных карт, который создавал обратную связь, позволяя пациенту достичь улучшения состояния. Под наблюдением находились больные с гипертонической болезнью в возрасте от 25 до 64 лет, которые лечились амбулаторно. Артериальное давление измерялось пациентами в течение 40 недель (3 раза в день). Результаты измерений записывались в специальную базу данных по каждому пациенту отдельно.

Полученные результаты. Результаты мониторинга артериального давления представляли собой длинную серию измерений, то есть матрицу X (2 (x1,x2) x n), где x1, x2 – систолическое и диастолическое давление соответственно, n – число наблюдений в серии. Результаты измерений являлись непрерывными случайными величинами. Математическая модель описывалась матрицей средних величин давления и матрицей дисперсий-ковариаций. Если общая последовательность наблюдений являлась неоднородной, то ее можно было разбить на однородные подмножества, различающиеся либо средними значениями, либо дисперсиями, либо ковариациями. Если в результате статистического анализа терапевтических процедур устанавливалась однородность подмножеств матрицы данных, то можно было утверждать, что терапия не дала значимого лечебного эффекта. Тогда как в другом случае, при статистически значимом (за пределами естественных вариаций на данное состояние пациента) изменении показателей артериального давления в течение продолжительного периода времени, терапия приводила к хорошим лечебным результатам.

Вывод. Статистический аудит системы мониторинга лечебных эффектов в терапии гипертонической болезни приводил к доказательности и достоверности лечебных эффектов за счет количественного разделения случайных и неслучайных вариаций измеряемых показателей.

0916 СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В.

Государственный технический университет, Воронеж; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж, Россия

До настоящего времени ишемическая болезнь сердца и в частности инфаркт миокарда является основной причиной инвалидизации и потери трудоспособности, поэтому разработка новых методов его лечения и предупреждения осложнений сохраняет большую медицинскую и социальную значимость. Инфаркт миокарда отличается многообразием клинических проявлений, большим количеством осложнений.

Цель. Сравнительный анализ результатов четырех терапевтических тактик в лечении осложнённого течения инфаркта миокарда.

Методы исследования. В соответствии с выбранной тактикой лечения пациенты были разделены на четыре группы. В 1-й группе - применялись бета-адреноблокаторы, во 2-й - ингибиторы АПФ (в обеих группах названные препараты применялись раздельно), больным 3-й группы эти препараты применялись в комплексе, 4-ю группу (контрольную) составили больные, которым ни один из названных препаратов не назначался. Во всех группах лечение проводилось на фоне базисной терапии. Базу данных со-

Tesis_006_end.indd 385 24.08.2006 22:26:14
Process Cyan Process Magenta Process Yellow Process Black

ставили результаты обследования при поступлении в1-й день, а также на 5-й, 10-й и 30-й дни заболевания. Оценивались гемодинамические и лабораторные и данные ЭКГ (всего 17 показателей). В качестве математического аппарата среди подходов системного анализа был выбран метод главных компонент, который позволил визуализировать данные о семнадцати показателях и обнаружить некоторые группировки, свидетельствующие о сходстве или различии в течение болезни у пациентов из разных групп.

Полученные результаты. Для каждой из групп в указанные выше дни госпитализации были найдены средние значения первой и второй главных компонент, что позволило в каждой группе наглядно представить динамику системы рассматриваемых показателей на фазовой плоскости обобщенных показателей (главных компонент), а также оценить степень удаления точек, соответствующих виртуальным средним групповым значениям, от точки, соответствующей показателям относительной нормы, преобразованным в главные компоненты.

Вывод. Проведенный анализ показывает, что хотя общий качественный характер динамики одинаков в каждой группе больных, тем не менее, результаты лечения, отраженные в рассматриваемой системе показателей, показывают преимущественную эффективность применения бета-адреноблокаторов и комплексной терапии.

0917 ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В КАРДИОЛОГИИ

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В., Федянина Я.В.

Государственный технический университет, Воронеж; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж, Россия

Медицинские информационные системы - это комплекс программ и алгоритмов, подготавливающий и обеспечивающий процесс принятия решений в медицине. Всё это требует проведения быстрого и адекватного анализа медицинской информации, решения диагностических и прогностически-оптимизационных задач.

Цель. Разработка систем прогнозирования, алгоритмизации и моделирования исходов острого коронарного синдрома на основе нейронного моделирования.

Методы исследования. Ведущее место принадлежит математическим моделям, так как они позволяют интегрировать все факторы, влияющие на возникновение заболевания и его исходы. Добиться высокой точности прогноза позволяет использование искусственных нейронных сетей, которые хорошо подходят для распознавания образов и решения задач классификации, оптимизации и прогнозирования.

Полученные результаты. Для моделирования и разработки систем принятия решений, связанных с выбором тактики терапевтических мероприятий, необходимо придать многочисленным, полисистемным симптомам и проявлениям заболевания (неоднородность характеристик больных) более строгий, системный характер. Управление процессом лечения осуществляется в условиях неопределенностей, которые должны сниматься по мере накопления информации в ходе лечения, как за счет объективных данных, так и за счет их формализации. Знание прогноза и исхода заболевания может привести к принятию решения, которое заключается в том, что можно достичь разумного результата, зная соотношение риска и преимуществ различных методов и того, при какой вероятности это соотношение меняется в противоположную сторону. Анализ принятия решения является организованным процессом оценки подобных ситуаций, который позволяет идентифицировать ключевые моменты и проблемы. Постановка клинического диагноза требует использования элементов логики, анализа, синтеза. Чем более трудна клиническая задача, тем более важен логический подход к ней. Решение современных задач управления биологическими объектами возможно лишь при наличии системного анализа, основой которого является моделирование на ЭВМ. В основу искусственных нейронных сетей положены черты живых нейронных сетей, позволяющие им хорошо справляться с нерегулярными задачами. В разработанном программном комплексе для прогнозирования исходов острого коронарного синдрома используется полносвязная многослойная нейронная сеть.

Вывод. Реализация предложенных методов и алгоритмов в клинической практике позволяет в значительной степени повысить точность и эффективность диагностики и прогнозирования течения острого коронарного синдрома, а также сократить время выбора лечебных мероприятий.

0918 ПОВЫШЕННОЕ ПИТАНИЕ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Усков В.М., Усков М.В., Усков В.В., Звягинцева А.В., Маркова Е.В., Федянина Я.В., Силютина М.В., Титей Е.А., Медведев М.Ф.

Государственный технический университет, Воронеж; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж; Поликлиника № 598 Воронежского гарнизона, Воронеж; Военный госпиталь УФСБ России по Воронежской области, Воронеж, Россия

Ожирение или избыточная масса тела наблюдаются в среднем у 30 % трудоспособного населения и прямо или косвенно связана с проблемой сердечно- сосудистых заболеваний. Ожирение представляет собой серьёзный вызов современной сердечно-сосудистой медицине, и в настоящее время мы находимся перед лицом эпидемии этого заболевания.

Цель исследования. Изучить влияние массы тела на течение ишемической болезни сердца.

Методы исследования. Проводилось наблюдение за двумя группами больных ишемической болезнью сердца. Первая группа больных в количестве 25 человек страдала ожирением различной степени выраженности, у пациентов второй группы (30 больных) масса тела была нормальной. Проводились электро- и эхокардиографическое исследования, измерение артериального давления.

Полученные результаты. Происходило постепенное увеличение сердечного выброса, повышался показатель работы сердца по сравнению с расчётной величиной для идеальной массы тела. Это приводило к возрастанию потребности ткани в кислороде. Отмечалось возрастание конечного диастолического объёма в левом и в правом желудочках. Артериальная гипертензия и ожирение потенцировали друг друга в отношении неблагоприятного влияния на сердце, поскольку приводили к одновременному повышению постнагрузки и преднагрузки. Нарастала дилатация левого желудочка, увеличивалось напряжение его стенок. В результате развивается вторичная, или "эксцентрическая" гипертрофия миокарда, систолическая дисфункция левого желудочка, формировалась смешанная форма гипертрофии миокарда. Уровень постнагрузки увеличивал нагрузку давлением на сердце. Сердечный выброс возрастал, увеличивалась частота сердцебиений. Возникающие при этом структурные изменения в миокарде имели неблагоприятные последствия для всего организма.

Выводы. Ожирение сопровождалось целым рядом неблагоприятных изменений структуры и функции сердца, могло сочетаться с факторами сердечно-сосудистого риска и, кроме того, являясь независимым фактором риска развития коронарного атеросклероза, предрасполагать к прогрессированию ишемической болезни сердца и развитию хронической сердечной недостаточности.

Tesis_006_end.indd 386 24.08.2006 22:26:14
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0919 МЕТОД КОНЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В РЕШЕНИИ ОБРАТНОЙ ЗАДАЧИ КАРДИОЛОГИИ

Усков В.М., Калинин В.В., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В.

Государственный технический университет, Воронеж; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж, Россия

Основным методом получения информации об электрических процессах в миокарде является классическая электрокардиография (ЭКГ), которая отражает интегральную электрическую активность сердца. Совпадающие по времени электрофизиологические процессы, протекающие в различных структурах сердца, генерируют перекрывающиеся поверхностные потенциалы. В связи с этим в ряде случаев сложно определить, какой вклад в суммарную амплитуду ЭКГ-сигнала вносит возбуждение того или иного участка сердечной мышцы. Еще более сложно по ЭКГ, снятой с поверхности тела, идентифицировать определенный электрофизиологический процесс.

Цель. Изучить метод реконструкции эпикардиальных потенциалов на основе итерационного альтернирующего регуляризационного алгоритма.

Методы исследования. Обработка растровых изображений томограмм грудной клетки, векторизация полученных изображений. Построение глобальных полиномиальных апроксимационных поверхностей. Решение прямой задачи кардиологии, состоит из расчета потенциалов на поверхности грудной клетки по заданным источникам в границах сердца с учетом электрической неоднородности среды. Решение обратной задачи кардиологии, то есть вычисление электрического поля на поверхности сердца по заданным условиям на поверхности сердца. Последующая обработка и визуализация полученных данных.

Полученные результаты. В качестве модельного генератора поля нами использовался квадрупольный источник. В начале решалась прямая задача кардиологии – расчет на поверхности грудной клетки и сердца потенциала электрического поля по заданному квадрупольному источнику при дополнительном условии равенства нулю на поверхности грудной клетки. Значения потенциала на поверхности сердца рассматривались как эталонные. Затем решалась обратная задача кардиологии: по полученным значениям потенциала электрического поля на поверхности грудной клетки и условию равенства нулю его нормальной производной вычислялся потенциал поля на поверхности сердца. Полученные данные сравнивались с эталонными. При различных квадрупольных источниках алгоритм устойчиво сходился к точному решению при любых начальных приближениях со скоростью геометрической прогрессии.

Вывод. Наиболее рациональным методом решения данной задачи является итерационный альтернирующий алгоритм, который реализуется на базе конечно-элементного метода решения краевых задач.

0920 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМДАКСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В.

Государственный технический университет, Воронеж; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; МУЗ "Городская клиническая больница № 3", Воронеж, Россия

Декомпенсированная сердечная недостаточность включает случаи существенного ухудшения состояния больных с хронической сердечной недостаточностью и сердечную недостаточность, возникшую как первое проявление заболевания. Возникновение острых проявлений сердечной недостаточности способствуют многие факторы, среди которых инфаркт миокарда занимает ведущее место.

Цель. Изучить влияние на сердечно-сосудистую систему нового представителя класса инотропных препаратов, сенситизаторов кальция, левосимендана (симдакса), который увеличивает сократительную способность миокарда путём повышения чувствительности миофиламентов к действию кальция без увеличения его внутриклеточной концентрации.

Методы исследования. Симдакс назначался трём больным с трансмуральным инфарктом миокарда при выраженных явлениях острой левожелудочковой недостаточности. У двух больных в некротический процесс была вовлечена передняя стенка, у одного – нижняя. Введение осуществлялось внутривенным капельным методом в фармакологической дозировке. Проводились динамические электро- и эхокардиографическое исследования.

Полученные результаты. При введении препарата положительный гемодинамический эффект развивался непосредственно во время инфузии и сохранялся после её завершения. Происходило увеличение ударного объёма, сердечного выброса на 20 -30 %, снижение среднего артериального объёма. При динамическом ЭКГ-наблюдении в первые сутки отмечалось небольшое увеличение частоты сердечных сокращений. При холтеровском наблюдении количество экстрасистолий не превосходила таковые в контрольной группе, также не было выявлено увеличение частоты аритмий и выраженной артериальной гипотонии. После прекращения введения препарата и до выписки из стационара побочные эффекты у больных не наблюдались. Не было рецидивирования острой левожелудочковойнедостаточности, не повторялись стенокардитические боли. Расширение двигательного режима происходило более спокойно.

Вывод. Проведённые наблюдения продемонстрировали положительное влияние препарата на клиническое течение инфаркта миокарда, осложнённого острой левожелудочковой недостаточностью, показали увеличение сердечного выброса, ударного объёма, отсутствие ишемического и проаритмического эффектов.

0921 ПРИМЕНЕНИЕ НИБЕНТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В., Титей Е.А.

Государственный технический университет, Воронеж; Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж; Военный госпиталь УФСБ России по Воронежской области, Воронеж, Россия

Восстановление синусового ритма у больных с хронической формой фибрилляции предсердий является весьма сложной задачей, особенно если продолжительность аритмии составляет боле 7 суток. Чаще всего при хронической фибрилляции предсердий используется электрическая кардиоверсия. Альтернативой электрической дефибрилляции в последнее время рассматривается фармакологическая кардиоверсия.

В настоящее время весьма перспективным является применение блокатора калиевых каналов - нибентана.

Цель. Изучение эффективности нибентана в восстановлении синусового ритма при хронической форме фибрилляции предсердий.

Методы исследования. На лечении находились 20 больных в возрасте от 38 до 60 лет, у которых основным заболеванием была ишемическая болезнь сердца, 12 из них перенесли инфаркт миокарда, в остальных случаях фибрилляции предсердий носила идиопатический характер. Продолжительность последнего эпизода аритмии в среднем по группе составляла 1,5 месяца. Размер левого предсердия составлял от 37 до 42 мл. Всем больным предварительно назначался варфарин до достижения МНО 2,0-3,0. Нибентан вводился в фармакологической дози-

Tesis_006_end.indd 387 24.08.2006 22:26:14
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ровке внутривенно струйно в 20 мл физиологического раствора. Лечение проводилось в условиях блока кардиологической реанимации при постоянном мониторном наблюдении. Во время введения препарата и в последующие сутки проводились холтеровское мониторирование сердечного ритма, контроль артериального давления.

Полученные результаты. Синусовый ритм был восстановлен у 19 больных. При этом у 16 больных ритм восстановился непосредственно на фоне введения препарата, у 2 пациентов – соответственно через 7 и 10 Минут. У одного больного ритм был восстановлен через 2 часа после повторного введения аналогичной дозы нибентана. В одном случае синусовый ритм не был восстановлен. У 5 больных после восстановления регистрировались эпизоды желудочковой тахикардии, из которых в одном случае потребовалось применение экстренной электрической кардиоверсии, у 3 – единичные экстрасистолы, не требующие медикаментозной терапии и прекратившиеся самостоятельно. У 2 больных в течение 1,5-3 часов сохранялась синусовая брадикардия с частотой сердечных сокращений 48-56 в одну Минуту. Всем больным сопутствовало увеличение интервала Q-T, которые возвращались к исходному уровню через 8-14 часов.

Выводы. Применение нибентана показало высокую эффективность при лечении хронической формы фибрилляции предсердий, что является очевидной альтернативой плановой электрической кардиоверсии.

0922 ВЛИЯНИЕ ГЕЛИОФИЗИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА ЧЕЛОВЕКА

Усков В.М., Титей Е.А., Звягинцева А.В., Усков М.В., Усков В.В., Маркова Е.В., Маркова Т.В.

Государственный технический университет, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж; Военный госпиталь УФСБ России по Воронежской области, Воронеж; Поликлиника № 598 Воронежского гарнизона, Воронеж, Россия

Ритмические организации процессов в организме господствуют в природе и охватывают все проявления живого от деятельности субклинических структур и отдельных клеток до сложных форм поведения организма и даже популяций в экологической системе. Учение о биологических ритмах привело к возникновению хронобиологии - науки, изучающей закономерности осуществления процессов жизнедеятельности организма во времени. Составной частью хронобиологии является учение о биологических ритмах. Биоритм представляет собой колебания, наступающие через приблизительно равные промежутки времени, интенсивности или скорости какого-либо биологического процесса. В то же время рассогласование ритмов является одной из причин развития выраженных патологических изменений в организме. Это так называемые десинхронозы. В настоящее время многочисленными исследованиями доказана связь сердечно-сосудистых катастроф с гелиофизическими процессами.

Цель. Выявление негативного воздействия гелиофизических процессов на сердечно-сосудистую систему.

Методы исследования. Проанализированы 272 истории болезни пациентов, перенесших инфаркт миокарда различной локализации. Из них 147 мужчин и 125 женщин. Для характеристики магнитного поля Земли использовался К-индекс (балльная оценка отклонения магнитного поля от нормы во временном интервале), который чаще всего используется в медицине и биологии.

Полученные результаты. Во время магнитных бурь инфаркт миокарда развился у 174 (63,9%) человек, проявлялись субъективные симптомы ухудшения состояния больных, учащались случаи повышения артериального давления, ухудшалось коронарное кровообращение, что проявлялось на электрокардиограмме изменениями зубца Т и сегмента ST. Различные нарушения ритма наблюдались у 112, из них у 84 (75%) человек это осложнение развилось в период гелиомагнитных возмущений, фибрилляция желудочков имела место у 16 человек, среди которых у 11 (68,9%) это осложнение проявилось с наступлением магнитных бурь. Смертельным исходом заболевание закончилось у 52 больных, в том числе 38 (73,1%) человек умерли в период гелиофизических возмущений.

Вывод. Исследование показало, что структура электромагнитного поля в период неблагоприятной гелиомагнитной ситуации, через изменение проницаемости биологических мембран, оказывает негативное влияние на организм человека, страдающего сердечно-сосудистыми заболеваниями, вследствие чего более вероятны их осложнения.

0923 ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В КАРДИОЛОГИИ

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В., Федянина Я.В., Федянин В.И.

Государственный технический университет, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж, Россия

Цель. Проектирование программного обеспечения автоматизированного комплекса прогнозирования осложнений в кардиологии.

Методы исследования. Использование CASE-средств, входящих в поставку среды разработчика, стандартизированных механизмов OLE, реализованных на программной платформе Windows.

Полученные результаты. В программе предусмотрена возможность подключения любой базы данных пользователя, удовлетворяющей принятой в системе структуре, что позволяют использовать комплекс для решения задач в других предметных областях. Это диалоговое окно позволяет настроить используемые информационную базу и файл конфигурации сети. В нижней части этого окна расположены основные функциональные кнопки программного комплекса, с помощью которых можно просмотреть информационную базу, настроить конфигурацию сети, открыть основное функциональное окно – прогнозирование. Программный комплекс предусматривает ведение личных карт пациентов и таким образом, проследить тенденцию развития заболевания. Проводит выбор основных параметров конфигурации нейросети (скорость сходимости итерационного процесса, диапазон нормализации, выбор входных и выходных узлов сети, количество нейронов в скрытом слое, смещение порога нейрона в функции активации, величину ошибки сети и т. д.). В этом же окне можно проводить обучение нейронной сети, загрузку и сохранение файла конфигурации сети, производить тестирование контрольной выборки для нахождения порога достоверности. В нижней части окна расположена "Проверочная таблица". Она предоставляет возможность пользователю уточнить установленные форматы данных диагностических признаков с целью их корректного ввода в информационную базу и включает в себя следующие параметры: имя поля – название регистрируемого признака заболевания, тип данных, краткое описание – комментарии к параметрам, используемым для построения прогноза, диапазон изменения – соответственно Минимальное и максимальное значения параметров, единицы измерения – название единиц измерения, в которых измеряются указанные признаки.

Выводы. Таким образом, на базе предложенных математических моделей и алгоритмов разработано программное обеспечение комплекса, построенного по модульному принципу и реализованному в соответствии с современными требованиями технологии "клиент-сервер", для прогнозирования развития осложнений острого инфаркта миокарда, что даёт возможность использовать его в клинической практике и обучении студентов.

Tesis_006_end.indd 388 24.08.2006 22:26:14
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0924 КАНОНИЧЕСКИЙ КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА

Усков В.М., Усков М.В., Звягинцева А.В., Усков В.В., Федянина Я.В., Федянин В.И.

Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; Государственный технический университет, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж, Россия

Инфаркт миокарда отличается многообразием клинических проявлений.

Цель. На основе системного анализа провести сравнительную оценку влияния различных лекарственных препаратов на течение болезни.

Методы исследования. В настоящем исследовании методом корреляционных связей оценивались гемодинамические и лабораторные показатели, один из показателей ЭКГ (элевация сегмента ST) и характеристики сократительной способности миокарда. Для оптимизации осложнённо-протекающего инфаркта миокарда с первых Минут проводилось тщательное обезболивание, назначение бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ раздельно или комбинацию этих препаратов на фоне базисной терапии. Лекарственные средства использовались в фармакологических дозах. В ходе лечения контролировали клинические проявления заболевания, динамику лабораторных и биохимических показателей, изменения в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы.

Полученные результаты. Инфаркт миокарда как тяжелая стрессовая ситуация сопровождается напряжением регуляторных систем организма при этом происходит усиление скоррелированности физиологических параметров в ходе процесса адаптации при ухудшении условий среды или при ухудшении состояния организма. Максимальные корреляционные связи между двумя группами случайных величин позволяли находить канонический корреляционный анализ, согласно которому новые канонические величины вычислялись как линейные комбинации исходных параметров и выбирались таким образом, чтобы новые координаты непосредственно указывали значение корреляции.

Данные по первому дню госпитализации демонстрировали отсутствие значимых канонических корреляций между каждой парой групп признаков, что свидетельствовало о том, что включение регуляторных механизмов, ответственных за адаптацию организма к условиям стресса, происходило с определенным запаздыванием. Несмотря на неоднозначный характер динамики канонических корреляций, к 5-му дню заболевания общим являлось значительное увеличение корреляционной зависимости между каждыми двумя группами признаков, включенных в исследование. На 30-й день заболевания канонические корреляции оставались довольно высокими, хотя некоторые из них обнаруживали тенденцию к снижению. То есть, в ходе болезни происходило реорганизация системных связей, сопряженных с процессом адаптации организма к стрессовой ситуации.

Вывод. Применение системного анализа доказало наибольшую эффективность лечения больных при комплексном применении бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ. Выявлено значительное улучшение показателей особенно центральной гемодинамики и сократительной способности миокарда в этой группе больных.

0925 МЕСТО МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Усков В.М., Звягинцева А.В., Усков В.В., Усков М.В., Маркова Е.В., Титей Е.А., Силютина М.В., Федянина Я.В., Стуров О.А., Медведев М.Ф., Бункин И.Ю.

Государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж; Государственный технический университет, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 9 (Скорой медицинской помощи)", Воронеж; Поликлиника № 598 Воронежского гарнизона, Воронеж; МУЗ "ГКБ № 3", Воронеж, Россия

Неудовлетворённость практической кардиологии современным арсеналам средств фармакотерапии сердечно-сосудистых заболеваний, а также широкая распространённость указанной патологии, обусловливает необходимость поиска новых препаратов для лечения данной категории больных. Интерес к проблеме артериальной гипертонии обусловлен широкой распространённостью данной патологии, её ведущей ролью в структуре сердечно-сосудистой и общей смертности. В ходе многочисленных исследований последних десятилетий было обнаружено, что в самом патогенезе артериальной гипертензии важную роль играют аффективные расстройства, которые являются независимыми факторами риска, влияющими как на развитие артериальной гипертензии, так и на прогноз выживаемости пациентов с сердечно-сосудистой патологией. В последнее время всё более пристальное внимание уделяется изучению процессов свободно-радикального окисления в норме и патологии. Являясь сильными окислителями, свободные радикалы могут вызвать необратимые изменения в структуре белков и нуклеиновых кислот, в результате чего возникает окислительный стресс, который является причиной многочисленной патологии.

Цель. Изучение влияния мексидола - препарата, обладающего мощными антиоксидантными и антигипоксическими свойствами, на течение гипертонической болезни. Методы исследования. Обследовано 60 больных с гипертонической болезнью, которые были разделены на две группы по 30 человек в каждой. Всем больным был назначен эналаприл и атенолол в фармакологических дозировках. Первая группа дополнительно получала внутривенно капельно мексидол. Группы были сопоставимы по возрасту, полу, клинико-анатомическим данным, используемой гипотензивной терапии.

Полученные результаты. Величина артериального давления как систолического, так и диастолического при поступлении в обеих группах достоверно не отличалась. Через 7 дней уровень среднего артериального давления в первой группе был достоверно меньше. По данным суточного мониторирования артериального давления и ЭКГ на 7-10 сутки лечения в группе, где назначался мексидол реже, чем в контрольной группе имело место снижение суточного индекса артериального давления и вариабельности ритма сердца. Частота резких подъёмов артериального давления на протяжении 30-дневного лечения мексидолом снизилось более чем вдвое, при этом не наблюдалось резких колебаний артериального давления в ходе лечения. Отмечалось снижение физической и умственной утомляемости, уменьшение головных болей, шума в ушах и голове.

Вывод. Использование мексидола в комплексной терапии больных гипертонической болезнью приводило к снижению сроков стабилизации артериального давления и повышало эффективность антигипертензивной терапии.

0926 ВЛИЯНИЕ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕПЕРФУЗИИ

Ухолкина Г.Б.

НП Центр Интервенционной Кардиоангиологии, Москва, Россия

Цель: изучить влияние ингаляций 30-40% кислорода на течение острого неосложненного инфаркта миокарда (ИМ) при

Tesis_006_end.indd 389 24.08.2006 22:26:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

проведении эндоваскулярной реперфузии миокарда.

Материал и методы: открытое проспективное рандомизированное исследование, продолжительность 10 дней. Включено 137 пациентов с неосложненным острым Q-образующим ИМ до 12 ч, подвергшихся успешной эндоваскулярной реперфузии (транслюминальная ангиопластика и\или стентирование) и получающих стандартную терапию. Не включались больные с ХОБЛ в стадии обострения, анемией, хронической сердечной недостаточностью. 58 человек получали ингаляции 30-40% кислорода через носовые канюли. Из них 1 группа - в течение 30 Минут до реперфузии и 3,5 ч после нее (n=28), 2 группа - только в течение 3,5 ч после реперфузии (n=30). Контрольную группу составили 79 пациентов, у которых оксигенотерапия не проводилась. Методы исследования: пульсоксиметрия; определение активности КФК и МВ-КФК (исходно, 12, 18, 24, 36, 48ч); ЭКГ в 12-ти отведениях (монитор 1 сутки, затем 2, 3, 10 сутки); ЭКГ-картирование в 48 отведениях (10 сутки); левая вентрикулография в первый час; Эхо-КГ (5 сутки); Холтеровское мониторирование или велоэргометрия (10 сутки).

Результаты: насыщение кислородом артериальной крови у больных ИМ в первые сутки заболевания снижено, по сравнению с дальнейшими значениями ($p<0,002$). Умеренная гипоксемия отмечена у 49%, выраженная – у 15% больных. Клинических признаков гипоксемии не отмечено ни в одном случае. В группе оксигенотерапии осложнения, связанные с обширностью ИМ, отмечались реже, по сравнению с группой контроля: у 8 (14%) больных, против 24 (30%), $p<0,025$; реже встречались нарушения ритма и проводимости во время и в течение 1 ч после операции: у 2 (3%) больных против 11 (14%), $p<0,04$. В группе оксигенотерапии размер и динамика роста зоны некроза и зоны ишемического повреждения были меньшими к концу первых и до 10-х суток заболевания по данным ЭКГ-12 и ЭКГ-картирования, ($p<0,05$), в том числе у пациентов без исходной гипоксемии. Уровень активности МВ-КФК и КФК на 12, 18, 24 и 48ч также был меньшим в группе оксигенотерапии ($p<0,05$). Наибольший эффект по всем показателям отмечен при двукратной ингаляции кислорода: до и после эндоваскулярной реперфузии. Кроме того, только в этой группе объемы и размеры полости левого желудочка в систолу и диастолу, были достоверно меньше, по данным левой вентрикулографии и Эхо-КГ, по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Выводы: полученные данные обосновывают применение оксигенотерапии в сочетании с эндоваскулярной реперфузией миокарда и свидетельствуют об ее безопасности. При подозрении на острый ИМ необходима пульсокиметрия для своевременного выявления гипоксемии. Пациентам с неосложненным острым ИМ, подвергающимся эндоваскулярной реперфузии миокарда, независимо от исходной сатурации, следует проводить ингаляции 30-40% увлажненного кислорода (поток 3-6 л\мин) через носовые канюли в течение 30 Минут до и 3,5 часов после реваскуляризации под контролем пульсоксиметрии.

0927 ОПЫТ РАБОТЫ РАЙОННОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА – ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО

Ушакова Т.М., Головачева Т.В., Капланова Т.И.

СГМУ, Саратов, Россия

С целью ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний, своевременной госпитализации, полноценной реабилитации и профилактики в 1993 году в г. Саратове был создан районный кардиологический диспансер.

В штат РКД включено: кардиологи 5 районных поликлиник (амбулаторный блок), кардиобригады 3-х подстанций скорой помощи района, отделение ОИМ МСЧ СПЗ и плановое кардиологическое отделение (стационарный блок), школа «Здоровое сердце» и консультативный центр на базе МСЧ СПЗ. Обследование кардиологических больных проводится в лечебно-диагностическом отделении МСЧ СПЗ, оснащенном современной аппаратурой (ЭКГ, ВЭМ, холтеровское мониторирование, ЧПЭС, ЭхоКГ, сцинциграфия миокарда, исследование холестерина и фракций, сахар крови). Для врачей-кардиологов каждого звена составлен алгоритм ведения больных. Соблюдается преемственность между кардиологами поликлиник, скорой помощи и стационара: первоначально больной консультируется врачом-кардиологом в поликлинике, затем при необходимости дополнительного обследования или неясного диагноза направляется в консультативный центр, где проводятся необходимые обследования, и решается вопрос о госпитализации или продолжении лечения амбулаторно. Больные, госпитализированные по линии скорой помощи после выписки также получают рекомендации в консультативном центре и затем продолжают наблюдаться у кардиолога поликлиники. Большинство больных посещают занятия в школе «Здоровое сердце», где освещаются основные вопросы питания, образа жизни, приема лекарственных препаратов и контроль за своим состоянием. С врачами-кардиологами поликлиник и скорой помощи ежемесячно проводятся методические совещания, на которых рассматриваются новые разработки в кардиологии, проводится обзор современной литературы, анализируются ошибки в ведении больных и документации; проводится мониторинг заболеваемости и смертности населения района от ССЗ. В РКД составляются методические пособия для врачей-кардиологов по тактике лечения кардиологических больных памятки для больных ИБС, опросник для больных АГ, алгоритм поведения врача скорой помощи на вызове у кардиологического больного, сборник диагностических, дифференциально-диагностических и лечебных алгоритмов неотложной помощи. Соблюдение преемственности между амбулаторным и стационарным блоками в обследовании и лечении кардиологических больных позволило сократить средний койко-день для больных стенокардией с 27,6 в 1992 году до 14, 5 в 2005 г.; для больных АГ с 17,8 до 14,1; для больных ОИМ с 28,6 в 1992 г. до 14,7 в 2005 г. Одним из основных показателей деятельности диспансера является снижение первичного выхода на инвалидность из диспансерной группы с 24% до 12%, а также смертности населения от ССЗ с 436,0 на 100000 населения в 1996 году до 407,0 в 2005 году. Сокращение койко-дня по основным формам ССЗ и снижение первичного выхода на инвалидность позволило дать значительную экономию денежных средств.

Представленный материал доказывает эффективность данной формы работы, а также необходимость поддерживать и развивать сеть районных кардиодиспансеров.

0928 ВЫЖИВАЕМОСТЬ И ТЕМПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ТУННЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Фаздалов Р.К., Арлеевский И.П., Ишенин Ю.М.

ГУП РТ «Нижнекамская городская многопрофильная больница №3», Нижнекамск; Казанская Государственная Медицинская Академия, Казань. Россия

В последнее время большое значение при выборе терапии и определении прогноза у больных, перенесших инфаркт миокарда придается процессам постинфарктного ремоделирования левого желудочка. Исследование структурно-функциональных изменений сердечной мышцы дает возможность не только назначать своевременную медикаментозную терапию для профилактики сердечной недостаточности, но и контролировать влияния на процесс ремоделирования сердца хирургических воздействий, например, хирургической реваскуляризации миокарда методом туннелирования по Ю.М. Ишенину (1978).

Цель исследования. Изучить динамику процесса ремоделирования у больных с постинфарктным кардиосклерозом, перенесших операцию механического туннелирования левого

Tesis_006_end.indd 390 24.08.2006 22:26:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

желудочка, в сравнении с больными, находившимися на консервативной терапии.

Материалы и методы исследования. В работу вошли проспективный анализ историй болезни 97 пациентов, перенесших острый инфаркт миокарда. Для сравнительного анализа полученных данных пациенты были разделены на 2 группы: 1 группу составляли больные, перенесшие оперативную тактику лечения; 2 группу составляла терапевтическая группа больных, получавших стандартную кардиопротективную терапию. В каждой группе, отдельно оценивалось влияние ингибиторов АПФ, у больных принимавших их. В диагностический алгоритм вошли анамнез, количество перенесенных инфарктов, инструментальные данные (ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование, коронарография, ренгенография органов грудной клетки в трех проекциях). Период наблюдения 24-84 месяцев.

Полученные результаты. Было выявлено, что после оперативной тактики (как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде) лечения нивелировалась диастолическая дисфункция левого желудочка, уменьшились размеры и объемы левого желудочка и левого предсердия, изменялись соотношения пиков трансмитрального потоков, степень митральной недостаточности не увеличивалась. Левое предсердие уменьшилось в размерах в среднем на 5,2±1,3%. В 4 случаях размеры левого предсердия достоверно не изменились. Улучшалось систолическая или насосная функция левого желудочка. Фракция выброса до операции составляла в среднем 49,8±11,1% . После операции фракция выброса возрастала в среднем на 5,2±3,8%. В трех случаях фракция выброса достоверно не увеличилась. Большую степень увеличения фракции выброса мы видели при оперативном лечении туннелирования левого желудочка в сочетании с аневризморафией и двойным туннелированием сердца.

Заключение. Выживаемость определенная по кривой Каплана-Мейера, у больных, подвергнутых операции туннелирования левого желудочка, несколько выше, чем у больных, лечившихся только консервативно на 4-6 году наблюдения и практически не отличалась на 7 году после операции.

0929 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

Фазлыева Р.М., Мирсаева Г.Х., Самирханова Г.А., Авзалетдинова А.Р.

ГОУ ВПО «БГМУ Росздрава», Уфа, Россия

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (ГЛПС) представляет собой вирусное заболевание зоонозной природы широко распространенное в России, со своеобразным сочетанием инфекционно-токсических, геморрагических и почечных проявлений. Поражение сердечно-сосудистой системы является важным патогенетическим механизмом развития ГЛПС.

Цель исследования: оценка состояния центрального и периферического кровообращения у реконвалесцентов ГЛПС через разные сроки после перенесенного заболевания.

Методы исследования: суточное мониторирование АД, тетраполярная грудная реография, ЭХОКГ с определением КСР, КДР, КСО, КДО, ТЗС ЛЖ, ТМЖП в диастолу, ММЛЖ, ИММЛЖ, ФВ, ЭКГ.

Обследовано 30 человек, перенесших ГЛПС, которым проводилось динамическое исследование состояния сердечно-сосудистой системы через 3, 6, 12 и 24 месяцев после перенесенного заболевания.

Оценка центральной гемодинамики показала, что у перенесших среднетяжелую и тяжелую формы ГЛПС менее года назад выявляется снижение ударного объема, сердечного индекса и повышение общего периферического сопротивления. Показатели гемодинамики у лиц, переболевших среднетяжелой формой соответствовали контролю к 3 годам. Нормализация сердечно-сосудистой деятельности у реконвалесцентов тяжелой формы отмечались к 5 годам. Наиболее стойким являлось повышение общего периферического сопротивления, наблюдавшееся у 35% реокнвалесцентов через 7 лет после ГЛПС.

По данным ЭХОКГ исследования восстановление систолической функции миокарда у перенесших среднетяжелую форму ГЛПС отмечается к 18 месяцам после заболевания. У реконвалесцентов после тяжелой формы ГЛПС процесс нормализации затягивается до 3-5 лет.

У 21 обследованных (18,6%) выявлена стойкая артериальная гипертензия, возникшая после перенесенного заболевания. У лиц данной группы выявлено снижение ударного индекса, Минутного объема, повышение общего периферического сопротивления. У 11 человек обнаружена гипертрофия левого желудочка. У половины реконвалесцентов с артериальной гипертензией отмечено достоверное снижение фракции выброса. 24-часовое мониторирование АД выявило достоверное повышение артериального давления у лиц данной группы, а также нарушение циркадного ритма (СНСАД<10%) и избыточную амплитуду суточных колебаний АД, что ассоциируется с высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о длительном восстановлении функции сердечно-сосудистой системы после перенесенной геморрагической лихорадки с почечным синдромом, что является доказательством необходимости длительного диспансерного наблюдения за реконвалесцентами ГЛПС с обязательной оценкой состояния кардиогемодинамики.

0930 РОЛЬ ЭРИТРОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА

Фазлыев М.М., Бакиров А.Б., Калимуллина Д.Х.

БГМУ, Уфа, Россия

Целью работы явилось исследование эритроцитарного звена гемостаза у взрослых больных геморрагическим васкулитом (болезнь Шенлейна-Геноха) и определение роли данных нарушений в патогенезе заболевания.

Для оценки состояния эритроцитарного звена гемостаза определялись следующие параметры агрегации эритроцитов: процент Минимальной и максимальной агрегации, наличие второй волны агрегации, коэффициент дезагрегации. Самые многочисленные клетки крови - эритроциты - имеют ведущее значение в обеспечении нормальной текучести крови, а нарушение структуры и функций их мембран приводят к нарушению реологических свойств крови. Так, у пациентов с поражением почек - (n=23) имелось значительное повышение процента Минимальной и максимальной агрегации клеток (в 1,82 и 1,27 раза соответственно по отношению к контролю (n-30)), отмечено двукратное снижение коэффициента дезагрегации и отсутствие второй волны агрегации Аналогичные, но менее выраженные изменения, были обнаружены у больных кожно-суставной формой с хроническим рецидивирующим течением ГВ (n-44). Выявленная гиперагрегабельность эритроцитов в сочетании с крайне низким коэффициентом дезагрегации способна приводить к значительному ухудшению реологических свойств крови и синдрому «гипервязкости» крови. У части пациентов с почечной и рецидивирующей формами (n=25) с гиперагрегацией тромбоцитов, угнетением антикоагулянтов, выявлялась и фрагментация эритроцитов. При микроскопии мазков крови у 24% больных данных групп отмечались наличие эритроцитарных агрегатов, “монетных столбиков” и фрагментация эритроцитов (шизоциты).

При исследовании активности транспортных АТФ-аз эритроцитов отмечались уменьшение активности Na+,K+- активируемых, Ca2+ - активируемой и Mg2+ -зависимой АТФ-аз мембран эритроцитов. Наиболее выраженное снижение активности АТФ-аз выявлено у больных с поражением почек и при

Tesis_006_end.indd 391 24.08.2006 22:26:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

хроническом рецидивирующем течении заболевания, что указывает на развивающиеся сдвиги метаболических процессов в эритроцитах. Было также выявлено увеличение концентрации ТБК- реагирующих соединений (конечных продуктов ПОЛ) в эритроцитах у всех больных. Максимальный уровень этих соединений обнаруживали у пациентов с поражением почек и при рецидивирующем течении заболевания (166% и142% соответственно от уровня контроля, $p<0,05$). При остром течении кожно-суставной формы заболевания увеличение показателей было недостоверным.

Таким образом, выявленная гиперагрегация эритроцитов, а также происходящая вследствие воспаления сосудов активация процессов свободно-радикального окисления, доказанная увеличением уровня ТБК- реагирующих соединений, ведет к повреждению мембран эритроцитов и снижению их деформируемости с разрушением «слабых» клеток, тем самым способствуя ухудшению реологических свойств крови и возникновению «сладж»- феномена, которые и блокируют сосуды микроциркуляторного русла.

0931 НАРУЖНЫЕ АВТОМАТИЧЕСКИЕ КАРДИОВЕРТЕРЫ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРЫ: НОВЫЙ СТАНДАРТ В КУПИРОВАНИИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ БЛОКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ?

Фанаков А.В., Кузнецов В.А., Шабалков Э.А., Бессонова М.И., Лузина М.В.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Сердечно-сосудистая смерть составляет большую часть от общей смертности. Непосредственной причиной смерти часто являются фатальные нарушения ритма сердца. Эффективность проводимой в этих случаях дефибрилляции зависит от времени реакции персонала. Каждая Минута задержки снижает выживаемость пациентов на 10%.

Целью нашего исследования было изучить эффективность и безопасность наружных автоматических кардиовертеров-дефибрилляторов в условиях кардиологического блока интенсивной терапии.

Исследование проведено с использованием 6 наружных автоматических дефибрилляторов «Powerheart» фирмы «Cardiac Science», которые подключались к пациентам, наблюдавшимся в блоке интенсивной терапии Тюменского кардиоцентра с августа 2004 г.

В наше исследование было включено 168 человек: 103 мужчины и 65 женщин, поступавших в реанимационное отделение с острым коронарным синдромом. Пациенты подключались к наружным дефибрилляторам в автоматическом или полуавтоматическом режиме, то есть приборы детектировали случаи возникновения жизнеугрожающих аритмий и при возникновении неотложной ситуации либо производили электрический шок, либо набирали заряд и, сигнализируя врачу о необходимости экстренной помощи, требовали подтверждения в проведении дефибрилляции.

Нами было зарегистрировано 57 требующих дефибрилляции эпизода жизнеугрожающих аритмий у 30 больных. Все события были расценены наружными автоматическими кардиовертерами, как требующие электрического разряда. Во всех случаях аппараты произвели дефибрилляцию или просигнализировали о ее необходимости (чувствительность 100,0%). При этом 53 из них были с положительным эффектом, т.е. восстанавливался синусовый ритм (эффективность 93,0%). В одном случае был произведен необоснованный набор заряда (специфичность 99,4%). Среднее время от начала аритмии у больного до дефибрилляции составило около 30 секунд, что значительно меньше времени реакции персонала, которая обычно составляет около 3 Мин.

Таким образом, наружные автоматические дефибрилляторы демонстрируют высокую эффективность и относительную безопасность применения у больных с жизнеугрожающими нарушениями ритма сердца. За 2004 – 2005 гг. в нашем учреждении от первичной фибрилляции желудочков не умер ни один больной.

0932 НОВЫЕ ДАННЫЕ О НАРУШЕНИИ БИОМЕХАНИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Фатенков В.Н., Фатенков О.В.

ГОУ ВПО «СГМУ ФА по здравоохранению и социальному развитию», Самара, Россия

Цель: разработать новую фазовую структуру малого круга кровообращения и рассчитать его биомеханику у здоровых и больных ИБС, осложнённой хронической сердечной недостаточностью (ХСН).

Методы: биомеханика малого круга кровообращения изучена с помощью автоматизированного анализа реограммы лёгочной артерии (РеоЛА), которую регистрировали на полиграфе «OTE Biomedica». Количественные параметры биомеханики оценивали с помощью разработанного на кафедре пропедтерапии пакета прикладных программ «RHEOVIEW». Выделяли диастолу и систолу лёгочной артерии. Диастола включает фазы: время распространения пульсовой волны (РПВ), быстрого (БП) и медленного притока (МП); систола – эластический (ЭКО) и мышечный компонент оттока (МКО) и капиллярно – венозный отток (КВО). В каждую фазу рассчитывали длительность в секундах, величины скорости (ом/сек) и силы (ом/сек2).

Исследовали 17 больных ИБС с ХСН I ф. кл., 19 больным с ИБС, постинфарктным кардиосклерозом (ПК) и ХСН II ф. кл., 28 больным с ИБС, ПК и ХСН III ф. кл. и в качестве контроля 139 здоровых.

Результаты: установлены изменения биомеханики малого круга кровообращения, отражающие реакции компенсации и декомпенсации у больных всех групп различной степени выраженности.

У больных ИБС с ХСН I ф. кл. все количественные параметры в фазу ЭКО нормальные, но уже в фазу МКО снизились показатели силы до 0,68±0,07 Ом/сек2 (норма 0,14±0,02) и скорости до 1,06±0,03 Ом/сек (норма 1,3±0,05 Ом/сек). В фазу МКО обнаружена тенденция к уменьшению изученных показателей, что свидетельствует о начальных признаках декомпенсации. В диастолу у больных этой группы длительность фаз ВПР и БП уменьшилась ($p<0,01$) и значительно увеличились показатели скорости и силы ($p<0,01$), что отражает компенсаторную гиперфункцию правого желудочка.

Прогрессирование ХСН сопровождается существенными изменениями биомеханики малого круга кровообращения. У больных с ХСН II ф. кл. уменьшаются количественные показатели фазы ЭКО, МКО и КВО, отражающие декомпенсацию в систолу лёгочной артерии. Но в фазу БП увеличились показатели скорости и силы, что свидетельствует об элементах компенсации. У больных с ХСН III ф. кл. все количественные показатели, как в систолу, так и в диастолу лёгочной артерии достоверно уменьшились по сравнению с таковыми у больных с ХСН II ф. кл. Например, в фазу МКО у больных с III ф. кл. показатель силы снизился на 11,2 %.

Выводы: развитие и прогрессирование ХСН у больных ИБС зависит от нарушений биомеханики малого круга, которые определяют состояние компенсации и декомпенсации лёгочной артерии.

Tesis_006_end.indd 392 24.08.2006 22:26:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0933 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Федин А.И., Миронова О.П., Калуга А.С., Федотова А.В.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: определение взаимосвязи между уровнем гомоцистеина сыворотки крови и когнитивными нарушениями при атеросклеротической хронической ишемии головного мозга.

Методы: у 65 пациентов обоего пола (средний возраст 67,6 лет) с хронической ишемией головного мозга (ХИМ) исследованы уровень когнитивных нарушений, гомоцистеина и общего холестерина крови. Когнитивные нарушения диагностированы с помощью общей шкалы нарушений (Reisberg 1982), теста Минимальной оценки психического статуса (MMSE), батареи лобных тестов, категориальных вербальных ассоциаций, тестов рисования часов и пяти слов. Концентрация гомоцистеина сыворотки измерялась методом флуоресцентного поляризационного иммуноанализа. Пациентам с повышенным уровнем гомоцистеина проводился один из методов нейровизуализации (рентгеновская или магнитно-резонансная томография). Контрольная группа состояла из 30 человек.

Результаты: среди 65 обследованных с ХИМ гипергомоцистеинемия (ГГЦ) выявлена у 34 больных (52,3%), из них умеренная ГГЦ (от 10 до 15 мкмоль/л) определялась у 26 (40,0%) и выраженная ГГЦ (более 15 мкмоль/л) – у 8 больных (12,3%). В зависимости от выраженности клинических проявлений больные по классификации Е.В.Шмидта были разделены на три стадии заболевания. Корреляции между количественной неврологической шкалой в трех стадиях заболевания, отсутствием ГГЦ или ее выраженностью не выявлены ($p>0,05$). ГГЦ также не зависела от возраста больных ($p>0,05$). Отмечена тенденция к нарастанию степени когнитивных нарушений при повышении уровня гомоцистеина в среднем более 12,5±0,5 мкмоль/л. Показатели нейропсихологических тестов имели худшие значения у пациентов с повышением уровня гомоцистеина более 15 мкмоль/л. Это взаимоотношения достоверно выявлялись при проведении батареи лобных тестов (коэффициент корреляции Пирсона $r=-0,72$), теста категориальных вербальных ассоциаций ($r=-0,74$), MMSE ($r=-0,58$), теста рисования часов ($r=-0,56$), $P<0,0001$). Взаимосвязь повышения гомоцистеина и общего холестерина крови оказалась сомнительной. При нейровизуализации обнаруживались гиподенситивные мелкие очаги, преимущественно в перивентрикулярных зонах мозга, признаки лейкоараоза, расширение субарахноидального пространства и атрофия коркового вещества. Эти изменения с одинаковой частотой встречались у больных без ГГЦ и с различной выраженностью ГГЦ.

Выводы: выявлена большая распространенность ГГЦ и ее неблагоприятная роль в патогенезе ХИМ, что подтверждает представленные в литературе сведения об атерогенном, протромботическом и нейродегенеративном эффектах ГГЦ. Выраженное повышение уровня гомоцистеина сыворотки крови может быть маркером когнитивных расстройств и независимым фактором риска развития деменции при ХИМ, что требует медикаментозную коррекцию ГГЦ.

0934 ВЛИЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Федин А.И., Болевич С.Б., Миронова О.П., Велинкевич А.Д., Федотова А.В.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение патогенетического влияния окислительного стресса на клинические проявления хронической ишемии мозга (ХИМ).

Методы: с целью количественной оценки клинических проявлений ХИМ применялась адаптированная количественная неврологическая шкала А.И.Федина, количественная шкала субъективной оценки астении и анкета Шпигеля субъективной оценки нарушений сна. Экспериментально-психологическое обследование включало компьютеризированный тест «Отыскивания чисел» (таблицы Шульте), тест А.Р.Лурия запоминания 10 слов и компьютеризированную шкалу тревоги Спилбергера.

Среди показателей свободно-радикальных процессов регистрировались генерация активных форм кислорода лейкоцитами крови, вторичный продукт свободно-радикального перекисного окисления липидов – малонового альдегида плазмы и антиперекисная активность вторичной плазмы крови. Проведено комплексное обследование 78 больных с ХИМ в возрасте 48-76 лет (средний возраст 66,3±7,1 лет). Контрольная группа составила 26 пациентов.

Результаты: в зависимости от выраженности клинических проявлений больные по классификации Е.В.Шмидта были разделены на три стадии заболевания. Степень активности свободно-радикального окисления липидов в ишемизированном головном мозге коррелировала с клинической выраженностью ХИМ. В I стадии ХИМ на фоне резкого повышения окислительной активности уровень общей антиокислительной активности был снижен незначительно ($p<0,05$). В последующих стадиях ХИМ прослеживались более выраженные изменения: усугубление патологических и снижение компенсаторно-защитных процессов ($p<0,05$). Нарушения когнитивных функций в виде расстройств памяти и внимания в I-й стадии ХИМ имели тенденцию к ухудшению, но их показатели существенно не отличались от показателей контрольной группы ($p>0,05$). Во II-й и III-й стадиях заболевания определялось достаточно выраженное ухудшение когнитивных функций, особенно в III-й стадии ($p<0,05$). нарушения когнитивных функций в виде расстройств памяти и внимания в I-й стадии. В I-й стадии ХИМ у больных выявлялся низкий уровень ситуационной и средний уровень личностной тревоги. Во II-й стадии ХИМ уровень как ситуационной, так и личностной тревоги увеличивался. Наиболее выраженными эти показатели (высокие по оценке теста) были у больных cIII -й стадией ХИМ.

Выводы: во всех стадиях ХИМ выявлено существенное увеличение процессов свободно-радикального окисления на фоне ингибирования фермента антиоксидантной защиты. По мере усугубления выраженности ишемии мозга происходит усиление активации ПОЛ, в то время как уровень антиоксидантной защиты снижается, что свидетельствует о компенсаторных возможностях антиперекисной и антирадикальной систем организма. Показатели окислительного стресса коррелировали с выраженностью клинических проявлений ХИМ во всех стадиях заболевания. С этим утверждением согласуются данные нейропсихологического тестирования, которые выявляли нарастание когнитивных расстройств, уровня тревожности и депрессии при прогрессировании ХИМ.

0935 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА

Федин А.И., Болевич С.Б., Миронова О.П., А.Д.Велинкевич, Федотова А.В.

ГОУ ВПО «РГМУ Росздрава», Москва, Россия

Цель: изучение патогенетического влияния артериальной гипертонии (АГ) на выраженность окислительного стресса при хронической ишемии мозга (ХИМ).

Методы: проведено комплексное обследование 47 больных с ХИМ на фоне АГ в возрасте 49-72 лет (средний возраст 64,5±6,9 лет). Контрольная группа составила 26 пациентов. По степени выраженности АГ исследование было проведено в двух подгруппах: в первую были объединены больные с АГ I и II степени ($n=24$),

Tesis_006_end.indd 393 24.08.2006 22:26:15
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

вторую – с АГ III степени и изолированной систолической артериальной гипертонией - ИСАГ (n=23). В качестве показателей свободно-радикальных процессов регистрировались генерация активных форм кислорода лейкоцитами крови (показатели базальной – ПИХЛб – и стимулированной – ПИХЛс хемилюминисценции лейкоцитов), вторичный продукт свободно-радикального перекисного окисления липидов – малонового альдегида плазмы (МДА) и антиперекисная активность вторичной плазмы крови в виде отношения индуцированной к спонтанной ХЛ вторичной плазмы (К/АПА). Результаты: по показателям генерации активных форм кислорода (ПИХЛб и ПИХЛс) регистрировалось повышение результатов у больных с ХИМ в зависимости от степени выраженности АГ. Величина ПИХЛб у больных с «мягкой» и умеренной АГ в среднем составляла 257,5±37,8 имп/сек. 103 лейкоцитов, что практически не отличалась от среднего ПИХЛб у доноров (p>0,05). ПИХЛс в среднем равнялась 673±121,8 имп/сек. 103 лейкоцитов, чем также существенно не отличалась от показателя доноров (p>0,05). Содержание МДА в плазме у больных с 1-й подгруппы в среднем составило 4,0±0,5 МкМ/л., что в 1,6 раз превышало среднее содержание МДА в плазме у доноров (p<0,05). Показатель отношения индуцированной к спонтанной ХЛ вторичной плазмы (К/АПА) у больных с 1-й подгруппы в среднем составил 3,1±0,6, что практически не отличалось от доноров (p>0,05). Величина ПИХЛб у больных с ХИМ при III степени АГ и ИСАГ в среднем составляла 1195,2±116,2 имп/сек. 103 лейкоцитов, что в 3,5 выше показателя среднего ПИХЛб у доноров (p<0,05). ПИХЛс в среднем соответствовал 2118,5±216,2имп/сек. 103 лейкоцитов, что в 6,3 раза выше, чем у доноров (p<0,05). Содержание МДА в плазме у больных с 2-й подгруппы в среднем составило 4.4±0,6 МкМ/л., что в 1,8 раза превышало среднее содержание МДА в плазме у доноров (p<0,05). Показатель К/АПА у больных этой подгруппы в среднем составил 4,5±0,5, что в 3 раза выше, чем у доноров (p<0,05). При сравнении изучаемых показателей в двух подгруппах с различной степенью АГ выявлена существенная их разница (p<0,05).

Выводы: в патогенезе ХИМ у больных с АГ по данным исследования базальной и стимулированной интенсивности хемилюминисценции лейкоцитов, содержания малонового альдегида и антиперекисной активности плазмы большую роль играют оксидантный стресс и свободно-радикальное перекисное окисление липидов. Выраженность АГ влияла на показатели свободно-радикального окисления липидов. У больных с «мягкой» и умеренной АГ увеличивалось только содержание малонового альдегида в плазме крови, в тоже время у больных с III степенью АГ и ИСАГ наряду с этим увеличивались показатели базальной и стимулированной интенсивности хемилюминисценции лейкоцитов и снижалась антиперекисная активность плазмы.

0936 ВЗАИМОСВЯЗИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ИНСУЛИНГЛЮКОЗНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА И УРОВНЕЙ ЭСТРАДИОЛА И ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА

Федорова Е.Л., Нестеренко Е.В., Руяткин Д.С., Руяткина Л.А., Бондарева З.Г.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Материал и методы: обследовано 80 здоровых нормотензивных женщин, 103 больных АГ и 43 – ИБС. Оценены: объем талии, объем бедер, их соотношение, индекс HOMA-R, индекс глюкоза/инсулин, гликемия и уровни фолликуло-стимулирующего гормона и эстрадиола.

Результаты: в общей группе нормотензивных женщин уровни гликемии коррелируют с индексами висцерального и глютеофеморального ожирения, однако, возраст вносит качественные поправки в эти отношения. Так, у молодых женщин корреляция объема бедер (ОБ) с гликемией усиливается (r от 0,56; p 0,02 до 0,72; p 0,003) при одновременном появлении прямой связи с возрастом. У женщин среднего возраста с гликемией достоверно коррелирует только показатель избыточного веса (r= 0,38).

Параметры базальной инсулинемии/инсулинорезистентности более широко коррелируют с окружностью талии в целом по группе здоровых женщин. У молодых индекс HOMA-R попрежнему коррелирует с объемом талии (ОТ), однако, в среднем возрасте эту зависимость сменяют обширные достоверные корреляции (r в диапазоне 0,40-0,60) базальной инсулинемии и Г/И как с показателями абдоминального жироотложения (ОТ и ОТ/ОБ), так и глютеофеморального (ОБ). Этот факт отражает участие в формировании инсулинорезистентности у женщин с возрастом не только абдоминальной, но и глютеофеморальной жировой ткани.

Практическую важность этого положения подчеркивает одновременное появление достоверных (p 0,03) корреляционных отношений показателей базальной инсулинемии/инсулинорезистентности с ДАД (r=0,36-0,37) с характеристиками функционального состояния яичников: индекс HOMA-R прямо коррелирует с ФСГ (r=0,37), БИ и Г/И – с продолжительностью менопаузы (r=0,56 и – 0,43), а гликемия – с уровнем эстрадиола (r=-0,32).

У фертильных нормотензивных женщин (ФСГ менее 30) уровень гонадотропина значимо (p 0,03) определяет величину характеристик углеводного обмена: БИ с индексом HOMA-R (0,41-0,42) и Г/И (-0,45). В пери- и постменопаузе отмечается четкая склонность к гиперинсулинемии/ инсулинорезистентности (r=0,58-0,70 с БИ и HOMA-R; p 0,02), особенно выраженная в условиях сформировавшегося эстрогендефицита.

У больных АГ в сочетании с коронарной патологией корреляционные параллели гликемии и продолжительности менопаузы более тесные, чем у больных АГ без верифицированной ИБС (r=0,45; p=0,03) и обнаружено влияние возраста на инсулин-глюкозные параметры (r=0,42-0,73; p 0,002), а также корреляционная роль в этих взаимоотношениях длительности АГ (r=0,42-0,65) и уровней ДАД (r=0,40-0,47; p=0,02).

Заключение: проведенный корреляционный анализ свидетельствует о ключевой роли базальных параметров углеводного обмена в связях антропометрических характеристик и функционального состояния яичников.

0937 ОСОБЕННОСТИ АНТИ- И ПРООКСИДАНТНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ

Федорова Е.Л., Руяткин Д.С., Бондарева З.Г., Руяткина Л.А.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы: оценить особенности анти- и прооксидантной активности сыворотки крови у женщин в зависимости от наличия артериальной гипертензии и функционального состояния яичников.

Методология исследования: в результате скрининга по критериям включения и исключения у 101 больной и 68 здоровых женщин проведено изучение гемодинамических показателей, антропометрических индексов, инсулинглюкозных характеристик, уровней фолликулостимулирующего гормона и эстрадиола; определены показатели анти- и прооксидантного статуса (окисляемость липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), уровень метаболитов оксида азота сыворотки крови (NOx), антиоксидантной (АОА) и прооксидантной активности сыворотки крови (ПОА).

Результаты исследования: у здоровых молодых женщин дисбаланс анти- и прооксидантных систем крови формируется в условиях хирургической постменопаузы: прогрессирующее

Tesis_006_end.indd 394 24.08.2006 22:26:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

снижение АОА сыворотки крови при выраженном эстрогенодефиците сочетается со снижением концентрации метаболитов оксида азота (NOx). Тогда как физиологическая пери- и постменопауза у здоровых женщин среднего возраста, кроме снижения показателей метаболитов оксида азота и АОА, характеризуется повышением пероксидации ЛПНП.

У больных артериальной гипертензией женщин в сравнении со здоровыми достоверное повышение окисляемости ЛПНП и концентрации NOx при различных уровнях ФСГ и эстрадиола отражает участие у этой категории пациенток оксидативного стресса в патогенезе артериальной гипертензии. Многократное повышение уровней NOx умеренно положительно коррелирует с уровнями ФСГ ($r=0,30$; $p<0,05$), в пери- и постменопаузе отрицательно с уровнями эстрадиола ($r=-0,41$; $p<0,05$), при сформировавшемся выраженном эстрогенодефиците положительно с длительностью АГ ($r=0,39$; $p<0,05$). При наличии у больных артериальной гипертензией среднего возраста абдоминального ожирения в пери- и постменопаузе положительные корреляции ПОА с инсулином ($r=0,55$; $p<0,05$), индексами Гл/Инс ($r=-0,59$; $p<0,05$) и HOMA-R ($r=0,52$; $p=0,05$) свидетельствуют о прямых взаимосвязях гиперинсулинемии/ инсулинорезистентности с прооксидантным статусом.

Заключение: воздействие компонентов метаболического синдрома на окисляемость ЛПНП и показатели NOx у больных артериальной гипертензией женщин характеризуется очередностью и различной силой влияния в зависимости от функционального состояния яичников. У пациенток с ФСГ менее 30 МЕ/л основной вклад в пероксидацию ЛПНП и концентрацию NOx вносят индексы локального жироотложения (ОТ и ОТ/ОБ); при повышении ФСГ более 30 МЕ/л основное значение имеют показатели гиперинсулинемии/ инсулинорезистентности (БИ, HOMA-R).

0938 ГЕМОДИНАМИКА КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА В ЭПОНИХИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРОБАХ

Федорович А.А., Баранов В.В., Кузнецов М.И., Кленин С.М.

ЗАО Центр «Анализ веществ», Москва, Россия

Капилляр (КПЛ), являясь частью сердечно-сосудистой системы, выполняет двойную функцию – транспортную и обменную. Не имея в своей структуре гладкомышечных клеток, оказывать влияние на параметры кровотока КПЛ не способен. Характер капиллярного кровотока (КК) определяется тесной анатомо-функциональной связью КПЛ и артериолярно-венулярного отдела микроциркуляторного русла (МР), который складывается из соотношения прекапиллярного (артериолярного) и посткапиллярного (венулярного) сопротивлений. Вазомоторная функция резистивного звена сосудистого русла определяет уровень периферического сопротивления и гемодинамические характеристики КК, которые играют значительную роль в процессах транскапиллярного обмена. Неинвазивное капилляроскопическое исследование параметров капиллярной гемодинамики в эпонихии верхних конечностей (ВК) у условно здоровых добровольцев (УЗД) выполнялись на компьютерном капилляроскопе производства ЗАО Центр «Анализ веществ». Реализованные в приборе программы записи видеофрагментов и расчета параметров капиллярной гемодинамики изолированно в артериальном и венозном отделах капилляра, позволили получить новые данные о характере КК. В норме КПЛ эпонихия ВК представляют собой сосуды в виде «дамской шпильки», в которых выделяют артериальный, переходный и венозный отделы. Диаметр КПЛ постепенно увеличивается от начального артериального к конечному венозному отделу. Длина видимой части КПЛ составляет от 150 до 500 мкм, КПЛы 1-го ряда расположены равномерно, плотность капиллярной сети (площадь кислородообменной поверхности капиллярного русла) составляет 5-10%. Анализ видеофрагментов различной длительности (10-60 секунд) и графических представлений КК в группе УЗД показал, что, в норме, КК носит колебательный характер с частой 2-4 в сек. и амплитудой изменения скорости от 600 до 1200 мкм/с. Средние значения линейной скорости кровотока в артериальном отделе КПЛ составляют от 500 до 1000 мкм/с, а венозном отделе КПЛ - 400–800 мкм/с. Основной зоной действия большинства вазоактивных препаратов (нитраты, ингибиторы АПФ, антагонисты Са++ и др.) является область резистивных сосудов МР. Нитроглицерин вызывает преимущественно венодилятирующий эффект. Прием 1 mg Нитроглицерина сублингвально у условно здоровых добровольцев в 60% случаев приводил к увеличению линейной скорости КК в венозном отделе, относительно артериального на 2-10-й Минуте исследования, что свидетельствует о снижении уровня посткапиллярного сопротивления (венулярного давления). Прием 10 mg Нифедипина сублингвально у УЗД в 90% случаев приводил к увеличению амплитуды и скорости КК как в артериальном, так и в венозном отделах КПЛ на 7-12-й Минуте исследования. Данные изменения указывают на дилатацию артериолярного отдела микроциркуляторного русла, что соответствует фармакодинамическим характеристикам Нифедипина.

Заключение. Анализ изменений параметров капиллярной гемодинамики под воздействием фармакологических препаратов позволяет оценивать их эффективность, проводить эффективный индивидуальный подбор действующего лекарственного вещества, сокращать сроки и стоимость лечения, получать новые знания в области физиологии и патофизиологии КК человека.

0939 УРОВЕНЬ Д-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОТРОМБОЗА

Федоткина Ю.А., Комаров А.Л., Егорова Е.А., Рябыш Е.В, Виценя М.В., Добровольский А.Б., Титаева Е.В., Староверов И.И., Панченко Е.П.

НИИ кардиологии им. Мясникова А.Л; ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Д-димер является маркером образования и расщепления фибрина, повышение его концентрации в плазме свидетельствует об активации каскада коагуляции и наличии фибрина.

Цель исследования: сравнить уровень Д-димера у больных с различными проявлениями атеротромбоза и оценить его связь с развитием заболевания.

Материалы и методы: в исследование включено 459 пациентов. Группу 1 составили 211 больных со стабильной стенокардией напряжения, группу 2 - 125 больных острым коронарным синдромом (ОКС) (без и с подъемом сегмента ST на ЭКГ), группу 3 - 123 больных с мультифокальным атеросклерозом (МФА) и перемежающейся хромотой. Период наблюдения за больными стабильной стенокардией и ОКС (группа 1 и 2) составил -12 месяцев, с МФА (группа 3) – 5 лет. В течение периода наблюдения учитывались следующие сосудистые эпизоды: инфаркт миокарда, эпизод нестабильной стенокардии, ишемический инсульт, потребность в экстренной реваскуляризации миокарда, системные артериальные эмболии, смерть от сердечно-сосудистых причин.

Уровень Д-димера определяли иммуноферментным методом с помощью наборов “Diagnostica Stago”. У больных с ОКС уровень Д-димера определяли в момент поступления в блок интенсивной терапии.

Результаты: самый высокий уровень Д-димера - 730±628,0 нг/мл был отмечен у больных ОКС (группа 2), он достоверно отличался от средних значений уровня Д-димера у больных со стабильной стенокардией (группа 1) - 347±334,5 нг/мл ($p1-2<0,0000001$) и больных с МФА (группа 3) - 565±629,0 нг/мл ($p2-3<0,0006$). Средние значения уровня Д-димера у больных МФА были также выше, чем у больных стабильной стенокардией ($p1-3<0,0006$).

Tesis_006_end.indd 395 24.08.2006 22:26:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

У больных группы 1 со стабильной стенокардией за период наблюдения (12 мес.), сердечно-сосудистых событий отмечено не было. В группе 2 (ОКС) за 12 месяцев наблюдения у 52% больных были отмечены различные сосудистые эпизоды. Различий в уровне Д-димера у больных с развившимися на протяжении 12 месяцев событиями и без, отмечено не было. Сосудистые эпизоды за 5 лет наблюдения в группе 3 развились у 20,3% больных с МФА. Средние значения Д-димера у этих больных были выше, однако достоверной разницы больных, проживших период наблюдения без сосудистых событий отмечено не было.

При анализе каждой группы зависимости уровня Д-димера от наличия нарушений углеводного обмена отмечено не было. Отмечалась положительная корреляция уровня Д-димера с возрастом у стабильных больных в группах 1 и 3 ($p<0,01$, $r=0,6$). В группе больных острым коронарным синдромом корреляции с возрастом отмечено не было.

Выводы: результаты нашего исследования указывают, что содержание Д-димера ассоциируется с протяжённостью атеросклеротического поражения, а также с острым коронарным синдромом, что вероятно обусловлено внутрикоронарным тромбозом. У больных со стабильными проявлениями атеротромбоза обнаружена связь Д-димера с возрастом.

0940 КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА, ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА

Федулаев Ю.Н., Корочкин И.М., Федосеева О.С.

Российский государственный медицинский университет, Москва, Россия

Цель: оценить взаимосвязь степени коронарного атеросклероза, качественных и количественных показателей ишемии миокарда, дисперсии QT у больных ИБС с различными типами безболевой ишемии миокарда (БИМ).

Методы: 294 пациентам (198 мужчин и 96 женщин; средний возраст 57,9±7,6 лет) с доказанной ИБС и наличием эпизодов БИМ (1,2,3 типа по P.Cohn) проводились коронароангиография (КАГ) и холтеровское мониторирование ЭКГ. При СМ ЭКГ оценивались параметры: смещение сегмента ST свыше 100 мкВ и характер смещения по сопряженным точкам, находящимся на расстоянии 60 и 80 мсек. от точки j длительностью более 1 Мин; максимальное смещение сегмента ST во время эпизода БИМ (мкВ); Минимальное ЧСС, индуцирующее эпизод БИМ; общая продолжительность эпизодов БИМ (мин./сутки); площадь смещения сегмента ST как произведение общей продолжительности эпизодов БИМ и величины смещения сегмента ST (мин./мкВ.); дисперсия QT как разность между максимальным и Минимальным значениями интервала QT в разных отведениях, на максимальных значениях смещения сегмента ST. КАГ проводили всем пациентам по стандартной методике (M. Jadkins, 1967) с модифицированной оценкой нарушения коронарного кровотока в измененных артериях в баллах.

Результаты: по результатам СМ ЭКГ больные распределились между тремя группами: I - 48 пациентов (16,3%) с полностью безболевыми проявлениями ИБС (1 тип БИМ), II - 70 пациентов (23,8%) с эпизодами БИМ, перенесших ранее инфаркт миокарда (2 тип БИМ) и III - 176 больных (59,9%), у которых типичные приступы стенокардии сочетались с эпизодами БИМ (3 тип БИМ). Максимальное смещение сегмента ST во время эпизода ишемии миокарда было достоверно большим в 3-ей группе больных (III>II на 21,0%, III>I на 13,7%).Минимальное ЧСС, индуцирующее эпизод БИМ, в 1-ой группе превышало на 7,7% этот показатель во 2-ой группе, $p<0,05$ (I и III, II и III достоверно не различались). Максимальная общая продолжительность ишемии миокарда отмечалась во 2-ой группе (II>I на 59,3%, $p<0,001$, II>III на 25,7% , $p<0,05$); в 3-ей группе достоверно превысила показатель 1-ой на 47,2%. Площадь смещения сегмента ST максимальна в 3-ей группе (III>II на 23,6%, $p<0,05$, III>I на 53,4%, $p<0,001$, I<II на 39,1%, $p<0,05$). Дисперсия интервала QT была выявлена у 91,7% больных 1-ой группы, у 100 % 2-ой и у 95,5% больных 3-ей группы, максимальное ее значение отмечалось во 2-ой группе (II.>I на 42,1%, $p<0,001$, II>III на 21,0%, $p<0,05$). Показатель суммарного поражения коронарного русла также преобладал во 2-ой группе (II.>I на 54,8%, $p<0,001$, II>III на 40,5%, $p<0,05$, показатели К I и III достоверно различались в пользу увеличения показателя в 3-ей группе на 24,0%).

Выводы: показатели дисперсии QT и общей продолжительности БИМ имеют прямую корреляционную связь со степенью коронарного атеросклероза (max значения у больных с постинфарктным кардиосклерозом, min – у больных с изолированной БИМ) и обратную - с min ЧСС, индуцирующей БИМ и max смещением сегмента ST во время эпизода ИМ.

0941 ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Фиалковский В.И., Князюк О.О., Холмогоров Н.А.

ИГМУ, ЗАО «КУРОРТ АНГАРА», Иркутск, Россия

Проблема восстановления в кратчайшие сроки работоспособности и социального статуса у больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) позволила обосновать экономическую целесообразность этапного ведения реабилитации больных (стационар, санаторий, поликлиника).

С этой целью с 1978 года началась организация специализированных кардиологических отделений в санаториях для долечивания больных, перенесших ОИМ.

Значительное сокращение сроков временной нетрудоспособности больных ОИМ прошедших санаторных этап реабилитации доказало высокую рентабельность поэтапной реабилитации больных ОИМ для государства.

Минимальный срок стационарного этапа реабилитации в те годы составлял 21 день и за это время больной ОИМ успевал освоить, занимаясь лечебной физкультурой (ЛФК), последовательно (с1 по 1V) четыре ступени двигательной активности (СДА). Затем, при переводе на санаторный этап реабилитации (срок путевки 24 дня), продолжая физические тренировки под руководством врача ЛФК на фоне комплексной курортной терапии, в зависимости от класса тяжести и течения заболевания, больной продолжал осваивать последующие СДА (1V, V, V1, V11).

Достигнутая к моменту перевода больного на амбулаторно-поликлинический этап СДА является определяющим моментом для лечащего врача поликлиники в выборе сроков закрытия листка нетрудоспособности.

В связи с введенным в 2000 году сокращением сроков стационарного лечения больных ОИМ до 14 дней, достигнуть 1V СДА большая часть больных в стационаре не успевает, а это приводит к замедлению расширения СДА на санаторном этапе, что в свою очередь отражается увеличением сроков временной нетрудоспособности в целом для таких больных, особенно, если учесть, что условия реабилитации в поликлинике по сравнению с условиями санатория значительно ограничены.

В результате сокращенных сроков стационарного этапа реабилитации в санатории происходит задержка расширения режима физических тренировок и освоения последующих СДА у больных ОИМ. Кроме того, более раннее поступление больных на курорт обуславливает необходимость, в ряде случаев, процесса титрования доз препаратов базисной терапии, инфузионное введение лекарств, а у части больных с осложненным течением ОИМ, к назначению ограниченного режима на период адаптации при поступлении в санаторий.

Представляется обоснованным, на наш взгляд, проведение

Tesis_006_end.indd 396 24.08.2006 22:26:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сравнительного анализа отдаленных результатов реабилитации у больных ОИМ, прошедших санаторный этап до 2000 года и после перехода на сокращенные сроки стационарного лечения, что позволит оценить целесообразность сокращения сроков пребывания больного ОИМ в стационаре.

0942 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ НА ГЕМОДИНАМИКУ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Филиппова Т.В., Ефремушкин Г.Г., Молчанов А.В.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель исследования: изучить влияние излучения крайне высокой частоты (КВЧ) на гемодинамику больных гипертонической болезнью (ГБ).

Обследовано 130 больных ГБ I-III стадии (102 женщины и 28 мужчин) в возрасте от 24 до 79 лет (средний возраст 53,9±0,8 года). Методом случайной выборки больные были разделены на группы: основная - 73 больных, получавших КВЧ-терапию; сравнения-1 - 16 человек, получавших синусоидальные модулированные токи (СМТ); сравнения-2 - 16 больных, получавших плацебо-ЭМИ; сравнения-3 - 25 больных, получавших только фармакотерапию. Все пациенты получали антигипертензивную лекарственную терапию. Воздействие миллиметровыми волнами осуществлялось аппаратом «Явь-1» 10 сеансов на курс лечения по 20 Минут ежедневно, СМТ - аппаратом «Амплипульс-5» 10 сеансов по 10 Минут.

Исследование гемодинамики у больных проводилось методом допплер-эхокардиографии. Чаще у больных ГБ регистрировался эукинетический тип гемодинамики (ЭТГ) - у 68 (52,3%) человек. Гиперкинетический тип гемодинамики (ГТГ) встречался у 33 (25,4%), гипокинетический (ГипоТГ) - у 29 (22,3%) пациентов.

У больных основной группы изменения гемодинамики после курса лечения определялись ее исходным типом. У пациентов с ГТГ произошло снижение сердечного выброса - ударный индекс (УИ) уменьшился на 21,3% ($p<0,05$), компенсаторно повысилось общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС) в пределах принятой нормы. У больных с ЭТГ после курса КВЧ-терапии достоверно снизилось ОПСС, УИ увеличился на 19,3% ($p<0,05$). У пациентов с ГипоТГ уменьшился сосудистый гипертонус - ОПСС снизилось на 23,5% ($p<0,05$), возрос инотропный резерв сердца - УИ повысился на 19,7% ($p<0,05$).

У больных групп сравнения при ГТГ повысилось ОПСС в пределах нормальных значений, в группе сравнения-1 снизился УИ на 12,0% ($p<0,05$). У пациентов группы сравнения-1 с ЭТГ УИ возрос на 11,2% ($p<0,05$), ОПСС снизилось на 19,0% ($p<0,05$). При ГипоТГ в группах сравнения достоверных изменений параметров гемодинамики к концу курса лечения не произошло.

Указанные изменения привели к тому, что в основной группе у пяти больных с исходным ГТГ и трех больных с ГипоТГ к концу курса лечения произошла трансформация типа гемодинамики в эукинетический, считающийся оптимальным для функционирования кровообращения. В других группах исследования значимой динамики соотношения пациентов с различными типами кровообращения не отмечено.

Таким образом, изменения гемодинамики у больных ГБ, получавших в комплексе лечения излучение КВЧ, определялись ее исходным состоянием и носили оптимизирующий характер. Гемодинамическая эффективность комплексной КВЧ-терапии ГБ была выше, чем при лечении только фармакопрепаратами и их комбинацией с СМТ и плацебо-воздействием ЭМИ, в особенности у пациентов с ГипоТГ.

0943 ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

Филиппова Т.В., Кондакова Г.Б., Ефремушкин Г.Г., Крячкова Т.В., Смирнова М.Д., Зубова О.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия; Краевой госпиталь ветеранов войн, Барнаул, Россия

Цель исследования: оценить влияние низкоинтенсивного лазерного излучения (НИЛИ) на функциональное состояние сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем у больных пожилого и старческого возраста с сочетанием сердечно-сосудистой и бронхо-легочной патологии.

Материалы и методы: обследовано 45 больных в возрасте от 62 до 92 лет (средний возраст 77±1,3 года) с сочетанием ИБС, гипертонической болезни и ХОБЛ. Методом рандомизации больные были разделены на группы: основная - 25 больных, получавших в комплексной терапии НИЛИ, и группа сравнения - 20 больных, получавших только медикаментозное лечение. При поступлении в стационар и в конце курса лечения оценивалась центральная гемодинамика методом допплер-эхокардиографии и функция внешнего дыхания методом спироанализа, проводился 6-минутный тест диагностики ХСН. Воздействие НИЛИ осуществлялось в два этапа: I - внутрисосудистое лазерное облучение крови на аппарате «АЛОК» мощностью излучения 2 мВт 5 процедур длительностью по 30 Мин, II этап - накожная лазеротерапия на кардиальные зоны Захарьина-Геда в красном спектре излучения с аппарата «УЛФ-01» - 10 сеансов.

Результаты и обсуждение. У больных основной группы за курс комплексного лечения отмечено увеличение фракции выброса левого желудочка на 6,6% (с 58,4±1,2% до 62,5±1,3%, $p<0,05$) и снижение конечного систолического размера левого желудочка на 7,3% (с 34,0±0,8 мм до 31,5±0,7 мм, $p<0,05$). Другие структурно-геометрические у функциональные параметры гемодинамики значимо не изменились. В группе сравнения достоверных изменений показателей эхокардиографии не произошло. У 10 (40%) больных основной группы существенно улучшились показатели 6-минутного теста: 6 из них перешли из III ФК ХСН во II и 4 - из IV в III. В группе сравнения параметры теста значимо улучшились только у 3 (15%) больных - с III ФК на II.

У больных основной группы отмечен прирост объема форсированного выдоха за 1 секунду на 13,8% (с 62,5±3,0% до 72,5±3,1%, $p<0,05$). В группе сравнения достоверных изменений показателей функции внешнего дыхания не выявлено.

Вывод. Таким образом, включение НИЛИ в комплекс лечения пожилых больных с сочетанием ИБС, гипертонической болезни и ХОБЛ улучшает функциональное состояние сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем.

0944 ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Фокина О.А., Плясунов А.А., Девяткин А.А., Ларина Т.А.

ММУ ГКП№15, Самарский медицинский институт «Реавиз», СамГМУ, Самара, Россия

Самарская область - одна из первых территорий РФ, включенная в эксперимент по внедрению нового хозяйственного механизма. Наряду с традиционными организационными формами оказания медицинской помощи – визиты и осмотры врача, осуществление диспансеризации и др., ресурсосберегающие технологии здесь стали развиваться раньше и активнее, чем в других территориях, накоплен положительный опыт в органи-

Tesis_006_end.indd 397 24.08.2006 22:26:16
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

зации дневного стационара на базе поликлиник. В ММУ ГКП №15, г. Самара с 1998г. функционирует дневной стационар (ДС), основными функциями которого являются уточнение диагноза в случае его неясности, лечение и подбор медикаментов, с титрованием доз в период обострения, долечивание пациентов, выписанных из круглосуточных стационаров, профилактическая госпитализация диспансерных больных, оказание неотложной помощи. Преобладание среди населения района лиц среднего и пожилого возраста в значительной степени определяет структуру госпитализаций в ДС, большую долю которой составляют заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия), бронхо-легочной системы (ХОБЛ, бронхиальная астма). Качество и объем медицинской помощи, оказываемой в ДС, не уступает, а во многом превышает объем в круглосуточных стационарах. Это подтверждается эффективностью лечения больных в дневном стационаре – с улучшением выписано 97,6%. В условиях недостаточного финансирования фармако-экономический подход к назначению терапии является одним из основных принципов лечения. Стоимость лечения больных в ДС составляет 25% от стоимости лечения в круглосуточном стационаре. Лечение 3069 больных, в круглосуточном стационаре потребовало бы финансовых затрат в сумме 5999895 рублей по ценам 2005 года. Затраты же на ведение этих больных в дневном стационаре составили 1137020 рублей. Весьма важным моментом является положительное отношение больных к лечению в дневном стационаре, так как это позволяет оставаться им в привычной семейной обстановке под наблюдением врача общей практики.

Таким образом, более широкое использование стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи при ведении терапевтических больных следует рассматривать как прогрессивную форму организации, позволяющую приблизить специализированную помощь на амбулаторный этап без ухудшения ее качества. Особенно плодотворна деятельность дневного стационара, если она осуществляется совместно с сотрудниками кафедр медицинского университета, осуществляющих консультативную помощь. Безусловно, что число таких медицинских подразделений в практическом здравоохранении нашей страны должно увеличиваться. Это в значительной мере сократит потребность в коечном фонде стационарных отделений больниц и клиник, и обеспечит весомый экономический эффект.

0945 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Фомина В.А., Окороков В.Г., Глазкова Е.А., Мараховская И.Л., Пушкарева С.Ю., Солдатов Е.С.

Областной клинический кардиологический диспансер, Рязань, Россия

Опыт лечения артериальной гипертонии (АГ) у беременных на сегодняшний день остается предметом дискуссии. С одной стороны, исследования последних лет не выявили преимуществ медикаментозного лечения беременных с легкой хронической АГ по сравнению с не леченными. С другой стороны, при тяжелой АГ без адекватной гипотензивной терапии крайне высок риск осложнений: до половины случаев – потеря плода, значительная материнская летальность.

Согласно критериям экспертов рабочей группы по изучению АГ при беременности показанием для проведения медикаментозной терапии являются: АД 150-160/ 100-105 Мм рт. ст., гипертрофия левого желудочка, почечная недостаточность.

Под нашим наблюдением находилось 47 беременных женщин с хронической АГ. У 12 (25,5%) из них АД было ниже 150/100 Мм рт. ст., отсутствовали признаки поражения органов мишеней.

Назначение антигипертензивных препаратов потребовалось 35 (74,5%) женщинам. Монотерапия (допегит в дозе 0,5 – 3,0 г/сут.) была эффективна у 18 (51,4%) пациенток. Снижение АД до целевого уровня у 13 (37,2%) женщин было получено на комбинированной терапии из двух препаратов: допегит + -адреноблокатор (БАБ) – атенолол 50–100 мг/сут. , литопролол 50–150 мг/сут. , небилет 2,5–5,0 мг/сут или допегит + антагонист кальция (АК) – кордафлекс – ретард 20 – 60 мг/сут. , кордипин XL 40 мг/сут. , верапамил 120–240 мг/сут. Назначение комбинированной терапии из трех препаратов требовалось четырем (11,4%) женщинам, что позволило снизить АД до 140/90 Мм рт. ст. Использовались следующие комбинации препаратов: допегит + БАБ + АК им гипотиазид (12,5 мг через день) + БАБ + АК.

Таким образом, при лечении хронической АГ у беременных, монотерапия допегитом в суточной дозе 0,5–3,0 г эффективна у 51,4% пациенток. В 48,6% случаев требуется проведение комбинированной антигипертензивной терапии.

0946 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРОПАФЕНОНОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛИЗИНОПРИЛОМ ПРИ СОХРАНЕНИ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фомина И.Г., Тарзиманова А.И., Михайлова Е.В.

Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель: изучить эффективность и безопасность комбинированной терапии пропафеноном с лизиноприлом при сохранении синусового ритма у больных с рецидивирующей формой фибрилляции предсердий (ФП) и артериальной гипертензией.

Методы: в исследование включено 12 пациентов с рецидивирующей формой ФП и эссенциальной артериальной гипертензией, в возрасте от 49 до 62 лет (средний возраст 52,3±3,2 года). Для профилактики пароксизмов ФП все пациенты получали пропафенон (пропанорм, фармацевтической компании PROMED, CS Praha a.s.) в суточной дозе 450 мг перорально в три приема и лизиноприл (даприл, фармацевтической компании PROMED, CS Praha a.s.) в суточной дозе 5-10 мг. Эффективность антиаритмической и гипотензивной терапии оценивалась через 3 месяца от начала лечения при проведении 48-часового мониторирования ЭКГ, суточного мониторирования артериального давления.

Результаты: через 3 месяца лечения пропафеноном в сочетании с лизиноприлом синусовый ритм сохранили 10(83%) больных. По данным суточного мониторирования артериального давления через 3 месяца лечения лизиноприлом у больных с рецидивирующей формой ФП и артериальной гипертензией наблюдалось достоверное уменьшение систолического артериального давления с 160±10,8 Мм рт. ст. до 130±8,6 Мм рт. ст. ($p<0,05$) и диастолического артериального давления с 112±8,7 до 86±5,3 Мм рт. ст. ($p<0,05$).

У 1(8%) больного при лечении пропафеноном в сочетании с лизиноприлом отмечалось увеличение продолжительности интервала PQ, не превышающее 0,2 мсек.

Выводы: терапия пропафеноном в сочетании с лизиноприлом является эффективным и безопасным методом профилактики пароксизмов аритмии у больных с рецидивирующей формой ФП и артериальной гипертензией.

0947 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГАЗОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НИФЕКАРДОМ XL

Фомина И.Г, Матвеев В.В., Брагина А.Е., Лазарев А.В.

ММА им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования. Оценка изменений газообмена по данным спироэргометрического нагрузочного теста на фоне

Tesis_006_end.indd 398 24.08.2006 22:26:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

лечения АГ I-II степени нифедипином (Нифекард XL, Lek, Словения) в лекарственной форме с постоянным и контролируемым высвобождением активного вещества.

Методы. В исследование были включены 30 больных (17 женщин и 13 мужчин) с эссенциальной АГ I и II степени (по классификации ВНОК, 2004). В течение 7-10 дней систематическая антигипертензивная терапия больным не проводилась, после чего назначался Нифекард XL в начальной суточной дозе 30 мг. Эффективность препарата оценивалась через 14-16 и 28-32 дня после начала терапии по уровню артериального давления (АД) стандартным методом. Газовый анализ проводился во время дозированной физической нагрузки на тредмиле по протоколу R.Bruce до начала приема препарата и через 12 недель терапии. Кроме значений артериального давления и частоты сердечных сокращений, оценивались показатели газового обмена: потребление кислорода, выделение углекислого газа, кислородный пульс, показатели кислорода и углекислого газа в конце выдоха, объем легочной вентиляции, дыхательный коэффициент, время достижения анаэробного порога.

Результаты. Анализ спироэргометрических данных показал, что после проведенного лечения отметилось значительное и высокодостоверное увеличение показателей потребления кислорода и углекислого газа, как их максимальных значений, так и значений на пике физической нагрузке. Не произошло достоверных изменений потребления кислорода и выделения углекислого газа при достижении анаэробного порога и в восстановительном периоде. Максимальное значение и значение в момент достижения анаэробного порога парциального давления кислорода в конце выдоха были снижены после лечения ($p<0,05$). Значимых изменений парциального давления углекислого газа, измеренного в конце выдоха, а также значений кислородного пульса и объема легочной вентиляции после проведенного лечения не произошло.

Выводы. Изменения показателей газовой функции, проявляющиеся повышением потребления кислорода и выделением углекислого газа, свидетельствуют о положительной динамике протекания метаболических процессов у больных артериальной гипертензией I-II степени в результате лечения Нифекардом XL.

0948 ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СО СКОРОСТЬЮ УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ

Фомина И.Г., Дьякова Т.А., Вогман И.С.

Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить взаимосвязь функции почек со скоростью утреннего подъема систолического артериального давления у мужчин с артериальной гипертензией в возрасте до 35 лет.

Материалы и методы. В исследование были включены 58 мужчин с эссенциальной артериальной гипертензией в возрасте от 18 до 35 лет; средний возраст составил 22,1+4,54 лет. Длительность заболевания колебалась от одного года до 8 лет, в среднем 4,07+2,3 лет. Симптоматический характер АГ был исключен с использованием обязательных и дополнительных методов обследования больных АГ рекомендованные ВОЗ/МОАГ (2004 г.). Критериями исключения считали симптоматический характер АГ, наличие обменных и воспалительных заболеваний почек (сахарный диабет, пиело- и гломерулонерит) и ХПН. Всем больным проводилось суточное мониторирование АД с помощью аппарата фирмы “SpaceLabs” (США) в течение 24 часов с 15-минутным интервалом в дневное (07:00-23:00) и 30-минутным интервалом в ночное (23:00-07:00) время, динамическая ангиосцинтиграфия почек с внутривенным введением диэтилентриаминпентаацетата, меченного технецием-99m 180-250 МБк, по болюсной технике и записью задней проекции в положении больного сидя с помощью гамма-камеры, а также исследование суточной микроальбуминурии.

Результаты. По данным суточного мониторирования АД у 79% молодых мужчин с АГ была выявлена повышенная скорость утреннего подъема САД, причем у 22% от общего числа пациентов скорость утреннего подъема САД была выше нормы более чем в 2 раза. С увеличением степени АГ выявлен рост частоты встречаемости больных с повышенной скоростью утреннего подъема САД (при I степени АГ – 66,7%, при II степени АГ – 76,7%, при III степени АГ – 86,4%). У больных с АГ при нормальной скорости утреннего подъема САД выявлена тенденция к усугублению гиперфильтрации (при II степени АГ – 140,4±34,7 мл/мин, при III степени АГ – 190,5±28,9 мл/мин), а при повышенной скорости утреннего подъема САД – тенденция к снижению общей СКФ от гиперфильтрации до нормальных значений при повышении степени АГ (при I степени АГ - 174±27,2 мл/мин, при II степени АГ – 117,2±33,1 мл/мин, при III степени АГ – 125,5±37,1 мл/мин). Частота встречаемости микроальбуминурии не зависела от значений скорости утреннего подъема САД.

Выводы. Таким образом, у мужчин в возрасте до 35 лет с одинаковой средней продолжительностью АГ и повышенной скоростью утреннего подъема САД была выявлена тенденция к снижению общей СКФ при возрастании степени АГ, что, вероятно, отражает более быстрое прогрессирование гипертонического нефросклероза.

0949 СОСТОЯНИЕ РИТМА СЕРДЦА НА ЭТАПЕ РАННЕЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА

Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Трунова Е.С.

ГУ НИИ неврологии РАМН, Москва, Россия

Целью работы явилось изучение ритма и автономной регуляции сердца в зависимости от размера очагового поражения мозга в динамике острого периода ишемического инсульта.

Методы. Обследовано 82 больных с ишемическим инсультом и синусовым ритмом, средний возраст 61,6±10,5 года. 1-ю группу составили 33 человека с малыми церебральными очагами (по данным компьютерной томографии головы); 2-ю группу - 49 человек со средними и большими церебральными очагами. Группы были сопоставимы по различным формам кардиальной патологии. Всем проведено суточное холтеровское мониторирование (ХМ) дважды: в 1-4 сутки развития инсульта и по окончании острого периода (21 сутки). Оценивались максимальная, среднесуточная, средняя дневная и средняя ночная частота сердечных сокращений (ЧСС), циркадный индекс (ЦИ) как соотношение средней дневной к средней ночной ЧСС. Осуществлялся спектральный анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) в диапазоне высоких и низких частот в дневной и ночной период. Суточный индекс вариабельности (СИВ) рассчитывался отдельно по высоким и низким частотам ВСР как отношение средних дневных и ночных значений. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, сопоставимых с пациентами по полу и возрасту.

Результаты. В острейшем периоде инсульта показатели ЦИ, ЧСС макс., в обеих группах были ниже, а СИВ высоких частот - выше, чем в контроле. ЦИ во 2-ой группе (1,08) был ниже, чем в 1-ой группе (1,13). В ответ на увеличение физической активности повторное ХМ в 1-ой группе зарегистрировало увеличение максимальной и средней дневной ЧСС, а также ЦИ (1,18). СИВ высокочастотного спектра несколько уменьшился, что отразило восстановление ночного вагусного доминирования. При этом ЦИ оставался более низким по сравнению с контрольным значением (1,18 vs 1,25, $p<0,05$). Во 2-ой группе динамика ЧСС была сходной. Значения ЦИ увеличились (1,15), хотя и оставались ниже, чем в контроле ($p<0,05$). Отмечалось значительное

Tesis_006_end.indd 399 24.08.2006 22:26:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

снижение мощности дневного спектра высоких частот (с 76 мс2 до 42,5 мс2, p<0,001), результирующее некоторым ростом СИВ. Также произошло снижение мощности низкочастотного дневного спектра (с 209 мс2 до 161,5 мс2), свидетельствующее о нарушении автономной регуляции сердца.

Выводы. Адаптация сердца к возросшим требованиям в раннем реабилитационном периоде ишемического инсульта протекает различно и зависит от размера очагового поражения мозга. При небольшом церебральном поражении увеличение нагрузок сопровождается адекватной реакцией ЧСС и нормализацией ВСР. При более обширном поражении мозга адаптация сердца протекает в условиях дефицита автономной регуляции в виде редукции симпатических и вагусных влияний, нарушений циркадного ритма ЧСС и парасимпатических модуляций. Поэтому, начиная со стационарного этапа постинсультной реабилитации, за больными с выраженным церебральным поражением требуется индивидуальный контроль с оценкой состояния сердечного ритма и коррекции выявляемых нарушений.

0950 ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА НА СОСТОЯНИЕ РИТМА СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Фонякин А.В., Гераскина Л.А., Трунова Е.С.

ГУ НИИ неврологии РАМН, Москва, Россия

Целью работы явилось изучение ритма и автономной регуляции сердца в зависимости от локализации очагового поражения мозга в динамике острого периода ишемического инсульта.

Методы. Обследовано 82 больных с ишемическим инсультом и синусовым ритмом, средний возраст 61,6±10,5 года. 1-ю группу составили 67 человек с локализацией ишемического очага в каротидной сосудистой системе; 2-ю группу - 15 человек с поражением в вертебрально-базилярной системе. Группы были сопоставимы по различным формам кардиальной патологии. Всем проведено суточное холтеровское мониторирование (ХМ) дважды: в 1-4 сутки развития инсульта и по окончании острого периода (21 сутки). Оценивались максимальная, среднесуточная, средняя дневная и средняя ночная частота сердечных сокращений (ЧСС), циркадный индекс (ЦИ) как соотношение средней дневной к средней ночной ЧСС. Осуществлялся спектральный анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) в диапазоне высоких и низких частот в дневной и ночной период. Суточный индекс вариабельности (СИВ) рассчитывался отдельно по высоким и низким частотам ВСР как отношение средних дневных и ночных значений. Контрольную группу составили 30 здоровых лиц, сопоставимых с пациентами по полу и возрасту.

Результаты. В острейшем периоде инсульта показатели ЦИ, ЧСС макс., в обеих группах были одинаково ниже, а СИВ высоких частот и средняя ночная ЧСС - выше, чем в контроле. При повторном ХМ в 1-ой группе зарегистрировало увеличение максимальной и средней дневной ЧСС, а также ЦИ (1,16). Показатели мощности высоких частот существенно не менялись, а СИВ в этом же диапазоне несколько уменьшился, отражая восстановление ночного вагусного преобладания. При этом ЦИ оставался более низким по сравнению с контрольным значением (1,25, p<0,05). Во 2-ой группе динамика ЧСС была сходной, однако значения ЦИ сохранялись низкими (1,10). Отмечалось трехкратное падение мощности дневного и ночного спектра высоких частот с отсутствием ночного вагусного превалирования (СИВ=1,11). Также произошло снижение мощности низкочастотного дневного и ночного спектра, свидетельствующее о тотальном нарушении автономной регуляции сердца.

Выводы. Динамика ритма сердца в остром периоде ишемического инсульта зависит от локализации очагового поражения мозга. При поражении в каротидной сосудистой системе мозга активизация больного сопровождается адекватной реакцией ЧСС и нормализацией ВСР. Локализация инфаркта мозга в вертебрально-базилярной системе ассоциируется с прогрессирующим дефицитом автономной регуляции в виде редукции симпатических и вагусных влияний и нарушениями циркадного ритма ЧСС. Поэтому в периоде ранней постинсультной реабилитации при ишемическом поражении вертебрально-базилярной системы необходимо учитывать вероятное нарушение вегетативной регуляции сердца и осуществлять мероприятия по коррекции автономного дисбаланса.

0951 ЖЕНСКИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ

Фрейдлина М.С., Габинский Я.Л., Оранский И.Е.

Клинический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия

Целью исследования являлось изучение особенностей развития и клинического течения ОИМ среди женской популяции крупного промышленного центра (г. Екатеринбург) для выработки практических рекомендаций по организации лечения и профилактики ОИМ у женщин, проживающих в экологически неблагоприятных районах Среднего Урала.

Объем исследования составляют больные, поступившие в Клинический центр «Кардиология» с ОИМ в 2000 и 2004гг (6247 пациентов), материалы ретроспективных наблюдений с 1994 по 2002гг. (10587 больных обоего пола) и статистический анализ заболеваемости и смертности ОИМ по Уральскому региону с 1996 по 2002гг. (21143случаев).

Анализировались и статистически обрабатывались изучаемые параметры, представленные в историях болезней больных с ОИМ, включая клинико-анамнестические, лабораторные, функциональные и ультразвуковые методы обследования пациентов. По данным статистических отчетов областей Уральского региона проводились эколого-эпидемиологические исследования ОИМ.

Результаты исследования сводились к следующему: у женщин, проживающих в техногенно загрязненных территориях заболеваемость ОИМ на 85% выше, чем в сельских районах. Женщины-служащие заболевают ОИМ в 1,4 раза чаще, чем женщины, занятые физическим трудом. Женщины, занятые в сельском хозяйстве в 5 раз реже болеют ОИМ, чем женщины-рабочие.

Клиническая картина ОИМ у женщин имеет отличительные черты, которые в определенной степени влияют на течение и исход заболевания. Летальность у женщин от первичного ОИМ более чем в 2 раза превышает летальность мужчин (15,0% и 6,1% соответственно), причем данное различие уменьшается при повторном ОИМ. Это обусловлено не только более пожилым возрастом заболевших женщин, но и достоверно более частым сочетанием ОИМ с артериальной гипертонией, перенесенным инсультом, исходными признаками сердечной недостаточности и сахарным диабетом.

Женщины с ОИМ существенно позже мужчин поступают в отделение интенсивной терапии (13,7±3,5час. и 7,1±3,5час. соответственно), что сказывается как на программе лечения (значительно реже используется системный тромболизис), так и на частоте возникновения тяжелых осложнений. Кроме этого у них в 2 раза чаще выявляются перенесенные в прошлом инфаркты миокарда с утерянным анамнезом, что так же обуславливает более тяжелое течение заболевания. Прогрессирующая сердечная недостаточность и кардиогенный шок при первичном ОИМ у женщин в 2,6 раза чаще, чем у мужчин, являются причиной смерти, в то время как при повторном ОИМ эти различия стираются.

Выявленные факторы риска, особенности возникновения и течения ОИМ у женщин, проживающих в крупном промышленном центре, необходимо учитывать при организации профилактики, лечения и реабилитации ОИМ.

Tesis_006_end.indd 400 24.08.2006 22:26:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0952 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Фрид С.А., Максютова С.С., Фридман Л.М., Фаррахова Ф.И., Хазипова Л.Г., Нигматуллина А.Э.

Башкирский государственный медицинский университет, Городской госпиталь ветеранов войн, Муниципальная поликлиника №1, Уфа, Россия

Цель: изучить влияние комбинированной антигипертензивной терапии (сочетание престариума 4 мг («Сервье») с арифоном ретард 1.5 мг(«Сервье»); престариума 4 мг с таллитоном 6.25 мг («Эгис»); таллитона 6.25 мг с арифоном ретард 1.5 мг) на метаболический профиль и диастолическую функцию левого желудочка у пациентов гипертонической болезнью II и III степени.

Методы: находясь на стационарном лечении, в течение 3-х недель 38 пациентов ежедневно получали комбинацию препаратов однократно. 15 человек-сочетание престариума с арифоном ретард, 12- престариума с таллитоном и 11- таллитона с арифоном ретард. До поступления в стационар гипотензивная терапия была нерегулярной и малоэффективной. Средний возраст больных составил 67,6±4,7 лет. Средний уровень АД при поступлении – 174,6±7,5/98,4±6,5 Мм рт. ст. Средний индекс массы тела был равен 32,1±0,9 кг/м2 , среднее соотношение объёмов талии/бедра – 1,07±0,02. При поступлении средний уровень глюкозы натощак составил 5,72±0,26 ммоль/л, средний уровень общего холестерина - 7,26±0,34 ммоль/л, среднее содержание триглицеридов 2,4±0,15 ммоль/л. У всех пациентов выявлено наличие метаболического синдрома. Состояние диастолической функции левого желудочка оценивали методом допплер-эхокардиографии по общепринятой методике на аппарате фирмы «Toshiba Xario». Определялись максимальные скорости раннего и позднего диастолического наполнения VE и VA, их соотношения, интегралы максимальных скоростей E и A, отношение E/A.

Результаты: целевой уровень АД (<140/90 Мм рт. ст.) был достигнут у всех пациентов во всех трех группах. На фоне всех трёх комбинаций и диеты произошло уменьшение уровня глюкозы 5,26±0,14 ммоль/л ($p<0,05$), 5,38±0,07ммоль/л ($p<0,05$) и 5,43±0,1 ммоль/л ($p<0,05$) соответственно; наметилась тенденция к уменьшению уровня общего холестерина и триглицеридов для всех групп: 6,72±0,1 ммоль/л, 6,83±0,08 ммоль/л, 6,76±0,14 ммоль/л и 1,97±0,21 ммоль/л ($0,05<p<0,1$), 2,04±0,12 ммоль/л, 1,98±0,23 ммоль/л ($0,05<p<0,1$) соответственно.

Достоверное изменение диастолической функции произошло на фоне всех трёх комбинаций (VE/VA, E/A) соответственно с 0,89±0,06 до 1,05±0,02 и с 0,93±0,05 до 1,11±0,02 ($p<0,01$); с 0,95±0,03 до 1,09±0,01 ($p<0,001$) и с 1,03±0,06 до 1,19±0,03 ($p<0,05$); с 0,96±0,03 до 1,08±0,02 и с 0,1±0,02 до 1,17±0,03 ($p<0,01$).

Выводы: таким образом, комбинированная терапия ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, а, -адреноблокаторами и тиазидоподобными диуретиками оказывает положительное влияние на метаболический профиль и диастолическую функцию левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью и метаболическим синдромом.

0953 ВОЗМОЖНОСТЬ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСРЕДСТВОМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ

Фунтова Т.Е., Карамнова Н.С., Измайлова О.В., Калинина А. М.

ФГУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава, Москва, Россия

Цель: изучить влияние обучения в Школе здоровья на динамику уровней эмоционального стресса у пациентов с мягкой и умеренной АГ.

Материал и методы: в исследование были включены 34 пациента (7 мужчин и 27 женщин) в возрасте 35-64 лет с мягкой и умеренной АГ, без тяжелых сопутствующих заболеваний. Все пациенты были выявлены при профилактическом обследовании в территориальной поликлинике г. Москвы и направлены на обучение в Школу здоровья для пациентов с АГ. Уровень стресса оценивался по среднему суммарному баллу шкалы психологического стресса Reeder L.G. В структуру занятий по обучению преодоления эмоционального стресса входили следующие положения: ознакомление с понятием «стресс», его физиологическое значение, стадии развития, стресс и соматические заболевания, способы оценки вероятности развития заболевания, тесты для определения наличия и уровня стресса, способы контроля стресса, экзистенциальная терапия, аутогенная тренировка, фитотерапия, дыхательная гимнастика, двигательная активность. Исходно и через 12 месяцев после обучения опросными методами была изучена информированность пациентов о влиянии стресса на развитие АГ, частота и уровень стресса.

Результаты: исходно низкий уровень стресса установлен у 38,2%, средний – у 50,0%, высокий – у 11,8% пациентов. Через 12 месяцев после обучения увеличилась информированность о влиянии стресса на развитие АГ с 58,8% до 85,3%, $p<0,05$, доля пациентов с низким уровнем стресса - до 67,6% , $p<0,01$. Доля пациентов с высоким уровнем стресса снизилась до 2,9%, со средним уровнем стресса - до 29,4%. В целом по всей группе средний балл по шкале Ридера увеличился с 2,61±0,67 баллов исходно до 3,02±0,61 балла через 12 месяцев после обучения в Школе, $p<0,01$. По результатам опроса через 12 месяцев была выявлена тенденция к снижению частоты возникновения стрессовых реакций: 23,5% пациентов стали испытывать стресс реже, чем до обучения, процент пациентов, испытывающих стресс ежедневно снизился с 26,5% до 8,8%, а процент лиц, испытывающих стресс несколько раз в год и реже, увеличился с 14,7% до 29,4%.

Заключение: таким образом, представляется целесообразным включение в программу обучения пациентов с мягкой и умеренной АГ специальных занятий по преодолению стрессовых ситуаций, что повышает устойчивость к стрессу у этих пациентов и может способствовать увеличению эффективности лечения.

0954 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ ДИСПЕРСИИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QTC

Фурман Н.В., Довгалевский П.Я., Шматова С.С., Шамьюнов М.Р.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Электрокардиография является наиболее распространенным средством контроля состояния миокарда при проведении проб с физической нагрузкой. Однако в ряде случаев у больных со стенозом коронарных сосудов нагрузочная проба остается отрицательной или сомнительной, поэтому, для повышения достоверности стресс-теста предлагается наряду с традиционными критериями оценки результатов учитывать также и динамику интервала QT и его производных.

Цель работы: исследовать чувствительность и специфичность тредмил-теста при учете динамики дисперсии интервала QT корригированного (QTc), при выполнении стресс-теста на тредмиле больными ИБС.

Материалы и методы: обследовано 94 пациентов с ИБС стенокардией II-IV функционального класса. Средний возраст

Tesis_006_end.indd 401 24.08.2006 22:26:17
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

50,1±8,8 года. У всех обследованных пациентов по данным коронарографии было выявлено гемодинамически значимое поражение коронарных артерий (>50% просвета сосуда). Всем пациентам был выполнен стресс-тест на тредмиле по стандартному протоколу Bruce с регистрацией ЭКГ в 12 отведениях. До нагрузки и сразу после прекращения пробы в каждом отведении измерялся интервал QT, оценивался корригированный по формуле Базетта интервал QT, рассчитывалась дисперсия интервала QTc (dQTc), как разница между QTc max и QTc min. Чувствительность и специфичность стресс-теста рассчитывались по следующим формулам: Чувствительность = [ИП/(ИП+ЛО)]*100%. Специфичность = [ИО/(ЛП+ИО)]*100%. Где ИП – истинно положительный результат, ЛО – ложно отрицательный результат, ЛП – ложно положительный результат, ИО – истинно отрицательный результат стресс-теста. В качестве положительных критериев оценки тредмил-теста нами были выбраны прирост величины дисперсии интервала QTc (dQTc) более чем на 20 мс1/2 и величина dQTc после нагрузки более 60мс1/2.

Результаты: при использовании в качестве положительного критерия тредмил-теста депрессии или элевации сегмента ST на 1 мм и более, чувствительность стресс-теста составила 70%, специфичность 72%. При учете в качестве критерия положительного результата пробы увеличения dQTc и чувствительность и специфичность тредмил-теста у больных ИБС значительно уменьшаются по сравнению с обычно используемым критерием – депрессией сегмента ST. Так при dQTc более 20 мс1/2 чувствительность пробы была 32%, а специфичность - 66%, при dQTc после нагрузки более 60мс1/2 чувствительность составляла 50%, а специфичность - 55%, При одновременном изменении обоих показателей – сегмента ST и увеличении dQTc пробы специфичность повышалась. Так при одновременном изменении сегмента ST и приросте dQTc более чем на 20 мс1/2 специфичность тредмил-теста составила 88%, а при сочетании депрессии сегмента ST и увеличения dQTc более 60 мс1/2 - 77%, но чувствительность пробы оставалась низкой (30 и 31% соответственно).

Выводы: при совместном учете в качестве критериев оценки тредмил-теста изменений сегмента ST и дисперсии интервала QTc у больных ИБС специфичность пробы повышается, но снижается чувствительность.

0955 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ФОНЕ РАЗНЫХ СОЧЕТАНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ

Хабчабов Р.Г., Гафурова Р.М., Исламова У.А., Абдуллаев А.А., Муталипов Х.М., Гаджикулиев А.С., Агаларова Л.С.

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Росздрава», Махачкала, Россия

Цель: выявить сравнительное влияние эгилока в составе стандартной терапии и его сочетания с эднитом и предукталом МВ на показатели суточного мониторирования ЭКГ у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда.

Методы исследования: мы наблюдали 156 пациентов, перенесших Q-ИМ, в возрасте от 42 до 70 лет (мужчин – 146, женщин - 10), со дня их выписки из стационара и в течение 1 года. 77 из них страдали артериальной гипертензией, у 48 имела место стенокардия напряжения 1-П ФК. Всем пациентам записывали ЭКГ в 12 отведениях, суточное мониторирование ЭКГ (СМЭКГ) проводили с использованием кардиокомплекса «Икар» в день их выписки из стационара (16-21-й дни от начала заболевания) и через 3 мес. Оценивали число эпизодов смещения сегмента ST и их среднюю продолжительность (мин), а также регистрировали нарушения ритма и проводимости сердца. Горизонтальное или косонисходящее смещение сегмента ST амплитудой более 1 мм от исходного уровня и продолжительностью 0,1 с расценивали как эпизод снижения этого сегмента. Больные были рандомизированы методом случайной выборки на 2 группы: 1-я (контрольная) из 72 пациентов получала стандартную терапию: аспирин, метопролол - эгилок фирмы Эгис, Венгрия, в дозе 50-100 мг/сут, нитросоединения и другие средства по показаниям, 2-я (основная) из 84 пациентов, адекватная для сравнения с контрольной по возрасту, полу и характеру поражения миокарда, - эналаприл (эднит фирмы Гедеон Рихтер, Венгрия) в дозе 5-10 мг/сут и триметазидин (предуктал МВ фирмы Servier, Франция) в дозе 70 мг/сут. в сочетании со стандартной терапией. Лечение испытуемой комбинацией препаратов в основной группе проводили в течение 3 мес сразу после стационарного этапа, в дальнейшем в обеих группах применяли только стандартную терапию.

Полученные результаты: у 27% контрольной и у 29% основной групп наблюдения исходно до лечения зарегистрирована депрессия сегмента ST, у 38% и 34% соответственно – инверсия зубца Т. Через 3 мес. после лечения эпизоды депрессии сегмента ST имели место у 18% 1-ой и 10% 2-ой групп наблюдения. Среди всех эпизодов депрессии сегмента ST безболевые составили 89%, дневные -58% и ночные – 42%. Наджелудочковые экстрасистолы встречались у всех пациентов в обеих группах: дневные – у 43%, ночные – у 57%. Желудочковые экстрасистолы исходно в контрольной группе зарегистрированы у 83%, в основной – у 88%. После лечения они наблюдались в обеих группах у 61% и 45% соответственно.

Выводы: у пациентов, перенесших Q-инфаркт миокарда, сочетанное лечение предукталом МВ, эднитом и эгилоком более эффективно уменьшает число эпизодов депрессии сегмента ST и частоту регистрации желудочковой экстрасистолии, чем стандартная терапия. Это способствует профилактике электрической нестабильности сердца.

0956 ЭКСПРЕССИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Халмухамедова С.М.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Многочисленными экспериментальными исследованиями доказано, что воспалительный процесс в сосудистой стенке протекает при непосредственном участии медиаторов воспаления – цитокинов и белков острой фазы, которые играют важную роль в инициации и прогрессировании ИБС. Результаты же клинической секреции цитокинов и С-реактивного белка при ИБС неоднозначны.

Цель данного исследования – изучение содержания провоспалительных цитокинов - интерлейкина-6 (ИЛ-6), фактора некроза опухоли альфа (ФНО-α) и С-реактивного белка (С-РБ) при стабильной и нестабильной стенокардии (НС).

Материал и методы исследования: Обследовано 34 больных нестабильной стенокардией, мужчин в возрасте 45-67 лет, находившихся на стационарном лечении в III клинике Ташкентской Медицинской Академии. Группу сравнения составили 10 пациентов со стабильной стенокардией ФК II-III (СС), мужчин, в среднем возрасте 52,1±1,4 года. В группу контроля вошли 10 практически здоровых добровольцев, средний возраст которых составил 50,3±4,8 года без клинических признаков ИБС. Комплекс обследования включал учет клинических данных, регистрацию ЭКГ, пробу с физической нагрузкой на этапе стабилизации ИБС. Уровни цитокинов в сыворотке крови определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест систем ООО «Цитокин» (Санкт-Петербург) в лаборатории Республиканского Специализированного Центра Кардиологии Узбекистана.

Результаты проведенных исследований показали достовер-

Tesis_006_end.indd 402 24.08.2006 22:26:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ное повышение содержания провоспалительных цитокинов и С-РБ в сыворотке крови больных ИБС (p<0,05). У больных НС уровни С-РБ, ИЛ-6 и ФНО-α были достоверно увеличенными по сравнению с таковыми у больных со СС (p<0,05) и здоровыми (p<0,01). В контрольной группе концентрации С-РБ, ИЛ-6 и ФНО-α составили 1,27±0,9 мг/л, 87,9±13,1 и 106,8±24,7 пг/мл соответственно, тогда как у больных со СС эти показатели были выше в 4,2; 3,3 и 1,9 раза. Дестабилизация течения ИБС характеризовалась значительным (по сравнению и со СС, и с контролем) увеличением содержания исследуемых цитокинов, при этом уровни С-РБ, ИЛ-6 и ФНО-α составили 11,02±2,1 мг/л, 223,03±25,6 пг/мл и 302,2±7,08 пг/мл соответственно (p<0,05). Эти изменения сопровождались положительной корреляционной связью концентраций цитокинов между собой (r=0,44; p<0,05) и С-РБ (r=0,57; r=0,37, p<0,05). Следует отметить, что у больных НС (n=12) с тяжелым или осложненным клиническим течением уровни исследуемых цитокинов и С-РБ были выше, чем у пациентов с неосложненным течением (n=20): С-РБ - 7,8±1,9 мг/л против 12,2±2,4 мг/л (p<0,05), ИЛ-6 - 292,,1±24,9 против 186,03±18,4 пг/мл и ФНО-α - 389,7±19,6 против 254,8±20,1 пг/мл (p>0,05).

Выводы: 1. У больных со стабильной стенокардией отмечается достоверное повышение в периферической крови уровней провоспалительных цитокинов и С-реактивного белка в сравнении со здоровыми.

2. Дестабилизация стенокардии характеризуется в большей степени увеличением секреции цитокинов и С-РБ, при этом наиболее высокие значения наблюдаются при тяжелом течении заболевания.

0957 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Халмухамедова С.М., Шайманова Л.О., Гадаев А.Г.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан

Иммуновоспалительный механизм развития коронарной болезни сердца последнее время вызывает пристальный интерес ученых всего мира, хотя сами эти представления не являются новыми. Важным направлением исследований является изучение лекарственных воздействий на гуморальные маркеры воспаления при ИБС. Неизвестно влияние бета-блокаторов на уровни цитокинов и белки острой фазы при дестабилизации коронарной болезни сердца.

Цель исследования – изучить влияние терапии карведилолом на динамику интерлейкина -6 (ИЛ-6), ФНО-α и С-реактивного белка (С-РБ) у больных нестабильной стенокардией (НС) .

Материал и методы: обследовано 16 пациентов, мужчин в возрасте 45-67 лет, с диагнозом «Нестабильная стенокардия». Все больные получали базисную терапию, включавшую нитраты, гепарин, аспирин и бета-адреноблокатор карведилол («Дилатренд», фирмы «Roche») в дозе 12,5-50 мг в сутки в течение двух недель. Концентрацию провоспалительных цитокинов в сыворотке крови до и после лечения определяли методом иммуноферментного анализа с использованием тест-ситем ООО «Цитокин» (Россия), содержание С-реактивного белка – иммунотурбидиметрическим методом на автоанализаторе «Daytona» фирмы «RANDOX» в лаборатории Республиканского Специализированного Центра Кардиологии Узбекистана. В группе сравнения были обследованы 10 больных стабильной стенокардией ФК II-III (СС), мужчин, в среднем возрасте 52,1±1,4 года. Контрольную группу составили 10 здоровых добровольцев. Все группы были сопоставимы по возрасту.

Результаты исследования показали достоверное увеличение в сыворотке содержания С-РБ, ИЛ-6 и ФНО-α у больных ИБС по сравнению со здоровыми (p<0,01). Следует отметить достоверное повышение всех показателей в группе больных с НС (p<0,05). Исходные показатели С-РБ, ИЛ-6 и ФНО-α составили 10,9±1,8 мг/л; 219,1±19,5 пг/мл и 300,2±20,5 пг/мл соответственно. При применении карведилола положительный клинический эффект наблюдался у 14 пациентов (87%). На фоне терапии карведилолом происходило снижение всех показателей: С-РБ на 37,9%, ИЛ-6 на 23,3%, ФНО-α – на 18,7% (p>0,05)

Полученные нами результаты свидетельствуют о позитивном влиянии карведилола на показатели провоспалительных цитокинов и уровень С-реактивного белка у больных нестабильной стенокардией.

0958 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СВЯЗЬ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ

Хамидуллаева Г.А., Елисеева М.Р., Абдуллаева Г.Ж., Бекбулатова Р.Ш.

Республиканский Специализированный центр кардиологии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования изучить взаимосвязь I/D полиморфизма гена АПФ и 4a/4b полиморфизма гена эндотелиальной NO-синтазы (eNOS) с дисфункцией эндотелия (ДЭ) у больных эссенциальной гипертонией (ЭГ).

В исследование включены 79 больных ЭГ I-II степени (ВОЗ/МОГ, 1999) в среднем возрасте 46,5±8,7 лет. Всех больных генотипировали на I/D-полиморфный маркер гена АПФ и 4a/4b-полиморфный маркер гена eNOS методом ПЦР. Для определения функции эндотелия использовали тест с реактивной гиперемией. Оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии (ΔD%). Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Рассчитывали массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) по отношению ММЛЖ к площади тела.

Результаты. При генотипировании больных ЭГ на I/D-полиморфизм гена АПФ соотношение D- и I-аллелей составило: 53% и 47% соответственно; соотношение 4a- и 4b- аллелей 4a/4b полиморфного маркера гена eNOS – 10,2% и 89,8% соответственно. У 64 (81%) больных ЭГ была нарушена ЭЗВД (ΔD<10%), при этом парадоксальная вазоконстрикция (ΔD<0) была зарегистрирована у 27 (34,2%) больных, лишь у 15 (19%) больных ЭЗВД оставалась сохранной (ΔD>10%). В группе больных с парадоксальной вазоконстрикцией отмечалась тенденция к повышению САД и АДср по сравнению с группами нарушенной и сохранной ЭЗВД. Во всех трех группах отмечалась наличие ГЛЖ не зависимо от ответа ЭЗВД, при этом наиболее высокие значения ИММЛЖ выявлены в группе больных с парадоксальной ЭЗВД по сравнению с группой больных, имеющих сохранную и нарушенную ЭЗВД: 171,6±45,7 г/м2 против 143,2±32 г/м2 и 165,3±36,8 г/м2 для ΔD<0, ΔD>10% и 0<ΔD<10%, соответственно, p<0,05.

Комбинация D-аллеля гена АПФ и 4a-аллеля гена eNOS у больных с сохранной ЭЗВД имела место в 6,6% случаев, у больных с нарушенной ЭЗВД - 21,6%, у больных с парадоксальной вазоконстрикцией в 26% случаев, χ^2=13,43 p<0.000.

Заключение. ДЭ, выражающаяся в снижении ЭЗВД, ассоциируется с выраженностью гипертрофии ЛЖ, при этом отмечается достоверно высокое накопление двух «повреждающих» аллелей – D-аллеля гена АПФ и 4a-аллеля гена eNOS, являющихся маркерами сердечно-сосудистого ремоделирования.

Tesis_006_end.indd 403 24.08.2006 22:26:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0959 ОРГАНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УЧЕТОМ I/D ПОЛИМОРИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА

Хамидуллаева Г.А.

Республиканский Специализированный Центр Кардиологии Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить клиническую и органопротективную эффективность небиволола у больных ЭГ в зависимости от I/D полиморфизма гена АПФ.

Материал и методы исследования. В исследование включены 49 больных ЭГ, I-II степени по ВОЗ/МОАГ 1999г., мужчин узбекской национальности, в среднем возрасте 49,58±9,0 лет. Все больные были генотипированы на I/D полиморфизм гена АПФ методом полимеразно-цепной реакции. Эхокардиографическое исследование проводилось в М- и В-режимах. Рассчитывали массу миокарда ЛЖ (ММЛЖ) и индекс массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ) рассчитывали по отношению ММЛЖ к площади тела. Для определения функции эндотелия проводился тест с реактивной гиперемией. Оценивали эндотелийзависимую вазодилатацию (ЭЗВД) по приросту диаметра плечевой артерии (ΔD%). Все больные находились на 12-недельной терапии небивололом (Небилет, «Берлин-Хеми», Менарини Групп) в средне-суточной дозе 5,41±0,95 мг. Результаты исследования представлены в M±SD.

Результаты исследования. По результатам генотипирования тестировали генотипы: II, ID, DD по гену АПФ и соответственно разделили больных ЭГ на 3 группы. Распределение частот генотипов I/D-полиморфного маркера гена АПФ среди больных ЭГ было следующим: II – 22,4%, ID - 53%, DD - 24,6% (p=0,000). I-аллель выявлен в 49%, D-аллель в 51% случаев (p=0,5). На фоне 12-недельной монотерапии небивололом отмечено достоверное снижение систолического и диастолического АД (САД и ДАД) во всех 3-х группах: САД на 17,19±4,64%, 16,26±5,77%, 19,03±7,82%; ДАД на 16,14±7,1%, 19,11±6,7%, 15,78±7,22% для II, ID, DD соответственно (p<0,000). Таким образом на фоне терапии небивололом достигнут отличный гипотензивный эффект, независимо от генотипа I/D полиморфного маркера гена АПФ. Кардиопротективный эффект небиволола проявлялся в достоверном снижении ИММЛЖ во всех 3-х исследуемых группах, однако достижение критерия истинного относительного сдвига ИММЛЖ 8,5% наблюдалось в группе больных носителей II генотипа: 11,82±8,75% против 6,13±8,78% и 5,99±6,57% для II, ID, DD соответственно. На фоне 12-недельной монотерапии небивололом отмечалось достоверное улучшение ЭЗВД по сравнению с исходными показателями только в группах больных с II и ID генотипами: 2,11±7,05% в динамике 9,07±8,15% и 3,41±12,7% в динамике 9,51±8,33% соответственно (p<0,05), однако полной нормализации ЭЗВД (ΔD≥10%) и в этих группах недостигнуто.

Заключение. Результаты исследования показали высокую гипотензивную эффективность небиволола независимо от генотипов I/D полиморфного маркера гена АПФ, кардиопротективную эффективность небиволола, ассоциирующуюся с носительством II генотипа данного гена.

0960 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЖЕСТКОСТЬ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Хамуев Я.П., Седов В.П, Сыркин А.Л.

ГОУ ВПО Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель. Выявление связи между диастолической функцией левого желудочка (ЛЖ), жесткостью сонных артерий и выраженностью сердечной недостаточности (СН) у больных ИБС с умеренным снижением глобальной сократимости ЛЖ.

Методы исследования. В открытое одноцентровое исследование включены 97 больных (70 мужчин (72%)) с функциональным классом (ФК) СН (NYHA) 2,7±0,5, со шкалой оценки клинического состояния больных (ШОКС) 6,3±3 балла, в возрасте 67±10 лет. Фракция выброса ЛЖ (ФВЛЖ) 45±10 %, индекс массы тела 31,7±6,5 кг/м2. Контрольную группу составили больные с ИБС, сопоставимые по возрасту, полу, индексу массы тела с исследуемой группой, без признаков СН и гипертрофии ЛЖ (n=40), с ФВЛЖ 62±5% (p<0,0001). Все пациенты имели синусовый ритм. Эхокардиографическое исследование больных проводилось после стабилизации состояния. При анализе использовались непараметрические методы статистики, корреляция по Пирсону, данные представлены как среднее ± стандартное отклонение, значимое p<0,05.

Результаты. Было выявлено значимое расширение и снижение показателей эластичности сонных артерий (СА) у больных с СН. Систолический размер СА 5,3±0,45 мм против (vs) 5,17±0,23 мм (p<0,05), диастолический – 5,29±0,3 мм vs 5,15±0,2 см (p<0,05), систолическая экскурсия СА 0,01±0,004 мм vs 0,02±0,005 мм (p<0,05), толщина интимы-медии (ТИМ) 1,04±0,3 мм vs 1,0±0,3 мм (p<0,05), количественное поражение СА (оценивалось по 4 степенной классификации) 1,94±0,79 степени vs 0,98±0,97 степени (p<0,05), качественное поражение СА (КПСА) (оценивалось по 4 степенной классификации) 3,31±0,97 степени vs 1,98±1,0 степени (p<0,05), жесткость стенки СА (-stiffness index) 22,9±10,76 vs 14,76±4,08 (p<0,05), упругость стенки СА (elastic modulus) 23,4±8,7 vs 14,06±4 (p<0,05), растяжимость (distensibility) 1,2±1 Мм рт.ст.-1 x 10-3 vs 2,0±0,9 Мм рт.ст.-1 x 10-3 (p<0,05). Была выявлена корреляция: 1) между ТИМ и временем замедления трансмитрального кровотока в раннюю диастолу (DT) (r=0,23; p<0,05); 2) жесткостью стенок СА и а) индексом периферического сосудистого сопротивления (r=0,5; p<0,01), б) максимальной скоростью предсердной систолы трансмитрального кровотока (r=0,4; p<0,05), в) DT (r=0,2; p<0,05), г) отношением систолической к диастолической максимальных скоростей в легочных венах (S/D) (r=0,1; p<0,05). 3) Найдена корреляция между КПСА и а) длительностью течения СН (r=0,2; p<0,05), б) ШОКС (r=0,2; p<0,05), в) средней скоростью движения латерального и перегородочных отделов фиброзного кольца митрального клапана в раннюю диастолу (ср. е □) (r=0,2; p<0,05).

Выводы. У больных ИБС с СН, с умеренными нарушениями глобальной сократимостью ЛЖ, выявлена достоверная связь диастолической дисфункции ЛЖ и жесткостью стенок сонных артерий. Показатели диастолической дисфункции ЛЖ выявленные с помощью тканевого допплера (ср. е) и показатели жесткости СА могут быть использованы в качестве дополнительных диагностических критериев тяжести СН.

0961 РОЛЬ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОГО ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА В ОЦЕНКЕ НАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА

Хамуев Я.П., Седов В.П, Сыркин А.Л.

ГОУ ВПО Московская Медицинская Академия им. И.М.Сеченова, Москва, Россия

Цель. Оценить с помощью импульсно-волнового тканевого допплера диастолическое наполнение левого желудочка у больных ИБС с сердечной недостаточностью (СН) с различной степенью нарушения глобальной сократимостью левого желудочка (ЛЖ).

Методы исследования. В открытое одноцентровое исследование включены 90 больных ИБС с СН 2-4 функционального класса (ФК) (NYHA), которые были поделены на группы с высокой фракцией выброса (ФВ) ЛЖ (ФВЛЖ >50%) (СНВФВ)

Tesis_006_end.indd 404 24.08.2006 22:26:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

(n=30), умеренно низкой ФВЛЖ (30-50%) (СНУНФВ) (n=33) и низкой ФВЛЖ (<30%) (СННФВ) (n=27). Возраст больных 67±10 лет, площадь поверхности тела (ППТ) 2,0±0,2 м2, 64 мужчин (71%). Контрольную группу составили больные с ИБС, сопоставимые по возрасту, полу, ППТ с исследуемой группой, без признаков СН и гипертрофии ЛЖ (n=40), с ФВЛЖ 62±5%. Все исследуемые лица имели синусовый ритм. Эхокардиографическое исследование выполнялось после стабилизации состояния больных. Использовались непараметрические методы статистики, данные представлены как среднее ± стандартное отклонение, значимое p<0,05.

Результаты. Очевидные достоверные различия наблюдались между группами СНВФВ (57,8±5,78%) и СННФВ (26,8±3,2% (p<0,05)), так больные с СНВФВ достоверно отличались от больных с СННФВ по возрасту 69±10 лет против (vs) 63±10 лет (p<0,07), по ФК СН 2,55±0,55 vs 3,2±0,69 (p<0,05), количеству женщин 14 (47%) vs 6 (22%), средней систолической скорости движения латерального и перегородочных отделов фиброзного кольца митрального клапана (ср.S) 6,5±2,3 см/сек vs 4,2±1,3 (p<0,05), средней скорости движения латерального и перегородочных отделов фиброзного кольца митрального клапана в раннюю диастолу (ср. e) 6,2±1 см/сек vs 4,8±1 см/сек (p<0,05), средней скорости движения латерального и перегородочных отделов фиброзного кольца митрального клапана в позднюю диастолу (ср. a) 9,2±2,6 см/сек vs 5,6±1,7 см/сек (p<0,05), отношения скорости раннего диастолического наполнения ЛЖ (E) к средней скорости движения латерального и перегородочных отделов фиброзного кольца митрального клапана в раннюю диастолу (ср. e) (E/ ср. e) с 11±3,4 vs 17,4±5,5 (p<0,05). Значения группы СНУНФВ находились между полярными показателями больных СНВФВ и СННВФ.

Выводы. Таким образом, показатели импульсно-волнового тканевого допплера в группе больных СНВФВ, принимаемые раннее, как переходные от нормы к патологии (так называемая «серая шкала») можно расценивать как дополнительные признаки патологического наполнения ЛЖ, которые можно использовать для более точной количественной оценки «диастолической СН».

0962 НЕБИВОЛОЛ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Хапаев Б.А., Вартанова О.А.

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

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения небиволола (Н., Небилет , «Берлин Хеми/ Менарини») – высокоселективного бета-адреноблокатора с вазодилатирующими свойствами, у больных артериальной гипертонией (АГ) и ишемической болезнью сердца (ИБС) (18 женщин, 12 мужчин, средний возраст 55,5+7,1 лет). Анализировалась динамика показателей суточного мониторирования АД, эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ, липидного и углеводного обменов, абсолютного и относительного 10-летнего сердечно-сосудистого риска (ССР) и показателей, отражающих NO-продуцирующую функцию сосудистого эндотелия: базальная и стимулированная активность гуанилатциклазы (ГЦ). Длительность лечения составила 6 мес. Базальная активность ГЦ до лечения была снижена в среднем до 68 пкмоль/мин/мг (в 2 раза ниже нормы), отражая наличие дисфункция эндотелия. Стимулированная активность ГЦ при использовании L-аргинина, протопорфирина, дисульфида меркаптоэтилгуанидина, динитрозильных комплексов железа и нитропруссида натрия также была снижена. Через 8 нед лечения Н. в дозе 5 мг/сут. достоверно (p<0,05) повысилась степень активации ГЦ протопорфирином у всех больных, в среднем с 3,8±1,4 до 6,0+2,1 раз (норма 5-7 раз). Уровень стимулированной протопорфирином активности ГЦ увеличился в среднем с 248 до 384 пкмоль/мин/мг (p<0,01). Между уровнями этого показателя до начала лечения и степенью антигипертензивного эффекта Н., например уменьшением индекса площади гипертонии систолического АД (САД) и гипертонической нагрузки диастолическим АД (ДАД) через 8 нед терапии, имелась корреляционная связь (r=-0,854, p=0,002 и r=-0,787, p=0,007, соответственно). Монотерапия Н. нормализовала АД у 60% больных, удовлетворительный эффект – у 26,7%, добавление 25 мг гидрохлортиазида позволило добиться нормализации АД в 70% и удовлетворительного эффекта в 30%. Терапия Н. сопровождалась достоверным уменьшением ЧСС, САД, ДАД, пульсового АД (днем, ночью и за 24 ч), вариабельности САД (днем и суточной), показателей жесткости артерий и «двойного произведения» - среднесуточного (на 17,6 и 17,8%) и в утренние часы (на 22,2 и 19,6%) через 2 и 6 мес, соответственно (p<0,001). Ударный и Минутный объемы сердца достоверно не изменились, ОПСС уменьшилось на 7% через 3 мес и на 15% через 6 мес лечения, масса миокарда левого желудочка уменьшилась через 6 мес на 9,4% (p<0,05). Антиишемическое действие Н. проявлялось в уменьшении количества эпизодов ишемии миокарда (болевой и безболевой) и общей длительности ишемии миокарда за сутки, в уменьшении частоты приступов стенокардии и потребности больных в нитропрепаратах.

Через 6 мес лечения абсолютный 10-летний ССР риск снизился с 15,4% до 9,8% (оценка по САД) и с 17,8% до 10,9% (оценка по ДАД),

относительный ССР – с 248% до 98% и с 208% до 65%, соответственно (p<0,05 во всех случаях). Н. не оказывал негативного влияния на показатели углеводного и липидного обмена и хорошо переносился больными. Таким образом, небиволол является эффективным и безопасным препаратом, оказывающим многогранное положительное действие на сердечно-сосудистую систему у больных АГ и ИБС.

0963 ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ТАХИАРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН

Харац В.Е., Колунин Г.В., Покушалов Е.А., Рзаев Ф.Г., Рычков А.Ю.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью работы явилось обнаружение взаимозависимостей возникновения пароксизмальных форм трепетания предсердий (ТП) в ходе проведения радиочастотных (РЧ) процедур.

В исследовании участвовал 21 пациент (14 мужчин и 7 женщин; средний возраст 57,8+8,2 лет) с пароксизмальной или персистирующей формами ФП, которым была выполнена РЧ-изоляция устьев легочных вен (ЛВ) двумя коллекторами, у 17 из них - с частичной модификацией субстрата левого предсердия с созданием линий в области «истмуса», «крыши» и заднежней стенки левого предсердия. Использовалась система нефлюроскопической навигации “CARTO ” совместно с РЧ-генератором “Stockert” (“BW”) и ирригационными электродами “NaviStar Thermo-Cool”.

До процедуры РЧА ассоциированные тахиаритмии не были диагностированы ни у одного из обследуемых пациентов. После изоляции устьев ЛВ истмусзависимое ТП было верифицировано у 5-и (23,8%) пациентов интраоперационно, что потребовало расширение объемов РЧ-вмешательства с нанесением аппликаций в правом предсердии; у 3-х больных (14,3%) в течении от недели до 2-х месяцев наблюдения возникли эпизоды трепетания предсердий II типа, что было расценено как результат

Tesis_006_end.indd 405 24.08.2006 22:26:18
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

неполной остиальной аблации. После повторных РЧ-вмешательств в области левого перешейка данная тахиаритмия была устранена у 2-х больных, у 1-ого пациента левопредсердное трепетание было связано с перегородочным ри-энтри и коррекция его была возможно только медикаментозно.

Исходя из вышеописанных наблюдений, можно предположить тесную взаимосвязь между пароксизмальным формами ФП и ТП, находящимися в постоянном сопряжении, а возникновение одного из них после успешной РЧА другого возможно обусловлено тем, что при прерывании ведущего круга макрори-энтри «освобождается место» для ри-энтри второго порядка. При инцизионном левопредсердном трепетании также формируется механизм вторичного макрори-энтри, однако он связан с замедлением проведения в неполностью изолированых областях (в основном - левый «истмус») и соответственно требует повторных РЧ-вмешательств в данной зоне.

0964 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ПОЧЕЧНЫЕ И ПОЗВОНОЧНЫЕ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ

Харламов А.Н., Смоленская О.Г., Новоселова О.С., Чернышев С.Д., Фадин Б.В., Найданова Т.А., Шардина Л.А., Веселова В.С., Фрейдлина М.С., Габинский Я.Л., Давидович П., Бос Э.

Кафедра внутренних болезней №1, Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия; Центр сердца и сосудов, Областная клиническая больница №1, Екатеринбург, Россия; Клинический центр «Кардиология», Екатеринбург, Россия; Клинический центр Университета Восточного Сараево, Фоча, Босния и Герцеговина; Медицинский центр Университета Гронинген, Гронинген, Нидерланды

Реноваскулярная гипертензия (РВГ) продолжительностью более 10 лет отличается злокачественностью течения и резистентностью как к медикаментозной терапии, так и к стентированию почечных артерий (СПА). Это можно связать с прогрессирующими необратимыми изменениями почечной ткани и поражением других «звеньев патогенеза» артериальной гипертензии (АГ), включая головной мозг (ГМ).

Методы. 78 пациентов из Екатеринбурга и Фоча были рандомизированы в основную (26 больных) и плацебо группы (52 человека). Среди критериев включения были гемодинамически значимый стеноз (более 65%) почечных артерий, наличие умеренно выраженной кальцификации бляшек и др. СПА проводилось всем пациентам через 1 неделю после рандомизации, трансплантация аутологичных стволовых клеток костного мозга (СК КМ) в обе почечные артерии основной группе – через 6-8 недель и трансплантация СК КМ в обе позвоночные артерии основной группе – через 60-62 недели. Трансплантация СК КМ и биопсия почек с последующим иммуногистохимическим анализом проведены в Нидерландах.

Результаты. Рестеноз через 12 месяцев выявлен у 17% больных обеих групп, повторная операция реваскуляризации была необходима 8%. Выявлены наиболее значимые предикторы рестеноза: возраст старше 63 лет, женский пол, коронарный анамнез, метаболический синдром, ангиографически – неблагоприятная геометрия просвета. Непосредственно после СПА снижение АД до целевых цифр достигнуто только у 36% пациентов. У всех пациентов отмечено повышение АД через 6-8 дней после СПА в среднем на 22-27%. В среднем АД в результате СПА изменилось с уровня 181/107 до 142/93 Мм рт. ст. Чем выше степень и продолжительнее АГ, тем хуже непосредственные и отдаленные результаты СПА. Отмечено, что после трансплантации СК КМ в обе почечные артерии в основной группе полная нормализация АД достигнута у 61% больных. Данные динамической нефросцинтиграфии подтвердили высокую эффективность трансплантации СК КМ в почечные артерии после возобновления кровотока – нормальные значения достигнуты в среднем в 64-76% случаев. Обнаружена следующая доля участия трансплантированных СК КМ в регенерации почечной ткани: клетки тубулярного эпителия – 6%, гломерулярные клетки – 9% (эндотелий – 2,9%, мезангий – 2,3%, подоциты – 2,6%, париетальный эпителий - 0,9%), интерстициальные клетки – 85%. Основной путь регенерации местных тканей: дедифференциация – пролиферация – редифференциация.

Выводы. СПА играет ключевую роль в профилактике тромбоза почечной артерии и увеличении управляемости РВГ. Трансплантация СК КМ в почечные и позвоночные артерии полностью решает проблему гибели нефронов и фиброза почечной ткани, лечения атеросклероза и устранения негативного влияния со стороны ГМ.

0965 ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА С ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Харламова У.В.

Государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Внутривенная лазеротерапия у больных нестабильной стенокардией (НС) в дозе, наиболее часто используемой в кардиологии, мало разработана. Для оценки эффективности проводимого внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) возможно использование теста с 6-минутной ходьбой (ТШХ), поскольку выявлена умеренная корреляция результатов ТШХ и велоэргометрии, что позволяет использовать ТШХ для динамического контроля проводимого лечения.

Цель исследования - изучить влияние ВЛОК на показатели ТШХ у больных НС.

Материалы и методы. Обследовано 100 мужчин (средний возраст 53±1,0лет) с НС. Пациенты рандомизированы на 2 группы по 50 человек, сопоставимые по возрасту, полу, сердечно-сосудистому анамнезу и лечению. В группе вмешательства проводили ВЛОК, в группе сравнения – плацебо-вмешательство. Сроки начала проведения курса ВЛОК - 2 сутки с момента госпитализации, курс - 7 процедур. ТШХ оценивался на 9 сутки и через 3 месяца после выписки из стационара. Результаты обрабатывались с помощью пакета программ «Statistica» 6,0. При анализе материала рассчитывались средние величины (M), стандартные отклонения (SD). Достоверность различий оценивали при помощи критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. По данным ТШХ на 9 сутки результаты в группах достоверно не различались (340±5,6м и 328±6,1м, $p>0,05$). Через 3 месяца показатели ТШХ оказались достоверно выше по сравнению с данными на 9 сутки независимо от лазеротерапии (455±6,9м и 390±5,8м, $p<0,05$). Прирост показателей ТШХ через 3 месяца в группе вмешательства достоверно выше, чем в группе сравнения ($p<0,05$).

Выводы: 1.После курса внутривенного лазерного облучения крови у больных нестабильной стенокардией показан достоверный прирост показателей теста с 6-минутной ходьбой 2.Увеличение переносимости физических нагрузок после курса лазеротерапии у больных нестабильной стенокардией проявляется в течение 3 месяцев.

0966 ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО ЛЕЧЕНИЯ

Хасаев А.Ш., Алиева Ф.С.

Дагестанская Государственная Медицинская Академия, Махачкала, Республика Дагестан, Россия

Tesis_006_end.indd 406 24.08.2006 22:26:19
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Целью настоящих исследований явилось изучение клинико-биохимических показателей больных ишемической болезнью сердца (ИБС) до лечения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 105 больных ИБС. Все больные ИБС имели в анамнезе перенесённый инфаркт миокарда (ИМ). Из них у 22 – повторные инфаркты миокарда. Проведено комплексное обследование больных, включая в себя общеклинические методы. Изучение питания обследованных больных ИБС в домашних условиях проводилось с помощью тщательного анализа диетоанамнеза. Проведено определение липидного спектра крови с использованием анализатора «Спектрум» фирмы АВОТТ, США.

Результаты. При детальном изучении диетоанамнеза у большинства больных удалось выявить нарушение питания

Избыточное потребление животного жира было установлено у 72,4% больных ИБС. При этом у большинства больных оно в 1,5-2 раза превышало физиологические нормы. Жировой компонент рациона отличался преобладанием насыщенного жира и значительным дефицитом ПНЖК. Избыточное потребление холестеринсодержащих продуктов отмечалось у больных ИБС в 62,8% случаев.

Параллельно наблюдались нарушения и в белковой квоте домашнего питания, в основном, за счет избыточного потребления белка животного происхождения. Избыточное потребление животного белка было выявлено у 68,6% больных.

Переедание углеводов было менее выражено и наблюдалось в 22,9% случаев. Избыточное потребление рафинированных сахаров отмечалось в основном у больных ИБС при сочетании с гиперлипопротеидемией IIb и IV типов.

Наряду с этим у основной массы обследованных больных было выявлено нерегулярное питание, у части пациентов – редкое, 2-х кратное питание. Превышение суточной калорийности рациона было отмечено у небольшого числа обследованных, повидимому, это объясняется отсутствием среди данных больных пациентов с большим избытком веса.

Сбалансированное питание наблюдалось у небольшого процента больных и составляло от 10,5% случае.

У больных ИБС имелись выраженные нарушения липидного обмена, проявлявшиеся в увеличении по сравнению с нормой уровня холестерина на 36%, ТГ – на 79%, ХС ЛПОНП – 88%, ХС ЛПНП – на 54% на фоне снижения содержания в сыворотке крови ХС ЛПВП на 36%.

Таким образом, анализ фактического питания обследованных больных в домашних условиях позволил выявить в 90% случаев его несбалансированность, проявляются в избыточном потреблении животных жиров и белков, холестеринсодержащих продуктов, простых углеводов, недостаточным содержанием в рационе ПНЖП.

0967 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА И БЕТА-1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТИ NA+/LI+- ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА

Хасанов Н.Р., Ослопов В.Н.

КГМУ, Казань, Россия

Цель: изучить роль полиморфизма M235T гена ангиотензиногена (ANG) и G49S гена ADRB1 бета-1-адренорецептора в эффективности гипотензивной монотерапии метопрололом тартрат в дозе 25-100 мг/сут у больных артериальной гипертонией (АГ) с различной скоростью Na+/Li+- противотранспорта в эритроците.

Методы: обследовано 45 больных АГ I-II стадии в возрасте 18-55 лет, которым проводилось определение скорости Na\+Li+-противотранспорта в эритроците по методу M.Canessa (1980г.), полиморфизм M235T гена ангиотензиногена и G49S гена ADRB1 бета-1-адренорецептора методом полимеразной цепной реакции, суточное мониторирование АД до начала лечения и для оценки эффективности гипотензивной терапии метопрололом в дозе 25-100 мг/сут. Начальная доза составляла 25 мг/сут. с дальнейшим титрованием до 100 мг/сут. Больные, не достигшие целевого АД (<140/90 Мм рт.ст.) переводились на комбинированную терапию.

Результаты: в соответствии с эффективностью терапии, все больные были разделены на две группы. В 1 группу вошли 26 больных (57,8%), достигших уровня АД менее 140/90 Мм рт.ст. на монотерапии метопрололом. Среднесуточное систолическое АД достоверно снизилось на 10,3 мм рт. ст. (7,44%, p<0,001), диастолическое АД снизилось на 10,27 Мм рт.ст. (11,63%, p<0,001). У 19 больных (42,2%) - 2 группа, при монотерапии целевое АД достигнуто не было. Изменение среднесуточного систолического АД составило 0,32 Мм рт.ст. (p>0,05), диастолического АД – 4,26 мм рт. ст. (p=0,037). При распределении больных по квартилям, в соответствии с величиной скорости Na\+Li+-противотранспорта в эритроците, обнаружено неодинаковое распределение частот достижения целевого АД: в I квартиле (скорость Na\+Li+-противотранспорта до 203 мкмоль Li/л. кл. в час) устойчивое снижение АД при монотерапии наблюдалось у 40% больных, во II квартиле (скорость Na\+Li+-противотранспорта 204-271 мкмоль Li/л. кл. в час) – у 33%, в III квартиле (скорость Na\+Li+-противотранспорта 272-345 мкмоль Li/л. кл. в час) – у 57% и в IV квартиле (скорость Na\+Li+-противотранспорта более 346 мкмоль Li/л. кл. в час) у 93% больных. У больных АГ III квартиля с положительным ответом на монотерапию вдвое чаще, чем у остальных (100% v.s. 45%), встречался генотип MT (p=0,046) гена ANG. Анализ полиморфизма G49S гена ADRB1 у больных IV квартиля показал достоверно (p=0,026) меньшую частоту генотипа GG у больных, достигших целевого АД на монотерапии метопрололом (0 v.s. 67%).

Выводы: генотип MT в 235 положении гена ангиотензиногена у больных артериальной гипертонией III квартиля скорости Na\+Li+-противотранспорта в эритроците может служить маркером эффективности монотерапии метопрололом в дозе 25-100 мг в сутки, в то время как больным IV квартиля с генотипом GG в 49 положении гена ADRB1 бета-1-адренорецептора следует рекомендовать другой гипотензивный препарат или сразу начинать комбинированную терапию.

0968 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГЕНОТИПОВ СО СТЕПЕНЬЮ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Хасанов Н.Р.

КГМУ, Казань, Россия

Цель: изучить полиморфизм M235T гена ангиотензиногена (ANG), G49S гена бета-1-адренорецептора (ADRB1), I/D гена ангиотензин-превращающего фермента (ACE) у больных артериальной гипертонией (АГ) с различной степенью ночного снижения (СНС) артериального давления (АД).

Методы: обследовано 75 больных АГ I-II стадии в возрасте 18-55 лет, которым до начала медикаментозной терапии проводилось суточное мониторирование АД, изучался полиморфизм M235T гена ANG, G49S гена ADRB1, I/D гена ACE методом полимеразной цепной реакции. В исследование не включались больные с серьезной сопутствующей патологией (ИБС, тяжелые нарушения ритма, сахарный диабет, язвенная болезнь и т.д.).

Результаты: по данным суточного мониторирования АД у 37 больных (49,3%) выявлена нормальная СНС АД (дипперы), у 36 больных (48%) – недостаточная СНС АД (нондипперы). Наблюдалось по одному больному с повышенной СНС АД и ус-

Tesis_006_end.indd 407 24.08.2006 22:26:19
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

тойчивым повышением ночного АД. Распределение изученных генотипов показало достоверно меньшую частоту встречаемости генотипа II ACE у дипперов (10% и 53%, p=0,0025) и отсутствие генотипа DD ACE у нондипперов (0 и 50%, p=0,0004).

Выводы: выявлена взаимосвязь гена ACE и суточного ритма АД у больных АГ: нормальная СНС АД ассоциируется с носительством генотипа DD, а недостаточная СНС АД – с носительством генотипа II. Полиморфизм M235T гена ангиотензиногена и G49S гена ADRB1 бета-1-адренорецептора не обнаружили связи со степенью ночного снижения артериального давления.

0969 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Хасанов Н.Р.

КГМУ, Казань, Россия

Цель: изучить полиморфизм I/D гена ангиотензин-превращающего фермента (ACE) у больных артериальной гипертонией (АГ) с нормальной массой миокарда и наличием гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ).

Методы: обследовано 75 больных АГ I-II стадии в возрасте 18-55 лет (33 мужчины – 44% и 42 женщины – 56%), которым до начала медикаментозной терапии проводилось определение индекса массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) по данным эхокардиографии (ЭхоКГ), изучался полиморфизм I/D гена ACE методом полимеразной цепной реакции. ГЛЖ устанавливалась при ИММ ЛЖ больше или равном 125 г/м2 для мужчин и 110 г/м2 для женщин. В исследование не включались больные с серьезной сопутствующей патологией (ИБС, тяжелые нарушения ритма, сахарный диабет, язвенная болезнь и т.д.).

Результаты: по данным ЭхоКГ у 26 больных (34,7%) выявлена ГЛЖ, среди них 9 мужчин и 17 женщин. Распределение изученного полиморфизма показало достоверно более низкую частоту встречаемости генотипа DD ACE у больных АГ с ГЛЖ (0 и 44%, p=0,0081). Аналогичные результаты получены и для подгрупп мужчин и женщин по-отдельности.

Выводы: выявлена взаимосвязь гена ангиотензин-превращающего фермента ACE с наличием гипертрофии левого желудочка у больных АГ: отсутствие генотипа DD ассоциируется с повышенным индексом массы миокарда левого желудочка.

0970 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ AGT И ADRB1 С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТЬЮ ПРОТИВОТРАНСПОРТА ИОНОВ NA^+ И Li^+ В МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ

Хасанов Н.Р., Ослопов В.Н.

Казанский Государственный Медицинский Университет, Казань, Россия

Цель работы. Изучение ассоциации полиморфных маркеров Met235Thr гена ангиотензиногена (AGT) и Ser49Gly гена адренорецептора бета 1 (ADRB1) с эффективностью гипотензивной монотерапии метопрололом у больных с артериальной гипертонией (АГ) и с различной скоростью противотранспорта ионов Na+ и Li+ в эритроцитах.

Материалы и методы. Обследовано 45 больных АГ 1-ой и 2-ой степени тяжести в возрасте 18-55 лет, у которых проводилось определение скорости противотранспорта ионов Na+ и Li+ в эритроцитах по методу Canessa (1980). Идентификация аллелей полиморфных маркеров Met235Thr гена AGT и Ser49Gly гена ADRB1 проводилась методом полимеразной цепной реакции. Суточное мониторирование артериального давления (АД) проводилось до начала лечения и после лечения для оценки эффективности гипотензивной терапии метопрололом в дозе 25-100 мг/сут. Начальная доза метопролола составляла 25 мг/сут. с дальнейшим увеличением в случае необходимости до 100 мг/сут. Больные, не достигшие целевого АД (<140/90 Мм рт. ст.), переводились на комбинированную терапию.

Результаты. В соответствии с эффективностью терапии, все больные были разделены на две группы. В первую группу вошли 26 больных (57,8%), достигших уровня АД менее 140/90 мм рт. ст. на монотерапии метопрололом. Среднесуточное систолическое АД достоверно снизилось на 10,3 Мм рт. ст. (7,44%, p<0,001), диастолическое АД снизилось на 10,27 мм рт. ст. (11,63%, p<0,001). 19 больных (42,2%) вошли во вторую группу, в которой при монотерапии целевое АД достигнуто не было. Изменение среднесуточного систолического АД составило 0,32 Мм рт. ст. (p>0,05), диастолического АД – 4,26 Мм рт. ст. (p=0,037). При распределении больных по квартилям, в соответствии с величиной скорости противотранспорта ионов Na+ и Li+ в эритроцитах, обнаружено неодинаковое распределение частот достижения целевого АД: в 1-ом квартиле (скорость до 203 мкмоль Li/л. кл. в час) устойчивое снижение АД при монотерапии наблюдалось у 40% больных, во 2-ом квартиле (скорость 204-271 мкмоль Li/л. кл. в час) – у 33%, в 3-ем квартиле (скорость 272-345 мкмоль Li/л. кл. в час) – у 57% и в 4-ом квартиле (скорость более 346 мкмоль Li/л. кл. в час) у 93% больных. У больных АГ 3-его квартиля с положительным ответом на монотерапию вдвое чаще, чем у остальных (100% против 45%), встречался генотип Met/Thr (p=0,046) гена AGT. Анализ распределения аллелей и генотипов полиморфного маркера Ser49Gly гена ADRB1 у больных 4-ого квартиля показал достоверное (p=0,026) снижение частоты генотипа GG у больных, достигших целевого АД на монотерапии метопрололом (0 против 67%). Заключение. Носительство генотипа Met/Thr гена AGT у больных артериальной гипертонией, входящих в 3-ий квартиль по скорости противотранспорта ионов Na+ и Li+), может служить маркером эффективности монотерапии метопрололом в дозе 25-100 мг в сутки, в то время как носителям генотипа GG гена ADRB1, входящим в 4-ый квартиль, следует рекомендовать другой гипотензивный препарат или сразу же начинать комбинированную терапию.

0971 ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ

Хатохова М.О.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение электрокардиографических показателей у здоровых детей 9-10 лет.

Материалы и методы: обследовано 150 детей девятилетнего и десятилетнего возраста, I-II групп здоровья, учащихся средних школ г. Нальчика. Из них 50 мальчиков и 100 девочек. Всем детям проводилась регистрация ЭКГ в системе 12 отведений в течении 30 секунд. Запись осуществлялась с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131» в покое после 15 Минутного отдыха.

Результаты исследования. В зависимости от положения электрической оси сердца (ЭОС) результаты исследования распределились следующим образом. Среди девочек нормальное положение ЭОС было у 60,0%, горизонтальное положение у 36,0%. У мальчиков нормальное положение ЭОС было в 50,0%, горизонтальное положение в 42,0% случаев. Отклонения ЭОС вправо и влево встречались одинаково редко и у мальчиков и у девочек. Патологическое отклонение ЭОС влево выявлено у 1 девочки (1,0%) и у 1 мальчика (2,0%). Средние показатели амплитуды и продолжительности основных электрокардиографических зубцов и интервалов достоверно не различались в данных группах и не зависели от половой принадлежности детей.

Tesis_006_end.indd 408 24.08.2006 22:26:19
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Среднее соотношение амплитуды зубцов R и S в правых грудных отведениях было меньше единицы (V1 – 0,48; V2 – 0,54; V3 – 0,64), а в левых грудных отведениях превышало единицу (V4 – 1,5; V5 – 3,3; V6 – 5,2) в обеих группах. При анализе данных наиболее часто встречались номотопные нарушения ритма сердца в виде: синусовой тахикардии, синусовой брадикардии, дыхательной аритмии. При этом тахикардия наиболее часто отмечалась у девочек (32,0%), а брадикардия у мальчиков (16,0%). Дыхательная аритмия с одинаковой частотой встречалась и у девочек (15,0%) и у мальчиков (14,0%). Нарушения проводимости по типу неполной блокады правой ножки пучка Гиса и синдром наджелудочкого гребешка, проявляющийся деформацией QRS комплекса в виде буквы M или W встречался значительно чаще у мальчиков (15,0%), чем у девочек (4,0%).Нарушение процессов реполяризации в миокарде желудочков выявлено у 11,0% девочек и у 8,0% мальчиков.

Выводы: наиболее часто встречающимися нарушениями у 9-10 летних детей являются номотопные нарушения сердечного ритма. При этом выявлена зависимость характера нарушений ритма сердца от пола детей, тахикардия чаще у девочек, брадикардия у мальчиков. Нарушения проводимости в виде неполной блокады правой ножки пучка Гиса и синдрома наджелудочкового гребешка чаще встречается у мальчиков, что так же свидетельствует о зависимости возникновении данного вида нарушений от половой принадлежности ребенка. Выявленные нарушения и отмеченные различия в их частоте у мальчиков и девочек, вероятно, обусловлены нейровегетативными особенностями организма детей в этом возрасте. Нарушения процессов реполяризации в миокарде желудочков, выявленные у здоровых детей, говорят о необходимости решения задач своевременной диагностики кардиальной патологии у детей.

0972 ВРОЖДЕННЫЕ КАРДИОПАТИИ У ДЕТЕЙ ТОКСИКОМАНОВ

Хацкель С.Б., Попов И.В.

Специализированный психоневрологический дом ребенка № 12, Санкт-Петербург, Россия

Ряд социальных и биологических факторов оказывают значительное влияние на онтогенез сердечно-сосудистой системы плода. В связи с этим представляет интерес исследование групп с высокой концентрацией факторов риска фетального периода. Подобной субпопуляцией являются воспитанники домов ребенка, у которых органическую патологию сердца и сосудов могут формировать пренатальные факторы, а функциональную патологию – перинатальные поражения головного мозга.

Цель работы. Изучение частоты и форм патологии сердечно-сосудистой системы у детей раннего возраста с перинатальными нарушениями разной этиологии.

Материал и методы. Мы обследовали 396 воспитанников домов ребенка с поражениями головного мозга разной этиологии. I группу составили 168 детей с гипоксической энцефалопатией, II – 112 детей с внутриутробной героиновой интоксикацией, III – 116 детей, матери которых злоупотребляли алкоголем. У детей не было наследственных заболеваний и «больших» пороков развития. При обнаружении сердечных шумов детям проводили функциональные пробы и визуализацию сердца.

Результаты. Частота систолического шума сердца у детей I группы составила 6%, II группы – 26%, III –11% ($p<0,001$). За редким исключением у всех их обнаружены малые аномалии сердца. Две трети аномалий представляли дополнительные хорды левого желудочка и пролапс митрального клапана, одну треть – «малые пороки» сердца и магистральных сосудов. В их числе – мелкие дефекты межжелудочковой и межпредсердной перегородок, открытое овальное окно и общий артериальный проток, которые не вызывали нарушений функций и, по мнению кардиологов, не требовали лечения и наблюдения. При сравнении видов аномалий обнаружено, что хорды и пролапс митрального клапана чаще формируются при гипоксии плода, а дефекты перегородок и сосудов – при внутриутробной интоксикации, особенно наркотической ($p<0,05$).

У каждого третьего ребенка с сердечными шумами определены так же нарушения сердечного ритма и проводимости, систолическая тахикардия, частичная блокада правой ножки пучка Гиса и феномен короткого интервала PQ.

Выводы. Токсические поражения плода приводят к дизонтогенезу сердечно-сосудистой системы значительно чаще, чем гипоксия. При этом пассивная наркомания является более агрессивным фактором, чем алкогольная интоксикация плода. Полученные данные являются основанием для дальнейших исследований и включения детей токсикоманов в группу риска по кардиоваскулярной патологии.

0973 ВЛИЯНИЕ КОАКСИЛА НА СТЕПЕНЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Химочко А.А., Осипова И.В., Погосова Н.В., Химочко Н.А.*

АГМУ, Барнаул; ФГУ «ГНИЦ ПМ Росздрава», Москва*, Россия

Целью исследования было изучить влияние коаксила на степень депрессивных расстройств и функциональный класс хронической сердечной недостаточности (ХСН) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 54 больной (26 женщин и 28 мужчин) с ХСН I-III ФК. Средний возраст пациентов 71,8±4. Для выявления и оценки депрессивных нарушений использовались госпитальная шкала тревоги и депрессии и шкала депрессии центра эпидемиологических исследований США (CES-D). Наличие у пациента депрессивных нарушений оценивалось, если значения по госпитальной шкале и CES-D превышали 10 и 18 баллов. Функциональный класс ХСН определялся по тесту 6-минутной ходьбы. Обследование проводилось на амбулаторном этапе, повторное через месяц после лечения. Пациенты обеих групп получали стандартную терапию ХСН, с учетом АГ, ИБС. Критерии исключения: выраженные проявления других соматических заболеваний, онкологические заболевания, деменция. Методом рандомизации пациенты были разделены на 2 группы: основная (n=29) дополнительно к базисной терапии ХСН получала коаксил в дозе 12,5мг 2 раза/сут.; контрольная (n=25) базисную терапию ХСН. Все пациенты вели ежедневный дневник самонаблюдения.

Результаты. На момент начала лечения средняя дистанция ходьбы составляла: 416,37±2,04 метров в основной группе и 402±2,2 в контрольной. Через месяц наблюдения прирост дистанции ходьбы в основной группе составил 56,2±3,9м ($p<0,05$); в контрольной 32,5±9,5м. Средний функциональный класс ходьбы на момент начала лечения составлял в основной группе составлял 1,8±0,4ФК, через месяц 1,4±0,3 ($p<0,05$). В группе контроля 1,7±0,6 и 1,5±0,4 ($p<0,05$) соответственно.

Средний балл по шкале тревоги и депрессии в начале лечения достоверно не отличался через месяц и составлял в основной группе 18,3±1,06 и 14,0±3,29; в группе контроля – 16,0±0,22 и 14,96±1,17 ($p=0,122$).

По результатам опросника CES-D достоверные различия выявлены только в основной группе, где наблюдалась следующая динамика: в начале лечения средний балл составлял 21,7±3,3, через месяц 17,5±4,3. В контрольной группе 19,22±6,9, через месяц 18,2±3,67 ($p=0,140$).

Кроме того, пациенты основной группы через месяц лечения отмечали улучшение клинического состояния: уменьшение перебоев на 20%, частоты приступов стенокардии на 35%, уменьшение одышки. Также уменьшилось количество жалоб на беспокойство, тревогу. В 100% случаев больные отметили улуч-

Tesis_006_end.indd 409 24.08.2006 22:26:19
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

шение сна. Следующий опрос и осмотр больных планируется через 3 и 6 месяцев лечения.

Выводы: учитывая более выраженную динамику теста 6-минутной ходьбы и уменьшение депрессивных расстройств в основной группе можно сделать вывод о положительном влиянии коаксила на течение хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста.

0974 ПРООКСИДАНТНЫЕ И АНТИОКСИДАНТНЫЕ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС

*Хлудеева Е.А., Потапов В.Н, Суханова Г.И., Лупач Н.М., *Лукьянов П.А.*

ГОУ ВПО ВГМУ, Владивосток, Россия; *ТИБОХ ДВО РАН, Владивосток, Россия

В настоящее время установлена важная роль статинов в лечении ИБС, клинически подтверждены противовоспалительные эффекты, влияние на дисфункцию эндотелия, на процессы тромбообразования. В развитии атеросклероза имеет место также и активации перекисного окисления липидов (ПОЛ). У больных с ИБС и АГ регистрируется дисбаланс прооксидантно-антиоксидантного статуса, обусловленный снижением уровня активности внутриклеточных антиоксидантных систем. Вопрос о показателях анти и прооксидантного статуса как одного из критериев эффективности терапии статинами остается открытым.

Целью работы явилось изучение оксидантного статуса у больных ИБС и АГ, возможности его коррекции статинами.

В исследование включены 80 больных ИБС, 20 с АГ 3 ст., риск 3 и 30 здоровых лиц. ИБС была документирована клинически (стабильная стенокардия 2-3 ф.к.). Критериями отбора служили также данные анамнеза перенесенный инфаркт, уровень холестерина более 5,0 ммоль/л, ЛПНП более 3,0 ммоль/л, триглицерин не более 3,5 ммоль/л. Диагноз ИБС подтверждён данными ВЭМ. Крупноочаговый инфаркт перенесли 39 больных, что составило 49%, средний возраст 57,6 лет. Всем больным определялись холестерин, триглицерин, ЛПНП, ЛПВП, ТГ. Всем больным проведена ангиография.

Больные разделены на 5 групп: 1 группа- 30 здоровых лиц (контрольная группа 1), 2 группа - 20 больных АГ, 3 группа - 20 больных ИБС, стенокардией 2ф. класса, 4 группа - 30 больных ИБС, стенокардия 3 ф.класса, 5 группа - 30 больных после лечения аторвастатином (липримар 10 мг) в течение 12 недель. Для суждения об оксидантном статусе определяли общую антиоксидантную и прооксидантную активность сыворотки крови по методике, разработанной в ТИБОХ ДВО РАН.

В ходе проведенного исследования получены следующие результаты: средний уровень холестерина составил 6,3+0,1 ммоль/л, ЛПНП – 3,8+0,08 ммоль/л, триглицеридов 2,1+0,1 ммоль/л,, ЛПВП - 1,0+0,2 ммоль/л. В группе здоровых лиц среднее значение показателя антиоксидантной активности (АОА) составило 126±0,7%, показателя прооксидантной активности (ПроОА) – 11±0,4%. Отношение прооксидантной активности к антиоксидантной составило 0,09 . У больных с АГ и у больных ИБС 3 и 4 групп данное отношение было значительно выше - 0,129±0,4, 0,161±0,60 и 0,188±0,5соответственно. В 5 группе до лечения 0,165±0,4 и после лечения 0,155± 0,5.

Таким образом, у больных ИБС и АГ выявлен выраженный дисбаланс ПроОА и АОА. На фоне лечения статинами не получено достоверной разницы в улучшении антиоксидантного статуса больных. Полученные результаты позволяют рекомендовать больным с ИБС дополнительно к гипохолесеринемической терапии статинами использование антиоксидантов.

0975 ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ

Хлынова О.В., Аршин Е.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Росздрава», Пермь, Россия

Частота ортостатических инцидентов среди больных артериальной гипертонией (АГ) составляет от 20 до 30%. При этом, генез постуральной недостаточности не всегда может быть объяснен только проводимой у таких пациентов вазоактивной терапией или развивающимися церебральными расстройствами. Не исключено, что эти нарушения являются результатом структурно-функциональной перестройки всей сердечно-сосудистой системы, происходящей при АГ, в том числе её венозного звена. Для подтверждения данной гипотезы и было проведено настоящее исследование.

Материалы и методы. Обследовано 184 больных первичной АГ I-II стадии, 1-3-й степени по уровню АД, 2-3-й категории риска, средний возраст которых 42,3±6,93 года. Для обследования использовали специально разработанный диагностический комплекс: исследование центральной гемодинамики, артериального кровотока, состояния периферической венозной системы. Ортостатическая проба проводилась по “классическому” протоколу W. Birkmayer (1976), при этом дополнительно в структуру протокола были включены исследования венозной системы с оценкой емкостно-тонических и кинетических характеристик. В итоге проводили оценку реакции центральной гемодинамики, артериального и венозного кровообращения пациентов на ортостатическую нагрузку по Н.П. Москаленко (1979). Для изучения возможности прогнозирования развития ортостатической недостаточности использовали метод дискриминантного анализа, выделяющего количественные признаки классификационных категорий, что делает возможным прогнозирование развитие ортостатической недостаточности у больных АГ с учетом исходного клинико-гемодинамического фона.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что в 60% случаев ответ системы кровообращения соответствовал симпатикотоническому типу реагирования, в 22% - отмечался гиперсимпатикотонический тип реакции. Адекватный ответ сердечно-сосудистой системы, соответствующий варианту нормы, имел место в 18% случаев. С помощью корреляций было отмечено, что на динамику основных актуальных величин у больных АГ в ходе ортостатической пробы влияли: возраст пациента, стадия АГ, а также исходный уровень состояния ЦГД и венозной гемодинамики. В связи с этим мы изучили особенности ортостатической устойчивости в группе наблюдения в зависимости от выделенных факторов. Так оказалось, что потенциально предрасположенными к ортостатическим нарушениям являются лица старше 40 лет, имеющие I стадию АГ, чрезмерно гипокинетический тип гемоциркуляции или гипертонию выброса II стадии, ассоциированную с динамической лабильностью венозных сосудов. Согласно прогностической формуле получилось, что чем ниже исходные показатели насосной функции сердца, чем выше тонус артериальных и венозных сосудов в клиностазе, сочетающийся с более старшим возрастом пациента, тем ниже базальный уровень ортостатической толерантности, приводящий к развитию субъективных и объективных признаков её недостаточности.

0976 ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕБИВОЛОЛА

Хлынова О.В., Туев А.В., Аршин Е.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия Росздрава», Пермь, Россия

Цель: изучить возможности оптимизации гипотензивной терапии с учетом особенностей влияния небиволола на отдельные звенья сердечно-сосудистой системы и характер сущес-

Tesis_006_end.indd 410 24.08.2006 22:26:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

твующих между ними взаимосвязей у больных артериальной гипертонией (АГ).

Методы: в группу наблюдения вошли 20 пациентов с АГ (средний возраст 41,65±9,0 лет). Всем больным проводили до и после лечения исследование центральной гемодинамики (ЦГД) и упруго-эластических свойств артериальной системы по данным реокардиографии, оценку структурно-морфологического состояния артериальной и венозной систем по показателям допплер-эхокардиографии, изучение функциональных особенностей периферической венозных сосудов при помощи модифицированного метода окклюзионной плетизмографии, анализ структурно-функционального состояния миокарда левого желудочка по показателям эхокардиографии, а также пробу с активным ортостазом. Для изучения возможности прогнозирования развития особых гемодинамических ситуаций при проведении гипотензивной терапии, а также для изучения значимости оценки исходных структурно-функциональных параметров сердечно-сосудистой системы у больных АГ, необходимой для оптимизации проводимой терапии, использовали метод дискриминантного анализа, выделяющего количественные признаки классификационных категорий, и позволяющий рассчитать прогностические баллы значимости изучаемых величин.

Результаты: после 4-х недель терапии небилетом (небиволол, Германия, Berlin-Chemie AG/ Menarini Group) в суточной дозировке 5 мг, целевой эффект препарата (снижение диастолического АД ниже 85 Мм рт. ст.) был достигнут у 15 человек (в 45% случаев).

Классификационно-прогностическая формула (Wilks lambda=0,87, p=0,043) для небиволола выглядит следующим образом:

p= 0,05*ЧСС+0,004*ОПС+0,034*ВТ-0,01*ММЛЖ-0,019*УО-10,9,

где р – прогностический балл;

ЧСС - частота сердечных сокращений, уд./мин. (в клиностазе);

ОПС – общее периферическое сопротивление, дин.с.см-5 (в клиностазе);

ВТ – венозный тонус, мм рт. ст./мл/ 100 г ткани (в клиностазе);

ММЛЖ – масса миокарда левого желудочка, г;

УО – ударный объем, мл (в клиностазе).

Из чего следует, что препарат является оптимальным для лиц, имеющих исходно большую ЧСС, высокий уровень ОПС и ВТ, меньшую ММЛЖ и низкую толерантность к ортостатическим нагрузкам (значимое снижение УО в ортостазе).

Выводы: результаты проведенного исследования показали, что небиволол может быть препаратом выбора для больных АГ I и II стадии с исходно гипер- и чрезмерно гипокинетическим типами ЦГД, с нормальной геометрией левого желудочка или его эксцентрической гипертрофией, в сочетании с низкой толератностью к ортостатическим нагрузкам.

0977 СОСУДИСТЫЙ ПАТТЕРН ПРЕДГИПЕРТОНИИ

Ховаева Я.Б., Берг М.Д., Ховаев Ю.А.

ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, Пермь, Россия

Известна роль предгипертонии как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний (гипертонии, инфаркта миокарда). Целью настоящего исследования было изучение особенностей ремоделирования сосудистого русла у лиц с предгипертонией

Обследован 71 человек с предгипертонией (АД 130-139/85-89 Мм рт. ст.) и 105 человек с оптимальным артериальным давлением (АД) - менее 120/80 Мм рт. ст. Исследование включало эхокардиографию и окклюзионную плетизмографию.

У лиц с предгипертонией по сравнению с группой лиц с оптимальным АД выявлено увеличение диаметра начального отдела аорты (2,52±0,05 и 2,26±0,04 см, p<0,05, соответственно), повышено ее тангенциальное напряжение (202,3±4,2 и 132,2±3,2 дин/с/см-5, p<0,001), характеристический импеданс (52,3±3,7 и 40,6±1,5 дин/с/см-5, p<0,05), выявлена тенденция к повышению эластического сопротивления аорты(1470,9±96,8 и 1289,7±63,0 дин/с/см-5, p=0,1). У лиц с предгипертонией повышено общее периферическое сопротивление сосудов (1787,6±124,0 и 1504,5±52,1 дин/с/см-5, p<0,05), сопротивление сосудов голени (36,5±3,8 и 23,2±2,3 Мм рт. ст./мл/мин/100г, p<0,01), миогенный тонус прекапиллярных сосудов предплечья (1,71±0,1 и 1,29±0,08 Мм рт. ст./ мл/мин/100г, p<0,05) и голени (3,11±0,24 и 2,10±0,14 Мм рт. ст./ мл/мин/100г, p<0,001), базальное сопротивление прекапиллярных сосудов предплечья (1,35±0,07 и 1,10±0,05 Мм рт. ст./ мл/мин/100г, p<0,01) и голени (2,75±0,22 и 1,94±0,17 Мм рт. ст./ мл/мин/100г, p<0,01). У них выявлено также снижение активности эндотелиального релаксирующего механизма периферических артерий (0,87±0,04 и 0,99±0,04 %мм рт.ст., p<0,05). Со стороны капиллярного кровообращения отмечается уменьшение количества функционирующих капилляров в тканях предплечья (29,6±1,3 и 34,6±1,6%, p<0,05) и голени (44,4±2,3 и 52,2±2,1%, p<0,05), снижение коэффициента капиллярной фильтрации в предплечье (26,0±1,5 и 33,2±1,7 мл/мин/100 г/10-3, p<0,01) и голени (20,0±1,5 и 26,3±1,4 мл/мин/100 г/10-3, p<0,01). Изменено также состояние венозного русла. Повышен миогенный тонус посткапиллярных сосудов сопротивления в предплечье (0,042±0,002 и 0,038±0,002 Мм рт. ст./мл/мин/100г, p<0,01) и общее посткапиллярное сопротивление в голени (0,909±0,059 и 0,864±0,05 Мм рт. ст./мл/мин/100г, p<0,05). В региональных венах отмечается снижение прироста венозной емкости в предплечье (18,2±1,1 и 22,0±0,9 мл/100 г, p<0,01) и голени (12,6±0,9 и 17,6±0,9 мл/100г, p<0,001). Увеличен также коэффициент объемной упругости вен предплечья (0,420±0,045 и 0,294±0,011 Мм рт. ст./мл-1, p<0,01).

Таким образом, предгипертония характеризуется неблагоприятными для гемодинамики сдвигами со стороны всех звеньев сосудистого русла – аорты, региональных артерий, капиллярного русла, посткапиллярных сосудов и региональных вен. Описанный паттерн ремоделирования сосудистого русла у лиц с предгипертонией служит основой для развития патологии сердечно-сосудистой системы.

0978 ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АНГИОПЛАСТИКУ, СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ

Хорошаева Р.А., Шарапов Н.У., Зуфаров М.М.

Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. академика В.В. Вахидова Ташкент, Узбекистан

На современном этапе, наряду с коронарным шунтированием, в клиническую практику лечения больных с ишемической болезнью сердца широко внедряются методы транслюминальной баллонной ангиопластики и стентирования коронарных артерий.

Цель исследования: разработка алгоритма использования комплекса неинвазивных методов диагностики при определении показаний к коронаровентрикулографии, ангиопластике, стентированию коронарных артерий и коронарному шунтированию.

Обследовано 160 больных с ИБС в возрасте 37-74 лет. (152-мужчины и 8 женщин).

В зависимости от степени выраженности ИБС и возможности к выполнению диагностических проб, использовались ЭКГ, ручная и велоэргометрия, изометрическая нагрузка и стресс тест с дипиридамолом в сочетании с эхокардиографией, коронаровентрикулография по методу Сельдингера.

У больных со стабильной стенокардией в диагностике использовали вело- и ручную эргометрию, стресс-эхокардиографию с дипиридамолом. При стенокардии покоя, прогрессирующей и нестабильной стенокардии, после проведения медикаментозной терапии, предпочтение отдавали использованию изометрической нагрузке в сочетании с эхокардиографией.

Tesis_006_end.indd 411 24.08.2006 22:26:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Установлена эффективность дифференцированного использования диагностических проб, разработан алгоритм применения различных неинвазивных методов исследования у больных с ИБС различной степени тяжести при отборе на ангиопластику, стентирование коронарных артерий и коронарное шунтирование.

0979 ПРОПАФЕНОН И СОТАЛОЛ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НА ФОНЕ СКРЫТОГО WPW-СИНДРОМА

Хорькова Н.Ю.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Целью работы явилось сравнительное изучение эффективности и влияния на электрофизиологические показатели сердца пропафенона и соталола, у пациентов с пароксизмальными ортодромными тахикардиями (ОТ) на фоне скрытого WPW-синдрома.

Материал и методы. В исследование включено 7 пациентов (5 женщин и 2 мужчин, средний возраст 47,6±12,6 лет), страдающих пароксизмальной ОТ. Оценка электрофизиологических параметров проводилась методом чреспищеводного электрофизиологического исследования, выполняемого до назначения антиаритмической терапии, на высоте действия 150 мг пропафенона и 80 мг соталола.

Результаты. Оба препарата полностью предотвращали индуцирование пароксизмов тахикардии у 2 пациентов, не оказывали эффекта у 2 больных, еще у 2 – эффект оказывал только один из препаратов, у 1 – на фоне приема соталола синусовый ритм восстанавливался спонтанно.

Соталол и пропафенон по-разному изменяли показатели проводящей системы сердца. Пропафенон оказывал более выраженное влияние на внутрипредсердное (увеличение зубца Р с 98±9 до 110±11, $p<0,05$ для пропафенона и до 103±11 для соталола) и внутрижелудочковое (увеличение продолжительности комплекса QRS с 100±6 до 108±10, $p<0,05$ и до 102±10, соответственно) проведения. На фоне приема препаратов отмечалось достоверное увеличение интервала PQ и уменьшение точки Венкебаха ($p\geq0,05$), но без значимых различий этих величин при перекрестном сравнении. Соталол в большей степени, чем пропафенон увеличивал интервал Р-Р (с 814±117 до 1049±124 мсек для соталола, $p\geq0,05$, и до 836±118 мсек для пропафенона) и время восстановления синусового узла (с 1165±134 до 1454±185 мсек, $p\geq0,05$, и до 1238±166 мсек соответственно, $p\geq0,05$, с различием величины показателей РР и ВВФСУ при перекрестном сравнении, $p\geq0,05$). При оценке изменений корригированного времени восстановления функции синусового узла на фоне приема препаратов (в сравнении с исходными значениями и между собой) достоверных различий не выявлено.

Выводы. Пропафенон и соталол имеют примерно одинаковую антиаритмическую эффективность. Пропафенон оказывает более выраженное и стабильное влияние на внутрипредсердное и внутрижелудочковое проведения. В сравнении с пропафеноном соталол в большей степени угнетает функцию синусового узла, а также увеличивает рефрактерность атриовентрикулярного соединения.

0980 ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ АВ-УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ

Хорькова Н.Ю., Харац В.Е., Колунин Г.В., Рычков А.Ю.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: изучить динамику электрофизиологических показателей синусового узла и атриовентрикулярного соединения (АВС) у пациентов с пароксизмальными АВ-узловыми реципрокными тахикардиями (АВУРТ) в отдаленном (через 1 месяц и через 1 год) периоде после проведения операции радиочастотной аблации (РЧА).

Материал и методы: в исследование включено 46 пациентов (12 мужчин и 34 женщины, средний возраст 41,7±10,4 лет) с пароксизмальной АВУРТ, которым была проведена эффективная операция - РЧ-модификация области медленных проводящих путей. Оценка электрофизиологических параметров проводилась методом чреспищеводного электрофизиологического исследования (ЧпЭФИ), выполняемого до, на следующий день (n=46), через месяц (n=31) и через 1 год (n=17) после процедуры РЧА. Оценивались: зубец Р на синусовом ритме, интервал PQ, комплекс QRS, интервал QT, корригированный интервал QT (QTc), интервал РР, время восстановления функции синусового узла (ВВФСУ), корригированное ВВФСУ (КВВФСУ), эффективный рефрактерный период АВС на базовом ритме с частотой 100 имп/мин (ЭРП АВС), точка Венкебаха (тВ).

Результаты: у всех пациентов, которым проводилось ЧпЭФИ через 1 месяц и через 1 год после операции, пароксизмы тахикардии не индуцировались. При оценке зубца Р, комплекса QRS в отдаленном периоде после операции достоверных различий не выявлено. Отмечено увеличение интервала QT через 1 месяц ($p<0,05$) и через 1 год ($p<0,001$) в сравнении с данными после операции, но без динамики при пересчете на QTc. В отдаленном периоде (через 1 месяц и год) после РЧА отмечено увеличение интервала РР ($p<0,05$). Достоверных изменений ВВФСУ и КВВФСУ не выявлено. При изучении показателей, характеризующих функциональное состояние АВС, выявлено закономерное уменьшение точки Венкебаха сразу после операции (с 171±21 до 148±24, $p<0,001$), сохраняющееся через 1 месяц (с 169±22 до 149±27, $p<0,001$) и через 1 год (с 170±27 до 146±28, $p<0,001$) после операции по сравнению с исходными значениями. Величина ЭРП АВС достоверно увеличилась сразу после операции (с 290±38 до 368±68, $p<0,001$), величина этого показателя сохранилась и в отдаленном периоде ($p<0,001$). Выявлена динамика ЭРП АВС через 1 год после РЧА в сравнении с данными сразу после операции (351±71 до 405±97, $p<0,05$). Отмечена тенденция к удлинению интервала PQ сразу после операции ($p=0,07$), с последующей достоверной динамикой через 1 месяц (с 139±20 до 145±25, $p<0,05$) и через 1 год (с 138±21 до 144±22, $p<0,05$) от исходных данных.

Выводы: проведение ЧпЭФИ в отдаленном периоде после РЧА показало сохранение увеличения рефрактерности АВС, вероятно обусловленное процессами рубцевания. Выявлена динамика интервала РР и QT, по-видимому, обусловленная нейровегетативными влияниями с последующей нормализацией через 1 месяц и год после оперативного вмешательства.

0981 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: ОСОБЕННОСТИ СИМПАТИЧЕСКИХ И ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ ВЛИЯНИЙ НА МИОКАРД

Хохлова Ю.А.

Смоленская государственная медицинская академия, Смоленск, Россия

Одним из методов исследования активности нейрогуморальных систем, играющих важнейшую роль в оценке течения инфаркта миокарда (ИМ), является изучение вариабельности ритма сердца (ВРС). При сочетанном же течении ИМ и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) особенности вегетативной регуляции сердечно ритма не изучались.

Цель исследования - изучить особенности вегетативной регуляции сердечного ритма у больных ИМ в сочетании с ХОБЛ (ИМ+ХОБЛ).

Tesis_006_end.indd 412 24.08.2006 22:26:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Материалы и методы исследования. Основную группу наблюдения составили 55 больных ИМ+ХОБЛ, группу сравнения - 17 пациентов ИМ без ХОБЛ (все - мужчины трудоспособного возраста). Суточная регистрация ЭКГ в 1-е сутки острого ИМ проводилась с использованием системы холтеровского мониторирования DRG Mediark Holter Win P-V и включала временной анализ ВРС. Рассчитывались следующие показатели ВРС: SDNN (мс) - стандартное отклонение всех RR интервалов; pNN50 (%) - процентная представленность эпизодов различия последовательных интервалов RR более чем на 50 мс; RMSD (мс) - квадратный корень суммы разностей последовательных RR интервалов. За нормативные показатели принимались средние показатели ВРС по данным T. Umetahi (1997г.).

Результаты исследования и обсуждение. У всех исследуемых больных мы выявили снижение SDNN (ИМ+ХОБЛ 79,6 0,7, мс, ИМ без ХОБЛ 92,2 5,6 мс), в большей степени при ИМ+ХОБЛ ($p<0,05$), что отражает повышенный тонус симпатической нервной системы. В литературе имеются указания, что SDNN тесно взаимосвязан с мощностью спектра в диапазоне ультранизких частот, физиологические коррелянты которого до конца не установлены, но предполагается модулирующая активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС). Мы можем предположить, что у больных ИМ+ХОБЛ наблюдается более выраженная активация РААС, что и способствовало дополнительному снижению SDNN.

Однако у больных ИМ+ХОБЛ обращали внимание более высокие показатели, отражающие тонус n. vagus - pNN50 и RMSD, в отличие от группы контроля, (соответственно, pNN50, % - 6,1 0,06 и 3,1 1,8; RMSSD, мс - 38,5 0,4 и 20,8 2,1; $p<0,05$). “Сохранный” тонус парасимпатической нервной системы (ПСНП) у больных ИМ+ХОБЛ мы можем объяснить преобладанием нижнего ИМ (52% против 40% по сравнению с контрольной группой, $p<0,05$), что часто сопряжено с активацией ПССН, а также наличием сопутствующей ХОБЛ, при которой также выявляется повышение тонуса ПСНС.

Выводы:

1) Для больных ИМ+ХОБЛ характерна выраженная активация симпатической нервной системы, сочетающаяся с “сохранным” тонусом ПСНС.
2) Необходимо продолжить дальнейшее изучения причин снижения показателя SDNN у больных ИМ+ХОБЛ.

0982 ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОНКОР КОР В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Хрипунова И.Г.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель исследования. Несмотря на значительное снижение частоты острой ревматической лихорадки, приобретенные пороки сердца по-прежнему остаются серьезной проблемой для здравоохранения как возможная причина развития хронической сердечной недостаточности (ХСН). В связи с этим представляло интерес изучение влияния селективного бета-адреноблокатора конкора кор на выраженность ХСН у больных с приобретенными пороками сердца.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 22 больных (18 женщин и 4 мужчины в возрасте от 35 до 48 лет) с приобретенными пороками сердца ревматического генеза, осложнившимися ХСН II-III ФК по NYHA. У 50% (11 чел) наблюдаемых были митральные пороки без четкого преобладания стеноза и недостаточности, у 50% (11 чел) - митральные пороки с преобладанием стеноза (у 6 из них имелась постоянная форма мерцательной аритмии - МА - с наклонностью к тахисистолии). У всех пациентов были клинические проявления хронической сердечной недостаточности, соответствовавшие II ФК (10 чел) и III ФК (12 чел) по NYHA. У больных с III ФК была выявлена легочная гипертензия. ЧСС в начале лечения была в среднем 88 ± 8,5 ударов в Минуту, среднее АД 150/95 Мм рт. ст. Продолжительность наблюдения составляла 4 месяца. Всем наблюдаемым пациентам помимо противоревматической терапии (антибиотиков, селективных ЦОГ-2 нестероидных противовоспалительных средств) для лечения ХСН был назначен препарат конкор кор в начальной дозе 1,25 мг/сут. с последующим ее повышением 1 раз в 2 недели на 1,25 мг до получения эффекта или урежения ЧСС до 50-55 ударов в Минуту в покое. У больных с тахисистолической формой МА бета-адреноблокатор сочетался с дигоксином. Пациентам с ХСН III ФК к лечению добавлялись диуретики.

Результаты. К концу периода наблюдения удалось достигнуть уменьшения клинических проявлений ХСН у всех наблюдавшихся больных. У пациентов с ХСН II ФК максимальная эффективная доза конкора кор, на которой было достигнуто урежение ЧСС до целевых значений и уменьшение клинических проявлений ХСН, составила 5 мг/сут. У больных с ХСН III ФК, не имевшим МА, максимально достаточной оказалась доза 7,5 мг/сут. У 6 пациентов с МА и ХСН III ФК доза конкора кор, необходимая для уменьшения проявлений тахиаритмии и ХСН, была 8,75 мг/сут. У больных с ХСН III ФК на фоне лечения уменьшились проявления легочной гипертензии. На фоне проводимой терапии АД снизилось в среднем до 140/90 Мм рт. ст. Переносимость конкора кор была хорошей у 82% больных, удовлетворительной - у 14%; у одного пациента с 7-го дня приема было отмечено некоторое снижения слуха, которое при уменьшении дозы исчезло.

Выводы. Терапия ХСН у больных с приобретенными митральными пороками сердца препаратом конкор кор эффективна и может применяться при отсутствии общих противопоказаний к селективным бета-адреноблокаторам.

0983 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ ПО КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ

Хуранова Л.М., Кушхова Т.К., Хуранов М.М.

Кабардино-Балкарский государственный университет, санаторий «Голубые ели», Нальчик, Россия

Целью настоящего исследования было изучение эффективности обучающих программ по коррекции факторов риска (ФР) сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в условиях санатория и. целесообразности их внедрения на курорте Нальчик.

Материал и методы. Из пациентов санатория Минсельхоза Кабардино-Балкарской республики (КБР) отобрано 70 мужчин 35-60 лет – сельских жителей, имеющих поведенческие ФР ССЗ, но без признаков ИБС, перенесенного инфаркта миокарда, мозгового инсульта. Из отобранных мужчин обучение в специально организованной «Школе здоровья» прошли 40 чел, в контрольную группу вошли 32 чел. Целевая группа формировалась из пациентов с 1-2 ст. АГ, в сочетании с одним или несколькими ФР ССЗ: неправильным питанием, курением, избыточной массой тела (ИМТ), депрессией, низкой физической активностью (НФА). Обучение навыкам управления гипотензивной терапией, организации рационального питания и ведения здорового образа жизни (ЗОЖ) состояло из 8 занятий по 90 Мин. Численность пациентов в группе не превышала 10 чел.

В работе школы использовались технологии, разработанные ГНИЦ профилактической медицины Минсоцздрава РФ. При подборе препаратов для гипотензивной терапии, консультировании по ведению ЗОЖ учитывались экономические возможности и национальная принадлежность пациентов. Наблюдение за целевой и контрольной группами осуществлялось в течение одного года.

Tesis_006_end.indd 413 24.08.2006 22:26:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. В целевой группе уровень систолического АД (САД): до обучения -154,2±2,0; через год после обучения - 132,0±2,4 Мм рт. ст.; в контрольной группе: исходный уровень САД – 150,0±2,1; через год - 156,0±2,3 Мм рт. ст. ($p<0,001$ по отношению к контрольной группе).Уровень диастолического АД (ДАД) в целевой группе: до обучения - 92,2±2,0, через год после обучения – 84,3±1,8 Мм рт. ст.; в контрольной группе: исходный уровень ДАД - 92,0±2,8, через год - 96,6±1,6 мм рт.ст ($p<0,001$ по отношению к контрольной группе). В целевой группе также достоверно уменьшились распространенность депрессии ($p<0,01$) и количество выкуриваемых сигарет ($p< 0,001$ по отношению к контрольной группе).

Оценка одного из аспектов экономической эффективности обучения показала, что при условии приверженности к лечению средняя стоимость терапии АГ, протекающей без осложнений, в среднем составляет – 4,1 руб./сутки. Средняя стоимость терапии АГ в контрольной группе составила - 12,5 руб./сутки.

Выводы. Санаторий является оптимальным местом формирования приверженности к лечению и ведению ЗОЖ, так как в период пребывания в нем пациенты имеют достаточно свободного времени и повышенную мотивацию к улучшению своего здоровья. Внедрение обучающих программ в практику санаториев курорта Нальчик может внести существенный вклад в улучшение состояния здоровья населения КБР и стать значительным подспорьем сельскому здравоохранению республики.

0984 ДИНАМИКА ЛИПИДОКИСЛЯЮЩИХ АНТИТЕЛ К CHLAMYDIA PNEUMONIAE У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ

Чалык Н.Е., Довгалевский П.Я., Клочков В.А., Ансимова О.М., Petyaev I.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава , Саратов, Россия; Cambridge Theranostics Ltd., Кембридж, Великобритания

Цель исследования. Антитела к Chlamydia pneumoniae могут обладать ферментативными липидокисляющими свойствами и называются эбзаймами (antibodies + enzyme). Целью исследования было изучение динамики активности эбзаймов у больных ИБС под влиянием лечения антибиотиками различных классов.

Под нашим наблюдением находились 60 пациентов (разделенных поровну на две группы) с хронической ишемической болезнью сердца (включая больных, имевших стенокардию напряжения I-IV ф.кл, артериальную гипертонию и перенесенный инфаркт миокарда) с наличием антител класса IgG (в титре 1:16 и более) к Chlamydia pneumoniae.

Методы исследования. Определение активности эбзаймов проводилась по изменению уровня малонового диальдегида (МДА). Группа А получала азитромицин в течение 2 месяцев в дозе 500 мг в сутки; группа В принимала доксициклин в дозе 100 мг в сутки в течение 1,5 месяца. После окончания курсов повторно определялась реакция уровня МДА на диагностический хламидийный антиген.

Полученные результаты. Средний исходный уровень МДА в группе А составил 212 мкМ/мл, среднее значение показателя после добавления антигена было равным 256 мкМ/мл, (среднее положительное отклонение составило +44 мкМ/мл). По окончании лечения азитромицином уровень МДА уменьшился до 148мкМ/мл, после добавления хламидийного антигена – 146 мкМ/мл, (среднее отрицательное значение отклонения составило -2 мкм/мл). Средний исходный уровень МДА в группе В составил 240 мкМ/мл, среднее значение показателя после добавления антигена было равным 277 мкМ/мл (среднее отклонение равнялось +37 мкМ/мл). По окончании курса лечения доксициклином уровень МДА снизился до 207 мкМ/мл, после добавления хламидийного антигена – 212 мкМ/мл (среднее отклонение составило +5 мкМ/мл).

При наблюдении за этими показателями после окончании курса лечения выявилась обратная динамика: в группе А после антимикробной терапии активность эбзаймов достигла исходного уровня только через 6 месяцев, в то время как во второй группе В уже к 3 месяцу.

Выводы. Полученные результаты с одной стороны косвенно свидетельствуют об участии микроорганизма Chlamydia pneumoniae в одном из важнейших звеньев патогенеза атеросклероза, с другой стороны подчеркивают преимущественное влиянии антибиотика азитромицина как на сам микроорганизм, так и на перекисное окисление липидов (в том числе индуцированное липидокисляющими антителами) по сравнению с доксициклином - факт, ранее показанный в опытах in vitro (I. Petyaev, 2001).

0985 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Черных Т.М., Рыжкова В.М.

ГОУ ВПО ВГМА им. Н.Н. Бурденко Росздрава, Воронеж, Россия

Цель: оценить эффективность сочетанной терапии амлодипином (кардилопином) и НПВП (мовалисом) у больных артериальной гипертонией (АГ) с сопутствующим остеоартрозом (ОА).

Методы: эффективность терапии кардилопином (исходно 5 мг/сут. с последующим титрованием дозы) исследована у 30 больных АГ I и II степени (низким и умеренным ССР по SCORE) с достоверным диагнозом ОА (Altman R.D., 1995): гонартрозом (II стадия по Келлгрену) в 85%, коксартрозом (II стадия по Келлгрену) – в 15% случаев. Средний возраст больных 53,2±2,5 года, большинство – женщины. Длительность АГ в среднем 10,7 лет, ОА - 8,4 года. После верификации диагноза, под контролем СМАД, пациентам подбирали гипотензивную терапию кардилопином. Первоначальная доза кардилопина составляла 5 мг/сут. , при недостаточном эффекте через 2 недели доза увеличивалась до 10 мг/сут. Для лечения ОА добавляли мовалис в дозе 15мг/сут., с последующим переходом на поддерживающую терапию в дозе 7,5 мг/сут. Эффективность кардилопина оценивали по результатам СМАД, проводимого 1 раз в месяц. Эффективность мовалиса - по ВАШ индексу Womac, индексу Lequesne. Срок наблюдения составил 3 месяца.

Результаты: по истечении двух месяцев лечения наблюдалось снижение: среднесуточного АД (САД) с 138,6±2,2 до 119,3±0,9 Мм рт. ст.; среднесуточного диастолического АД (ДАД) с 84,8±1,4 до 74±1,3 Мм рт. ст.; дневного САД с 143,5±0,77 до 123,6±1,3 Мм рт. ст., дневного ДАД с 89,2±1,84 до 80,3±1,3 Мм рт. ст.; ночного САД с 125,8±3,08 до112,3±1,7 Мм рт. ст., ночного ДАД с 73,4±0,36 до 68,3±4,2 Мм рт. ст. При этом достоверного изменения среднесуточной и дневной ЧСС не наблюдалось, ночная ЧСС увеличилось с 54,8±4,5 до 60±6 уд в Мин. Гипотензивный эффект сочетался с Отмечалось уменьшение болевого синдрома по ВАШ с 65 мм до 25 мм, улучшением показателей индексов Womac и Lequesne.

Выводы: полученные данные свидетельствуют об эффективности сочетанной терапии кардилопином и мовалисом у больных АГ с сопутствующим ОА.

0986 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Чернышева Е.В., Шутов А.М., Тармонова Л.Ю.

УГУ, УГКБСМП, Ульяновск, Россия

Актуальность. Избыточная масса тела и ожирение - один из факторов риска развития сердечно-сосудистой патологии.

Tesis_006_end.indd 414 24.08.2006 22:26:20
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Одним из основных показателей, характеризующих нутриционный статус, является индекс массы тела (ИМТ). Однако этот показатель не дает представления о структуре массы тела, в частности, о соотношении жировой и мышечной составляющей. Интерес к проблеме изучения МТ при ИБС возник в результате исследований, в ходе которых было установлено, что при увеличении МТ риск сердечно-сосудистой смертности достоверно увеличивается и резко ухудшает прогноз больных с сердечно-сосудистой патологией.

Целью исследования явилось изучение массы тела и ее составляющих у больных с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST. Обследовано 193 больных с острым коронарным синдромом без регистрации на ЭКГ подъемов сегмента ST, проходивших лечение в 1 кардиологическом отделении в период с февраля по сентябрь 2005г. Из них женщин 68, что составило 35,2%, мужчин 125 (64,7%).Средний возраст обследованных больных составил 59±11 лет. Из числа госпитализированных у 64 больных (33,1%) в анамнезе имелись указания на перенесенный инфаркт миокарда, у 152 пациентов (78,7%) на артериальную гипертензию, у 20 (10,3%) на сахарный диабет. Помимо проведения общеклинического обследования определяли рост с точностью до 0,5 см, массу тела с точностью до 0,1 кг, проводили каллиперометрию с измерением толщины кожно-жировых складок 5 областей правой половины тела с точностью до 0,1 мм и рассчитывали жировую и тощую массу тела по формуле Durnin-Womersley, процентное содержание жира, ИМТ (кг/рост (м²)), рассчитывали отношение длины окружности талии к окружности бедер. Масса тела больных составила 78,8±15,0 кг. Согласно классификации ВОЗ недостаточная масса тела выявлена у 4 (2,1%) больных, нормальная масса - у 55 (28,5%), избыточная масса - у 80 (41,5%), ожирение - у 34 (17,6%), резко выраженное ожирение - у 17 (8,8%), очень резко выраженное ожирение - у 3 (1,6%) пациентов. Жировая масса тела составила 26,5±10,0 кг, тощая масса - 52,3±9,3 кг. Избыточная масса тела была обнаружена у 134 (69,4 %) больных. Преобладание жировой ткани на туловище выявлено у 180 (93,3%) больных. Каллиперометрическим методом обнаружено, что у 158 (81,9%) пациентов процентное содержание жира в организме превышало норму. Повышенная ЖМТ выявлялась с одинаковой частотой у мужчин и женщин.

Заключение. У больных с ОКС без подъема сегмента ST с нормальной массой тела каллиперометрическим методом определяется увеличение процентного содержания жира в организме с преимущественным накоплением абдоминальной жировой ткани. Возможно, что увеличение количества висцеральной жировой ткани является одним из факторов приводящих к осложненному течению ИБС, а именно формированию острого коронарного синдрома без подъема сегмента ST. Представленные данные свидетельствуют о недостаточном внимании к коррекции нарушений нутриционного статуса, для уточнения состояния которого целесообразно более широкое использование каллиперометрии.

0987 ТРАНЗИТОРНАЯ СТРЕССОВАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST

Чернышева Е.В., Шутов А.М., Тармонова Л.Ю.

Ульяновский государственный университет, Больница скорой медицинской помощи, Ульяновск, Россия

Актуальность. В последнее время большое внимание уделяется состоянию метаболических процессов, особенно нарушениям углеводного обмена при ишемической болезни сердца. Целью исследования явилось изучение транзиторной стрессовой гипергликемии при остром коронарном синдроме (ОКС) без подъема сегмента ST.

Материал и методы. Обследовано 173 больных (мужчин – 120, женщин – 53) с ОКС без подъема ST и без сахарного диабета в анамнезе. Средний возраст больных составил 59±11 лет. Исследование тропонина и МВ-КФК и их динамику использовали для дифференциальной диагностики нестабильной стенокардии (НС) и инфаркта миокарда (ИМ). У 152 (78,7%) больных наблюдалась артериальная гипертензия. Систолическое артериальное давление при поступлении в стационар составляло 141±21,1 Мм рт. ст., диастолическое - 86,2±11,6 Мм рт. ст. Избыточную массу тела и ожирение имели 134 (69,4%) больных. Содержание глюкозы (ммоль/л) в крови изучали трижды: при поступлении, на 3 и 7 сутки лечения.

Результаты. Больных с нестабильной стенокардией было 102 (63,2%), с инфарктом миокарда - 71 (36,8%). Содержание глюкозы при поступлении составляло 6,7±2,4 ммоль/л; на 3 день 6,0±1,6 ммоль/л; и на 7-е сутки 5,8±1,3 ммоль/л. Гликемия у больных с ИМ была достоверно выше, чем у больных с НС (6,8±0,7 и 5,7±0,6 ммоль/л, соотв., p=0,04), как при поступлении, так на 3 (6,5± 0,75 и 5,5± 0,4 ммоль/л, соотв., p=0,012) и на 7 день лечения (6,4±0,8 и 5,5±0,8 ммоль/л, соотв., p=0,03). Уровень глюкозы у больных с депрессией ST на ЭКГ оказался выше, по сравнению с пациентами без данных изменений (6,8±0,74 и 5,8±0,6 ммоль/л, p=0,003). У больных с ИМ, имеющих сопутствующую артериальную гипертензию, уровень глюкозы был выше, чем у пациентов без АГ (6,7±0,41 и 5,4±0,34 ммоль/л, p=0,006). Результаты многофакторного регрессионного анализа показали что, уровень гликемии был ассоциирован с уровнем липидемии, КФК-МВ, возрастом пациентов, массой тела, и наличием АГ.

Заключение. Уровень транзиторной стрессовой гипергликемии при остром коронарном синдроме без подъема сегмента ST у больных без сахарного диабета зависит от массивности некроза миокарда, уровня липидемии, возраста пациентов, массы тела и наличия артериальной гипертензии.

0988 ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ВЗАИМОСВЯЗИ КАРДИОПАРАМЕТРОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ШЕСТИ ЛЕТ ЖИЗНИ

Чернышов В.Н., Вощинская Н.В., Тараканова Т.Д.

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

Рост ребенка и развитие его организма происходят неравномерно. Это касается и онтогенеза сердечно-сосудистой системы. Такая неравномерность развития дает основание предполагать, что на одних этапах онтогенеза формирование кардиосистемы происходит более согласованного, гармонично, на других – менее согласованно, дисгармонично. Чтобы проверить правомерность данной гипотезы, мы исследовали у здоровых детей первых 6 лет жизни возрастную динамику корреляционных связей ряда эхокардиографических параметров. В частности, оценивались связи конечного диастолического размера (КДР) с диаметром левого предсердия (ДЛП) и диаметром корня аорты (ДА). Это позволяло проследить сопряженность развития основной камеры сердца с формированием путей притока и оттока крови. Было обследовано более 600 детей. Обнаружено, что наиболее сильная корреляционная связь указанных параметров наблюдается на первом году жизни. В этом возрасте для пары КДР-ДЛП коэффициент корреляции составляет порядка 0,67, а для пары КДР-ДА – 0,69. Затем, в период с 2 до 4 лет, наблюдается постепенное снижение силы связей. Минимальных значений и у детей обоего пола коэффициенты корреляции достигают в возрасте 4 лет. Для пары КДР-ДЛП его значение находится на уровне 0,23, а для пары КДР-ДА – 0,28. В возрасте 5 лет вновь начинается рост взаимосвязи кардиопараметров. Однако этот процесс наблюдается только у девочек. В этот период коэффициенты корреляции достигают значений, соответственно, 0,43 и 0,45. У мальчиков в этом возрасте сила корреляционной связи сохраняется практически на прежнем уровне, а возрастать начинает на год позже, в 6 лет, и увеличивается, соответственно,

Tesis_006_end.indd 415 24.08.2006 22:26:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

до 0,30 и 0,50. Таким образом, основываясь на силе корреляционных связей, в развитии сердца можно выделить три характерных этапа. На первом этапе, приходящемся на 1-й год жизни ребенка, наблюдается высокая корреляционная связь параметров, отражающих размеры кардиоструктур. На втором этапе, продолжающемся с 2 до 4 лет, происходит постепенное снижение взаимосвязей, что может свидетельствовать о росте дисгармоничности в развитии сердца. И у мальчиков и у девочек такое рассогласование достигает максимальных значений на 4-м году жизни. Затем начинается третий этап, когда согласованность роста кардиоструктур вновь возрастает. У девочек это происходит уже на пятом году жизни, у мальчиков – на год позже. Следует отметить, что первый, а также пятый-шестой годы жизни – это те возрастные периоды, когда развитие детского организма характеризуется ростовыми ускорениями. Вместе с тем, если сравнивать скорость прироста массы с увеличением линейных размеров, то можно выделить периоды «округления» и «вытяжения». И, согласно нашим более ранним данным, именно период с 2 до 4-5 лет может быть охарактеризован, как период вытяжения. Использование массо-ростовых соотношений применительно к кардиоструктурам позволило нам также охарактеризовать период с 2 до 4 лет, как критический, когда происходит опережающий прирост линейных размеров сердца над приростом массы миокарда. Об этом же свидетельствуют и представленные результаты, указывающие на то, что в этот возрастной период происходит дисгармонизация в развитии структур сердца.

0989 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СКЛЕРОДЕРМИИ

Чижевская И.Д.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Патологические изменения сердца при склеродермии довольно сложны и клинически диагностируются реже, чем встречаются на самом деле. Атеросклеротическое поражение сосудов, связанное с длительной терапией глюкокортикостероидами, относится к одному из основных механизмов, лежащих в основе сосудистых катастроф при классических ревматических заболеваниях. Нарушение липидного обмена при склеродермии мало изучено, а у детей и подростков практически не изучалось.

Цель исследования - оценить функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, а также изучить состояние липидного обмена у детей и подростков, страдающих различными формами склеродермии.

Материалы и методы. Обследовано 60 детей и подростков (средний возраст детей 12,8±0,43 лет), из них 25 пациентов с системным склерозом (СС) и 35 больных с ограниченной склеродермией (ОС). Контрольную группу составили 20 детей и подростков I-II групп здоровья, не болевших в течение месяца перед обследованием.

Всем больным проводили электрокардиографическое (ЭКГ) исследование, кардиоинтервалографию, эхокардиоскопию с доплеркардиографией. В сыворотке крови всех больных СС и ОС, а также в контрольной группе определяли уровни общих липидов (ОЛ), общих фосфолипидов (ОФЛ), концентрацию общего холестерола (ОХС), ОХС в липопротеинах высокой плотности (α-ХС), триацилглицеринов (ТГ) и фракционный состав липопротеинов и рассчитывали коэффициент атерогенности (КА).

Результаты и обсуждение. По данным ЭКГ у 21 больного ОС (60%) и у 14 детей с СС (56%) наблюдались нарушения ритма и проводимости в виде синусовой аритмии, миграции источника ритма, блокады ножек пучка Гиса, метаболические нарушения (изолированно или в сочетании с другой патологией). При ультразвуковом сканировании сердца выявлены различные варианты малых сердечных аномалий у 44% детей и подростков с СС и у 45,7% с ОС. Для большинства пациентов и с ОС, и с СС характерны признаки вегетативной дисфункции с выраженным преобладанием ваготонии по исходному вегетативному тонусу и гиперсимпатикотонического типа вегетативной реактивности.

Частое сочетание малых сердечных аномалий с клиническими проявлениями нестабильности вегетативной нервной системы отражает конституциональные особенности детей и подростков с СС и с ОС и позволяет предполагать наличие единых механизмов их развития.

Выявленные изменения среди показателей, характеризующих липидный обмен у детей и подростков, страдающих СС и ОС, свидетельствуют о повышении атерогенности сыворотки крови этих больных, что может явиться дополнительным фактором риска гемодинамических нарушений.

0990 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА ОСТРОФАЗОВЫЙ ОТВЕТ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Чукаева И.И., Евдокимов Ф.А.,Орлова Н.В., Алешкин В.А., Новикова Л.И.,Зубанов Н.Я.

РГМУ, Москва, Россия ;МНИИЭМ им.Н.Г.Габричевского, Москва, Россия; ГКБ №13, Москва, Россия

Цель: проанализировать влияние ингибиторов АПФ на выраженность острофазовой воспалительной реакции у больных инфарктом миокарда.

Методы: было обследовано 74 больных с Q-образующим инфарктом миокарда, без клинических признаков недостаточности кровообращения и высокой артериальной гипертонии в анамнезе. Определялись белки острой фазы воспаления: гаптоглобин, С-реактивный белок, орозомукоид методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Проводилось лечение ингибиторами АПФ (эналаприл) в дозе 2,5 мг/сут, назначавшиеся с 3 дня инфаркта миокарда (ИМ) на фоне традиционной терапии нитратами, b-блокаторами, аспирином, гепарином. Эналаприл получали 38 пациентов, контрольная группа – 36 человек.

Результаты: уровень С-реактивного белка (СРБ) в группе больных, получавших эналаприл, на 1-е, 3-и, 4-е, 14-е и 21-е сутки ИМ составили соответственно 34,8+5,5 мкг/нл., 118,9+12,2 мкг/нл.,121,6+11,8 мкг/нл.,78,1+5,9 мкг/нл.,38,3+4,2 мкг/нл. И 34,4+8,2 мкг/нл. Уровень СРБ у больных контрольной группы составил соответственно: 34,2+6,1 мкг/нл., 118,6+10,9 мкг/нл., 123,6+12,3 мкг/нл., 79,1+6,1 мкг/нл., 37,8+5,6 мкг/нл.,32,3+6,4 мкг/нл. При анализе динамики СРБ выявлено достоверное ($p<0,005$) повышение его уровня к 3-4 суткам заболевания, с дальнейшим достоверным ($p<0,005$) снижением концентрации в обеих группах к 7-м, 14-м и 21-м суткам. Различий в значениях между основной и контрольной группами не выявлено.Уровень орозомукоида у больных, получавших эналаприл, на 1-е, 3-и, 4-е, 7-е, 14-е и 21-е сутки заболевания составил соответственно 98,2+13,6 мг/дл, 126,4+16,4 мг/дл, 145,5+13,1 мг/дл, 144,1+14,3 мг/дл, 128,6+12,1 мг/дл, 110,0+6,4 мг/дл, а в контрольной группе соответственно 104,0+15,7мг/дл, 137,4+17,0мг/дл, 153,3+15,0мг/дл, 137,5+19,6 мг/дл, 123,2+14,5 мг/дл, 112,0+6,1 мг/дл. Динамика показателей орозомукоида в обеих группах достоверно снижалась ($p<0,005$) к 14-м,21-м суткам инфаркта миокарда. Различий ни в динамике, ни в значениях белка между основной и контрольной группами не выявлено. Уровень гаптоглобина у больных, получавших эналаприл, составил на 1-е,3-и, 4-е, 14-е и 21-е сутки ИМ: 170,6+16,5 мг/дл, 242,6+13,5 мг/дл, 259,3+12,3 мг/дл, 233,1+9,7 мг/дл, 217,5+8,8 мг/дл, 142,2+8,2 мг/дл, а в контрольной группе соответственно 165,8+11,8 мг/дл, 231,3+13,2 мг/дл, 261,4+16,2 мг/дл, 254,8+10,3 мг/дл, 236,7+9,9 мг/дл и 159,8+8,7 мг/дл. При анализе динамики гаптоглобина

Tesis_006_end.indd 416 24.08.2006 22:26:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

отмечается достоверное (p<0,005) снижение уровня этого показателя в обеих группах к 7-м, 14-м и 21-м суткам. Отмечается достоверное (p<0,001) различие в уровне гаптоглобина в исследуемых группах на 7-е и 14-е сутки инфаркта миокарда.

Выводы: динамика уровня гаптоглобина при терапии эналаприлом больных инфарктом миокарда, указывает на влияние терапии ингибиторами АПФ на процессы воспаления и рубцевания в зоне инфаркта. Положительная динамика острофазового ответа на фоне приема ингибиторов АПФ совпадала с более благоприятным течением и прогнозом инфаркта миокарда.

0991 РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ТЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА.

Чукаева И.И., Орлова Н.В., Евдокимов Ф.А., Алешкин В.А., Новикова Л.И., Крейнина М.В.

РГМУ, Москва, Россия ;МНИИЭМ им.Н.Г.Габричевского, Москва, Россия

Цель: сопоставить показатели острофазового ответа и окислительного стресса с течением инфаркта миокарда.

Методы: были обследованы 181 пациент с Q-образующим инфарктом миокарда. Определение белков острой фазы воспаления (БОФ) орозомукоида, церулоплазмина, альфа 1-антитрипсина, С-реактивного белка, С-3-компонента комплемента, гаптоглобина проводилось методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Определение содержания малонового диальдегида (МДА) проводили по методу Asakawa T. Функциональную активность нейтрофилов определяли методом люминолзависимой хемилюминесценции полиморфноядерных лейкоцитов.

Результаты: в результате исследований выявлено повышение острофазовых белков: орозомукоида, a1-антитрипсина, С3-компонента комплемента, гаптоглобина, С-рекативного белка, начиная с 1-го дня заболевания, достижение максимальных уровней к 7 суткам и далее постепенное снижение активности с нормализацией к 21-30 дню инфаркта миокарда.При изучении нами динамики уровней белков острой фазы воспаления у больных с осложненным течением инфаркта миокарда (нарушение ритма и проводимости, недостаточность кровообращения, рецидивы инфаркта миокарда) выявлены более высокие уровни показателей острофазового ответа, чем при благоприятном течении заболевания. Причем изменения были статистически достоверные для следующих показателей: С-реактивный белок, орозомукоид, a1-антитрипсин, С3-компонент комплемента на 7 и 14 сутки инфаркта миокарда. И если у С-реактивного белка и С3-компонента комплемента происходила нормализация уровня к 28 дню инфаркта миокарда, как при неосложненном, так и при осложненном инфаркте миокарда, то у остальных исследуемых белков острой фазы при осложненном инфаркте миокарда нормализации уровней в госпитальный период не наблюдалось. Уровень МДА на 1-е, 3-и, 4-е, 7-е, 14-е, 21-е сутки заболевания составил соответственно 6,6+0,4 усл.ед., 6,4+0,5 усл.ед., 6,0+0,7 усл.ед., 4,8+0,8 усл.ед., 4,2+0,5 усл.ед., 4,0+0,4 усл.ед. Интенсивность хемилюминисценции полиморфноядерных лейкоцитов (ХЛ ПМЛ) на 1-е, 3-и, 4-е, 7-е и 21-е сутки составил соответственно: 169,2+13,4 усл.ед., 154,4+10,1 усл.ед., 135,2+7,9 усл.ед., 90,6+6,7 усл.ед., 85,5+5,9 усл.ед. и 83,2+5,3 усл.ед. У больных с благоприятным течением инфаркта миокарда на 14-е и 21-е сутки наблюдались статистически достоверные (p<0,05) более низкие показатели перекисного окисления липидов и ХЛ ПМЛ.

Выводы: выраженность воспалительной реакции и перекисного окисления липидов коррелирует с течением инфаркта миокарда и может служить маркером прогноза осложнений.

0992 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АМИОДАРОНИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Чумакова Г.А., Берестенникова Л.Н., Тимофеев А.В.,Фицева Н.С.,Тавровская Т.В.

АГМУ, Барнаул, Россия; МУЗ «Городская больница №1», Барнаул, Россия

Йодсодержащий антиаритмик амиодарон широко используется при мерцательной аритмии (МА) как наиболее эффективное средство для поддержания синусового ритма после кардиоверсии. При этом имеется риск развития амиодарон-индуцированных тиреотоксикозов.

Цель исследования. Изучить лабораторные маркеры начальных стадий амиодарон-индуцированного тиреотоксикоза у больных МА с проявлением эффекта «ускользания» его антиаритмической активности, оценить антиаритмическую эффективность тиреостатиков в этих случаях.

Материалы и методы. Больным мерцательной аритмией (пароксизмальная и персистирующая формы) с учащением рецидивов мерцательной аритмии на фоне длительного приема амиодарона проводилось ультразвуковое исследование щитовидной железы, определялись уровни свободных Т4 и Т3, тиреотропного гормона (ТТГ).

Результаты. Было выявлено 16 больных МА, у которых на фоне длительного приема амиодарона возникли лабораторные и клинические признаки тиреотоксикоза, что составило 13% среди всех обследованных больных МА, принимающих амиодарон. У всех больных отмечалось учащение рецидивов МА, либо повышение устойчивости МА к кардиоверсии. У 7 больных выявлен Т3 тиреотоксикоз (повышенный уровень Т3, сниженный уровень ТТГ при нормальном уровне Т4). У остальных больных уровень Т3 находился в диапазоне верхней границы нормы (5,8±0,9 пмоль/л). У 4 больных выявлялось изолированное повышение уровня Т3 на фоне постепенного снижения уровня ТТГ к нижней границе нормы. Средний уровень ТТГ составил 0,42±0,19 мМЕ/л; средний уровень Т3 составил 12,7±4,2 пмоль/л. По данным ультразвукового исследования у всех четырех больных выявлены диффузно-неоднородные изменения структуры щитовидной железы, у одного больного - гиперплазия степени 1. Всем больным амиодарон был отменен. Двоим из этих больных с наиболее выраженными клиническими признаками тиреотоксикоза (снижение массы тела, тремор пальцев рук, глазные симптомы) был назначен тирозол в дозе 30мг/сут. с постепенным снижением дозы до поддерживающей. На фоне приема тирозола у этих больных отмечалась выраженная положительная динамика течения МА в виде значительного урежения рецидивов МА.

Таким образом, наиболее чувствительным показателем для оценки функции щитовидной железы у пациентов, получающих амиодарон, является уровень свободного Т3. В результате непосредственного влияния амиодарона на метаболизм тиреоидных гормонов, у ряда больных развитие амиодарон-индуцированной гиперфункции щитовидной железы на начальных стадиях может проявляться в виде изолированного повышения уровня свободного Т3 на фоне нормального или низконормального уровня ТТГ. Возможно, что у больных с учащением рецидивов МА на фоне приема амиодарона, целесообразно проводить пробную тиреостатическую терапию с оценкой ее эффективности ex juvantibus.

0993 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЧАСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНОГО ПРОЦЕССА

Чумакова Г.А., Подковыркин В.В.

ГУЗ АККД, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Tesis_006_end.indd 417 24.08.2006 22:26:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель исследования: Изучить распространенность феномена патологической извитости основных стволов коронарных артерий (ИКА) и вероятность сочетания феномена ИКА с феноменом извитости сонных артерий.

Материалы и методы: Обследовано 68 пациентов, имеющих клиническую картину стенокардии, у которых на коронароангиограммах был выявлен феномен выраженной извитости основных стволов КА без ангиографических признаков атеросклероза. Средний возраст больных составил 52,7±8 лет, из них 36 мужчин и 33 женщины. Патологической считалась извитость КА с изгибами артерии более 90˚, петлеобразные изгибы, множественные S-образные изгибы, выявляемые в разных проекциях коронарографии. Для подтверждения нарушения коронарной перфузии больным проводилась велоэргометрия (ВЭМ), стресс-эхокардиография с чреспищеводной стимуляцией предсердий и сцинтиграфия миокарда с Тс . Дополнительно 30 пациентам из числа включенных в исследование было проведено дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. У всех больных проводилась оценка факторов риска в соответствие с рекомендациями по изучению поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения, рекомендованных государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины Минздрава РФ.

Результаты: Феномен ИКА встречается в 14% случаев всех коронарографий, проведенных в Алтайском краевом кардиологическом диспансере. В 11% случаях данный феномен выявлен у больных без признаков гемодинамически значимых стенозов КА. Извитость одной коронарной артерии выявлена в 5 случаях, у остальных больных выявлено сочетание извитости следующих артерий: передней межжелудочковой (ПМЖА) и огибающей (ОА) в 18 случаях, ПМЖА и ПКА в 12 случаях, ОА и ПКА в 7 случаях, в 26 случаях выявлено трехсосудистое поражение. У 69,1% больных с клинической картиной стенокардии были выявлены преходящей ишемии миокарда по данным инструментальных методов обследования.

По данным дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий у 26 больных с ИКА (86,7%) выявлена выраженная извитость сонных артерий. У 61,5% из них индекс интима/медиа превышал 1,0 и в среднем составил 1,14±0,04. Гемодинамически значимые стенозы сонных артерий выявлялось у 23% больных.

Предварительные данные показывают, что среди больных с одинаковым риском по Фремингемской шкале у больных с ИКА признаки наличия атеросклеротических бляшек выявлялись чаще, чем у больных без феномена ИКА (25% против 7,3%).

Таким образом, ИКА нередко является частным проявлением системной извитости артерий. Она может быть не только непосредственной причиной нарушения перфузии миокарда, но и, возможно, дополнительным фактом риска атеросклеротического поражения коронарных артерий.

0994 ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА.

Чумакова Г.А, Шевченко Е.В.

ГУЗ АККД, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Целью работы стало изучение факторов риска развития ишемической болезни сердца (ИБС) у мужчин молодого возраста.

Материалы и методы исследования: обследовано 32 больных, которые наблюдались в Алтайском краевом кардиологическом диспансере с впервые возникшей стенокардией или острым инфарктом миокарда в возрасте до 49 лет включительно. Ишемическая болезнь сердца доказана результатами коронароангиографии или наличием достоверного инфаркта миокарда, подтвержденного клинической картиной, типичной динамикой ЭКГ, повышением уровня тропонина Т. Оценка факторов риска проводилась согласно рекомендациям по изучению поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний среди населения, рекомендованных государственным научно-исследовательским центром профилактической медицины Минздрава РФ. Для анализа психологического состояния пациентов использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS. Проводились изучение анамнеза артериальной гипертонии, предшествующей ИБС, исследование липидного профиля, толерантности к физической нагрузке.

Результаты: при оценке основных факторов риска выявлено, что 71% (22 человека) имели артериальную гипертензию либо не выявленную ранее, либо при лечении которой не был достигнут целевой уровень АД. У 67,5% больных (21 человек) отягощена наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям. Из них у 10 человек (32%) – по ишемической болезни сердца. Курящих пациентов в исследуемой группе оказалось 87% (27 человек). Физически неактивных и больных с низкой физической активностью было 45% (14 человек). Избыточной массой тела различной степени выраженности обладали 61% исследуемых (19 человек), из них пациентов с абдоминальным ожирением 9 человек (29% от общего числа обследованных). Все пациенты имели нарушение пищевых привычек – недостаток пектинов, полиненасыщенных жирных кислот, избыток холестерина и насыщенных жиров в рационе. У 6 человек (19%) выявлено нарушение углеводного обмена: у 5 из них – повышен уровень постпрандиальной гликемии, у 1 – сахарный диабет 2 типа. У 48% (15 человек) больных выявлены симптомы тревоги (субклинической и клинически выраженной), у 19% (6 человек) - симптомы депрессии. Нарушение липидного обмена (повышение уровня общего холестерина, холестерина ЛПНП, триглицеридов, снижение уровня холестерина ЛПВП) выявлено у 30 человек (97%) обследованных.

Важно отметить, что 67,5% больных имели комбинацию 5-6 факторов риска на фоне отягощенной наследственности по сердечно-сосудистым заболеваниям.

Таким образом, появление клинических форм ИБС в возрасте до 49 лет происходит у лиц не только с отягощенной наследственностью, но и наличием комбинации нескольких корригируемых факторов риска, выявление и коррекция которых не была проведена в молодом возрасте.

0995 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСФУНКЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ

Чумакова Г.А., Берестенникова Л.Н., Тимофеев А.В., Фицева Н. С., Галкина Ю.Е.

ГУЗ АККД, Барнаул, Россия; АГМУ, Барнаул, Россия

Цель исследования: Изучить распространенность и этиологическую структуру дисфункций щитовидной железы (ЩЖ) среди пациентов, обращающихся в отделение неотложной кардиологии по поводу мерцательной аритмии (МА).

Материалы и методы. За 6 месяцев в исследование было включено 326 больных с мерцательной аритмией, пролеченных в отделение неотложной кардиологии городской больницы №1 г. Барнаула. Большую часть больных (82%) составляли больные с пароксизмальной и персистирующей формами МА с давностью нарушения ритма до 48 часов. Среди них 60% составили женщины и 40% мужчины. Средний возраст больных составил 54±4,8 лет. Среди больных наиболее часто имелись хроническая ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, клапанные пороки сердца. Всем больным проводилось следующее обследование: электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковое исследование щитовидной железы, определение уровней тиреотропного гормона (ТТГ), свободных тироксина (Т4), и трийодтиронина (Т3). Учитывалась давность аритмии, частота пароксизмов, устойчивость к кардиоверсии, постоянно принимаемые препараты, анамнез заболевания ЩЖ.

Результаты. Изменения функционального состояния ЩЖ

Tesis_006_end.indd 418 24.08.2006 22:26:21
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

было обнаружено у 41 больного (12,6%). У 31 больного (9,5%) выявлен гипертиреоз как клинический, так и субклинический, у 7-х больных (2,1%) – клинический гипотиреоз, у 3-х больных (0,9%) – эутиреоидная гипертироксинемия на фоне приема амиодарона. Среди больных МА с нарушениями функции ЩЖ преобладали женщины (61,3% из больных с гипертиреозами, 71,4% с гипотиреозами). Средний возраст больных МА с гипертиреозами составил 55,7±7,2 лет, с гипотиреозами – 56,7±6,4лет. Ухудшение течения МА в виде учащения пароксизмов, повышения устойчивости к кардиоверсии наблюдалось у всех больных с гипертиреозами как клиническими, так и субклиническими независимо от основной кардиальной патологии. Среди больных с гипертиреозами у 17 человек (54,8%) выявлен диффузно-токсический зоб, у 10 больных (32,2%) имел место длительный прием амиодарона, у 4 пациентов (12,9%) – длительный прием тироксина.

Таким образом, распространенность тиреотоксикозов среди больных МА в 4,5 раза выше, чем гипотиреозов. Развитие тиреотоксикоза отрицательно влияет на течение МА независимо от основной кардиальной патологии. Высокая распространенность лекарственных тиреотоксикозов (амиодарон- и тироксин-индуцированных) предполагает необходимость рутинного исследования функции ЩЖ у больных с пароксизмами МА, принимающих эти препараты.

0996 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕРИКАРДА

Чумакова Н. С., Иванов К. М., Рыбчинская И. И., Положенцев А. Е.

Медицинская академия, НУЗ «Отделенческая клиническая больница на ст. Оренбург ОАО «РЖД», Оренбург, Россия

Цель: изучение эффективности использования в лечении сердечной недостаточности при поражениях перикарда ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента.

Методы исследования: в открытом, контролируемом, рандомизированном исследовании было обследовано 32 больных перикардитами, которые были разделены на 2 группы. В первой группе (13 пациентов, средний возраст - 47,2±3,5 лет) назначалось традиционное этиопатогенетическое лечение перикардитов. Во второй группе (19 больных, средний возраст - 57,3 ± 2,4 лет) дополнительно назначался каптоприл в дозе 37,5 мг/сут. У всех больных имелась сердечная недостаточность (СН), тяжесть которой оценивалась по классификации ОССН (2002). Средний функциональный класс (ФК) СН составил в первой группе 2,01±0,17, во второй - 2,13±0,23. Эффективность терапии оценивали через 3 недели по изменению клинического состояния, гемодинамических параметров при регистрации ЭхоКГ по стандартной методике. Статистическая обработка проводилась непараметрическими методами (критерии знаков, Вилкоксона-Манна-Уитни).

Полученные результаты: в первой группе на фоне традиционного лечения наблюдалось уменьшение ФК СН на 36% ($P<0,05$). С уменьшением интоксикации, закономерно снижалась частота сердечных сокращений ($P<0,01$). Изменения размеров полостей сердца были недостоверными, но за счет тенденции к увеличению конечного диастолического размера и уменьшению конечного систолического размера левого желудочка возрастали ударный объем ($P<0,05$) и сердечный индекс ($P<0,05$). Наблюдавшийся в начале лечения процесс адгезии перикарда у 4 больных (30,8%), по окончании курса терапии выявлялся в 8 случаях (61,5%). У больных, принимавших каптоприл, снижение ФК СН было также на 36% ($P<0,01$), однако гемодинамические изменения определялись уменьшением величин среднего артериального давления ($P<0,01$) и "двойного" произведения ($P<0,05$). Остальные параметры гемодинамики, размеры полостей сердца не претерпевали значительных изменений на фоне короткого курса терапии. При приеме каптоприла были менее выражены признаки уплотнения перикарда, чем в первой группе. Наблюдавшаяся в начале лечения у 3 больных адгезия перикарда сохранилась, но не имела тенденции к распространению.

Выводы: в лечении сердечной недостаточности при перикардитах показано использование каптоприла для улучшения гемодинамических параметров и предупреждения адгезии в сердечной сорочке.

0997 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ АНАМНЕЗ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК

Чумакова О.С., Затейщикова А.А., Манхаева Б.Б., Минушкина Л.О., Затейщиков Д.А.

ФГУ «Учебно-научный медицинский центр» Управления делами Президента РФ, Москва, Россия

Цель исследования – сопоставить выраженность гипертрофии миокарда левого желудочка у больных с артериальной гипертонией (АГ), имеющих анамнез интенсивных физических нагрузок (спортсмены высоких достижений), и больных с артериальной гипертонией, не занимавшихся спортом.

Пациенты и методы исследования: обследовано 59 больных (30 мужчин и 29 женщин) артериальной гипертонией, занимавшихся ранее спортом. Средний возраст на момент обследования составил 59,5±1,53 лет. 45 больных занимались легкой атлетикой, 2 – волейболом, 2 - лыжным спортом, 1 – боксом, 2 - хоккеем, 2 – велосипедным спортом, 2 – спортивной гимнастикой, 1 – баскетболом, 1 – спортивным ориентированием, 1 – боевыми искусствами. В среднем, возраст прекращения занятий спортом составил 31,4±0,99 лет. На момент обследования 20 больных не отмечали никакой физической активности, у 30 больных уровень физических нагрузок был умеренным и у 9 – высоким.

Контрольную группу составили 118 больных артериальной гипертонией, не занимавшихся ранее спортом. Средний возраст больных составил 56,1±0,93 лет. В группе было 60 мужчин и 58 женщин. Достоверных различий по полу, возрасту и уровню артериального давления между обследованными группами не было.

Для оценки степени гипертрофии левого желудочка всем больным было проведено эхокардиографическое обследование, массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) рассчитывали по формуле R. Devereux, индекс массы миокарда левого желудочка (ИММЛЖ) рассчитывали, как отношение ММЛЖ к площади поверхности тела. Определяли максимальные скорости раннего (Emax) и позднего (Amax) наполнения ЛЖ, рассчитывалось отношение максимальной скорости раннего наполнения к максимальной скорости позднего наполнения ЛЖ (E/A).

Результаты: Основные параметры, характеризующие миокард левого желудочка у больных с АГ, имеющих и не имеющих анамнез интенсивных физических нагрузок представлены в таблице 1.

Таблица 1

Параметры	Больные с АГ спортсмены (n=59)	Больные с АГ не спортсмены (n=118)	p
ММЛЖ (г)	220,5±10,23	235,1±6,15	нд
ИММЛЖ (г/м^2)	113,4±4,50	121,5±2,89	нд
E/A	0,89±0,039	0,98±0,032	нд

Таким образом, интенсивные физические нагрузки не влияют на риск развития гипертрофии миокарда левого желудочка и его диастолической дисфункции.

Tesis_006_end.indd 419 24.08.2006 22:26:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0998 СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЛИЦ С ГИПЕРБЕТАЛИПИДЕМИЕЙ

Шаврин А.П., Черешнев В.А., Головской Б.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия МЗ РФ», Пермь, Россия

В настоящее время активно изучаются механизмы влияния факторов риска на развитие ИБС. Установлена взаимосвязь гипер- и дислипидемий с риском сердечно-сосудистых заболеваний. Считается, что наиболее атерогенными среди липидных фракций крови являются липопротеиды низкой плотности (ЛНП), способные воздействовать на иммунные и эндотелиальные клетки и повышать продукцию ими провоспалительных цитокинов, запускающих комплекс воспалительных реакций в сосудистой стенке у больных ИБС. Состояние цитокинового статуса у практически здоровых лиц с дислипидемией изучено не достаточно.

Цель исследования. Изучить содержание в плазме крови про- и противовоспалительных цитокинов у практически здоровых лиц с гипербеталипидемией.

Материал и методы. В исследование включены 79 человек в возрасте от 21 до 60 лет. Фракции липидов определяли ферментативным методом на автоанализаторе. У 54 человек (31 мужчины и 23 женщины) средний возраст 43,7±1,8 года, ЛНП были выше 4,0 ммоль/л. Группу сравнения составили 25 человек (11 мужчины и 14 женщины), средний возраст 39,2±1,7 года (p=0,04)), у которых уровень ЛНП был в пределах нормы. С помощью иммуноферментного анализа в плазме крови определяли содержание провоспалительных цитокинов: фактора некроза опухоли-альфа (ФНОα), интерлейкина-1 (ИЛ1), интерлейкина-8 (ИЛ8), интерферона-гамма (ИНФ) и противовоспалительного цитокина – интерлейкина-4 (ИЛ4) с использованием стандартных наборов (ООО «Цитокин», СПб).

Результаты исследования. В группе сравнения уровень ЛНП в среднем был 1,96±0,2 ммоль/л. Провоспалительные цитокины: ИЛ1 5,9±1,2 пг/мл, ИЛ8 3,4±1,3 пг/мл, ФНОα 3,1±0,1 пг/мл, ИНФγ 51,9±13,1 пг/мл и противовоспалительных цитокинов – ИЛ4 9,7±2,8 пг/мл.

В группе лиц с гипербеталипидемией, уровень ЛНП в среднем составил 4,81±0,3 ммоль/л. Выявлено достоверное повышение содержания в плазме крови провоспалительных цитокинов - ИЛ1 15,9±1,8 пг/мл (p<0,046), ИЛ8 117,0±21,3 пг/мл (p<0,001), ФНОα 8,9±1,2 пг/мл (p<0,03), ИНФ в количестве 826,6±27,4 пг/мл (p=0,002). Уровень противовоспалительного цитокина – ИЛ4 не отличался от его показателя в группе сравнения и составил 6,2±1,6 пг/мл (p=0,39).

Таким образом, повышение уровня провоспалительных цитокинов у практически здоровых лиц с гипербеталипидемией указывает на наличие в организме скрытого воспалительного процесса, с которым может быть связано развития атеросклероза.

0999 ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ

Шаврин А.П.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия, Пермь, Россия

Целью исследования являлось изучение показателей иммунной системы у больных гипертонической болезнью с наличием атеросклеротических бляшек в брахеоцефальных сосудах.

Материал и методы исследования. Обследовано 48 больных гипертонической болезнью, в возрасте от 29 до 60 лет. У всех проведено иммунологическое исследование по тестам первого уровня. Фагоцитоз исследовали по оригинальной методике с определением фагоцитарного числа (ФЧ), фагоцитарного индекса (ФИ) и индекса активности фагоцитов в стандартном выражении (ИАФстанд). Определяли концентрацию циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), сывороточных иммуноглобулинов G,A,M методом радиальной иммунодиффузии по Манчини (G.Mancini et al.,1964). Ультразвуковое исследование (УЗИ) брахеоцефальных сосудов для определения величины комплекса интима/медиа и визуализации атеросклеротических бляшек проведено на аппарате АЛОКА 5000. Первую группу составили 21 человек, у которых УЗИ не выявило атеросклеротических изменений сосудов, средний возраст у них был 43,1 года. Во вторую группу вошли 27 человек, у которых визуализировались атеросклеротические бляшки, средний возраст 45,3 года (p=0,12).

Результаты. Толщина комплекса интима/медиа (КИМ) в первой группе составила 0,69±0,06 мм. Во второй группе толщина КИМ была 1,01±0,05 мм (p=0,001), процент стеноза общей сонной артерии (ОСА), обусловленный величиной атеросклеротических бляшек, в среднем составил 28,3±5,1%.

Сравниваемые группы отличились друг от друга по ряду иммунологических показателей. Так в первой группе общее число лейкоцитов было 4,7±0,2 109/л, Т-лимфоцитов 1,3±0,07 109/л, нулевых клеток 0,61±0,06 109/л, Т-хелперов 1,07±0,06 109/л, Т-цитотоксических лимфоцитов 0,19±0,07×109/л. Показатели фагоцитоза: процент фагоцитоза 51%, ФЧ 0,78±0,01, ИАФстанд 1,24±0,01. Во второй группе было выявлено повышенное количество лейкоцитов крови 6,3±0,3×109/л (p=0,02), нулевых клеток 0,94±0,05×109/л (p=0,04) и Т-хелперов 1,37±0,05×109/л (p=0,04), по сравнению с первой группой. И сниженное количество Т-лимфоцитов 0,91±0,05×109/л (p=0,04), за счет субпопуляции Т-цитотоксических лимфоцитов, количество которых составило 0,026±0,07×109/л (p=0,03). Эта группа отличалась от первой и по показателям фагоцитоза, ФЧ здесь было 1,01±0,01, ИАФстанд 1,72±0,02 (p<0,05).

Заключение. Таким образом, у больных ГБ с атеросклерозом сосудов выявлены следующие изменения показателей иммунной системы: – увеличение количества лейкоцитов, нулевых клеток и Т-хелперов, показателей фагоцитоза, и снижения общего количества Т-лимфоцитов и Т-цитотоксических лимфоцитов. Такие изменения иммунограммы могут указывать на хронический воспалительный процесс в организме больного гипертонической болезнью, при наличии у них атеросклероза сосудов.

1000 ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРИМОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН.

Шаго О.Н., Фильчук Е.В., Похлебаева О.Ф., Яворская Т.Н., Кугаевская Е.В., Тихонова Н.В., Власова С.А., Заливако Т.Н., Волынец О.В.

«Госпиталь для ветеранов войн», Владивосток, Россия

Цель: проанализировать истории болезней больных, лечившихся в Госпитале ветеранов войн (ГВВ) с диагнозом: ишемическая болезнь сердца (ИБС) в сочетании с сахарным диабетом (СД) за 2 года (2004 – 2005г.)

Методы исследования: изучены 1968 историй болезней больных ИБС в сочетании с СД. Из них мужчин – 788 человек, женщин – 1180 человек. Возраст больных колебался от 60 до 90 лет. Наибольшее число составили больные в возрасте 70-79 лет – 1012 чел. (51,4%).

Результаты: среди больных находившихся на стационарном лечении у 1680 человек (85,4%) имела место стенокардия напряжения, у 520 больных (26,4%) – в прошлом инфаркт миокарда; нарушения ритма у – 944 (48%) человек; хроническая сердечная недостаточность различных функциональных классов наблюда-

Tesis_006_end.indd 420 24.08.2006 22:26:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

лась в 100% случаев.

АГ выявлена у 1732 (88%) больных, а ИСАГ – у 280 (14,2%) человек. СД был подтверждён у (24,9%) больных с ИБС, причём II тип у 489 (99,6%) пациентов. Осложнения СД наблюдались у 328 больных: полиневропатия, ангиоретинопатия, нефропатия. У всех больных СД в 100% случаев диагностирована ИБС с различными клиническими проявлениями.

Наличие сахарного диабета утяжелело течение ИБС, АГ и вызывало трудности в назначении лекарственной терапии.

Трудности в лечении были обусловлены наличием и сопутствующих заболеваний у 80% больных, таких как болезни опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта и др.

Вывод: таким образом, по нашим наблюдениям, СД встречается у больных гериатрического возраста в 30% случаев, осложняет течение ИБС и эти больные нуждаются в повышенном внимании и всего медицинского персонала.

1001 АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

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

ГОУ ВПО «Казанский ГМУ Росздрава», Казань, Россия

Цель: анализ причин летальных случаев больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) в зависимости от этиологии и тяжести заболевания в Республике Татарстан.

Материалы и методы: в исследовании приняло участие 253 пациента с ХСН: 40,7% мужчин и 59,3% женщин в возрасте от 22 до 88 лет, проживающих на территории Республики Татарстан. Продолжительность исследования составила 44 месяца (3,7 лет). Проведен анализ летальных случаев, учитывая этиологию и тяжесть течения ХСН (по функциональному классу ХСН). Рассмотрены следующие причины летальных исходов: острый инфаркт миокарда (ИМ), острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), прогрессирование ХСН.

Полученные результаты: за время наблюдения (44 месяца) общая смертность составила 16%, смертность от сердечно-сосудистой патологии – 11%. Средний возраст умерших был 73,12+10,15 лет.

Основной причиной смерти больных с ХСН было ОНМК – 31,71% человек, средний возраст умерших составил 76,33±6,60 лет. Острый ИМ в виде причины летального исхода был на втором месте – 17,07% человек, средний возраст умерших составил 74,00±16,07 лет. Прогрессирование ХСН способствовала неблагоприятному исходу у 14,63% человек, средний возраст которых составлял 72,50±7,37 лет.

При ХСН, обусловленной ишемической болезнью сердца ОНМК в 40% случаях была причиной летального исхода; острый ИМ и прогрессирование ХСН – в 17,14% случаях соответственно.

При ХСН, вызванной артериальной гипертонией основной причиной смерти было ОНМК – 41,18% случаев. Острый ИМ и прогрессирование ХСН способствовали летальному исходу в 14,71% случаях соответственно.

Выявлено, что смертность больных зависит от функционального класса (ФК) ХСН (p=0,005). При ХСН I ФК летальность составила 6,17%; при II ФК – 18,18%; при III ФК – 18,33%; при IV ФК – 53,85%.Таким образом, летальность больных с III-IV ФК ХСН составила 72,18%.

Выводы:

1. ОНМК и острый ИМ являются основными причинами летальных исходов при ХСН.
2. ОНМК – непосредственная причина смерти больных с ХСН, обусловленной ишемической болезнью сердца или артериальной гипертонией.
3. Летальность больных с III-IV ФК ХСН в Республике Татарстан за период наблюдения составляет 72,18%.

1002 МАССА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА

Шалыгина Е.Н., Калев О.Ф.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная медицинская академия Росздрава», Челябинск, Россия

Цель исследования: Определить влияние структурных изменений коронарного русла и артериальной гипертензии (АГ) на массу миокарда левого желудочка (ММЛЖ) у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы исследования. Проведено обследование 110 больных, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Челябинской областной клинической больницы по поводу ИБС со стенокардией II-IV ф.кл. в возрасте от 33 до 72 лет. Клиническое обследование больных осуществлено по стандартному протоколу, включающему оценку основных факторов риска ИБС: курение, АГ, показателей липидного обмена, индекса массы тела и др. У всех больных снималась ЭКГ в покое, проводилась велоэргометрия, эхокардиография, суточное мониторирование ЭКГ и другие исследования. Масса миокарда левого желудочка (ММЛЖ) в граммах (г) и ее индекс (ИММЛЖ) в г/м2 рассчитывалась по методике R.Devereux (1982). Всем больным для решения вопроса о хирургическом лечении ИБС была проведена селективная коронароангиография по стандартной методике M.Judkins.

Полученные результаты. В зависимости от степени сужения коронарных артерий (КА) больные были разделены на лиц с интактными КА, с сужением просвета КА 74% и 75%. Каждая подгруппа больных была подразделена на лиц без АГ и с АГ. У больных ИБС с АГ и с интактными КА (13 лиц) ММЛЖ (M±m) была 244,8±14,7, ИММЛЖ - 121,0±7,2, у больных без АГ (3 человека) – 169,9±6,6 и 92,8±6,6. У больных ИБС с АГ со стенозами КА 74% (13 лиц) ММЛЖ - 243,7±22,9, ИММЛЖ – 124,4±8,5, у больных ИБС без АГ (5 человек) ММЛЖ – 232,8±15,5, ИММЛЛЖ – 118,2±8,9. У больных ИБС с АГ и со стенозами КА 75 (59 человек) ММЛЖ была 274,6±8,0, ИММЛЖ – 137,9±7,0, у больных ИБС без АГ (17 человек) ММЛЖ была – 202,9±9,7, ИММЛЖ – 104,4±3,8.

У больных ИБС с АГ и со стенозами 75,5% ММЛЖ и ИММЛЖ достоверно выше, чем в группе с интактными КА. У больных ИБС без АГ с более тяжелым поражением КА наблюдается также увеличение массы миокарда по сравнению с больными с интактными КА (p>0,05). У больных со стенозами 75% по сравнению с лицами со стенозами 75% масса миокарда снижается (p>0,05). У больных с АГ и стенозами 75% ИММЛЖ достоверно больше, чем у лиц без АГ (p<0,05). Полученные данные свидетельствуют о том, что артериальная гипертензия выступает в роли независимого фактора, увеличивающего массу миокарда, а по мере нарастания степени стенозов коронарных артерий ее негативное влияние на миокард увеличивается.

Выводы.

1. На массу миокарда левого желудочка существенное влияние оказывает наличие АГ и степень поражения коронарных артерий.
2. Наибольшее увеличение массы миокарда наблюдается у больных ИБС со стенозами КА 75% в сочетании с АГ.

1003 РАННЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ЧАСТОТУ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шальнев ВИ., Моисеева Р.А., Рыльчикова Л.И., Курнаев А.В., Богданова И.А., Скворцова А.В.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

Tesis_006_end.indd 421 24.08.2006 22:26:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Несмотря на значительное количество исследований, посвященных применению ингибиторов ГМГ-КоА-редуктазы (статинов) при различных формах ИБС, эффективность их раннего назначения при остром коронарном синдроме (ОКС) остается неясной. Недавно открытые плеотропные эффекты препаратов этой группы указывают на возможность их применения как активных средств в остром периоде заболевания.

В двух больших многоцентровых исследованиях (MIRACL, PROVE IT) получены данные о снижении количества осложнений ИБС и положительной динамике маркеров воспаления в крови при использовании агрессивной липидоснижающей терапии высокими дозами аторвастатина (80 мг в сутки) у больных ОКС. Однако реальность широкого применения подобных доз подвергается сомнению многими исследователями. Целью данного исследования было изучение влияния средних доз (40 мг в сутки) наиболее широко применяемого в Европе препарата группы статинов-симвастатина на клиническое течение и уровень С-реактивного белка при раннем (с первых суток заболевания) его назначении больным с ОКС.

Материал и методы: в исследование включено 108 больных с ОКС. У 43 был диагностирован ОИМ с подъемом сегмента ST, 65 - ОИМ без подъема ST и нестабильная стенокардия. Методом случайной выборки больные разделены на две группы: основную - получавших с первых суток заболевания 40 мг симвастатина и контрольную, получавших стандартную терапию (гепарин, -блокаторы, аспирин, ИАПФ, нитраты). Группы были сопоставимы по возрасту, полу, наличию сопутствующих заболеваний. Уровень С-реактивного белка высокоточным количественным методом определялся при поступлении в стационар и на 14-е сутки заболевания. Клиническое течение оценивалось в течение периода госпитализации и в течение последующих 6 месяцев.

Результаты: уровень С-реактивного белка снизился статистически достоверно в течение двух недель в группе больных получавших симвастатин (14,9±9,7 мг/л и 7,6±6,0 мг/л, p=0,02). В контрольной группе также отмечено снижение концентрации С-РБ, однако менее выраженное и статистически недостоверное (16,1±7,3 мг л и 13,2±6,8 мг/л; p=0,18). Наиболее существенным и статистически достоверным различием между группами в клиническом течении была частота постинфарктной стенокардии, которая значительно чаще наблюдалась в контрольной группе (46% и 25% соответственно, P=0,01). В течение последующих 6 месяцев в основной группе отмечено меньшее количество повторных госпитализаций по поводу ОКС и повторных ИМ.

Заключение: Ранее начало терапии симвастатином достоверно снижает уровень С-реактивного белка и частоту постинфарктной стенокардии у больных с ОКС.

1004 ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шальнев В.И., Моисеева Р.А., Рыльчикова Л.И., Курнаев А.В., Богданова И.А., Скворцова А.В.

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Александровская больница, Санкт-Петербург, Россия

Роль маркеров и медиаторов воспаления в патогенезе ИБС интенсивно обсуждается в последние годы, однако их значение недостаточно изучено. Одним из наиболее известных маркеров воспаления является С-реактивный белок (С-РБ), количественное определение которого открывает новые возможности в оценке клинического течения и прогнозирования осложнений у больных острым коронарным синдромом. Целью данного исследования было изучение динамики концентрации С-РБ и ее прогностическое значение у больных ОКС.

Материал и методы: в исследование включено 108 больных с ОКС. У 43 был диагностирован ОИМ с подъемом сегмента ST, 65 - ОИМ без подъема ST и нестабильная стенокардия. Уровень С-реактивного белка высокоточным количественным методом определялся при поступлении в стационар и на 14-е сутки заболевания. Клиническое течение оценивалось в течение периода госпитализации и в течение последующих 6 месяцев.

Результаты: уровень С-реактивного белка был повышен при поступлении у 57 из 65 (87,6%) больных с ОКС без стойкого подъема сегмента ST и у всех больных с ОКС с подъемом сегмента ST на ЭКГ. Среднее значение концентрации С-РБ составило соответственно 11,3±6,4 мг/ л в группе больных с ОКС без подъема ST и 23,±8,1 мг/ л у больных с ОКС с подъемом ST. Через две недели от начала заболевания отмечено снижение уровня С-РБ у большинства больных. Средний уровень С-РБ в целом по группе снизился с 15,6±7,2 мг/ л до 10,9±5,6 мг/ л .

У части больных отмечено повышение уровня С-РБ по отношению к исходным данным. Подобный тип динамики концентрации С-РБ был выявлен у 18 (16,6%) больных. При проведении статистического анализа с применением логистической регрессии была выявлена прогностическая значимость повышения уровня С-РБ в течение первых двух недель заболевания. У данной категории больных частота комбинированной основной конечной точки (сердечная смерть, повторный инфаркт миокарда, госпитализация по поводу ОКС) в течение последующих 6 месяцев наблюдения была достоверно чаще (ОР=1,4; 95% ДИ= 1,1-1,8).

Заключение: у большинства больных ОКС уровень С-РБ снижается в течение первых двух недель заболевания. Повышение концентрации С-РБ в течение первых 14 суток ОКС сочетается с повышенным риском осложнений ИБС в последующие 6 месяцев.

1005 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Шанин П.В., Маль Г.С. Кожухов М.А., Лифинская К.В., Ладыгина Е.Ю.

КГМУ, Курск, Россия

Проблема цереброваскулярной патологии имеет огромное социальное и медицинское значение, как в России, так и во всем мире. Сосудистые заболевания головного мозга - одна из ведущих причин заболеваемости, смертности и инвалидизации в РФ. Причины формирования острой дисциркуляторной энцефалопатии крайне разнообразны, однако среди основных следует отметить артериальную гипертензию.

Целью нашей работы было изучение возможности увеличения эффективности гипотензивной терапии у реанимационных больных острой дисциркуляторной энцефалопатией.

В исследование были включены 24 мужчины в возрасте от 30 до 59 лет с синдромом острой дисциркуляторной энцефалопатии, возникшей на фоне артериальной гипертензии. Диагноз определялся на основании МРТ головного мозга и согласно рекомендациям ВНОК по артериальной гипертензии 2004. Лечение гипертензивного синдрома проводили с помощью нефиксированной гипотензивной комбинации, состоящей из эналаприла 10 мг и индапамида 2,5мг.

Методы исследования включали в себя клинические, биохимические, функциональные, статистические.

Программа обследования включала: 1. Стандартный опрос; 2. Определение острой дисциркуляторной энцефалопатии на основании МРТ головного мозга 3 Определение артериальной гипертензии. Для верифицирования использовали критерии ВНОК; 4. Определение статистических показателей вариабельности сердечного ритма.

Перед началом лечения у пациентов отмечались когнитивные и эмоциональные расстройства, экстрапирамидные нару-

Tesis_006_end.indd 422 24.08.2006 22:26:22
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

шения, атактический, псевдобульбарный, пирамидный синдромы. При измерении артериального давления регистрировалось повышение систолического (в среднем 164,4±2,4) и диастолического (в среднем 98,6±1,6) давления. У всех больных отмечали довольно низкую ВСР. Стандартное отклонение SDNN было достоверно снижено и составляло в среднем 86,6 мс, а стандартное отклонение средних значений SDANN было 63,3 мс.

После 3 недель терапии в состоянии больных отмечена положительная динамика. Уменьшились неврологические проявления, отмечено снижение систолического АД до 132,2±1,8, среднего ДАД до 91,0±1,4. Наряду с улучшением гемодинамики были заметные положительные сдвиги в показателях ВСР. Так стандартные отклонения SDNN и SDANN достоверно выросли до 102,2 и 74,8 мс соответственно.

Таким образом, в лечении больных с синдромом острой дисциркуляторной энцефалопатии альтернативной возможностью использования в качестве гипотензивного средства является использование энзикса, комбинированного препарата индапамида и эналаприла.

1006 ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ – РАННИЙ МАРКЕР ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Шапошник И.И., Богданов Д.В., Эктова Н.А, Эктова Л.А., Бубнова В.С.

Челябинская государственная медицинская академия, Челябинск, Россия

Цель: оценка изменений левого предсердия (ЛП) при различных стадиях гипертонической болезни (ГБ).

Методы: обследовано 100 больных ГБ, мужчин -55, женщин - 45; средний возраст - 49,7±0,78 года. Помимо общеклинического обследования и ЭКГ, всем больным выполняли ЭхоКГ по стандартной схеме. Определяли Минимальный и максимальный поперечные размеры ЛП (ЛПmax, ЛПmin), его длинную ось в систолу и диастолу (Lmax, Lmin). Рассчитывали объем ЛП в систолу и диастолу (Vmax, Vmin); фракцию опорожнения (ФО = {(Vmax - Vmin)/Vmax} 100%), степень укорочения поперечного размера в систолу (Da = {ЛП max - ЛП min}/ЛП max). Рассчитывали коэффициент ремоделирования ЛП (КРЛП = ЛП max /L max). Стадии ГБ выделяли на основании наличия признаков поражения органов-мишеней согласно рекомендациями ВНОК (2004). В качестве контрольной группы обследованы 30 человек без кардиологической патологии, средний возраст - 49,5±5,50 лет.

Результаты: пациентов без признаков поражения органов-мишеней (ГБ I стадии) было 33 человека, с признаками поражения органов-мишеней (со II стадией ГБ) – 67 человек. Увеличение ЛП выявлено у 59 (59%) больных. У 28 (28%) больных увеличение ЛП не сопровождалось изменениями левого желудочка. При ГБ I стадии достоверно выше, чем в норме, оказались ЛП max и ЛП min (соответственно 3,55±0,08 см и 2,47±0,07 см против 2,57±0,06 см и 1,42±0,06см). L max был достоверно ниже при ГБ I стадии (6,08±0,11 см против 6,86±0,19 см в норме). Достоверно выше при ГБ I оказались объемы ЛП. Показатели сократимости предсердия при ГБ I были достоверно ниже (Da -29,9±1,70% против 45,2±1,84%; ФО - 51,9±2,13% против 74,3±1,43% в норме). КРЛП при ГБ I был достоверно выше (0,60±0,03 ед., против 0,38±0,01 ед.). Итак, уже при ГБ I имело место увеличение поперечных размеров ЛП со снижением продольных размеров – сферическое ремоделирование. При ГБ II стадии указанные изменения нарастали, сохраняя такую же направленность.

Таким образом, по мере развития заболевания первоначально возникают Минимальные нарушения сократимости ЛП с последующими тяжелыми нарушениями его функции. Обращает на себя внимание, что уже при ГБ I имелись достоверные отличия по ряду параметров ЛП по сравнению с группой контроля. Изменения ЛП – ранние признаки гипертонического сердца. Возможно, целесообразно включать изменения ЛП в число признаков поражения органов-мишеней при ГБ.

Выводы:

1. При ГБ увеличение размеров ЛП со сферическим ремоделированием и снижением сократимости предшествовало изменениям левого желудочка.
2. Увеличение левого предсердия развивалось при первой стадии заболевания у 28% больных.
3. Данные изменения – ранние маркеры развития гипертонического сердца. В связи с этим изменения ЛП могут быть отнесены к числу признаков поражения органов-мишеней при ГБ.

1007 ИЗМЕНЕНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПО ДАННЫМ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В СОЧЕТАНИИ С ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ

Шахова М.Г., Криночкин Д.В., Кузнецов В.А., Зырянов И.П., Семухин М.В.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”, Тюмень, Россия

Целью настоящей работы было оценить изменение продольной диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) у пациентов с ИБС после проведения им транслюминальной баллонной коронарной ангиопластики (ТБКА), используя импульсно-волновую тканевую допплер-эхокардиографию (ТДЭхо-КГ) в сочетании с изометрической нагрузкой.

С помощью ТДЭхо-КГ митрального кольца было обследовано 47 пациентов (46 мужчин и 1 женщина, средний возраст 52,8+1,0 года) со стенозирующим поражением коронарных артерий до и на 2 сутки после проведения ТБКА. Оценивали следующие показатели: раннюю диастолическую (е) и позднюю диастолическую (а) скорость ТДЭхо-КГ митрального кольца и показатель е/а в покое и при физической нагрузке.

При проведении изометрической нагрузки до ТБКА отмечалось достоверное снижение показателей: е (с 8,58+0,41 см/сек до 7,80+0,48 см/сек, $p<0,05$) и е/а (с 0,99+0,05 до 0,87+0,05, $p<0,05$), показатель а изменялся недостоверно. При проведении изометрической нагрузки после ТБКА подобной динамики показателей не было.

Таким образом, ТДЭхо-КГ митрального кольца в сочетании с изометрической нагрузкой показала у больных ИБС достоверное ухудшение продольной диастолической функции ЛЖ. Отсутствие изменений показателей продольной диастолической функции ЛЖ при изометрической нагрузке после проведения ТБКА характеризует положительное влияние процедуры на функциональное состояние миокарда.

1008 РОЛЬ ГРАНУЛОЦИТАРНОГО КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА В РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Шахов В.П., Рябов В.В., Попов С.В., Афанасьев С.А., Шелгаев Н.Ю., Свиридов И.Н., Крылатов А.В., Кострикин А.А.

ГУ «НИИ кардиологии ТНЦ СО РАМН», Томск, МПК «Электропульс», Томск, Россия

Согласно современным представлениям при остром инфаркте миокарда (ИМ) не происходит восстановления мышей ткани из-за практически отсутствия в нем митотически активных

Tesis_006_end.indd 423 24.08.2006 22:26:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

клеток, включая, стволовые. Было высказано предположение о том, что если с помощью цитокинов осуществить мобилизацию из костного мозга мультипотентных стволовых клеток (МПСК), то они через кровь могут попасть в поврежденный миокард и в результате процессов пролиферации и дифференцировки восстановить его утраченные элементы.

Цель. Проверка справедливости данного предположения явилось целью настоящей работы.

Методы исследования. Опыты были выполнены на 75 мышах линии Balb/c массой 18-20 г. Животных разделили на 3 групп, одна из которых была контрольной. В двух других сериях осуществляли моделирование ИМ путем криоповреждения левого желудочка. Часть мышей получала гранулоцитарный колониестимулирующий фактор (Г-КСФ) – препарат «Граноцит» фирмы «Aventis» (Франция) в дозах от 125 до 263 мкг/кг, другие эквивалентное количество растворителя в течение 4 суток, подкожно. В разные сроки, у мышей исследовали показатели периферической крови и костного мозга. Костномозговые МПСК культивировали в системе in vitro в среде следующего состава: среда DI-MEM - 80%, эмбриональная телячья сыворотка – 20%, 100 ЕД/мл пенициллина, 100 мкг/мл стрептомицина, 20 мкг/мл буфер-Хепес, 250 мкг/мл L-глютамина при 100%, влажности 37о С, 5% - CO2 . После чего, на 14 сутки подсчитывали число образовавшихся колоний. Еще через месяц оставшуюся у части животных (с операцией и введением Г-КСФ или без него), определяли массу сердца, рубцовой ткани, с помощью морфометрических методов измеряли площадь рубца и делали гистологический анализ исследовали электрофизиологические свойства миокарда..

Полученные результаты. Установлено, что моделирование острого инфаркта миокарда приводит к развитию лейкоцита в периферической крови и стимуляцией миелоидных клеток в костном мозге, развитию гипертрофии миокарда и нарушению его морфо-функциональных свойств. Введение Г-КСФ подопытным животным усиливает стимуляцию костномозгового миелопоэза в 2,5 раза. Кроме того, данный фактор увеличивает количество мультипотентных стволовых клеток костного мозга на 320% от исходного. Однако Г-КСФ в наших исследованиях не оказал, какого либо существенного влияния на сердечную ткань, в частности, инволюцию рубца, предотвращения развития сердечной недостаточности или улучшения ее морфо-функциональных характеристик.

Выводы. Установлено, что Г-КСФ не целесообразно применять в качестве средства для мобилизации МПСК из костного мозга при инфаркте миокарда, так как оно не эффективно. С другой стороны, этот препарат может быть эффективным для увеличения числа данной категории стволовых клеток лиц, пожилого возраста со сниженным содержанием МПСК в костном мозге. Это особенно целесообразно на этапе подготовки пациентов к проведению клеточной терапии, с использованием аутологичных МПСК костного мозга.

1009 ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

Шевченко И.И.

МУЗ ГО ГКБ №10 («Электроника»), Воронеж, Россия

Актуальность. Число пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) в отделении неотложной кардиологии неуклонно растет, что отражает общероссийские тенденции, в то же время летальность остается также высокой. Представляется актуальным анализ патоморфологических изменений у пациентов с летальным исходом в отделении неотложной кардиологии.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе отделения неотложной кардиологии многопрофильной клинической больницы. На стационарном лечении в отделении находился 1891 пациент, из них с прогрессирующей стенокардией 771 (40,69%); с острым инфарктом миокарда (ОИМ) – 550 (29,08%).

Результаты. Летальность составила 80 пациентов (4,23% от госпитализированных, 6% от числа пациентов с ОКС, 14,5% от числа пациентов с ОИМ). Летальность в первые сутки составила 33 пациента (41,2% от общей), за вторые сутки 9 пациентов (11,3%), за третьи сутки 6 пациентов (7,5%), в течение первых 7 суток – 64 пациента (80%). Патологоанатомическое исследование проведено у 50 пациентов (62,5%). У 44 (88%) из них подтвержден ОИМ, при этом у 38 (76%) QОИМ, у 6 (12%) острая коронарная недостаточность (донекротическая стадия ОИМ), у 4 (8%) расхождение клинического и патологоанатомического диагнозов. Передняя локализация ОИМ по данным вскрытия у 26 пациентов (68,4%), нижняя – соответственно у 12 (31,6%). Фатальные осложнения имели: отек легких – 32 пациента (72,7%), кардиогенный шок - 6 пациентов (13,63%), разрывы – 10 пациентов (27,7%), из них наружные разрывы с гемотампонадой 100-500 мл у 8 пациентов (80%), разрывы межжелудочковой перегородки у 2 пациентов (20%). Стенозирующий атеросклероз I-IV степени венечных артерий отражен в протоколах вскрытий у 48 пациентов, у 18 острый тромбоз с окклюзией коронарных артерий: у 11 пациентов (61%) - левой коронарной артерии (ЛКА), у 3 пациентов (16,7%) - огибающей ветви ЛКА, у 4 пациентов (8%) - правой коронарной артерии. Формирование острой аневризмы миокарда у 3 пациентов, вовлечение в патологический процесс помимо левого и правого желудочка у 3 пациентов. Средняя масса сердца у пациентов при вскрытии (M±m) 497,1±14,85 г, медиана 480 г, ±95% доверительный интервал 466,9 и 527,3 г соответственно, нижняя (25%) квартиль – 430 г, верхняя (75%) квартиль – 550 г. Толщина стенки миокарда левого желудочка (M±m) – 1,84±0,03, ±95% доверительный интервал – 1,77 и 1,9 см соответственно, медиана – 1,8 см, нижняя (25%) квартиль - 1,8 см, верхняя 75% квартиль – 2 см. Тромбоэмболия легочной артерии выявлена у 4 пациентов (8%), из них у двоих в ствол легочной артерии. Отек головного мозга у 6 пациентов (12%), двусторонний гидроторакс у 18 пациентов (36%), среднее количество жидкости в правой плевральной полости – 890 мл, в левой – 750 мл. Гидроперикард у 8 пациентов (16%), среднее количество жидкости в полости перикарда – 75 мл. Острые эрозии желудка выявлены у 9 пациентов (18%), у двоих пациентов это сопровождалось кровотечением с анемией, шоком.

Выводы: 1. Летальность в отделении неотложной кардиологии остается высокой, тенденции к снижению в последние годы нет.

2. Основными причинами летального исхода у пациентов с ОКС являются: отек легких, кардиогенный шок, разрывы миокарда, отек головного мозга.

1010 УРОВНИ ПРЕДНАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ОСНОВЕ НЕИНВАЗИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

Шевченко И.И., Басова Е.А.

МУЗ ГО ГКБ №10 («Электроника»), Воронеж, Россия

Актуальность. Состояние центральной гемодинамики (ЦГ) пациентов с острым коронарным синдромом (ОКС) определяется как объемом повреждения сердечной мышцы на момент госпитализации, так и предшествующим ремоделированием миокарда. Уровни преднагрузки миокарда левого желудочка имеют важное значение в оценке состояния центральной гемодинамики в целом. Представляет интерес неинвазивная оценка уровней преднагрузки миокарда при госпитализации пациентов и в ходе лечения.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе палаты интенсивной терапии кардиологического отделения. Центральная гемодинамика пациентов исследовались неинвазивно компьютерным анализатором «Бианкор» (Россия) и эхокардиографом

Tesis_006_end.indd 424 24.08.2006 22:26:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

«SIM 5000 plus» (Италия-Россия). Для оценки уровня преднагрузки исследовался конечный диастолический объем (КДО).

Результаты. Параметры ЦГ исследовались при госпитализации пациентов, а также в ходе лечения. Уровни преднагрузки, определяемые по КДО, в группе с прогрессирующей стенокардией составили: со сниженной преднагрузкой (КДО<100 см3) – 6,25%; с нормальной преднагрузкой (100<КДО<160 см3) – 72,91%; с повышенной преднагрузкой (161<КДО<200 см3) – 16,67%; с резко повышенной преднагрузкой (КДО>200 см3) – 4,16%. Уровни преднагрузки в группе пациентов с мелкоочаговым ОИМ составили: со сниженной преднагрузкой – 3,33%; с нормальной преднагрузкой – 73,33%; с повышенной преднагрузкой – 23,33%. Различия по уровню преднагрузки в группах пациентов с прогрессирующей стенокардией и мелкоочаговым ОИМ не достигают уровня значимых (t-тест Стьюдента – 0,48; p=0,63). Уровни преднагрузки в группе пациентов с крупноочаговым ОИМ составили: с нормальной преднагрузкой – 37,5%; с повышенной преднагрузкой – 35,93%; с резко повышенной преднагрузкой – 26,56%. Различия в группах пациентов с мелкоочаговым и крупноочаговым ОИМ высоко значимы (t-тест Стьюдента – 4,27; p=0,00004). Уровни преднагрузки пациентов с крупноочаговым ОИМ неоднородны (двухвершинное распределение). Неоднородность обусловлена включением в одну группу пациентов с неосложненным течением ОИМ и осложненным левожелудочковой недостаточностью. Уровень преднагрузки достоверно различен в группе пациентов с крупноочаговым ОИМ осложненным левожелудочковой недостаточностью и без левожелудочковой недостаточности (тест Крускала-Уоллиса и медианный тест: 2 =11,46, p=0,0007).

Выводы: 1. Различия по уровню преднагрузки в группах пациентов с прогрессирующей стенокардией и мелкоочаговым ОИМ не достигают уровня значимых.

2. Различия по уровню преднагрузки в группах пациентов с мелкоочаговым и крупноочаговым ОИМ высоко значимы.

3. У пациентов с крупноочаговым неосложненным ОИМ и осложненным левожелудочковой недостаточностью различия по уровню преднагрузки также высоко значимы.

1011 ПАЦИЕНТЫ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ

Шевченко И.И.

МУЗ ГО ГКБ №10 («Электроника»), Воронеж, Россия

Актуальность. Пациенты с острым коронарным синдромом (ОКС) без подъема сегмента ST (ОКСБПST) составляют значительную часть от общего числа пациентов отделения неотложной кардиологии. Представляется актуальным анализ возрастных и половых особенностей данной группы пациентов.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе отделения неотложной кардиологии многопрофильной городской клинической больницы. В течение года на лечении находился 1891 пациент со следующей нозологией: гипертоническая болезнь, криз – 235 (12,4%); прогрессирующая стенокардия (ПС) – 771 (40,69%); острый инфаркт миокарда (ОИМ) – 550 (29,08%); ОКС (ОИМ+ПС) – 1321 (69,85% от всех госпитализированных). ОИМ мелкоочаговый – 254 (46,32%); ОИМ крупноочаговый – 296 (53,68%), ОКСБПST – 1025 (77,6%), острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (ОКССПST) – 296 (22,4%) В данное исследование включались в течение года только пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST.

Результаты. Средний возраст всей группы пациентов с прогрессирующей стенокардией – 64,7 года, медиана – 65 лет, ст. откл. – 10,6 года, ст. ош. – 0,69 года, нижняя квартиль – 57 лет, верхняя квартиль – 73 года. Мужчины (54,23%): средний – 62,84 года, медиана – 64 года, ст. откл. – 11,22 года, ст. ош. – 0,99 года, нижняя квартиль – 54 года, верхняя квартиль – 72 года. Нестабильная стенокардия была подразделена в зависимости от клиники, анамнеза и времени возникновения на I-III классы согласно классификации C.W. Hamm, E. Braunwald. Впервые возникшая (I класс) - 24 пациента, 10,7% от всех пациентов с нестабильной стенокардией, средний возраст - 50,7±3,1 года, медиана - 53,5 года, нижняя квартиль – 37,5 года, верхняя квартиль – 63,5 года. Мужчины (66,7%) средний возраст – 48,6±3,8 года, медиана – 52,5 года, женщины (33,3%) средний возраст – 54,9±5,35 года, медиана – 58,5 года. Из 56 пациентов (25,1%), госпитализированных в первые 48 часов (III класс), 10,7% госпитализированы в первые 6 часов, 28% в первые 16 часов, 39,2% - в первые 24 часа, соответственно 60,8% во вторые сутки. 143 пациента (64,1%) госпитализированы с прогрессирующей стенокардией в сроки от 48 до 1442 часа (II класс), при этом госпитализация пациентов до 146 часов – 43,9%, до 194 часов – 67,2%, до 338 часов – 86%, до 722 часов – 98%. Среднее время ишемической болезни при изучении амбулаторных карт пациентов 8±0,6 года, медиана – 5 лет, нижняя квартиль (25%) – 3 года, верхняя квартиль (75%) – 11 лет. Мелкоочаговый ОИМ выявлен после анализа маркеров повреждения миокарда (количественного тропонинового теста I и МВ КФК) у 98 пациентов, средний возраст – 64,4±1,0 год, медиана – 65 лет, нижняя квартиль – 56 лет, верхняя квартиль – 71 год.

Выводы: 1. Пациенты с острым коронарным синдромом без подъема сегмента ST составляют подавляющее большинство (77,6%) от числа пациентов с ОКС.

2. Среди пациентов с нестабильной стенокардией превалирует II класс согласно классификации C.W. Hamm, E. Braunwald.

1012 ОСТРОФАЗНЫЙ БЕЛОК ГАПТОГЛОБИН – ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Шевченко О.П., Шевченко А.О., Дайбанырова Л.В., Наджар М., Алимова Е.А.

Кафедра кардиологии ФУВ Российского государственного медицинского университета; НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва, Россия

Цель: оценить содержание уровней гаптоглобина (Г) в плазме крови и их связь клиническими и лабораторными показателями и отдаленным прогнозом у больных ИБС.

Методы. Обследованы 132 больных (73 больных стабильной стенокардией (ССН) и 48 больных острым коронарным синдромом (ОКС) и 11 лиц без ИБС, средний возраст 61,16±13,1 лет). В плазме крови определялись уровни Г (при поступлении, через 2, 4 и 12 недель), С-реактивного белка, интерлейкина-6, фибриногена, гомоцистеина, плацентарного фактора роста (PlGF) и sVCAM-1. Прогноз оценивался на основании выявления конечных точек (смерть, инфаркт миокарда (ИМ), нестабильная стенокардия (НС)) при наблюдении в течение 703±259 дней после выписки из стационара.

Результаты. Уровни Г (от 0,12 до 3,7 г/л; в среднем 0,64±0,65 г/л; медиана 0,35 г/л) не зависели от пола, уровней липидов, артериального давления и наличия сахарного диабета. Выявлена негативная корреляция уровней Г в крови с возрастом (r=-0,18, p=0,011). Уровни Г у лиц без ИБС были достоверно ниже, чем у больных ИБС (0,47±0,16 против 0,79±0,51, соответственно, p=0,04). При этом, уровни Г у больных ССН (0,84±0,72 г/л), у больных НС (0,80±0,42 г/л) и у больных ИМ (0,57±0,15 г/л) достоверно не отличались. Уровни Г в плазме крови коррелировали с уровнями PlGF (r=0,304, p=0,012), гомоцистеина (r=0,39, p=0,038) и гемоглобина (r=-0,36, p=0,041, n=33). Назначение больным (n=32) симвастатина 20 мг/сут. не приводило к достоверным изменениями уровней Г в крови через 2, 6 и 12 недель. В подгруппе больных ОКС с рецидивом ангинозных приступов в стационаре (n=12) отмечалось достоверное увеличение уровней Г в плазме крови через 2 недели по срав-

Tesis_006_end.indd 425 24.08.2006 22:26:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

нению с исходными показателями (0,59±0,22 против 1,24±0,46 г/л, соответственно, p<0,01), в то время как у больных ОКС без рецидива стенокардии (n=36) уровни Г достоверно не изменялись (0,66±0,34 против 0,62±0,27 г/л, соответственно, p>0,05). Сравнение выживаемости без нежелательных событий при помощи логрангового критерия среди больных ОКС выявило более благоприятный прогноз в группе больных с уровнями Г <0,35 г/л (n=17) по сравнению с подгруппой больных с уровнями Г >0,35 г/л (p<0,01) (n=31). Среди больных ССН с низкими (<0,35 г/л) (n=41) и высокими (>0,35 г/л) (n=32) уровнями Г в крови достоверных различий в показателях выживаемости в течение периода наблюдения не отмечалось.

Заключение. Определение уровней гаптоглобина в крови, который не зависит от «традиционных» факторов риска ИБС, позволяет оценить прогноз у больных острым коронарным синдромом. Выявлено нарастание титра гаптоглобина в крови в течение 14 дней после госпитализации у больных ОКС с рецидивами ангинозных приступов. Уровни гаптоглобина в крови связаны с уровнями PlGF, гомоцистеина и гемоглобина в крови. Прием симвастатина в дозе 20 мг в сутки на протяжении 12 недель не приводит к снижению уровней гаптоглобина.

1013 КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА PLGF, МАРКЕРА НЕОАНГИОГЕНЕЗА, У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шевченко О.П., Шевченко А.О, Орлова О.В., Туликов М.В.

Кафедра кардиологии ФУВ Российского государственного медицинского университета; НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва, Россия

Введение. Плацентарный фактор роста (PlGF) является гликопротеином, играющим важную роль в регуляции неоангиогенеза, участвует в ключевых механизмах, приводящих к дестабилизации атеросклеротической бляшки.

Целью исследования явилось изучение PlGF в качестве предиктора нежелательных сердечнососудистых событий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС).

Методы. В исследование включены последовательно 78 лиц в возрасте от 24 лет до 81 года (в среднем 61,6±13,1 лет), которые госпитализировались в кардиологическое отделение (19 больных инфарктом миокарда (ИМ), 23 больных нестабильной стенокардией (НС), 23 больных стабильной стенокардией напряжения (ССН) и 13 пациентов без клинических признаков ИБС). Период наблюдения составил 2 года: оценивались конечные точки: смерть от сердечно-сосудистых заболеваний, развитие ИМ, НС или прогрессирующее снижение толерантности к физической нагрузке. Помимо рутинного клинического обследования, определялись уровни PlGF, интерлейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ), неоптерина, гаптоглобина и гомоцистеина.

Результаты. Уровни PlGF в крови не зависели от возраста, пола, индекса массы тела, среднего уровня систолического и диастолического АД, сахарного диабета 2-го типа, перенесенных в анамнезе ИМ или нарушения мозгового кровообращения. Уровни PlGF достоверно коррелировали с уровнями гаптоглобина (r=0,34, p=0,028), гомоцистеина (r=0,455, p=0,043) и неоптерина (r=0,31, p=0,048), а также с толщиной комплекса интима-медиа общей сонной артерии (ТИМ ОСА) (r=0,2, p=0,01). В подгруппах больных с низкими (<7,5 пг/мл), средними (7,5-20,5 пг/мл) и высокими (>20,5 пг/мл) уровнями PlGF выявлены достоверные различия в продолжительности периода до наступления нежелательных событий (1038±56, 729±55, 578±63 дней, соответственно, p<0,01). Сравнение кривых выживаемости без нежелательных событий при помощи логрангового метода показало, что прогноз у больных с низкими уровнями PlGF в крови достоверно лучше, чем у больных с высокими уровнями в крови этого маркера (p=0,038).

Заключение. Повышенный уровень PlGF в крови является предиктором неблагоприятного прогноза у больных ИБС; выявлена положительная зависимость между уровнями PlGF и толщиной комплекса интима-медиа ОСА, а также уровнями в крови неоптерина, гаптоглобина и гомоцистеина.

1014 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННЫХ УРОВНЕЙ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИНА ПЛАЗМЫ PAPP-A У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шевченко О.П., Кочетова Е.В., Шевченко А.О., Алимова Е.А.

Кафедра кардиологии ФУВ Российского государственного медицинского университета; НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва, Россия

Цель: изучение связи уровней PAPP-A в крови и двухлетнего прогноза у больных ИБС.

Методы: включены последовательно 75 лиц в возрасте 62,3±10,1 лет, которые наблюдались на протяжении, по крайней мере, двух лет. Оценивались конечные точки: смерть, нефатальный инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, прогрессирование стенокардии и реваскуляризация миокарда. Определялись уровни интерлейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ) и PAPP-A.

Результаты: на протяжении периода наблюдения умерло трое пациентов - через 5, 10 и 18 месяцев после включения в исследование. Одному из пациентов выполнена операция коронарного шунтирования, у восьмерых развилась нестабильная стенокардия, у 18 пациентов отмечалось прогрессирующее снижение переносимости физической нагрузки, причем 11 из них было госпитализировано в стационар, а семеро не госпитализировались, у них были увеличены дозы антиангинальных препаратов. Анализ выживаемости без нежелательных событий по методу Каплана-Мейера показал, что у лиц с уровнями PAPP-A>8 мМЕ/мл прогноз менее благоприятен, чем у больных с PAPP-A<8 мМЕ/мл (p=0,04). Также, предикторами неблагоприятного прогноза явились возраст и ранее перенесенный инфаркт миокарда, однако связи этих показателей с PAPP-A не выявлено. Уровни PAPP-A достоверно коррелировали с уровнями СРБ (r=0,361, p=0,043) и ИЛ-6 (r=0,387, p=0,035).

Выводы: повышенный уровень PAPP-A в крови является независимым предиктором неблагоприятного прогноза у больных ИБС; уровни PAPP-A коррелируют с выраженностью системного воспаления, что свидетельствует о важности определения этого показателя с целью стратификации риска у больных ИБС.

1015 СИМВАСТАТИН СНИЖАЕТ УРОВНИ РАСТВОРИМОГО ЛИГАНДА CD40L И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС

Шевченко О.П., Кузьмина И.М., Шевченко А.О., Природова О.Ф.

Кафедра кардиологии ФУВ РГМУ, Клиническая больница УД Президента РФ, Научно-исследовательский институт Трансплантологии и Искусственных Органов, Москва, Россия

Введение. Лиганд CD40 (CD40L) является трансмембранным гликопротеидом, относящимся к семейству факторов некроза опухолей, синтезируется активированными тромбоцитами лимфоцитами, моноцитами, макрофагами, эндотелиальными и гладкомышечными клетками. CD40L способствует усилению тромбоцитарно-лейкоцитарной адгезии, экспрессии тканевого фактора, синтезу молекул адгезии и матриксных металлопротеиназ, следствием чего является прогрессирование атеросклероза и развитие острого коронарного синдрома.

Целью исследования явилось изучение влияния приема симвастатина на уровни растворимой формы CD40L (sCD40L) и маркеров воспаления у больных ИБС.

Материалы и методы. В исследование включены 29 боль-

Tesis_006_end.indd 426 24.08.2006 22:26:23
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ных ИБС в возрасте 64,5±9,7 лет. Исключались лица с признаками острых или обострения хронических воспалительных или инфекционных заболеваний и уровнем С-реактивного белка (СРБ) выше 10 мг/л. Всем больным назначался симвастатин в дозе 20 мг/д. Период наблюдения составил 6 недель. Помимо рутинных лабораторных анализов, при помощи высокочувствительных методов, в крови определялись уровни sCD40L, (СРБ) и интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Результаты. Уже на 2-й неделе приема симвастатина отмечалось статистически достоверное снижение уровней sCD40L, СРБ и ИЛ-6, максимальное снижение отмечалось на 6-й неделе. Уровни sCD40L, СРБ и ИЛ-6 концу периода наблюдения снизились с 2,3±2,1 до 1,2±1,1 нг/мл (p=0,04), с 4,7±0,6 до 3,3±0,5 мг/л (p=0,03) и с 16,9±2,4 до 12,0±2,1 пг/мл (p=0,04), соответственно. Снижение уровней общего холестерина, холестерина ЛНП и триглицеридов достигло статистической значимости только к 6-й неделе лечения. Изменения уровней sCD40L и маркеров воспаления не коррелировали с изменениями уровней липидов в крови.

Заключение. Прием симвастатина сопровождается снижением уровней sCD40L, ИЛ-6 и СРБ, которое происходит раньше снижения уровня липидов, также выявлено, что снижение уровней в крови этих маркеров происходит независимо от снижения липидов. Результаты исследования свидетельствуют о плейотропном действии препарата и подтверждают необходимость их профилактического назначения у больных ИБС.

1016 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ЛИГАНДА CD40L У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС

Шевченко О.П., Природова О.Ф., Шевченко А.О., Кузьмина И.М., Дайбанырова Л.В.

Кафедра кардиологии ФУВ РГМУ, Клиническая больница УД Президента РФ Научно-исследовательский институт Трансплантологии и Искусственных Органов, Москва, Россия

Цель: изучить связь уровней растворимого CD40L (sCD40L) с различными формами ишемической болезни сердца (ИБС) и факторами риска ИБС.

Методы: были обследованы 60 больных с различными формами ИБС (25 со стабильной стенокардией напряжения (ССК), 20 с нестабильной стенокардией (НСК) и 15 с инфарктом миокарда (ИМ)) и 7 относительно здоровых лиц. У всех обследованных в плазме крови были определены уровни sCD40L, общего холестерина (ОХс), холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛПНП), холестерина липопротеидов высокой плотности (ХсЛПВП) и триглицеридов (ТГ). Уровни sCD40L определяли с помощью теста ElISA (Bender MedSystems) с использованием анти-sCD40L моноклональных антител.

Результаты: средние значения sCD40L у здоровых лиц и у больных ССК, НСК и ИМ были соответственно 1,05±1,08; 1,81±1,5; 2,11±1,52; 2,12±2,12 нг/мл и достоверно не различались (p>0,1). Среди больных ИБС мы не выявили достоверной корреляционной зависимости уровней sCD40L от не модифицируемых факторов риска ИБС (возраст и пол). Из модифицируемых факторов риска (курение, артериальная гипертония, избыточная масса тела, сахарный диабет (СД), повышение ОХс, ХсЛПНП и ТГ, снижение ХсЛПВП, гипергомоцистеинемия) достоверная корреляция sCD40L была обнаружена с наличием СД 2 типа (r=0,519; p<0,001). Средние значения sCD40L у больных ИБС в сочетании с СД 2 типа были достоверно выше, чем у больных ИБС без СД и у здоровых лиц (3,07±2,02; 1,72±1,51 и 1,05±1,08 нг/мл соответственно, p≥0,05). Кроме того, мы выявили положительную корреляционную зависимость уровней sCD40L от концентраций ХсЛПВП (r=0,27; p=0,044) и отрицательную связь sCD40L с содержанием ТГ (r=-0,292; p=0,026) среди больных ИБС.

Выводы: уровни sCD40L у больных ИБС не зависят от формы ИБС, но достоверно повышены у больных с СД 2 типа и коррелируют с уровнями ХсЛПВП и ТГ. Дальнейшее изучение sCD40L может определить его как новый фактор сердечно-сосудистого риска.

1017 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ЛИГАНДА CD40L У БОЛЬНЫХ ИБС

Шевченко О.П., Шевченко А.О., Природова О.Ф., Алимова Е.В., Червякова Н.В.

Кафедра Кардиологии ФУВ РГМУ, *НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов, Москва, Россия

Цель: изучить прогностическое значение определения растворимой формы лиганда CD40 (sCD40L) у больных ИБС.

Методы: в исследование включено 24 больных стенокардией напряжения (СН) и 25 больных нестабильной стенокардией (НС) (группы сравнимы, средний возраст 62,5±10,1 лет), у которых при госпитализации в стационар определялись уровни sCD40L. Период наблюдения составил 2 года. В качестве конечных точек оценивались смерть, развитие острого коронарного синдрома (инфаркт миокарда (ИМ), НС) или госпитализация в связи с прогрессированием стенокардии.

Результаты. К концу периода наблюдения все больные живы, ни у кого не развилось ИМ; 17 (68%) больных из группы НС и 16 (66,6%) больных из группы СН госпитализировались в связи с НС или прогрессированием СН. Уровни sCD40L (от 0,12 до 15 нг/мл, в среднем, 2,4±2,3 нг/мл, медиана распределения 1,5 нг/мл) в группах больных СН и НС достоверно не отличались. Отсутствовала связь уровней sCD40L с возрастом, полом, перенесенным ИМ и «традиционными» факторами риска сердечнососудистых заболеваний, а также уровнями интерлейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ), фибриногена и получаемой терапией Сравнение «кривых выживаемости» с использованием логрангового критерия показало, что у больных с уровнями sCD40L более 1,5 нг/мл прогноз был достоверно менее благоприятен, чем у больных с sCD40L менее 1,5 нг/мл. Не выявлено влияния на прогноз таких факторов, как наличие ранее перенесенного ИМ, курения, индекса массы тела, уровни липидов ИЛ-6, СРБ, фибриногена.

Выводы: исследование позволило выявить связь уровней sCD40L с неблагоприятным прогнозом в течение ближайших 2-х лет у больных ИБС.

1018 АТЕРОТРОМБОЗ: АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОГЕННОЙ ДЕСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС

Шевченко О.П., Шевченко А.О., Кочетова Е.В., Природова О.Ф., Червякова Н.В.

Кафедра Кардиологии ФУВ РГМУ, НИИ Трансплантологии и Искусственных Органов, Москва, Россия

Цель: изучить связь уровней в плазме крови PAPP-A, интрелейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ), сосудистых молекул клеточной адгезии sVCAM-1 и фибриногена с острым коронарным синдромом (ОКС) у больных ИБС.

Методы: в исследование включено 75 пациентов в возрасте 62,3±10,1 лет (17 больных инфарктом миокарда (ИМ), 23 больных нестабильной стенокардией (НС), 24 больных стенокардией напряжения (СН), 11 здоровых лиц), у которых определялись уровни PAPP-A, ИЛ-6, СРБ, sVCAM-1 и фибриногена при помощи иммуноферментных методов. Не включались лица с признаками инфекционных или аллергических заболеваний.

Результаты: У больных ИБС с PAPP<10 мМЕ/л (n=32) нежелательные события отмечались у 4, в то время как у больных с PAPP-A>10 мМЕ/л (n=32) нежелательные события отмечались

Tesis_006_end.indd 427 24.08.2006 22:26:24
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

у 11; средняя продолжительность периода до наступления нежелательных событий составила 1030±52 и 656±51 день, соответственно (p<0,05). Прогноз, характеризующийся выживаемостью без нежелательных событий у больных ИБС с низкими уровнями PAPP-A в крови оказался достоверно лучше, чем у больных с высокими уровнями в крови этого маркера (p=0,047).

Уровни PAPP-A, ИЛ-6 и СРБ в крови здоровых лиц и у больных СН достоверно не отличались. По У больных НС У больных СН и ОКС достоверно различались уровни PAPP-A и СРБ. По сравнению с больными нестабильной стенокардией (НС), у больных инфарктом миокарда (ИМ) были достоверно повышены уровни PAPP-A, СРБ и sVCAM-1. Различий в уровнях ИЛ-6 и фибриногена не отмечалось. Выявлена корреляция уровней PAPP-A с уровнями СРБ (r=0,361, p=0,043) и ИЛ-6 (r=0,387, p=0,035).

Выводы: определение уровней PAPP-A и СРБ может быть использовано в диагностике ОКС.

1019 ПРЕДИКТОР ЭНДОГЕННОЙ ДЕСТРУКЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИН ПЛАЗМЫ PAPP-A У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Шевченко О.П., Кочетова Е.В., Шевченко А.О., Алимова Е.А.

Кафедра кардиологии ФУВ Российского государственного медицинского университета; НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва, Россия

Цель: изучение связи уровней PAPP-A в крови и двухлетнего прогноза у больных ИБС.

Методы: включены последовательно 75 лиц в возрасте 62,3±10,1 лет, которые наблюдались на протяжении, по крайней мере, двух лет. Оценивались конечные точки: смерть, нефатальный инфаркт миокарда, нестабильная стенокардия, прогрессирование стенокардии и реваскуляризация миокарда. Определялись уровни интерлейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ) и PAPP-A.

Результаты: на протяжении периода наблюдения умерло трое пациентов - через 5, 10 и 18 месяцев после включения в исследование. Одному из пациентов выполнена операция коронарного шунтирования, у восьмерых развилась нестабильная стенокардия, у 18 пациентов отмечалось прогрессирующее снижение переносимости физической нагрузки, причем 11 из них было госпитализировано в стационар, а семеро не госпитализировались, у них были увеличены дозы антиангинальных препаратов. Анализ выживаемости без нежелательных событий по методу Каплана-Мейера показал, что у лиц с уровнями PAPP-A >8 мМЕ/мл прогноз менее благоприятен, чем у больных с PAPP-A <8 мМЕ/мл (p=0,04). Также, предикторами неблагоприятного прогноза явились возраст и ранее перенесенный инфаркт миокарда, однако связи этих показателей с PAPP-A не выявлено. Уровни PAPP-A достоверно коррелировали с уровнями СРБ (r=0,361, p=0,043) и ИЛ-6 (r=0,387, p=0,035).

Выводы: повышенный уровень PAPP-A в крови является независимым предиктором неблагоприятного прогноза у больных ИБС; уровни PAPP-A коррелируют с выраженностью системного воспаления, что свидетельствует о важности определения этого показателя с целью стратификации риска у больных ИБС.

1020 НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА – ФАКТОР РИСКА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ.

Шевченко О.П., Шевченко А.О., Дайбанырова Л.В., Алимова Е.А., Кочетова Е.В., Природова О.Ф.

Кафедра кардиологии ФУВ РГМУ, Клиническая больница УД Президента РФ, Научно-исследовательский институт Трансплантологии и Искусственных Органов, Москва, Россия

Введение. Церулоплазмин является основным медьсодержащим белком плазмы крови и синтезируется клетками печени, эпителиоцитами легких и моноцитами. Экспериментальные исследования показали, что церулоплазмин является белком острой фазы и может выполнять не только защитные функции, но и способствовать окислительному повреждению клеточных мембран и липопротеинов. Опубликованы противоречивые данные о влиянии церулоплазмина на прогноз у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Цель исследования: изучить связь уровней церулоплазмина в крови и отдаленного прогноза у больных ИБС.

Методы. В исследование включено 128 больных ИБС (67 женщин и 61 мужчина, средний возраст 63,9±10,7 лет), среди которых 74 со стенокардией напряжения, 54 – с острым коронарным синдромом (у 36 – нестабильная стенокардия, и у 18 –острый инфаркт миокарда). Период наблюдения составил 2 года. В качестве конечных точек использовались смерть, ОИМ, мозговой инсульт, нестабильная стенокардия. Помимо рутинного клинического обследования, у всех больных определялось содержание в крови уровней интерлейкина-6 (ИЛ-6), С-реактивного белка (СРБ), фибриногена и церулоплазмина при помощи высокочувствительных методов иммуноферментного анализа.

Результаты. Через 2 года наблюдения 2 (1,5%) больных умерли, 78 (61,0%) повторно госпитализировались в связи с ИБС, у 16 (12,5%) – снизилась толерантность к физическим нагрузкам, у 32 (25%) не отмечалось ухудшения состояния. Исследование показало, что больные с благоприятным прогнозом были достоверно моложе (средний возраст 57,1±11,1 против 68,1±9,8 лет, p<0,0001), средний уровень систолического артериального давления у них был достоверно ниже (136,9±14,8 против 146±13,0 мм рт.ст, p=0,004), функциональный класс стенокардии напряжения – достоверно выше (1,0±0,9 против 2,4±0,8, p<0,0001), уровень церулоплазмина в крови достоверно выше (0,34±0,1 против 0,1±0,01 г/л, p<0,0001). В то же время, риск смерти, повторной госпитализации или ухудшения толерантности к физической нагрузке не зависел от пола, индекса массы тела, курения, уровней в плазме крови общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности, триглицеридов, фибриногена и С-реактивного протеина, а также диагноза острого коронарного синдрома при первичной госпитализации или сахарного диабета.

Анализ показал отсутствие зависимости между уровнями церулоплазмина в крови и возрастом, полом, артериальным давлением, уровнями липидов и другими изучаемыми параметрами. У лиц с уровнем церулоплазмина в плазме крови менее 0,1 г/л вероятность нежелательного прогноза была выше, чем у лиц с уровнями церулоплазмина более 0,2 г/л (91,3% против 55,5%, p=0,078).

Заключение. Таким образом, пониженное содержание церулоплазмина в крови является независимым предиктором с неблагоприятного прогноза у больных ИБС.

1021 ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ МИОКАРДА В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЛОКАЛЬНОЙ И ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ

Шевякова Е.В., Смирнов А.В., Добронравов В.А., Дегтерева О.А.

Государственный Медицинский Университет им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Общеизвестно, что кардиоваскулярные заболевания (КВЗ) являются ведущей причиной летальности больных с хронической почечной недостаточностью, превышающей в 20-30 раз летальность от КВЗ в общей популяции. Усовершенствование диагностических возможностей наиболее раннего выявления и лечения сердечной недостаточности у больных как на додиализном этапе, так и на гемодиализе продолжает оставаться актуальной задачей

Tesis_006_end.indd 428 24.08.2006 22:26:24
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

современной нефрологии и неинвазивной медицины.

Цель: оценка локальной систолической и диастолической функции левого желудочка (ЛЖ) методом сравнительного анализа тканевых допплер-эхокардиографических (допплер-ЭхоКГ) показателей у пациентов на программном гемодиализе без/с нарушением глобальной систолической и/или диастолической функции ЛЖ у этих же пациентов.

Материал и методы: в междиализный период 55-ти диализным пациентам (ДП) (36-ти женщинам и 19-ти мужчинам в возрасте от 24 до 71 года) была выполнена комплексная трансторакальная допплер-ЭхоКГ на ультразвуковом сканере Vivid 7 Pro (GE). Глобальная систолическая функция ЛЖ оценивалась в режиме двухмерной эхокардиографии по показателю фракции выброса (ФВ), определяемой методом Simpson. Глобальная диастолическая функция ЛЖ исследовалась по трансмитральному кровотоку, по кровотоку в одной из легочной вен левого предсердия и скорости распространения волны раннего наполнения полости ЛЖ (Vp) в цветном М-режиме. Локальные нарушений миокарда ЛЖ как систолические, так и диастолические оценивались в импульсно-волновом спектральном режиме тканевого допплера (ТД) по 12 сегментам миокарда на уровне базальных и срединных отделов ЛЖ. Проанализировано 1860 показателей ТД.

Результаты: нарушение глобальной систолической функции ЛЖ выявлено только у 14% пациентов (ФВ менее 45%). При этом локальная систолическая дисфункция ЛЖ наблюдалась у 70% ДП.

Глобальная диастолическая дисфункция ЛЖ была выявлена у 80% пациентов, из них у 66% - диастолическая дисфункция (ДД) 1 типа, у 14 - ДД 2 типа. ДД 3 типа не выявлена. Локальная диастолическая дисфункция ЛЖ наблюдалась у всех 100% пациентов, и выявлялась в 419 сегментах (63%).

Выводы: по всей вероятности тканевая допплер-ЭхоКГ, являясь методом выявления локальной дисфункции миокарда на ранних этапах ее возникновения, должна быть включена в план обследования ДП наравне с рутинной ЭхоКГ.

1022 ЗАВИСИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТ СОСТОЯНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шек А.Б., Камилова Ф.Х., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить влияние декомпенсации сахарного диабета на некоторые клинико-биохимические показатели у больных нестабильной стенокардией. В исследование были включены 106 мужчин с нестабильной (прогрессирующей и впервые возникшей) стенокардией (IB-IIB класс по классификации C. Hamm and E. Braunwald). Из них 66 пациентов страдали сахарным диабетом II типа (средний возраст 53,6±0,7 лет, индекс массы тела 28,0±0,4 кг/м), 40 пациентов составили контрольную группу с нормальной толерантностью к углеводам (средний возраст 52,6±1,7 лет, индекс массы тела 26,9±0,5 кг/м). Обе группы были сопоставимы по степени тяжести клинического состояния, пациенты с острым инфарктом миокарда давностью менее 3 месяцев, и, получающие инсулин, не включались в исследование. Среди больных диабетом 47 имели декомпенсированную форму и 19 – компенсированную, согласно критериям European Diabetes Policy Group 1998-1999 г (уровень глюкозы натощак <6,7 ммоль/л, через 2 часа после пищевой нагрузки <11,0 ммоль/л; HbA1c <7 %).

Результаты проведённых исследований показали, что группа больных нестабильной стенокардией с декомпенсированной формой сахарного диабета (n=47) характеризовалась более высокой частотой сердечных сокращений ($p<0,001$), амплитудой агрегации тромбоцитов ($p<0,05$), толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий ($p<0,05$), уровнем продуктов перекисного окисления липидов (диеновые и триеновые конъюгаты, ($p<0,05$), общего холестерина ($p<0,001$), холестерина липопротеидов низкой плотности ($p<0,001$), триглицеридов ($p<0,05$), а также более выраженными изменениями диастолической функции левого желудочка по сравнению с контрольной группой пациентов (n=40).

1023 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Шек А.Б., Камилова Ф.Х., Курбанов Р.Д.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Известно, что успех терапевтических вмешательств у больных с нестабильной стенокардией зависит не только от тяжести клинических симптомов, но и от наличия сопутствующих заболеваний. Так, например, больные с нестабильной стенокардией, сопровождающейся сахарным диабетом имеют худший прогноз жизни в сравнении с недиабетиками.

Цель исследования: оценить эффективность применения бета-блокаторов с различными свойствами – небиволола и атенолола у больных нестабильной стенокардией в зависимости от наличия и степени компенсации сахарного диабета, а также некоторых других клинических, гемодинамических и метаболических параметров. В исследование были включены 106 мужчин с нестабильной (прогрессирующей и впервые возникшей) стенокардией (IB-IIB класс по классификации C. Hamm and E. Braunwald). Из них 66 пациентов страдали сахарным диабетом II типа (средний возраст 53,6±0,7 лет, индекс массы тела 28,0±0,4 кг/м), 40 пациентов составили контрольную группу с нормальной толерантностью к углеводам (средний возраст 52,6±1,7 лет, индекс массы тела 26,9±0,5 кг/м). Обе группы были сопоставимы по степени тяжести клинического состояния, пациенты с острым инфарктом миокарда давностью менее 3 месяцев, и, получающие инсулин, не включались в исследование. Среди больных диабетом 47 имели декомпенсированную форму и 19 – компенсированную, согласно критериям European Diabetes Policy Group 1998-1999 г (уровень глюкозы натощак <6,7 ммоль/л, через 2 часа после пищевой нагрузки <11,0 ммоль/л; HbA1c <7%). Из 66 пациентов основной группы 31 получали небиволол (5,8±0,4 мг/сут.) в течение 3 месяцев, а 35 – атенолол (71,9±7,8 мг/сут.). Базисная терапия включала гепарин в остром периоде, аспирин, нитраты.

Результаты: Группа больных нестабильной стенокардией с декомпенсированной формой сахарного диабета (n=47) характеризовалась более высокой частотой сердечных сокращений, амплитудой агрегации тромбоцитов, толщиной комплекса интима-медиа сонных артерий, уровнем продуктов перекисного окисления липидов, общего холестерина, холестерина липопротеидов низкой плотности, триглицеридов, а также более выраженными изменениями диастолической функции левого желудочка по сравнению с контрольной группой пациентов (n=40). Лечение небивололом, в отличие от атенолола, сопровождалось улучшением эндотелиальной функции по данным манжеточной пробы, снижением диеновых конъюгатов, малонового диальдегида, как у больных с компенсированным, так и декомпенсированным сахарным диабетом. Оба бета-блокатора не оказывали отрицательного влияния на уровень липидов крови и показатели углеводного обмена (глюкоза, инсулин, С-пептид, HbA1c,, HOMA-IR индекс).

Заключение: Трёхмесячное лечение небивололом сопровождалось улучшением эндотелиальной функции и снижением оксидативного стресса у больных нестабильной стенокардией с компенсированным и декомпенсированным сахарным диабетом. Это позволяет рассматривать его в качестве средства выбора у пациентов с нестабильной стенокардией и сахарным диабетом 2 типа.

Tesis_006_end.indd 429 24.08.2006 22:26:24
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

1024 КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ И СТЕНОЗЕ АРТЕРИИ-ДОНОРА

Шитиков И.В., Олейник Е.А., Титков И.В., Бобров А.В., Меркушова И.М.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение и сравнение непосредственной и отдаленной клинической эффективности коронарной ангиопластики с достижением различной степени реваскуляризации при наличии хронической окклюзии и стенозе артерии-донора при двухсосудистом поражении.

Материал и методы: в исследование включено 42 больных ИБС, у которых при ангиографии выявлено двухсосудистое поражение: хроническая окклюзия одной из крупных эпикардиальных артерий и гемодинамически значимый стеноз артерии-донора. Указаний на крупноочаговые инфаркты миокарда в анамнезе не имелось. Все пациенты были разделены на 2 группы по степени достигнутой в ходе ангиопластики реваскуляризации миокарда. В группу 1 вошли 23 пациента, которые по каким-либо причинам отказались от аорто-коронарного шунтирования, а проведение эндоваскулярной реканализации хронической окклюзии не представлялось технически возможным, поэтому проводилось стентирование только артерии-донора. В группу 2 вошли 19 пациентов с достигнутой в ходе коронарной ангиопластики полной анатомической реваскуляризацией. Клиническая эффективность ангиопластики оценивалась на основании данных нагрузочных ЭКГ-проб (ВЭП, тредмил-тест). Под непосредственной клинической эффективностью подразумевали полное отсутствие симптомов стенокардии, либо наличие объективных признаков ишемии миокарда, несмотря на снижение ф.к. стенокардии не менее чем на 2. Пациенты с клинически неуспешной коронарной ангиопластикой в отдаленные сроки не рассматривались. Под отдаленным клиническим успехом подразумевали сохранение достигнутого успеха на протяжении не менее 6 месяцев.

Результаты: у всех пациентов в ходе ангиопластики был достигнут ангиографический успех. В группе 1 непосредственный клинический успех коронарной ангиопластики артерии-донора отмечен в 82,6% случаев (у 19 из 23 пациентов), при этом, у 6 пациентов (26%) отмечено полное отсутствие симптомов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда, а у 13 пациентов (56,5%) имелись объективные признаки ишемии миокарда, несмотря на снижение функционального класса стенокардии не мене чем на 2 ф.к. В группе 2 процент непосредственного клинического успеха составил 100% (19 из 19 пациентов), среди них 17 (94,7%) не имели симптомов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда. Таким образом, по непосредственной клинической эффективности достоверно лучшие результаты получены в группе 2 (P≥0,05). В отдаленном периоде достигнутый клинический результат в группе 1 сохранился у 13 из 19 пациентов (68,4%), в группе 2 – у 14 из 19 пациентов (73,7%) (P 0,05), причина ухудшения клинического состояния - рестеноз.

Заключение: полная анатомическая реваскуляризация при данных поражениях обладает более высокой непосредственной клинической эффективностью. Отдаленная клиническая эффективность не зависит от объема вмешательства. Таким образом, при наличии окклюзии и следует стремиться к полной анатомической реваскуляризации. Ангиопластика только артерии-донора вполне оправдана при отсутствии возможности эндоваскулярной реканализации окклюзии и отказе больного от проведения АКШ.

1025 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА

Шитиков И.В., Титков И.В., Олейник Е.А., Бобров А.В., Меркушова И.М.

ФГУ Саратовский НИИ кардиологии Росздрава, Саратов, Россия

Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности коронарной ангиопластики инфаркт-связанной артерии у пациентов с анамнестическим указанием на перенесенный Q-инфаркт миокарда.

Материал и методы: в исследование включено 63 пациента с документально подтвержденным перенесенным Q-инфарктом миокарда давностью 1-6 месяцев, которым в лаборатории инвазивной кардиологии Саратовского научно-исследовательского института кардиологии была выполнена коронарная ангиопластика инфаркт-связанной артерии с непосредственным ангиографическим эффектом. 39 пациентов (61,9%) до ангиопластики не имели клинической симптоматики стенокардии, остальные имели симптомы стенокардии напряжения II-III ф.к, у 8 (12,7%) выявлена аневризма левого желудочка. У всех пациентов по данным коронарной ангиографии выявлено гемодинамически значимое поражение одной из крупных эпикардиальных артерий, кровоснабжающей зону перенесенного инфаркта миокарда, среди них 18 (28,6%) имели окклюзирующее поражение, 45 (71,4%) имели стенозы выраженностью 70% и более просвета артерии. Оценивалась локальная и глобальная сократимость, фракция выброса левого желудочка (ФВЛЖ) по данным Допплер ЭХО КГ, данные нагрузочных ЭКГ-проб до и через 1-2 месяца после ангиопластики. Средняя фракция выброса левого желудочка до КА составила 39±5,3%. 54 пациентам имплантирован стент в инфаркт-связанную артерию, 9 пациентам выполнена баллонная ангиопластика.

Результаты: 61 из 63 пациентов (96,8%) в сроки 1-2 мес. после ангиопластики не имели симптомов стенокардии и объективных признаков ишемии миокарда по данным нагрузочных ЭКГ-проб, у 2 пациентов (3,2%) отмечено снижение ф.к. стенокардии на 2. У 54 (87,3%) пациентов отмечено повышение ФВ ЛЖ, средний прирост ФВ ЛЖ составил 8,3%. У 8 пациентов (12,7%) увеличения ФВ ЛЖ не отмечено, у 7 из них до ангиопластики имелась аневризма левого желудочка. Среди пациентов с аневризмой левого желудочка у 87,5% (7 из 8) существенного прироста фракции выброса левого желудочка не отмечено.

Заключение: коронарная ангиопластика после перенесенного инфаркта миокарда у пациентов со сниженной фракцией выброса левого желудочка является высокоэффективной процедурой, т.к. в достоверном большинстве случаев приводит к улучшению клинического состояния. Реваскуляризация зоны перенесенного миокарда улучшает глобальную и региональную сократимость миокарда. Аневризма левого желудочка явилась предиктором клинически неуспешных результатов, т.к. ангиопластика в данном случае не привела к повышению ФВ ЛЖ.

1026 ЧАСТОТНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT В НОРМЕ И ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

Шитов В.Н., Меркулова И.Н., Соколов С.Ф., Самойленко Л.Е.

ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Целью исследования являлось изучение частотной зависимости интервала QT (ЧЗQT) в норме и у пациентов с острым инфарктом миокарда (ИМ) с использованием длительного 12-канального ЭКГ-мониторирования.

Методы. Мы оценивали ЧЗQT раздельно в дневной и ночной периоды у 42 пациентов с ИМ на 2-й неделе заболевания и

Tesis_006_end.indd 430 24.08.2006 22:26:24
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

у 14 здоровых добровольцев, используя линейную модель «QT = +α RR», в которой коэффициент α отражает крутизну наклона графика линейной регрессии. Все необходимые параметры автоматически рассчитывались из данных, полученных при 24-часовом 12-канальном ЭКГ-мониторировании («Astrocard»®-Holtersystem-2F, ЗАО «Медитек»). Для оценки перфузии миокарда выполняли однофотонную эмиссионную компьютерную томографию с Tc99m-МИБИ в покое. Размеры ИМ оценивали по выраженности (в условных Ед) дефекта накопления Tc99m-МИБИ. Все пациенты получали бета-блокаторы.

Результаты. Длительное ЭКГ-мониторирование позволило: 1)определить отведение ЭКГ с наиболее выраженной зависимостью QT от RR, характеризующейся показателем αmax; 2)определить величину « α = αmax - αmin» - показателя, характеризующего выраженность пространственной неоднородности ЧЗQT. В норме дневные значения αmax превышали ночные (0,207±0,037 и 0,151±0,035, p<0,01), что, вероятно, обусловлено преобладанием симпатических влияний на миокард в период бодрствования. Величина αmax находилась в прямо-пропорциональной зависимости от размера ИМ (r=0,42-0,43, p<0,01). Поэтому у пациентов с передним ИМ, у которых наблюдались значимо большие размеры инфаркта, чем при нижнем ИМ, среднее дневное значение αmax оставалось высоким, несмотря на терапию β-блокаторами (0,225±0,037), а среднее ночное значение αmax превышало аналогичный показатель у здоровых добровольцев (0,216±0,097 и 0,151±0,035, p<0,01). И у добровольцев и при ИМ индивидуальные значения Δα оставались стабильными в течение суток, т.е. не зависели от вегетативных влияний. У пациентов с ИМ средние значения Δα существенно превышали норму (при переднем ИМ - 0,098±0,057 и 0,039±0,014, p<0,001 днем; 0,104±0,042 и 0,039±0,022, p<0,001 ночью). При переднем ИМ величина Δα находилась в прямо-пропорциональной зависимости от размера ИМ (r=0,62, p=0,001).

Выводы. Новый подход к изучению ЧЗQT с использованием 12-канального ХМ ЭКГ позволяет расширить возможности метода: выбирать наиболее информативное отведение для оценки динамики QT и определять выраженность пространственной неоднородности ЧЗQT. У пациентов с ИМ по сравнению со здоровыми людьми наблюдаются – снижение суточной модуляции ЧЗQT, увеличение крутизны наклона графиков ЧЗQT и ее пространственной неоднородности. Вероятнее всего, это обусловлено воздействием ИМ на реакции вегетативной нервной системы, которые становятся более монотонными и реализуются, в основном, через адренергические механизмы.

1027 ДИНАМИКА СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПЕРФУЗИИ И СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Шитов В.Н., Самойленко Л.Е., Меркулова И.Н., Сергиенко В.Б.
ФГУ РКНПК Росздрава, Москва, Россия

Целью исследования было изучение динамики нарушений симпатической активности ЛЖ в сопоставлении с изменениями его перфузии и сократительной функции у больных с инфарктом миокарда (ИМ) при длительном наблюдении по данным радионуклидных методов исследования.

Методы. В исследование включено 48 больных с впервые возникшим ИМ: 25 - с нижним, 23 - с передним. Для оценки симпатической активности ЛЖ проводили однофотонную эмиссионную компьютерную томографию (ОЭКТ) с I^{123}-МИБГ. Перфузию, сократимость и объем ЛЖ изучали с помощью синхронизированной ОЭКТ с Tc99m-МИБИ. Определяли локализацию дефектов накопления радиофармпрепаратов, их площадь в % от площади ЛЖ, глубину в усл. Ед, фракцию выброса (ФВ в %) и конечно-диастолический объем (КДО в мл) ЛЖ. Исследования выполняли в конце первой недели ИМ и спустя 8 мес.

Результаты. У всех больных определялись региональные нарушения симпатической активности ЛЖ, соответствующие по локализации ИМ. Выявлена корреляция размера дефектов накопления I^{123}-МИБГ и Tc99m-МИБИ при первом обследовании (r=0,62, p<0,001) и спустя 8 мес. (r=0,73, p<0,001). К 8 мес. улучшение региональной симпатической активности ЛЖ отмечено у 38% (1 гр.), ухудшение – у 21% (2 гр.), отсутствие существенной динамики – у 41% больных (3 гр.). В 1-й и 2-й гр. динамика размеров дефектов перфузии в большинстве случаев имела направленность, обратную изменениям зон с нарушенной симпатической активностью (61% и 70% соответственно). Во 2-й гр. преобладали больные с передним ИМ (70%, p<0,05), в других гр. значимых различий по локализации ИМ не было. В 1-й гр. к 8 мес. отмечено достоверное увеличение ФВ ЛЖ (с 47±10% до 50±9%, p<0,01), КДО ЛЖ не изменился. Во 2-й гр. изменений ФВ ЛЖ не отмечено, но произошло увеличение КДО ЛЖ (со 163±71 мл до 177±83 мл, p<0,01). В общей группе зона с нарушенной симпатической активностью была достоверно больше, чем дефект перфузии (по глубине на 183±360 Ед при первом исследовании и на 233±320 Ед через 8 мес.). Таким образом, при ИМ существует область миокарда с нарушенной симпатической активностью, но сохраненной перфузией. Исходный размер этой зоны был достоверно больше у той части больных (27%), у которой в динамике наблюдалось увеличение дефекта накопления Tc99m-МИБИ по сравнению с пациентами с улучшением перфузии (460±308 Ед и 81±325 Ед, p<0,01).

Выводы. У больных ИМ наблюдаются разные варианты динамики нарушений симпатической активности ЛЖ: улучшение (у 38%), ухудшение (у 21%) или отсутствие изменений. Направленность этих изменений в большинстве случаев не совпадает с динамикой нарушений перфузии ЛЖ. У пациентов с ИМ при наличии обширных областей миокарда с нарушенной симпатической активностью, но сохраненной перфузией к 8 мес. отмечается усугубление исходных нарушений перфузии ЛЖ. Взаимосвязь динамики сократимости и объема ЛЖ с изменениями региональной симпатической активности может быть обусловлена влиянием этих изменений на процессы ремоделирования ЛЖ после перенесенного ИМ.

1028 ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Шкапо В.Л., Грунченко М.Н., Мацак В.В., Сендецкая С.А.
Институт терапии им. Л.Т.Малой АМН Украины, г. Харьков, Украина

Цель исследования. Изучить особенности взаимосвязи уровней систолического (САД) и диастолического артериального давлений (ДАД) с показателями липидного обмена.

Материал и методы. Обследовано 462 человека в возрасте от 25 до 65 лет (125 мужчин и 337 женщин) в организованной популяции. Из них 80 имели основные компоненты метаболического синдрома Х: артериальная гипертензия, абдоминальное ожирение, дислипидемия. Наличие артериальной гипертензии диагностировали соответственно с рекомендациями Европейского общества кардиологов (2003). Уровень общего холестерина и триглицеридов изучали ферментным методом на фотометре - анализаторе “Humareader N 2106” (Германия).

Результаты исследования. При наличии гиперхолестеринемии средние уровни артериального давления для САД и ДАД у всех обследованных составили соответственно (142,0±6,1) мм рт. ст. и (93,1±4,1) мм рт. ст. При отсутствии гиперхолестеринемии эти показатели были соответственно (135,3±5,3) мм рт. ст. и (87,0±3,9) мм рт. ст. Аналогичная динамика наблюдалась при гипертриглицеридемии: соответственно (144,1±6,3) мм рт. ст. и (135,4±5,6) мм рт. ст. для САД и (95,1±4,4) мм рт. ст. и (87±3,8) мм рт. ст. для ДАД. Преимущество систолической артериальной гипертензии наблюдалась у обследованного контингента при

Tesis_006_end.indd 431 24.08.2006 22:26:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

наличии гиперхолестеринемии, чем без нее. Частота диастолической артериальной гипертензии была выше при наличии гипертриглицеридемии. В целом, распространенность артериальной гипертензии была достоверно высшее при нарушении липидного обмена в виде гипертриглицеридемии (p<0,001).

У лиц с признаками метаболического синдрома Х гиперхолестеринемия была выявлена в 52% . В то же время, повышенный уровень триглицеридов наблюдался лишь в 32%. В этой же группе обследованных уровень триглицеридов положительно коррелировал с уровнем ДАД. Следует отметить, что у всех лиц с гипертриглицеридемией наблюдалось повышение уровня общего холестерина.

Выводы. Таким образом, средние значения САД и ДАД статистически достоверно выше при наличии нарушений в липидном спектре крови, чем при их отсутствии. Гипертриглицеридемия у лиц с метаболическим синдромом Х ассоциируется с высоким уровнем ДАД.

1029 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2

Шкляева Л. Н, Щекотов В. В.

ГОУ ПГМА МЗРФ, Пермь, Россия

Ортостатические нарушения (ОН) являются частым проявлением диабетической кардиальной нейропатии. Они не только ухудшают клиническую ситуацию у пациентов с сахарным диабетом (СД), но и зачастую препятствуют проведению адекватной гипотензивной терапии.

Цель работы. Оценить влияние комбинированной антигипертензивной и венотонизирующей терапии на ортостатическую интолерантность у больных СД типа 2 и артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследовано 40 больных СД типа 2 с ОН, из них 35 женщин (средний возраст -62±8 лет) и 5 мужчин (63±6 лет) с длительностью диабета в среднем 12±5 лет, АГ - 16±8 лет. Из исследования исключались пациенты с нарушениями ритма сердца и варикозной болезнью нижних конечностей. Для оценки ОН проводилась активная ортостатическая проба (АОП), во время которой было отмечено снижение как систолического (САД), так и диастолического артериального давления (ДАД). При этом САД снижалось в среднем на 19±8,6 мм рт.ст на 1-й Минуте и на 27±7 Мм рт. ст. - на 3-й Минуте вертикального положения, т.е. на 11% и 16% от исходного уровня соответственно. ДАД в среднем уменьшалось: на 7±3,2 Мм рт. ст. на 1-й Минуте и на 9±4,3 Мм рт. ст. на 3-й Минуте ортопробы, т.е. на 4,5% и 6,7% от исходного уровня соответственно. Методом адаптивной рандомизации, обследуемые больные были разделены на основную и контрольную группы, по 20 человек в каждой. Для снижения АД пациенты обеих групп получали гипотензивные средства: 50% больных в каждой группе принимали эналаприл – от 5 до 40 мг/сут. , в среднем 20 мг/сут. и в 50% случаев для достижения целевого АД потребовалось дополнительное назначение индапамида – 2,5 мг/сут. Пациенты основной группы дополнительно принимали венопротекторный препарат детралекс по 1000 мг в сутки. Продолжительность лечения составила 20 дней.

Результаты исследования. Лечение позволило добиться достоверного снижения АД в обеих группах наблюдения: САД в среднем от 170,5±19,7 до 143,7±13,1 Мм рт. ст. (на 15% от исходного уровня) в основной группе и от 165,2±16,4 до 145,7±14 Мм рт. ст. (на 12%) - в группе контроля; ДАД - от 90,2±11,1 до 83,7±9,2 Мм рт. ст. (на 7%) в основной группе и достоверно не изменилось в группе контроля. Кроме того, у пациентов основной группы наблюдалось уменьшение изменения САД и ДАД в АОП. При этом САД после лечения изменялось в среднем на 5,6% от исходного уровня (до лечения на 12%) на 1-й Минуте и на 6,9% от исходного уровня (до лечения на 17%) - на 3-й Минуте. ДАД после лечения достоверно не изменялось на 1-й Минуте (до лечения на 3,3%) и снижалось, в среднем на 1,2% от исходного уровня, на 3-й Минуте ортопробы (до лечения на 6,7%). В группе контроля достоверного уменьшения изменений САД и ДАД в ортопробе после лечения не наблюдалось.

Выводы. Использование у больных АГ и СД типа 2 с ОН в комбинации с гипотензивными препаратами (эналаприл\эналаприл+индапамид) венотоника (детралекс) позволяет не только добиться значительного снижения АД, но и способствует уменьшению признаков ортостатической недостаточности.

1030 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН-СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Шогенова А.Б., Шогенов А.Г., Эльгаров А.А.

Медицинский отдел МВД КБР, Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

В соответствии с федеральной программой выполнены эпидемиологические исследования 970 женщин 20-59 лет, среди которых 453 - аттестованные сотрудники правоохранительных органов (ПОО, основная группа-ОГ) и 517 - неаттестованные работники (контрольная группа, КГ). С учетом возраста и профессионального стажа они были сопоставимы; отличие состояло в интенсивности и напряженности профессиональной деятельности по психоэмоциональному фактору.

В обследованной популяции в целом артериальная гипертония (АГ, 140/90 Мм рт. ст. и выше) установлена в 43,9% наблюдений. Подтверждена зависимость её частоты от возраста, которая была максимальной в 50-59 лет (68,9%). Информированность о наличии АГ (78,5%), охват каким-либо гипотензивным лечением (69,8%) и эффективность последнего (37,8%) были недостаточными, хотя и выше, чем у мужчин. Достаточно высокой оказались распространенность низкой физической активности (НФА,88,6%), психоэмоционального напряжения (ПЭН,70%), нерационального питания (НП,58,8%), избыточной массы тела (ИМТ,52,3%), гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ,30,7%) и дислипопротеидемий (ДЛП, 27,5%). Вместе с тем, нередко наблюдались сочетания двух (38,4%) и трех (35%) факторов риска (ФР) атеросклероза (АС), особенно в пери-, менопаузальном возрасте (АГ, ГЛЖ, ПЭН, НП, ИМТ и ДЛП). Сравнение частоты ФР АС в двух группах обнаружило достоверное их преобладание в первой - АГ 47,5%, ГЛЖ 55,4%, ПЭН 73,1%, курение (К) 60,8%, употребление алкоголя (А) 72,9%, НФА 77,7%, ДЛП 52,7%, ИМТ 30,7%, НП 42,4%, чем в КГ (АГ 41,5%, ГЛЖ 30,9%, ПЭН 51,6% К 33,9%, А 39,7%, НФА 70,1% и ДЛП 32,7%), за исключением НП (52,5%) и ИМТ (39,9%). Комбинация двух и более ФР АС во второй группе регистрировалась реже (p<0,05). И, наконец, распространенность эпидемиологических форм ишемической болезни сердца (ИБС) среди женщин достигала 12,7% в ОГ, а в КГ - 8,0% (p<0,05).

Таким образом, у женщин-сотрудников отдельных подразделений ПОО установлены АГ (47,5%) и другие независимые ФР АС (77,7-30,7%), частота которых достоверно зависит от особенностей профессионально-производственных условий трудовой деятельности. Полученные результаты явились основанием для разработки банка данных “Регистр АГ у женщин-сотрудников ПОО”, использование которой значительно расширило возможности эффективного “управления” АГ в специфической женской популяции.

1031 МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ

Шогенов А.Г., Шогенова А.Б., Муртазов А.М, Эльгаров А.А.

Медицинский отдел МВД КБР,Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

Tesis_006_end.indd 432 24.08.2006 22:26:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Выполненными эпидемиологическими исследованиями 1847 мужчин-сотрудников органов внутренних дел и 970 женщин-работников правоохранительных органов (ПОО), клинико-инструментальными наблюдениями 368 мужчин и 435 женщин в рамках диспансеризации с участием специалистов центра психологической диагностики, а также анализом показателей заболеваемости сотрудников, медицинской документации и результатов психофизиологического тестирования, изучения качества жизни больных основными сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе медикаментозного и немедикаментозного (санаторно-курортного) лечения установлены, во-первых, реальная и значительная частота ишемической болезни сердца (ИБС) и артериальной гипертонии (АГ), иных факторов риска (ФР) атеросклероза, её зависимость от пола, возраста и специфики профессиональной деятельности; во-вторых, недостаточная медицинская информированность и низкий уровень терапевтического согласия пациентов на длительное сотрудничество; в-третьих, выраженные нервно-психические расстройства, снижение работоспособности и психофизиологических показателей, отклонения параметров качества жизни как у больных, так и у части (25%) здоровых лиц с ФР; в четвертых, недостаточную эффективность "обычных" терапевтических методов лечения.

Полученные результаты явились основанием для формирования базы данных "Здоровье сотрудников ПОО", включающей общесоматические, психофизиологические, социально-поведенческие характеристики, которые систематически пополняются различными сведениями медицинского, профессионального и иного рода. На этой основе разработана программа активного выявления и медико-психологического мониторирования лиц с ИБС и АГ в рамках системы "стационар-поликлиника-ведомственный санаторий" и образовательного проекта для здоровых и больных (с обязательным участием психолога, физиотерапевта, диетолога и методиста по ЛФК), в т.ч. научных семинаров для практикующих врачей, реализация которой позволила повысить эффективность комплекса мер по вторичной и первичной профилактике основных сердечно-сосудистых заболеваний у сотрудников ПОО.

1032 ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шорова М.Б.

Кабардино-Баклкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Целью настоящей работы явилась оценка вегетативной регуляции сердечного ритма по показателям спектрального анализа у детей в зависимости от функционального состояния щитовидной железы.

Методы: обследовано 42 ребенка в возрасте от 14 до 17 лет, из них 10 мальчиков и 32 девочки. У 14 пациентов был диагностирован диффузный нетоксический зоб 2 степени. 28 детей были с аутоиммунным тиреоидитом. Диагноз был подтвержден ультразвуковым исследованием щитовидной железы и лабораторно-биохимическими анализами с определением уровня тиреотропного гормона (ТТГ), трийодтиронина (Т3), свободного тироксина (fT4), антител к тиреоидной пероксидазе (АтТПО). Для исследования вариабельности ритма сердца у детей проводили кардиоинтервалографию с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар-131». Регистрация кардиоинтервалограммы осуществлялась с соблюдением всех необходимых условий съема. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica (StatSoft, USA). Изучаемые параметры в исследуемых группах не имели нормального распределения, поэтому для их оценки использовались медианы (Me), а также 25 и 75 перцентили (25%; 75%).

Результаты. Дети с патологией щитовидной железы в зависимости от ее функционального состояния были разделены на 3 группы. Первую группу составили 18 пациентов с нормальным содержанием ТТГ (0,2-2,0 мкМЕ/мл). Вторая группа, 19 детей, с повышенной концентрацией ТТГ в крови (более 2,0 мкМЕ/мл). К третьей группе были отнесены 5 человек, у которых уровень ТТГ был ниже 0,2 мкМЕ/мл. После обработки записей в группе детей с нормальным содержанием ТТГ получены следующие данные: общая мощность спектра (TP –Total power) – составила 3399 (1812; 6301) мсек2, высокочастотные колебания (HF – high frequency) –1287 (635; 3920) мсек2, низкочастотные колебания (LF – low frequency) – 897 (543; 1623) мсек2, очень низкочастотные колебания (VLF – very low frequency) – 739 (576; 1289) мсек2, LF/HF – соотношение симпатических и парасимпатических влияний – 0,52 (0,39; 0,97). Значения данных параметров в группе с повышенным содержанием ТТГ составили: TP – 4709 (2540; 9735) мсек2, HF – 1813 (853; 4714) мсек2, LF – 1259 (954; 2146) мсек2, VLF – 1222 (623; 2578) мсек2, LF/HF – 0,68 (0,49; 1,18). У детей с пониженным содержанием ТТГ в сыворотке крови получены следующие данные: TP – 1884 (606; 4745) мсек2, HF – 171 (22; 2387) мсек2, LF – 993 (202; 1061) мсек2, VLF – 650 (383; 1365) мсек2, LF/HF – 4,32 (0,42; 6,18).

Выводы: В группах с нормальным и повышенным содержанием ТТГ в сыворотке крови явных различий выявлено не было. В группе с пониженным содержанием ТТГ были отмечены значительно меньшие показатели высокочастотных волн (HF) и большие величины индекса вагосимпатического воздействия (LF/HF), что свидетельствуют об усилении симпатических влияний на регуляцию ритма сердца, повышение у них степени напряжения регуляторных систем и снижение адаптационных возможностей организма.

1033 ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ

Штарик С.Ю., Киричкова Г.А., Петрова М.М., Гарганеева Н.П.

ГОУ ВПО Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск,

ГОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Цель исследования – оценка качества ведения пациентов с артериальной гипертонией (АГ). При этом за основу качества медицинских мероприятий принимали сравнения требований заявляемых в рекомендациях Всероссийского научного общества кардиологов по АГ и достигнутых в амбулаторной практике в настоящее время.

Материал и методы исследования. Нами было изучено 600 амбулаторных карт пациентов с АГ, состоящих на диспансерном учете у участковых терапевтов городской поликлиники № 14.

Полученные результаты. Средний возраст пациентов, взятых под наблюдение, составил 64,19±0,49 года. Мужчин взято под наблюдение 199 человек, что составило 33,17%, а женщин - 401 человек, т.е. 66,83%. Средний возраст мужчин – 63,47±0,96 лет, женщин – 64,55±0,55 лет. Мужчин трудоспособного возраста (т.е. возраст 60 лет) было 41,21%, а женщин – 23,19% (т.е. возраст ≤55 лет).

Факторы риска (ФР) в амбулаторных картах регистрируются крайне редко. Масса тела и рост были зарегистрированы у 7 человек, что составило 1,17% от общего числа лиц, включенных в исследование. Индекс массы тела и обхват талии не отмечены ни в одной амбулаторной карте. Не встретили мы указания о курении, употреблении алкоголя. Сведения о физической активности встретились лишь у двух пациентов. Медицинский совет о рациональном питании получили 143 человека (23,83%), еще 11 человек получили совет о физической активности, вреде курения.

Консультацию кардиолога получили только 61% пациентов с АГ. У 17 человек (2,83%) в амбулаторных картах нет упомина-

Tesis_006_end.indd 433 24.08.2006 22:26:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ния о назначении гипотензивных препаратов и/или немедикаментозных гипотензивных мероприятий. Таким образом, 1,51% мужчин и 3,49% женщин с АГ остались без терапии, как медикаментозной, так и немедикаментозной.

Анализ пяти обращений показал, что эффективность гипотензивной терапии, т.е. артериальное давление <140/90 Мм рт. ст. на фоне лечения, колеблется от 14,17% до 18,87%.

Уровень общего холестерина был определен у 54,17% больных АГ. Креатинин крови диагностирован еще у меньшего количества пациентов (44,17%). У 23,33% пациентов с АГ в амбулаторных картах мы не нашли упоминания об электрокардиографии.

Сведений о втором визите мы не нашли у 17 человек (2,83%), среди них у 7 женщин (1,75%) и 10 мужчин (5,03%). Пятый визит не зарегистрирован уже у 324 человек (54%).

Выводы. Проблемы амбулаторной медицинской помощи больным АГ - это отсутствие динамического наблюдения больных АГ и низкая приверженность терапевтов поликлиник практическому применению Национальных рекомендаций по АГ. Следствием этого является низкая эффективность гипотензивной терапии.

1034 СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ

Штегман О.А., Штегман А.Г.

Красноярская государственная медицинская академия, Красноярск, Россия

Цель: изучить состояние эндотелиальной функции у больных с прогрессирующей стенокардией.

Материал и методы исследования. В исследование было включен 61 больной ИБС (10 женщин и 51 мужчина), госпитализированный для проведения коронарографии. ИБС диагностировалась на основании положительного опросника Роуза и атеросклеротических изменений коронарных артерий по данным коронарографии. В 1-ю группу вошли 9 больных с прогрессирующей стенокардией. 52 человека со стабильными формами ИБС вошли во 2-ю группу. К критериям исключения из исследования относился приём более 1 месяца статинов и ингибиторов АПФ с тканевой селективностью. Средний возраст больных 1-й группы составил 61,1±2,8 года, во 2-й группе составил 55,3±1,3 года (разница статистически не достоверна). Различия по выраженности сердечной недостаточности (по классификации NYHA), половому составу между группами также получено не было. Оценка состояния эндотелиальной функции проводилась с помощью окклюзионной пробы с допплерометрией брахиальной артерии. Эндотелиальная дисфункция диагностировалась при увеличении диаметра брахиальной артерии менее 10%. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрического критерия Вилкоксона-Манна-Уитни (U) для несвязанных выборок, t-критерия Фишера-Стьюдента для относительных величин. Достоверность различий принимали при P<0,05.

Результаты. Проведена оценка допплерометрических параметров потока крови в брахиальной артерии до и после пробы с окклюзией у пациентов 2-х групп. У больных 1-й группы выявлено меньшее увеличение диаметра брахиальной артерии после её окклюзии в сравнении с группой контроля (-0,72±2,2% против 5,6±1,3%; P<0,05). Частота эндотелиальной дисфункции среди больных с прогрессирующей стенокардией была также несколько выше (100% против 71,2±6,3%), однако это отличие носило характер тенденции (P=0,07). У больных с прогрессирующей стенокардией чаще выявлялся ангиоспазм при проведении пробы с реактивной гиперемией (55,6±17,6% против 17,3±5%; P<0,05).

Выводы:

1. Эндотелиальная дисфункция более выражена у больных с прогрессирующей стенокардий в сравнении с пациентами, имеющими стабильные формы ИБС.
2. Ангиоспастическая реакция при проведении пробы с реактивной гиперемией чаще наблюдается у больных с прогрессирующей стенокардий в сравнении с пациентами, имеющими стабильные формы ИБС.

1035 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХПН

Шугушев З.Х., Шугушев Х.Х.

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

Как известно уровень кардиальной смертности у всех больных с хронической почечной недостаточностью (ХПН) в 5-20 раз выше, чем в остальной популяции, и более чем половина больных с ХПН умирает от сердечно-сосудистых осложнении. Ведущую роль в структуре смертности больных с хронической почечной недостаточностью занимают фатальные нарушения ритма сердца и цереброваскулярные осложнения

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь между показателями суточного мониторирования артериального давления (СМАД) и нарушениями ритма сердца у больных с терминальной стадией ХПН.

Материалы и методы: Было обследовано 43 больных находящихся на программном гемодиале. Всем больным для характеристики изменения артериального давления и ЭКГ, а так же их показателей проводилось 24 часовое мониторирование ЭКГ и АД. Данное исследование начиналось сразу после сеанса гемодиализа. Исследование проводилось на «Astrocard(r) HS E2bp» с полной 24 часовой записью в ортогональных отведения.

Результаты: при проведении суточного ЭКГ-мониторирования у больных с ХПН были выявлены различные нарушения ритма сердца – от синусовой тахикардии до желудочковых нарушении ритма высоких градаций. Так, пробежки желудочковой тахикардии наблюдались у 9 % больных. Корреляционный анализ подтвердил наличие взаимосвязей ряда параметров (СМАД). Так, получена положительная коррелятивная взаимосвязь между значением дневного систолического артериального давления (САД) и частотой выявляемости пробежек желудочковой тахикардии (ПЖТ) (r=0,47; p=0,05), дневной и ночной вариабельностью САД и ПЖТ (r=0,38;p=0,001), пульсовым давлением в ночные часы и ПЖТ (r= 0,33;p=0,001), а так же индексом времени диастолического АД и ПЖТ(r= 0,49;p=0,002).

Выводы: между основными показателями СМАД и эктопической активностью миокарда желудочков отмечена положительная корреляционная связь, что может указывать на сходные механизмы лежащие в основе развитии АД и нарушений ритма сердца у больных с хронической почечной недостаточностью.

1036 ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННЫХ КАРТ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА И ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

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

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение взаимосвязи параметров спектрально-временных карт (СВК) желудочкового комплекса с желудочковыми аритмиями у больных с различной степенью тяжести хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материал и методы: в обследование включены 129 человек, из которых в основную группу вошли 98 больных ХОБЛ, в группу сравнения - 31 здоровый человек. В соответствии с рекомендациями Европейского респираторного союза основная группа по тяжести течения ХОБЛ была разделена на три подгруппы: у 34 (34,7%) больных было легкое, у 36 (36,7%) – среднетяжелое,

Tesis_006_end.indd 434 24.08.2006 22:26:25
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

у 28 (28,6%) – тяжелое течение ХОБЛ. У больных ХОБЛ обследование проводилось в течение первых двух дней пребывания в стационаре. Всем обследованным были проведены сигнал-усредненная ЭКГ (СУЭКГ) с анализом СВК, эхокардиографическое исследование, компьютерная спирометрия, 24-часовое мониторирование ЭКГ.

Результаты. Общее количество локальных пиков в различных зонах СВК у больных ХОБЛ было достоверно выше по сравнению со здоровыми лицами. В группе больных с тяжелым течением ХОБЛ количество низкочастотных и высокочастотных локальных пиков в конечной части желудочкового комплекса было существенно и достоверно выше, чем в других группах обследованных. Данные изменения показателей СУЭКГ можно объяснить рядом процессов, происходящих в миокарде больных ХОБЛ, изменяющих электрические свойства миокарда и предрасполагающих к возникновению нарушений ритма.

Одиночная желудочковая экстрасистолия зафиксирована у 63 (64,3%) больных ХОБЛ, парная желудочковая экстрасистолия у 17 (17,3%) пациентов основной группы, групповая желудочковая экстрасистолия у 10 (10,2%) больных ХОБЛ и пароксизмы желудочковой тахикардии у 3 (3,06%) пациентов. В группе больных с тяжелым течением ХОБЛ частота желудочковых нарушений ритма была существенно выше в сравнении с больными с легким и среднетяжелым течением ХОБЛ.

Наличие локальных пиков коррелировало с частотой возникновения желудочковых аритмий высоких градаций (политопной экстрасистолией, групповой экстрасистолией). Высокочастотная локальная активность в конце желудочкового комплекса отражает неоднородность деполяризации желудочков и, наряду с поздними потенциалами желудочков, может служить маркером электрической нестабильности миокарда.

Заключение. Анализ СВК желудочкового комплекса может быть использован у больных ХОБЛ для выявления лиц с высоким риском возникновения опасных нарушений ритма сердца.

1037 НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ И ПАРАМЕТРЫ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННЫХ КАРТ ПРЕДСЕРДНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

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

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

Цель исследования: изучение взаимосвязей параметров спектрально-временных карт (СВК) предсердного желудочкового комплекса с наджелудочковыми аритмиями у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материал и методы: в обследование включены 129 человек, из которых в основную группу вошли 98 больных ХОБЛ, в группу сравнения - 31 здоровый человек. У больных ХОБЛ обследование проводилось в течение первых двух дней пребывания в стационаре. В соответствии с рекомендациям Европейского респираторного союза основная группа по тяжести течения ХОБЛ была разделена на три подгруппы: у 34 (34,7%) больных было легкое, у 36 (36,7%) – среднетяжелое, у 28 (28,6%) – тяжелое течение ХОБЛ. Всем обследованным были проведены сигнал-усредненная ЭКГ со спектрально-временным картированием зубца Р, эхокардиографическое исследование, компьютерная спирометрия, 24-часовое мониторирование ЭКГ.

Результаты. Одиночная наджелудочковая экстрасистолия (НЭ) в основной группе выявлена у 82 (83,7%) больных, парная наджелудочковая экстрасистолия - у 42 (42,8%) больных. Групповая наджелудочковая экстрасистолия в основной группе была выявлена у 22 (22,4%) больных. Пароксизмы наджелудочковой тахикардии (ПНЖТ) в группе больных с хроническим обструктивным бронхитом отмечены у 11 (11,2%) человек.

При помощи корреляционного анализа мы обнаружили достоверные прямые взаимосвязи между размерами правого предсердия и количеством среднечастотных локальных пиков в начале предсердного комплекса ($r=0,26$; $p<0,01$) и низкочастотных локальных пиков в конце предсердного комплекса ($r=0,39$; $p<0,01$). Коэффициент корреляции между размерами правого желудочка и количеством низкочастотных локальных пиков в первой трети предсердного комплекса составил $r=0,21$ ($p<0,01$), с количеством среднечастотных пиков конечной части предсердного комплекса - $r=0,19$ ($p<0,01$). Это отражает возрастание неоднородности процессов деполяризации предсердий у больных с ХОБЛ по мере увеличения размеров правых отделов сердца.

Количество высокочастотных локальных пиков в начальной части СВК коррелировало с частотой одиночной ($r=0,26$; $p<0,05$) и парной наджелудочковой экстрасистолии ($r=0,47$; $p<0,05$). Обнаружена достоверная корреляция между количеством локальных пиков средней частоты в середине усредненного предсердного комплекса с частотой пароксизмальной наджелудочковой тахикардии ($r=0,22$; $p<0,05$).

Заключение. Параметры спектрально-временных карт предсердного комплекса коррелируют с тяжестью течения ХОБЛ, изменением размеров правых отделов сердца, а также с наджелудочковой эктопической активностью. Анализ СВК может быть использован для неинвазивной оценки электрического состояния предсердий и риска возникновения наджелудочковых аритмий у больных ХОБЛ.

1038 СВЯЗЬ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ТЯЖЕСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Шульга А.П., Гайдукова Н.И., Шогенов З.С., Хамитов Ф.Ф., Бувальцев В.И., Джанашия П.Х.

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

Нарушение мозгового и коронарного кровообращения является одной из важнейших проблем современной медицины. Среди причин, способствующих развитию данной патологии, к наиболее значимым следует отнести возраст, гиперлипидемию, артериальную гипертензию, сахарный диабет, курение.

Данные литературы о том, что атеросклеротические изменения магистральных артерий встречаются в молодом возрасте, обосновывают необходимость выявления ранних форм заболевания и проведения активных профилактических мер в отношении имеющихся факторов риска развития атеросклероза. В связи с этим повышается значимость новых методов исследования, способствующих раннему выявлению атеросклеротических изменений сосудистой стенки магистральных артерий.

Мета-анализ показал, что комплекс интима-медия (КИМ) общей сонной артерии (ОСА) является надежным маркером атеросклеротического процесса. Установлена высокая корреляция толщины КИМ с возрастом, АГ, гиперлипидемией и другими факторами риска развития атеросклероза, а также с частотой как церебральной и, так и кардиальной ишемии. Утолщение КИМ на 0,16 мм повышает риск развития мозгового инсульта в 1,6 раз.

Целью настоящего исследование было выявить связь КИМ общей сонной артерии с тяжестью ишемической болезни сердца, артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка.

Материалы и методы: комплексное клинико-инструментальное обследование проведено у 86 пациентов (56 мужчин и 30 женщин) с разными атерогенными факторами риска. Всем обследованным поводилось дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов, регистрация ЭКГ в 12 стандартных отведениях, эхокардиографическое исследование, проба с ЧПЭС, биохимическое исследование крови с определением липидного спектра.

Tesis_006_end.indd 435 24.08.2006 22:26:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты: возраст обследованных колебался от 55 до 80 лет (в среднем 65 лет). Артериальная гипертензия установлена у 68% пациентов, средняя длительность АГ составила 9 лет. Фактор курения отмечен у 89% лиц. Гиперлипидемия выявлена в 54% случаев, преимущественно II А тип.

48 пациентов (56%) страдали ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения II-III ФК, постинфарктный кардиосклероз, безболевая ишемия миокарда), 29 (34%) - хронической цереброваскулярной патологией (острое нарушение мозгового кровообращения перенесли 5 пациентов).

При анализе полученных результатов отмечено: пациенты с ИБС имели более значительное увеличении КИМ (в 1,3 раза) по сравнению с пациентами без ИБС. Пациенты с артериальной гипертензией и гипертрофией миокарда левого желудочка имели более выраженное утолщение КИМ (в 1,5 раза), чем пациенты без гипертрофии левого желудочка.

1039 ФАКТОРЫ РИСКА ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Шульгина В.Ю.

Эндокринологический Научный Центр РАМН, Москва, Россия

Цель работы: Изучение факторов риска развития и прогноза тиреотоксической кардиомиопатии.

Материалы и методы: В ретроспективное исследование были включены 272 пациента в возрасте 54 [43; 62] лет, которые с 1975 по 2003 гг. госпитализировались с различными формами токсического зоба в сочетании с нарушениями ритма сердца и/или признаками сердечной недостаточности. Нарушения ритма по типу фибрилляции, трепетания предсердий и желудочковой экстрасистолии, а также сердечная недостаточность выявлялись у 80,5% пациентов (219/272) (группа 1-тяжелое течение ТТК), тогда как у 19,5% пациентов (53/272) наблюдались нарушения ритма по типу синусовой тахикардии и суправентрикулярной экстрасистолии без явлений сердечной недостаточности (группа 2-легкое течение ТТК).

Результаты: Для определения прогностических факторов развития тяжелого течения поражения миокарда на фоне тиреотоксикоза и анализа предикторов в отдельности, исключая их взаимное влияние друг на друга, было использовано математическое моделирование с построением регрессионной модели. В качестве исхода принималось наличие тяжелого течения поражение миокарда при тиреотоксикозе – группа 2. В модель были включены следующие показатели: возраст на момент госпитализации ($X2=21,56$, $p<0,001$), период от выявления тиреотоксикоза до начала лечения ($X2=11,55$, $p=0,009$), наличие офтальмопатии ($X2=6,18$, $p=0,013$) и ИБС в анамнезе ($X2=8,20$, $p=0,004$). При сравнении групп статистически значимыми оказались различия по следующим параметрам: – период от выявления тиреотоксикоза до начала лечения свыше одного года (OR=1,8, CI 95% 1,06-3,13; p=0,02) и возраст пациентов на момент госпитализации (OR=1,1, CI 95% 1,02-1,15; p=0,01).

Выводы: Основополагающим предиктором тяжести поражения миокарда при ТТ, на наш взгляд, является длительный период от диагностики ТТ до начала систематического лечения (более 1 года). Этот показатель, в свою очередь, влияет на вторую характеристику формирования ТТК – «возраст на момент госпитализации». По всей видимости, именно возраст пациентов при госпитализации, а не возраст манифестации ТТ определял более тяжелое течение поражение миокарда при ТТ, поскольку больные при госпитализации в клинику были значительно старше, чем в дебюте заболевания (55 против 37 лет) и с течением времени, а также в отсутствии систематического лечения, во-первых, у них могли развиться отдаленные последствия ТТ, а во-вторых, возникнуть сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания.

1040 ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТ – ТЕХНОЛОГИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Шулькина С.Г.

ГОУ ВПО ПГМА Росздрава, Пермь, Россия

Артериальная гипертензия (АГ) остаётся одним из наиболее распространенных заболеваний в России, а смертность от её осложнений продолжает расти.

Цель работы: изучить возможность Интернета в контроле больных с АГ.

Материалы и методы. В исследование были включены 68 больных АГ (20 мужчин и 48 женщин), средний возраст 44±5,2 года, со средней длительностью гипертонии – 4,3±3 года. Критериями включения в исследование являлся уровень систолического артериального давления (САД) 140-179 Мм рт. ст. и уровень диастолического артериального давления (ДАД) 90-109 Мм рт. ст. при наличии стабильной гипотензивной терапии или без неё. Пациенты были рандомизированы методом конвертов в 2 группы (1 группа – обычное лечение (n=32); 2 группа- лечение под контролем Интернет контактов (n=36)). Интернет– контроль осуществлялся через сайт ((http://J-deficit.narod.yandex.ru) и по электронной почте (email: sonya1977@rambler.ru).

Больные с АГ 1 степени в обеих группах получали терапию индапамидом 2,5 мг однократно утром. Больным с АГ 2 степени в обеих группах в течение 2 недель назначалась терапия эналаприлом в дозировке 20 мг в 2 приема, через 2 недели дозу препарата при необходимости увеличивали до 40 мг/сутки, при недостаточном гипотензивном эффекте к терапии подключали индапамид в дозировке 2,5 мг/сутки. Продолжительность наблюдения составила 3 месяца в обеих группах, все больные получили препараты на месячный курс лечения.

В группе обычного ведения больных, контроль осуществлялся в виде непосредственного клинического осмотра раз в 2 недели - 1 месяц, далее контроль осуществлялся раз в месяц до конца проведения исследования. В группе с применением IT-технологий контроль в течение 1 месяца исследования осуществлялся 1 раз в неделю в виде электронной переписки, где оценивались: заполнение дневника самоконтроля АД, уровень АД, регулярность приема и дозировки используемых препаратов.

Результаты и обсуждение. Среди больных АГ 1 степени по окончанию исследования приверженность к рекомендуемой терапии сохранили 53% в группе с использованием IT-технологий; и 23% больных в группе обычного лечения ($p<0,05$). Целевой уровень АД сохранился к концу исследования у 76,5% больных (в группе с использованием Интернета); и у 31% больных в группе обычного лечения. (p=0,02)

Среди больных АГ 2 степени по окончанию исследования приверженность к рекомендуемой терапии сохранили 94% больных в группе с использованием IT-технологий; против 42% в группе обычного лечения. ($p<0,01$). Достигли целевого уровня АД к концу исследования 21% человека в группе обычного лечения, 84%- в группе с использованием IT-технологий (p=0,001).

Выводы: 1. Интернет-контроль обеспечивают сопоставимый с традиционным ведением больных контроль АД. 2. Дистанционный IT-контроль, позволяет эффективно контролировать уровень АД. Успех составляет высокий комплаэнс больных, обеспечивающий мотивацию на приобретение приём препаратов.

1041 СВЯЗЬ ИНДЕКСОВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И УРОВНЕЙ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ЛИГАНДА CD40L И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В КРОВИ

Шумаков Д.В., Шевченко О.П., Шевченко А.О., Природова О.Ф., Кузьмина И.М.

Кафедра кардиологии ФУВ Российского государственного медицинского университета; НИИ Трансплантологии и искусственных органов, Москва, Россия.

Tesis_006_end.indd 436 24.08.2006 22:26:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель: изучить связь уровней воспалительных маркеров в крови и выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий.

Материалы и методы. В исследование включены 35 больных стенокардией напряжения мужского пола (ср. возраст 59,3±8,4 лет), без признаков острых или обострения хронических воспалительных или инфекционных заболеваний. Всем больным выполнена коронароангиография и определены индексы, характеризующие выраженность коронарного атеросклероза (Gensini и соавт. и Sullivan и соавт.): сосудистый индекс (СИ), индекс стенозирования (ИС) и индекс распространенности (ИР). При помощи высокочувствительных методов иммуноферментного анализа в плазме крови определялось содержание растворимой формы лиганда CD40 (sCD40L), С-реактивного белка (СРБ), и неоптерина.

Результаты. Выявлена статистически достоверная корреляция между ИР и ИС (r=0,41, p=0,001), ИР и СИ (r=0,32, p=0,002) и ИС и СИ (r=0,43, p=0,002). Показатели, отражающие выраженность коронарного атеросклероза не зависели от возраста, артериального давления, курения, уровней в крови Апо-А и Апо-В1. У больных ИБС III ф.к. стенокардии ИС был достоверно выше, чем у больных со II-м ф. к. (16,4±5,7 против 12,5±5,8, p=0,046), в то время как СИ и ИР связаны с функциональным классом стенокардии не были.

У больных с 2-х сосудистым поражением (СИ=2) уровень sCD40L был достоверно ниже, чем у лиц 3-х сосудистым поражением (СИ=3) (1,5±0,5 против 2,2±0,3 нг/мл, p<0,05). ИР достоверно коррелировал с уровнями sCD40L (r=0,4, p<0,05), СРБ (r=0,43, p<0,0001), неоптерина (r=0,36, p<0,0001). ИС достоверно коррелировал с уровнями sCD40L (r=0,6, p<0,05), СРБ (r=0,51, p<0,0001) и неоптерина (r=0,36, p<0,005). Также, выявлена положительная связь между ИР и уровнями общего холестерина (r=0,21, p<0,05) и холестерина ЛНП (r=0,21, p<0,05). Зависимость между ИС и конечным систолическим размером левого желудочка, носила характер тенденции (r=0,4, p=0,06).

Заключение. Результаты исследования свидетельствуют о связи показателей выраженности атеросклеротического поражения коронарных артерий с уровнями sCD40L, СРБ и неоптерина, что свидетельствует о патогенетической значимости этих маркеров при атеросклерозе.

1042 ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ РЕЗЕКЦИИ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО МЕТОДИКЕ V.DOR

Шумаков Д.В., Саитгареев Р.Ш., Гончаров П.Н., Вицукаев В.В., Завгородний В.Н.

ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава г. Москва; Кафедра трансплантологии и искусственных органов МГМСУ, Москва, Россия

Цель исследования: проанализировать применение систем вспомогательного кровообращения у больных с хроническими аневризмами левого желудочка, оперированных по методике V.Dor.

Материалы и методы. В период с декабря 2001 г. по декабрь 2005 г. в отделении сердечной хирургии и вспомогательного кровообращения по методике V.Dor было оперировано 42 пациента с хронической аневризмой левого желудочка. Мужчин - 38, женщин - 4. Средний возраст пациентов составил 49,9±5,4 лет. Из них у 4 больных (9%) отмечался II ФК, у 31 (74%) - III ФК и у 7 пациентов (17%) - IV ФК по Канадской классификации. Причиной формирования хронической аневризмы ЛЖ у всех пациентов явился трансмуральный инфаркт миокарда, у 41 больного вследствие ИБС и у 1 больной после тромбоэмболии с протеза аортального клапана. Количество перенесенных инфарктов миокарда составило: 1 ИМ у 29 (69%) больных, 2 ИМ – у 12 (29%) и 3 ИМ– у 1 больного (2%). Сочетанное поражение коронарных артерий имелось у 39 больных (93%). Одососудистое поражение имелось у 5 пациентов (13%), 2-х у 8 (20,5%), 3-х сосудов у 17 (44%), 4-х – у 8 (20,5%) и у 1 пациента (2%) имелось поражение 5 коронарных артерий. Всем больным выполнена резекция аневризмы ЛЖ по методике V.Dor. Пациентам с сочетанным поражением коронарных артерий проводилась прямая реваскуляризация миокарда.

Превентивная внутриаортальная баллонная контрпульсация (ВАБК) была использована нами у 6 пациентов (14%). В послеоперационном периоде необходимость в ВАБК возникла у 8 пациентов (19%) в связи с возникновением посткардиотомной сердечной недостаточности. У 1 пациента (2%) в связи с неэффективностью ВАБК и тяжелой левожелудочковой недостаточностью был налажен обход левого желудочка центрифужным насосом «Биопапм».

Результаты. Госпитальная летальность после операций резекции аневризмы ЛЖ по методике V.Dor составила 4,5 % (2 человека). Причиной смерти пациентов явилась острая сердечная недостаточность. Всем им в послеоперационном периоде проводилась ВАБК, у 1 пациента в сочетании с ОЛЖ.

Таким образом, летальность в группе больных с послеоперационным ВАБК составила 4 человека (50%). В группе больных с превентивной ВАБК летальных исходов не было.

Выводы. Превентивное применение ВАБК у больных тяжелым поражением коронарного русла и значительным снижением насосной функции сердца, обусловленной наличием хронической аневризмы ЛЖ, высоким риском оперативного вмешательства, которым выполнялась РАЛЖ по методике Dor, позволяет значительно снизить госпитальную летальность по сравнению с использованием контрпульсации после операции.

1043 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Шумаков Д.В., Завгородний В.Н., Саитгареев Р.Ш., Гончаров П.Н., Слободяник В.В., Вицукаев В.В., Муха А.В.

ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава, Москва, Россия

В период с 1993 г. по 2005 г. в отделении оперировано 184 больных с сочетанным поражением клапанов и ИБС. Мужчин - 157, женщин - 27. Средний возраст 56 лет (от 38 до73). Среди них - 69% отнесены к IV ФК, 31% - к III ФК (NYHA). Причинами поражения клапанов сердца у 71% больных был ревматический процесс. Первичный инфекционный эндокардит наблюдался у 7%, вторичный у 9% больных. Ишемическая дисфункция митрального клапана наблюдалась у 6% пациентов. Первичная дегенерация створок клапанов в 3% случаев, атеросклеротическое поражение клапана аорты - 3,0%. Расслаивающая аневризма у 1 пациента (1%). В большинстве случаев причиной дисфункции клапанов был ревматический процесс. Частота инфекционного эндокардита остается стабильно на высоком уровне и суммарно составляет 16%. При этом кальциноз I степени наблюдался у 28 больных (16%), II степени - у 45 (29%), III степени - у 48 больных (32%). Характер и количество выполненных оперативных вмешательств: протезирование аортального клапана + АКШ - 84; протезирование митрального клапана + АКШ - 48 открытая митральная комиссуротомия+АКШ - 4; пластика трикуспидального клапана+АКШ - 3; ПМК+ПАК+АКШ - 35; ПАК+ОМК+АКШ - 3; ПМК+ПТК+АКШ - 4; ПАК+ПМК+ПлТК+тромбэктомия + АКШ - 1. Защита миокарда осуществлялась холодовой кровяной кардиоплегией или внутриклеточным НТК-раствором «Кустодиол», причем при многоклапанной коррекции преимущество отдавалось последнему. По проведенному в нашем отделении исследованию, при использовании раствора «Кустодиола» при сочетанных или многоклапанных пороках, во время реперфузии достоверно отмечалось лучшее восстановление сердечной деятельности, а также снижение частоты нарушений ритма и проводимости.

Таким образом, исходя из вышесказанного, мы придерживаемся следующих принципов коррекции клапанной патологии, сочетающихся с ИБС.

Tesis_006_end.indd 437 24.08.2006 22:26:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

1. С целью диагностики состояния миокарда и прогнозирования периоперационной миокардиальной недостаточности необходимо детальное обследование включая радиоизотопную вентрикулографию.
2. Для адекватной защиты миокарда предпочтительнее использовать раствор «Кустодиол».
3. Во время протезирования клапанов особое внимание уделяется тщательной декальцинации и коррекции всех клапанных пороков.
4. Использование ЛВГА для реваскуляризации миокарда.

1044 ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПЕРЕД КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ

Шумаков Д.В., Завгородний В.Н., Саитгареев Р.Ш., Слободяник В.В., Вицукаев В.В., Редкобородая А.А.

ФГУ НИИ трансплантологии и искусственных органов Росздрава, Москва, Россия

Цель исследования: оценить эффективность превентивного использования ВАБК у больных с нестабильной стенокардией (НС), подвергшихся операции прямой реваскуляризации миокарда в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы: в наше исследование включено 60 больных ИБС с НС, которым с 2001 по 2005гг. в отделении СХ и ВК выполнялись операции по реваскуляризации миокарда. В I группу включены 30 пациентов с НС, у которых применялась превентивная ВАБК. Средний возраст пациентов составил 55 лет. Большинство больных относились к 3 и 4 ФК по NYYA. ФВ у этой группы пациентов в среднем составила 40,1%, а поражение ствола ЛКА имело место у более половины больных. II - контрольную группу (КГ) составили 30 больных с НС, у которых превентивная ВАБК не проводилась. У 20 больных превентивное использование ВАБК было выполнено при подготовке к АКШ. У 10 пациентов атеросклеротическое поражение сочеталось с наличием постинфарктной аневризмы ЛЖ сердца. Характер операций, длительность искусственного кровообращения количество шунтируемых артерий были одинаковыми с КГ. В настоящее время мы применяем приводы вспомогательного кровообращения производства США (Датоскоп), с однокамерным насосом-баллончиком. Внутриаортальный баллон вводился через бедренную артерию пункционно 26 пациентам, путем артериосекции – 4 больным. Осложнений при применении насоса баллончика не отмечалось. Продолжительность превентивной баллонной контрпульсации до операции составила от 1 до 20 часов в среднем 12,7 часов.

Результаты: состояние гемодинамики у больных с НС до и на фоне применения ВАБК изменялось. На фоне применения ВАБК снижалось систолическое АД (118,5±3,5 до 108,4±3,0 Мм рт. ст.), также видно почти 2-х кратное повышение максимального диастолического АД (65,8±3,8 до 106,0±3,6). Также снижалось среднее давление в легочной артерии. На фоне баллонированя снижалось центральное венозное давление, давление заклинивания легочных капилляров. В наших наблюдениях сердечный выброс возрастал с 5,1 до 6,1л/м2, а СИ соответственно с 2,6 до 3,2 л\м2. Все это позволяет больному легче перенести до- и постперфузионный период, снижение риска и частоту периоперационных инфарктов миокарда, а также позволяет снизить длительность инотропной медикаментозной поддержки. Частота периоперационного инфаркта миокарда в 1-й группе составила - 13% (4), тогда как в КГ периоперационный инфаркт перенесли 6 пациентов, что составило - (20%). Длительность инотропной послеоперационной медикаментозной поддержки у пациентов с применением ВАБК почти в 2 раза меньше, чем без таковой. Госпитальная летальность в 1-й группе больных летальность составила 15%, а во 2-й - 25%.

Выводы: проведенный нами анализ показал, что у пациентов с НС на фоне сниженной фракции выброса левого желудочка, и выраженным поражением коронарного русла перед операцией аорто-коронарного шунтирования превентивное применение ВАБК позволяет добиваться улучшение гемодинамических показателей, уменьшает длительность инотропной поддержки снижает частоту периоперационного инфаркта миокарда, а также позволяет снизить госпитальную летальность.

1045 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ ЗАПОЛЯРЬЯ

Шуркевич Н.П., Ветошкин А.С., Гапон Л.И.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, МСЧ ООО «Ямбурггаздобыча», п. Ямбург, Россия

Цель исследования. Оценить состояние сердечно-сосудистой системы у больных АГ и здоровых лиц, практикующих вахтовый метод труда в Заполярье.

Материал и методы. На базе МСЧ ООО «ЯМБУРГГАЗДОБЫЧА» обследовано 220 мужчин: 98 пациентов с АГ 1 ст., 79 – АГ 2 ст. и 43 здоровых, вахтовый стаж составил 10,2±5,5 лет; группу сравнения составили 158 жителей г. Тюмени: 78 пациентов с АГ 1 ст., 80 – АГ 2 ст. и 40 здоровых, сопоставимых по возрасту, офисному САД и ДАД. Степень повышения АД и стратификация больных по группам риска устанавливалась на основании рекомендаций (ВОЗ/МОАГ, 1999,2001), СМАД проведено на оборудовании «Marquette Hellige GmbH Tonoport II", (США), ЭхоКГ - ультразвуковым сканером ALOKA 5500 (Япония). Хронобиологический и статистический анализ данных осуществлен с помощью компьютерного программного обеспечения.

Результаты. В отличие от группы сравнения у северных пациентов с АГ 1,2 ст. выявлено значимое увеличение средних и индексированных значений показателей ДАД, особенно в ночной период, повышение ночного пульсового артериального давления (ПАД), увеличение среднесуточной вариабельности САД и ДАД, определено нарушение профиля АД в виде недостаточного снижения или повышения значений показателей САД и ДАД в ночной период. Изменения хроноструктуры у северных пациентов с АГ 1,2 ст. характеризовались прогрессирующим внутренним десинхронозом, снижением мощности и стабильности ритмов на фоне экстрациркадианной диссеминации (усиления шума) и прогрессирования структурных и функциональных нарушений сердца в виде увеличения массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), ремоделирования ЛЖ по типу концентрической гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и концентрического ремоделирования ЛЖ. Нарушение диастолической функции левого желудочка (НДФЛЖ) проявилось во взаимосвязи изменений ДФЛЖ с изменениями хроноструктуры суточного ритма АД в виде уменьшения амплитуд суточных ритмов САД и ДАД, сдвига акрофаз на более поздние часы. Проведенное исследование показало, что изменения средних значений АД, суточного профиля и хроноструктуры АД, морфо – функциональные изменения ЛЖ у здоровых лиц идентичны выявленным изменениям у больных АГ.

Выводы. В процессе адаптации к экстремальным условиям Заполярья ремоделирование сердечно-сосудистой системы выявлено уже у здоровых лиц и не зависит от степени выраженности АГ, что свидетельствует об участии более сложных механизмов формирования патологии сердца и сосудов у вахтовиков на Крайнем Севере, кроме АГ.

1046 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Шутов А.М, Вакина Т.Н.

Медицинский факультет Ульяновского государственного университета, Ульяновск, Россия

Tesis_006_end.indd 438 24.08.2006 22:26:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Цель. Целью исследования явилось определение связи между нарушениями суточного профиля артериального давления и эректильной дисфункцией (ЭД) у больных гипертонической болезнью (ГБ).

Методы исследования. Обследовано 157 больных ГБ, имевших ЭД. Возраст больных составлял от 21 до 68 (44,6±12,3) лет. I стадию ГБ имели 26, II - 101, III -30 пациентов. У 36 больных была 1 степень, у 79 - 2 степень, у 42 - 3 степень артериальной гипертонии. Низкий кардиоваскулярный риск имели – 16 (10,2%), умеренный риск – 26 (16,5%), высокий риск – 59 (37,6%), очень высокий риск 56 (35,7%) больных. Эректильной дисфункцией считали неспособность больного достигать или поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворения сексуальной активности, если эти нарушения наблюдались по крайней мере на протяжении 3 месяцев. Для оценки состояния эректильной функции применяли опросник «Международный индекс эректильной функции (IIEF). Мониторирование артериального давления проводили на протяжении 24 часов. Определяли в сыворотке крови содержание тестостерона, пролактина, дегидроэпиандростерона-сульфата, эстрадиола, гормонов щитовидной железы иммуноферментным методом.

Результаты. Больные гипертонической болезнью с эректильной дисфункцией по данным суточного мониторирования имели следующие типы суточного профиля артериального давления: “Dipper“- 77 (49,0%) больных, “Non- dipper”- 60 (38,2%) больных, “Over – dipper “– 12 (7,6%), Night – peacer” – 8 (5,1%) больной. Кроме того, для суточного ритма артериального давления у больных гипертонической болезнью с эректильной дисфункцией была характерна высокая величина и скорость утреннего подъема артериального давления. Обнаружена обратная связь между уровнем надпочечникого андрогена дегидроэпиандростерона-сульфата в сыворотке крови и ССАДсут, ССАДд, ССАДн. Кроме того, обнаружена прямая связь между уровнем дегидроэпиандростерона-сульфата в сыворотке крови и СИСАД. Отмечено наличие достоверной обратной связи между величиной и скоростью утреннего подъема САД и содержанием дегидроэпиандростерона-сульфата в сыворотке крови. Установлено, что больные с суточным профилем “non-dipper” имели более выраженную степень эректильной дисфункции, чем больные ГБ с суточным профилем “dipper”. Для больных с суточным профилем “non-dipper” было характерно отсутствие утренних спонтанных эрекций.

Выводы. Тридцать восемь процентов больных ГБ с эректильной дисфункцией имеют нарушения суточного профиля артериального давления, что проявляется недостаточным снижением артериального давления в ночные часы (non-dipper) и высокой величиной и скоростью утреннего подъема артериального давления. Для больных ГБ с эректильной дисфункцией характерны эндокринные нарушения, характеризующиеся снижением уровня тестостерона и дегидроэпиандростерона сульфата в сыворотке крови. Больные с суточным профилем “non-dipper” имеют более выраженную степень эректильной дисфункции, чем больные ГБ с суточным профилем “dipper”.

1047 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЕСТЕСТВЕННОГО КЛИМАКСА

Шухардина Е.Л., Скибицкий В.В

КГМУ, Краснодар, Россия

Цель: оценить эффективность терапии, включающую антагонист альдостерона, при гипертонической болезни (ГБ) в раннем периоде (до 5 лет) естественного климакса.

Материал и методы. Обследовано 38 женщин в возрасте 53 (52–56) лет с ГБ 1-2 степени (по классификации ВНОК, 2005). У всех пациенток был исключен симптоматический характер артериальной гипертонии, отсутствовала систематическая антигипертензивная терапия, было получено согласие на участие в проекте. При обследовании проводились суточное мониторирование артериального давления (СМ АД), эхокардиография, определялись электролиты крови. Дизайн исследования предполагал 3-х кратное проведение инструментального исследования: при отборе в исследование (визит 1), через 1 месяц терапии эналаприлом в дозе 10 мг/сут. (визит 2), через 6 месяцев (визит 3) после рандомизации на группы. Одна группа продолжала получать эналаприл с увеличением суточной дозы до 20 мг, в другой группе к исходной схеме был добавлен верошпирон в дозе 25 мг/сут. Исследование электролитного состава крови в обеих группах проводилось ежемесячно. Обработка результатов исследования проводилась методами непараметрической статистики

Результаты исследования показали, что при монотерапии эналаприлом в суточной дозе 10 мг лишь у 10% пациенток удалось достичь целевого уровня АД. Показатели СМ АД при 1 и 2 визитах достоверно не различались и характеризовались кризовыми повышениями САД в дневное время, длительной нагрузкой САД в активный период суток, высокоскоростным утренним подъемом САД и ДАД, преобладанием суточного профиля АД «non-dipper» (58%). Динамики эхокардиографических показателей, изменений электролитов крови при 2 визите не отмечено. При сравнительном анализе результатов через 6 месяцев (визит 3) в группе пациенток получавших комбинированную терапию отмечалось достоверное снижение показателей нагрузки САД ($p<0,01$) и ДАД ($p<0,025$) в активный период суток, уменьшение скорости утреннего подъема САД ($p<0,01$) и ДАД ($p<0,05$), отсутствовали кризовые повышения АД ($p<0,025$), клиническое течение болезни характеризовалось значительным уменьшением отечного синдрома ($p<0,001$), улучшением психоэмоционального статуса пациенток ($p<0,01$). В этой группе у всех женщин удалось достичь целевого уровня АД ($p<0,001$). В обеих группах наблюдался регресс ремоделирования левых отделов сердца, межгрупповые различия через 6 месяцев терапии были недостоверны. Ни у одной пациентки за 6 месяцев терапии не было зафиксировано гиперкалиемии.

Выводы: ГБ в раннем периоде естественного климакса характеризуется гиперальдостеронемией. Достигнутые эффекты, по-видимому, обусловлены избирательной блокадой Минералкортикоидной активности альдостерона. Антигипертензивная терапия с использованием верошпирона у обсуждаемого контингента пациенток приводила к нормализации суточного профиля АД, способствовала регрессу ремоделирования левых отделов сердца, более позитивно влияла на клиническое течение болезни.

1048 ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОРТОСТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Щекотов В. В., Киселева Н.Л.

ГОУ ВПО «ПГМА Росздрава», Пермь, Россия

Артериальная гипертония и сахарный диабет являются важнейшей причиной развития дисциркуляторной энцефалопатии. Основными проявлениями которой, являются нарушение когнитивной деятельности и изменения эмоционального состояния. Известно, что у больных сахарным диабетом 1 типа наиболее частым осложнением является автономная вегетативная нейропатия, основным проявлением которой, является ортостатическая гипотония. Наличие заболеваний, способствующих хронической гипоперфузии головного мозга и повторяющихся эпизодов системной гипотонии, оказывают повреждающее действие на структуру и функции нейронов головного мозга, что способствует развитию и прогрессированию дисциркуляторной энцефалопатии.

Целью работы явилось изучение когнитивных функций и эмоционального статуса у больных артериальной гипертонией,

Tesis_006_end.indd 439 24.08.2006 22:26:26
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

страдающих сахарным диабетом 1 типа, осложненного ортостатической гипотонией.

Группу наблюдения составили 20 пациентов с коморбидными расстройствами, страдающих артериальной гипертонией на фоне сахарного диабета 1 типа, в сочетании с ортостатическими нарушениями (группа I) . В качестве контроля обследованы 20 пациентов с артериальной гипертонией в сочетании с сахарным диабетом 1 типа без ортостатических нарушений (группа II).

Больным проводили клиническое и психологическое (тест-MMSE, проба на запоминание 10 слов, корректурная проба, таблицы Шульте, тест Бентони, тест Спилбергера) обследование. Всем больным проведена ортостатическая проба.

Когнитивные нарушения выявлены у 15 (75%) больных I группы и у 2 (10%) больных II группы ($p<0,001$) Нарушение непосредственного запоминания выявлено в 10 (50%) случаев в основной группе и в 4(20%) случаев в группе контроля ($p<0,05$). Снижение долговременной памяти в I группе наблюдается у 14 (70%), во II группе у 6 (30%) пациентов ($p<0,05$). Оценка умственной работоспособности показала разницу в I группе (среднее время работы с таблицами - 54,4 с) и II группе (среднее время - 40,2 с). Результаты корректурной пробы выявили неустойчивость и недостаточную концентрацию внимания у 16 (80%) наблюдаемых I группы и 7 (35%) II группы ($p<0,05$).

В основной группе больных низкий уровень реактивной тревожности отмечен у 9 (4%), умеренный у 9 (45%), высокий у 2 (10%). В контрольной группе низкий уровень реактивной тревожности зарегистрирован у 15 (75%), умеренный у 5 (25%). Обращает на себя внимание высокий уровень личностной тревожности в основной группе 14 (70%). В контрольной группе преобладает умеренный уровень личностной тревожности 10 (50%).

Полученные результаты позволяют сделать вывод о наличии выраженной когнитивной дисфункции и эмоциональных нарушениях в основной группе по сравнению с группой контроля. Наличие ортостатических нарушений у больных артериальной гипертонией, страдающих сахарным диабетом 1 типа, способствует ухудшению течения и прогрессированию дисциркуляторной энцефалопатии.

1049 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ УДАРНОГО ОБЪЕМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ДИНАМИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ ЭПРОСАРТАНОМ И МЕТОПРОЛОЛОМ

Щекотов В.В., Антипова А.А.

ГОУ ВПО «ПГМА Росздрава», Пермь, Россия

Цель - охарактеризовать вариабельность ударного объема сердца (ВУО) у здоровых и больных гипертонической болезнью (ГБ) и оценить влияние на нее современной гипотензивной терапии.

Материалы и методы. Объем наблюдений составил 120 человек, из которых 60 больных ГБ I-II стадий с диастолической дисфункцией левого желудочка (ДДЛЖ) I типа и хронической сердечной недостаточностью (ХСН) на уровне I-II функционального класса (ФК); 30 – больных ГБ I-II стадии без ДДЛЖ, ХСН I-II ФК; 30 практически здоровых. Комплексное обследование включало оценку клинических данных, регистрацию офисного артериального давления (АД), 6-ти Минутный тест ходьбы, Допплер-эхокардиографию, полиреокардиографию с изучением показателей ВУО. Определяли вариационный размах УО (ВРУО, мл), и вариационный размах УО, приведенного к RR (ВРУО/RR, мл/с), вычисляли среднеквадратичное отклонение от среднего значения показателей (СКОУО, мл ; СКОУО/RR, (мл/с)). Больные с ДДЛЖ I типа методом простой рандомизации были разделены на 2 группы. Больным первой группы проводили монотерапию метопрололом (эгилок, фирма «Egis», Венгрия). Больным второй группы назначали эпросартан (теветен, фирма «Solvay pharma», Нидерланды).

Результаты исследования и обсуждение. Доказано, что показатели ВУО у больных ГБ достоверно ниже, чем у здоровых Так ВРУО у больных ГБ составил 27,83±9,54 мл против 35,7±8,03 мл у здоровых ($p=0,001$); СКОУО 28,03±11,79 мл против 40,24±16,8 мл ($p=0,001$); ВРУО/RR 37,07±9,63 мл/с против 41,48±6,7 мл/с ($p=0,022$); СКОУО/RR с 37,8±15,3 (мл/с) против 49,5±18,9 (мл/с) ($p=0,001$) соответственно. Наличие ДДЛЖ I типа ассоциировано с еще большим снижением ВУО сердца по сравнению с пациентами с неизмененной диастолой. Данные анализа связи показателей ВУО у больных ГБ и здоровых показали существование достоверной прямой средней силы корреляции с величиной сердечного индекса и отрицательной корреляции с величиной общего периферического сопротивления, кроме того выявлена умеренная прямая взаимосвязь ВУО с величинами диастолического АД, среднегемодинамического АД у больных ГБ. На фоне проводимой терапии больных ГБ с ДДЛЖ I типа имело место увеличение показателей ВУО. Максимально эффект терапии проявился у пациентов с I стадией ГБ. Степень влияния обоих препаратов на ВУО сердца сопоставима.

Выводы:1.Для больных ГБ характерна достоверно более низкая ВУО сердца, чем у здоровых. Наличие ДДЛЖ I типа ассоциировано с еще большим снижением ВУО сердца по сравнению с пациентами с неизмененной диастолой. 2. Показатели ВУО сердца у больных ГБ зависят от стадии заболевания, уровня диастолического и среднегемодинамического артериального давления и гемодинамического профиля больных. Увеличение значения сердечного индекса ассоциировано с параллельным повышением показателей ВУО. С ростом общего периферического сопротивления ВУО снижается. 3. Под влиянием терапии бета-адреноблокатором и антагонистом рецепторов ангиотензина II ВУО сердца увеличивается. При достижении целевого уровня АД динамика ВУО достоверна. Степень влияния обоих препаратов на ВУО сердца сопоставима.

1050 НАРУШЕНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ

Щикота А.М., Задионченко В.С., Погонченкова И.В., Нестеренко О.И., Холодкова Н.Б., Алдушина К.А.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель: изучить влияние небиволола на спектральные и временные характеристики вариабельности ритма (ВРС) сердца у больных с декомпенсированным хроническим легочным сердцем (ХЛС).

Методы: в исследование были включены 20 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), осложненной декомпенсированным ХЛС, в возрасте от 47 до 70 лет. Все больные получали небиволол в дозе 2,5-5 мг/сутки на протяжении 6 месяцев. Всем больным проводилось суточное мониторирование ЭКГ до начала лечения и через 6 месяцев на фоне терапии.

Результаты: по данным суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру у пациентов с декомпенсированным ХЛС было выявлено существенное снижение временных характеристик (SDNN до 115±12 мсек; SDANN до 103±17 мсек; RMSSD до 19±6 мсек), свидетельствующее о снижении вагусных влияний на сердце и гиперактивации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Это подтверждалось и изменением спектральных характеристик ВРС: выявлено увеличение показателей низких частот LF до 1389±72, снижение показателей высоких частот HF до 612±29 и увеличение соотношения LF/HF. На фоне терапии небиволололом отмечалось увеличение временных характеристик ВРС (SDNN на 8,3% ($p<0,01$); SDANN на 11,5% ($p<0,001$); RMSSD на 12,7% ($p<0,01$)), а также обратные изменения спектральных характеристик (повышение HF на 14,8% ($p<0,001$) и

Tesis_006_end.indd 440 24.08.2006 22:26:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

снижение LF на 12,7% (p<0,001)), что свидетельствует о тенденции к восстановлению нормального баланса симпатического и парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы. У всех пациентов отмечалась удовлетворительная переносимость препарата.

Выводы: для пациентов с ХОБЛ, осложненной декомпенсированным ХЛС, характерно изменение показателей ВРС, свидетельствующее о наличии дисбаланса вегетативной нервной системы с выраженным сдвигом в сторону симпатического звена; включение небиволола в комплексную терапию ХЛС способствует восстановлению баланса вегетативной нервной системы и. следовательно, улучшению прогноза заболевания.

1051 ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Щукин Ю.В., Рябов А.Е., Солдатова О.А., Германов А.В., Гаранин А.А., Хуртова О.Е., Суркова Е.А., Терешина О.В.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель работы. Оценить эндотелиальную функцию у больных с артериальной гипертензией (АГ), постинфарктным кардиосклерозом (ПИК) при формировании хронической сердечной недостаточности (ХСН).

Материалы и методы. Обследовано 52 мужчин (средний возраст 53±3 года) с АГ I-III степени, перенесших инфаркт миокарда; группу 1 составили пациенты, имеющие ХСН IIA стадии II ф.кл., группу 2 – ХСН IIA стадии III ф.кл. Контрольная группа состояла из 24 здоровых людей. Ультразвуковая оценка вазомоторной функции a. brachialis и изучение биомеханики a radialis с помощью компьютерной сфигмографии осуществлялись в условиях компрессионной пробы. Для характеристики изменения эндотелиального ответа на механический стимул рассчитывали чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига. Структурно-геометрические особенности левого желудочка изучались при помощи ЭхоКГ у всех больных с определением конечно-диастолического размера (КДР), конечно-систолического размера (КСР), толщины межжелудочковой перегородки (ТМЖП), толщины задней стенки (ТЗС) и последующим расчетом индекса массы миокарда (ИММ) и относительной толщины стенки левого желудочка. Статистический анализ проводился с применением непараметрических методов (критерием Вилкоксона с 5% уровнем значимости).

Полученные результаты. Ультразвуковое сканирование плечевой артерии выявило снижение вазодилатирующей функции у больных: в группе 1 – прирост диаметра сосуда составил 5,2%, средней скорости кровотока – 228%, объемной – 312%. В группе 2 диаметр увеличился на 4,7% средняя скорость – на 188%, объемная - на 247%.В группе контроля прирост этих показателей составил 17%, 330% и 420% соответственно. Анализ параметров биомеханики после манжеточной пробы выявил у здоровых снижение средней скорости на 18%, ускорения – на 10% в фазы оттока. При ХСН IIA стадии II ф.к. в фазы оттока снижение скорости составило 7%, ускорение - 6%, а с развитием ХСН IIA стадии III ф.к. – 4,4% и 3,5% соответственно. Чувствительность плечевой артерии к напряжению сдвига в группе 1 составила 4,5 и была снижена по сравнению с контролем (5,3). Дальнейшего уменьшения этого показателя в группе 2 не происходило. По данным ЭхоКГ в 1 группе концентрическая гипертрофия отмечалась у 33% больных, эксцентрическая – у 43%, концентрическое ремоделирование - у 5% и нормальная геометрия у 19% пациентов. Во 2 группе концентрическая гипертрофия была выявлена у 35%, эксцентрическая у 55% и концентрическое ремоделирование у 10% больных.

Выводы. Прогрессирование ХСН сопровождается нарушением эндотелийзависимых вазодилатирующих свойств артериального русла в сочетании с преобладающим развитием дезадаптивного типа ремоделирования сердца.

1052 ПРОФИЛАКТИКА КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ С ПОМОЩЬЮ НЕБИВОЛОЛА

Щукин Ю.В., Вачёв А.Н., Селезнёв Е.И., Суркова Е.А., Дьячков В.А., Давыдкин И.Л., Медведева Е.А.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет», Самара, Россия

Цель: установить влияние небиволола на частоту кардиальных осложнений и активность васкулярного окислительного стресса при операции каротидной эндартерэктомии (КЭ).

Методы. В исследовании приняли участие 53 больных (возраст 53,5±1,5 лет), подвергшихся операции КЭ. 80% больных страдали артериальной гипертонией 2 степени, 30% перенесли инфаркт миокарда, у 60% больных наблюдали стабильную стенокардию напряжения 2-3 ф.кл. Обследуемые больные были разделены на 2 равнозначные группы: 26 человек 1 группы в предоперационном периоде помимо обычного предоперационного лечения (иАПФ, дезагреганты, нитраты, метаболические препараты) принимали небиволол в дозе 5 мг/сут, 27 человек 2 группы получали обычное предоперационное лечение. В крови определяли активность внеклеточной супероксиддисмутазы (ES-SOD), содержание эндотелина-1 (ЭТ-1) и интерлейкина-6 (ИЛ-6). Уровень NO оценивали по содержанию его стабильных метаболитов (NOx). В лейкоцитах определяли активированную продукцию радикала O2*. Уровень исходной окисленности липопротеидов низкой плотности (LDL) оценивали по концентрации гидроперекисей липидов. Контрольная группа – 56 здоровых людей.

Результаты. До лечения у больных обеих групп по сравнению с контролем выявлено достоверное снижение активности ES-SOD, содержания NOx. Состояние оксидантных факторов характеризовалось достоверным повышением концентрации ЭТ-1, ИЛ-6, степени окислительной модификации LDL и уровня генерации O2* лейкоцитами.

После лечения небивололом в первой группе ES-SOD увеличилось на 30% (p<0,05), содержание NOx – на 25% (p<0,05). Концентрация ЭТ-1 и ИЛ-6 снижалась соответственно на 18% (p<0,05) и на 23% (p<0,05). Содержание гидроперекисей в LDL уменьшилось на 41% (p<0,05).

Во второй группе достоверных изменений исследуемых показателей при повторном исследовании выявлено не было.

В раннем послеоперационном периоде в 1 группе инфаркт миокарда развился у 1 больного (4%), ишемия миокарда – у 3 больных (12%). Во 2 группе инфаркт миокарда возник у 3 больных (11%), ишемия миокарда – у 10 человек (37%).

Выводы. Небиволол достоверно снижает выраженность васкулярного окислительного стресса, что сопряжено со значительным уменьшением кардиальных осложнений в раннем послеоперационном периоде после КЭ.

1053 ФАКТОРЫ РИСКА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ

Эльгарова Л.В.

Кабардино-Балкарский госуниверситет, Нальчик, Россия

Цель: оценить распространенность и естественную динамику факторов риска (ФР) у лиц молодого возраста с артериальной гипертонией (АГ).

Материал и методы исследования. В 1989-1990 гг. проведен скрининг школьников Нальчика (средний возраст - 12,4±1,5 года), в 1999-2005 гг. - повторное обследование той же группы населения (средний возраст - 24,4±2,9 года). Использованы

Tesis_006_end.indd 441 24.08.2006 22:26:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

стандартные методы исследования и унифицированные критерии оценки.

Результаты. Частота АГ среди лиц молодого возраста (13,2%) была сопоставима с аналогичным показателем среди школьников (10,4%). На фоне стабильности АГ среди девушек (10,5%) в мужской популяции отмечался рост частоты данного ФР с возрастом с 10,3 до 16,7%. Трекинг АД составил 42,1%, частота новых случаев АГ – 9,8%, в большей степени среди юношей (14,3%), чем среди девушек (6,4%). Частота АГ у лиц молодого возраста зависела от распространенности АГ в подростковом возрасте ($F=16,5$, $p<0,0001$). У молодых людей с АГ достоверно чаще, чем у лиц с нормальными уровнями АД, выявлялись дислипидемии (ДЛП, 54,2 против 30,8%), избыточная масса тела (ИМТ, 47,8% против 6,5%), наследственная отягощенность по АГ (50% против 23,8%). Табакокурение одинаково часто встречалось как у лиц с АГ (33,3%), так и в обследованной выборке (26,6%), значимо различаясь среди юношей (52,6%) и девушек (11,4%, $p<0,0001$). Не выявлено различий и в частоте низкой физической активности молодых людей с нормальным АД (67,8%) и АГ (62,5%). Независимо от уровня АД данный ФР превалировал у девушек (72,4%) по сравнению с юношами (57,7%, $p<0,01$). Лишь 13,1% обследованных не имели ФР. Дисперсионный анализ позволил выявить зависимость уровней систолического АД (САД) у молодых людей от показателей САД в подростковом возрасте ($F=7730,6$, $p<0,00001$), наличия ИМТ ($F=12,7$, $p<0,01$), наследственной отягощенности по АГ ($F=5,83$, $p<0,05$), табакокурения ($F=5,52$, $p<0,01$) и гиперхолестеринемии (ГХС) ($F=4,97$, $p<0,05$). С уровнями диастолического АД (ДАД) статистически значимые результаты получены с такими факторами, как ИМТ ($F=19,5$, $p<0,001$), ГХС ($F=5,98$, $p<0,05$) и курение ($F=3,74$, $p<0,05$). Установлена зависимость между частотой ДЛП, ИМТ в разные возрастные периоды (= 42,8 и 37,9 соответственно, $p<0,0001$). Воспроизводимость ИМТ при повторном обследовании составила 43,2%, частота новых случаев – 5% (7,6% у юношей и 2,5% у девушек). На первом этапе обследования ДЛП обнаружены у 32,8% школьников, у 35,0% из них нарушения липидного спектра зафиксированы повторно, у 34,1% молодых людей ДЛП выявлены впервые. Физически активными в школьные годы были 35,5% обследованных, из них в последующем продолжили занятия спортом лишь 20,4%, в то же время приобщились к занятиям спортом спустя годы 21,3% молодых людей.

Выводы. Проведенное исследование позволило оценить возрастную динамику ФР в молодежной среде. Высокие уровни ФР, выявленные не только среди лиц с АГ, но и в целом в обследованной выборке свидетельствуют о необходимости проведения профилактических мероприятий на популяционном уровне.

1054 ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Эльгарова Р.М., Эльгаров А.А., Калмыкова М.А.

Кабардино-Балкарский университет им. Х.М.Бербекова, Нальчик, Россия

Цель: определить эффективность и безопасность гипотензивной терапии конкором и теветеном водителей автотранспорта (ВА) с артериальной гипертонией (АГ) и язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) вне обострения.

Материал и методы: под наблюдением находились 48 ВА с АГ I (26) и II (22) ст. и ЯБЖ (12) и ЯБДК (36) в возрасте 30-54 лет (средний возраст 40,7±4,9). Для оценки эффективности и безопасности (влияние на систему оперативного реагирования) гипотензивной терапии были сформированы две группы: а) 22 ВА с АГ I (14 чел.), II (8) ст. (ЯБЖ у 6 и ЯБДК у 18) принимали теветен по 600 мг в сутки; б) 26 ВА с АГ I (12) и II (14) ст. (ЯБЖ у 6 и ЯБДК у 18) - конкор по 5-7,5 мг в сутки в течение 8 недель. Наряду с общеклиническим обследованием до и после монотерапии использованы суточное мониторирование артериального давления (СМАД), психофизиологическое тестирование (ПФТ).

Результаты: по данным общеклинического обследования и СМАД, благодаря теветену наблюдалась динамика субъективных и объективных проявлений АГ в течение 5-7 первых дней и достигала максимума к концу 2-й недели. На фоне плавного снижения уровней АД и улучшения самочувствия после 6-8 недель зарегистрированы снижение систолического АД (САД) на 21%, диастолического (ДАД) - на 16%, сокращение частоты гипертензивных реакций – на 34%, что позволило достичь целевых уровней у 80% ВА (при АГ I ст. у всех, при АГ II ст. у 6 чел.). Побочные эффекты (ПЭ) не зарегистрированы. ПФТ в динамике выявило улучшение всех показателей профессионально значимых функций и качеств (ПЗФиК) у всех ВА с АГ I и II ст., даже при отсутствии гипотензивного эффекта (2). В группе конкора у ВА после 5-7 дней лечения зарегистрированы уменьшение клинических симптомов болезни и снижение АД. К концу 6 - 8-й недели выявлены явная динамика среднесуточных показателей АД, достоверное снижение частоты гипертонических пиков как в ночные, так и в дневные часы. Параметры САД и ДАД снизились соответственно на 20 и 15%. ПЭ также не отмечались. ПЗФиК, величины личностной и ситуационной тревожности под влиянием конкора у абсолютного большинства (23) пациентов улучшилась и лишь у 3 ВА с АГ II ст. указанные характеристики не изменились. Эффективность гипотензивной терапии конкора ВА с АГ I и II ст. достигнута в 77,8% случаев. Следует отметить - во время лечения и в течение последующих 12-18 месяцев в обеих группах обострение ЯБЖ и ЯБДК не наблюдались.

Заключение: при сопоставимой достаточно высокой эффективности (80 и 77,8%) и безопасности (ПЗФиК улучшаются) использованных антигипертензивных средств у ВА с АГ и ЯБ клиническое течение последней оставалось стабильным и не ухудшалось. Следовательно, теветен и конкор можно рекомендовать ВА с АГ и ЯБ как препараты выбора в рамках вторичной профилактики гипертонии у лиц операторских профессий.

1055 НАСКОЛЬКО ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИДРОМАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ В ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИСТР, СООТВЕТСТВУЕТ РЕАЛЬНОСТИ? ОПЫТ МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 29

Эрлих А.Д., Чиркин В.И., Грацианский Н.А.

ФГУ «НИИ Физико-Химической Медицины Росздрава», Москва, Россия

В 2004 г в отделение неотложной кардиологии ГКБ № 29 представило данные о 50 последовательных больных во 2-ой Европейский регистр острых коронарных синдромов (ОКС) – EHS-ACS-II.

Цели работы: 1) выяснить, насколько характеристики и лечение этих больных, поступивших на протяжении 17 дней, соответствовали характеристикам и лечению контингента больных ОКС, госпитализированных в отделение в течение более длительного времени (7 мес); 2) выявить возможные изменения в результатах лечения, произошедшие между двумя периодами регистрации.

Материал и методы. Данные о 50 больных ОКС, госпитализированных с 1 по 17 марта 2004 г (группа EHS), сравнены с данными о 448 больных, последовательно поступивших в январе-июле 2005 г (контроль).

Результаты. Группы EHS и контроля были схожи по возрасту (соответственно, 70,3±10,2 и 69,4±11,2), полу (мужчины: 52,0% и 52,7%), доле больных с ОКС с подъемами ST (П ST) (22,0% и 25,9%), больных с диагностированным инфарктом

Tesis_006_end.indd 442 24.08.2006 22:26:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

миокарда (ИМ) (52,0% и 50,2%), в том числе, с Q-ИМ (30,0%и 28,1%), по классу Killip (I-70,0 и 67,3%; II-18,0 из 17,7%; III, IV-12,0% и 15,0%). Тромболизис проведен у 63,6% больных с ОКС П ST из группы EHS и у 56,9% группы контроля (p>0,05). Гепарин (нефракционированный или низкомолекулярный) применен у 78,0% больных в группе EHS и 57,0% в группе контроля (p>0,05). Не было достоверной разницы между группами по доле больных, получавших аспирин, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, нитраты. У 6,0% больных в группе EHS и 2,7% - в группе контроля за время пребывания в стационаре произошел новый ИМ (p>0,05). Летальность была практически одинаковой (8,0% и 8,9%).

Выводы. Данные 50 больных, представленные в регистр EHS-ACS-II, в целом дали реальную информацию об общем контингенте госпитализируемых в конкретное лечебное подразделение больных ОКС. В более длительном (и позднем) периоде регистрации отмечена тенденция к меньшей активности антитромботической терапии, однако общие результаты внутригоспитального лечения были не хуже.

1056 МНОГОФАКТОРНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST С УЧАСТИЕМ СЕРДЕЧНОГО БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ

Эрлих А.Д., Трифонов И.Р., Катруха А.Г., Грацианский Н.А.

ФГУ НИИ ФХМ Росздрава, Лаборатория клинической кардиологии, Москва, Россия

Предпосылки. Сведения о прогностическом значении нового биомаркера некроза миокарда – сердечного белка, связывающего жирные кислоты (сБСЖК) при остром коронарном синдроме без подъемов сегмента ST (ОКС БП ST) практически отсутствуют.

Цель работы - определить место сБСЖК среди различных прогностических факторов при ОКС БП ST.

Материал и методы. У больных с ОКС БП ST, госпитализированные в пределах 12 ч от начала боли, серийно определялись уровни сБСЖК и тропонина I (сТнI) (одноступенчатая «сэндвич»-иммунофлуометрия, «HyTest») За 12 мес наблюдения регистрировались новые нефатальные ИМ и случаи сердечно-сосудистой смерти (события).

Результаты. Из 203 больных с ОКС БП ST (возраст 63,9±11,5) лет за 12 мес события произошли у 47 (23,2%). Независимыми предикторами событий стали (в регрессионном анализе) возраст≥65 лет (ОШ 3,7; 95%ДИ 1,6-8,4; p=0,002), регулярный догоспитальный прием нитратов (ОШ 3,1; 95%ДИ 1,4-6,5; p=0,004), наличие отрицательного зубца Т на ЭКГ (ОШ 2,6; 95%ДИ 1,1-6,2; p=0,03) и повышенное значение сБСЖК (≥4,67 нг/мл) через 6 ч от начала боли (ОШ 2,5; 95%ДИ 1,1-5,2; p=0,02). Значение сБСЖК вытеснило значение сТнI из числа независимых предикторов событий. Была выстроена шкала, где каждый из независимых предикторов получил значение в 1 балл. Суммирование независимых предикторов без учета значения сБСЖК не обладало существенным прогностическим преимуществом перед каждым из факторов, взятых в отдельности. Добавление значения сБСЖК через 6ч от начала боли делало оценку по шкале единственным независимым прогностическим фактором: для 2-х и более баллов ОШ 14,3; 95% ДИ 4,3-48,0; p<0,0001.

Выводы. В обследованной группе неинвазивно леченных больных ОКС БП ST повышение уровня сБСЖК через 6 ч от начала боли оказалось независимым прогностическим фактором. При одновременном использовании сБСЖК и хорошо известных клинических показателей точность прогноза возрастала.

1057 ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ИНДЕКСА TIMI У ВСЕХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОБЫЧНУЮ РОССИЙСКУЮ БОЛЬНИЦУ

Эрлих А.Д.

ФГУ «НИИ Физико-Химической Медицины Росздрава», Москва, Россия

Предпосылки. Индексы TIMI, предназначенные для ранней оценки риска у больных с острым коронарным синдромом (ОКС), были созданы на ограниченных, специально отобранных группах больных международных рандомизированных исследований с жесткими критериями включения. Пока нет прямого подтверждения того, что индекс TIMI можно использовать у всех больных с ОКС. Очень мало изучено значение индекса TIMI в России. Кроме того, пока неизвестно, применимы ли традиционные прогностические показатели для больных с ОКС и только с новым патологическим зубцом Q (Пат.Q) на ЭКГ, т.е., с острым трансмуральным инфарктом миокарда (ИМ), без показаний к реперфузионной терапии.

Цель. Изучение прогностического значения индекса TIMI у самого широкого круга больных с ОКС без подъемов сегмента ST (БП ST), с подъемом сегмента ST (П ST) и Пат.Q, госпитализированных в обычную московскую больницу.

Методы. Индекс TIMI был рассчитан у всех больных с ОКС последовательно поступивших в БИТ не позднее 48 ч от начала симптомов. Конечной точкой (КТ) за период госпитализации для больных с ОКС БП ST была сумма случаев смерти, нового инфаркта миокарда (ИМ) и острого нарушения мозгового кровообращения. КТ для больных с ОКС П ST и ПатQ. – случаи смерти от любой причины.

Результаты. С января по июль 2005 года в БИТ ГКБ № 29, г.Москвы поступило 332 больных с признаками ОКС БП ST. Средний возраст 69,8±11,4 года, у 33,7% - диагностирован острый ИМ, у 56,9% - нестабильная стенокардия, у 9,3% - некоронарная боль в груди. Лечение соответствовало стандартам, принятым в учреждении. Антикоагулянты получали 53,9% больных. За время в стационаре (медиана – 16 суток) КТ была у 23 больных (6,9%). Среднее значение индекса TIMI у больных с КТ и без нее было соответственно 3,5±1,0 и 2,7±1,3 (p=0,003). Доля больных с КТ среди тех, у кого было значение индекса TIMI≥4 было достоверно выше, чем у больных с TIMI 3 (12,5% против 4,9%; p<0,001). По результатам регрессионного анализа значение индекса TIMI≥4 стало независимым фактором прогноза у больных с ОКС БП ST. За этот же период поступило 116 больных с ОКС П ST и Пат.Q. Средний возраст 68,4±10,4 лет. Класс Killip ≥3 был у 15,1% больных. Тромболизис проводился 56,9% больным. За время госпитализации (медиана 16 дней) умерло 23 (19,8%) человека. В группе больных с индексом TIMI ≥5 смертельные исходы происходили достоверно чаще по сравнению с теми, у кого был индекс TIMI<5 (31,4% против 2,2%; p=0,0003). Значение индекса TIMI ≥5 стало одним из независимых предикторов смерти за время госпитализации.

Выводы. Индекс TIMI обладает высоким прогностическим значением у самого широкого круга больных с ОКС, госпитализированных в обычную российскую больницу. С его помощью можно точно разделить больных по степени риска. Индекс TIMI для оценки прогноза можно также определять у больных с новым патологическим Q на ЭКГ.

1058 СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА

Эштрекова С.Г.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Tesis_006_end.indd 443 24.08.2006 22:26:27
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Целью настоящей работы было изучение колебаний спектральных показателей вариабельности сердечного ритма (ВСР) у детей в зависимости от исходного вегетативного тонуса (ИВТ).

Материал и методы. Нами было обследовано 207 здоровых детей в возрасте 7 лет (девочек 106 мальчиков 101). Пятиминутная запись кардиоинтервалограммы для анализа ВСР проводилась с использованием компьютерного кардиоанализатора «Анкар 131» с соблюдением необходимых условий съема. Оценка нейрогуморальной регуляции синусового ритма проводилась по следующим показателям: общей мощности спектра (TP), характеризующей суммарный уровень активности регуляторных систем, и ее составляющим – это высокочастотные (HF), низкочастотные (LF) и очень низкочастотные (VLF) волны, являющиеся показателями активности парасимпатической, симпатической и гуморально-метаболической регуляции. Интегральный показатель математического анализа ВСР – индекс напряжения (ИН) – использовали для определения ИВТ по Р.М. Баевскому. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0.

Результаты. Результаты исследования не выявили достоверных половых различий в спектральных показателях ВСР, в связи с этим обработка осуществлялась комплексно по группе. Нами был выявлен большой разброс изучаемых параметров. Индивидуальные колебания (min-max) TP составили 445-31556 мс2, HF – 40-22779 мс2, LF – 130-11582 мс2, VLF – 128-5483 мс2. Соответственно наблюдался значительный разброс и процентного вклада спектральных составляющих: HF% – 3,7-82,5%; LF% – 11,8-53,1%; VLF% – 5,2-77,5%. Для выделения однородных групп мы разделили детей по ИВТ. Детей с преобладанием тонуса вагуса (ваготония – ИН<50 у.е.) было 31 (14,9%), у 126 (60,9%) школьника выявлено равновесие вегетативного баланса (эйтония – 50 ИН<200 у.е), у 50 (24,2%) – повышение активности симпатического отдела вегетативной нервной системы (симпатикотония – ИН 200 у.е.). Результаты спектрального анализа ВСР в выделенных группах были следующими: у детей с ваготонией TP была равна 15552±5678 мс2; HF – 8223±4260 мс2; LF – 4785±2322 мс2; VLF – 2514±852 мс2; HF% – 52,1±12,97%; LF% – 30,6±8,71%; VLF% – 17,4±6,49%. В группе с эйтонией эти показатели составили 5852±3611 мс2; 2706±2488 мс2; 1842±1047 мс2; 1305±700 мс2; 41,3±14,99%; 32,7±8,13%; 26,0±11,70% и симпатикотонией соответственно – 1433±304 мс2; 429±304 мс2; 484±211 мс2; 520±223 мс2; 28,5±13,78%; 33,9±8,82%; 37,7±12,61%.

Выводы. Анализ индивидуальных значений спектральных показателей ВСР у детей 7 лет выявил значительный размах колебаний. Полученные результаты свидетельствуют о некорректности определения усредненных значений в данной возрастной группе. При разделении детей на группы по ИВТ выявлено, что при ваготонии суммарный уровень активности регуляторных систем (TP) наибольший с максимальным вкладом HF компоненты. У школьников с симпатикотонией TP имела самые низкие значения с преобладанием доли VLF составляющей. Процентное распределение общей мощности спектра у детей с вегетативным равновесием был наиболее благоприятным.

1059 ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА

Юдаева Ю.А. Иванов К М Сизова Т.П. Федосеева С.Ф. Овчинникова Т.И. Морозова Е.А.

Государственная медицинская академия .Оренбург, Россия

Цель: изучить состояния дыхательных мышц у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), осложненной сердечной недостаточностью (СН), в сочетании с хроническим обструктивным бронхитом (ХОБ).

Методы исследования: обследовано 40 пациентов (средний возраст 59,5±2,2 лет; 23 мужчин, 17 женщин) со стабильной стенокардией I-III ФК СН I-II А ст. в сочетании с ХОБ I-III степени дыхательной недостаточности. В качестве контроля выступали две группы больных по 20 человек с изолированным течением ИБС и ХОБ. Всем пациентам была проведена суммарная электромиография (ЭМГ) дыхательных мышц поверхностными электродами в 5-6-7 межреберьях по средне-подмышечной линии с обеих сторон.

Полученные результаты: было выявлено, что для больных ИБС и ХОБ характерен I тип поверхностной ЭМГ со снижением частоты интерференционной кривой до 35±1,14 Гц и уменьшением средней амплитуды ЭМГ слева до 0,8±0,02 мВ, справа до 0,6±0,01 мВ. При сочетании ИБС и ХОБ наблюдали достоверно (p<0 05) большее снижение средней амплитуды ЭМГ-кривой по 5-7 межреберьям в сравнении с показателями у больных ИБС в 3 раза и у больных ХОБ – в 1 5-2 раза. Средние значения максимальной амплитуды интерференционной кривой в группе больных с сочетанной патологией были также достоверно (p<0 05) ниже чем в контрольных на 30-57 7%. У больных с сочетанием ИБС и ХОБ по всем межреберьям было выявлено более значимое уменьшение значения частоты следования потенциалов на 15 4-40 1%. Снижение частоты и амплитуды поверхностной ЭМГ свидетельствует о выпадении части мышечных волокон из двигательной единицы и несостоятельности мышечной ткани. Низкие показатели силы дыхательных мышц являются следствием истощения энергетического запаса в условиях возросшей к ней потребности так как при сочетании ИБС и ХОБ имеет место постоянная высокая частота дыхания.

Выводы: поверхностная ЭМГ является доступной неинвазивной методикой способствующей своевременной диагностике синдрома утомления дыхательной мускулатуры. У пациентов с сочетанием ИБС и ХОБ имеет место более значительное снижение частоты и амплитуды интерференционной ЭМГ-кривой что свидетельствует о выраженной несостоятельности мышечных волокон и развитии утомления дыхательной мускулатуры.

1060 СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕКЦИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ И ПЛАЗМЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПРОЦЕССА

Юлдашев Н.П., Закиров Н.У., Асриянц Л.С., Утениязова Х.К., Зиявутдинов Ж.

Республиканский специализированный центр кардиологии МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель: провести сравнительное изучение уровней суточной экскреции катехоламинов (КХ) и плазменной концентрации альдостерона (Ал), определенных на 10-12 сутки первичного Q-волнового инфаркта миокарда (Q-ИМ), в группах больных с передней и нижний локализацией повреждения.

Методы: определение содержание адреналина (А), норадреналина (НА) и дофамина (Д) в суточной моче проводилось методам высокоэффективной жидкостной хроматографии, концентрация Ал в плазме крови определялись радиоиммунным методам.

Обследовано 70 больных мужского пола в возрасте 37-65 лет (52,3±8,3). Диагноз Q-ИМ устанавливали на основании критериев ВОЗ. В соответствии с целью исследования больные были разделены на 2 группы: 44 (62,9%) составили группу переднего ИМ, 26 (37,1%) группу заднего ИМ. Как показал сравнительный анализ, среднегрупповые величины имели достоверные различия. Так, суточная экскреция А составила 7,88 ±3,86 и 7,93±4,3 мкг/сутки, НА 14,58±5,34 и 16,69±6,45 мкг/сутки; Д – 262,5±114,5 и 298,6±114,9 мкг/сутки, соответственно при переднем и нижним ИМ (все p<0,05). Концентрация Ал в плазме крови у больных с переднем ИМ значительно превышала аналогичный показатель группы сравнения (136,1±86,2 и 82,3±46,0 пг/мл; p<0,05). Индивидуальный анализ показал, что больных с плазменным уровнем Ал >100 пг/мл, при переднем ИМ было в 1,8 раза больше чем при нижним (54.5% и 30,8%, соответственно).

Tesis_006_end.indd 444 24.08.2006 22:26:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

При этом группы достоверно различались по представительству больных у которых концентрация Ал в плазме крови превышала 150пг/мл: 20 (45,4%) против 4 (15,4%) (=5,29; p=0,02).

Выводы: проведенное исследование показало, что уровни суточной экскреции КХ, определяемые на 9-12 сутки острого Q-ИМ, не зависели от локализации повреждения. В то же время концентрация Ал в плазме крови у больных с переднем ИМ была достоверно более высокой. У больных с передним ИМ значительно чаще регистрировались «высокие» (>150пг/мл) уровни Ал крови.

1061 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИБС В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ

Юрьева С.В., Королева Е.Б., Мазалов К.В., Востокова А.А.

Клиническая больница № 5, Военно-медицинский институт, Нижний Новгород, Россия

Цель: оценка клинико-лабораторной эффективности гиполипидемической терапии статинами у пациентов со стабильной формой ИБС в комплексной профилактике рестеноза коронарных артерий после стентирования.

Методы: гиполипидемическая терапия использовалась у 50 мужчин с документированной по данным коронарографии ИБС, стабильной стенокардией. Стенокардия II ФК была зарегистрирована у 75% больных, III ФК – у 25%, средний возраст составил 56,5±2,1 лет. У всех больных наблюдались атерогенные показатели липидного профиля крови. Исходно при исследование липидного профиля выявлено повышение уровня ХС-ЛПНП у всех пациентов, средний его уровень составил 4,38±0,48 ммоль/л. Уровень общего холестерина составил в среднем 6,4±0,9 ммоль/л, триглицеридов - 2,02±45 ммоль/л. Статины назначались за 14-10 дней до стентирования в составе комплексной терапии, включающей аспирин и клопидогрель. Аторвастатин (Липримар) в суточной дозе 10 мг получали 18 больных (36%), флувастатин (Лескол XL) 80 мг/сутки - 10 чел. (20%), симвастатин (Зокор) 40 мг/сутки - 15 чел. (30%), розувастатин (крестор) 10-20 мг/сутки – 7 чел. (14%). В качестве базисной терапии ингибиторы АПФ получали 80% больных, бета-адреноблокаторы - 95% больных, нитраты - 45 %, антагонисты кальция – 15%. Повторное исследование уровня липидов крови и клинико-функциональная оценка состояния пациентов проводились через 9 мес. после ангиопластики коронарных сосудов и гиполипидснижающей терапии.

Результаты: в результате проведенной гиполипидемической терапии удалось достичь целевого уровня ХС-ЛПНП <2,6 ммоль/л у 48 пациентов (96%). У исследуемых больных за время наблюдения после реваскуляризации острых коронарных событий не наблюдалось. У 32-ух больных (64%) удалось снизить ФК стенокардии на ступень ниже. В процессе лечения статинами не было отмечено серьезных побочных явлений. У 2-х больных наблюдалась тошнота, диспепсия, не потребовавшие отмены препаратов.

Выводы: липидснижающая терапия статинами больных ИБС является важным и эффективным компонентом лечения, предупреждающим процесс рестенозирования коронарных артерий после их ангиопластики.

1062 ВЛИЯНИЕ ГИПНОТЕРАПИИ, АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И ЭЛЕКТРОСОНТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Юсупходжаев Р.В., Ефремушкин Г.Г.

Санаторий «Барнаульский», Барнаул, Россия

Цель работы - изучить влияние гипнотерапии, аудиовизуальной стимуляции (АВС) на аппарате «Вояджер XL» и метода электросонтерапии (ЭСТ) с помощью аппарата “Адаптон - СЛИП” на психологические особенности больных инфарктом миокарда (ИМ) в процессе санаторной реабилитации.

Материал и методы: обследовано 155 мужчин, перенесших ИМ. Крупноочаговый ИМ зарегистрирован у 118 человек, мелкоочаговый - у 37. Психологический статус изучался с помощью опросников «Тип отношения к болезни», Хейма, «Индекса жизненного стиля».

Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное – перед выпиской. 42 пациента посещали гипнотерапию, 31 – проходили ЭСТ, 30 - получали АВС, 52 - контрольная группа.

Результаты. При первичном тестировании преобладали эргопатический тип отношения к болезни, который выявлен у 32,9% пациентов, гармонический - у 25,2%, смешанный - у 18,7%. Применение гипнотерапии привело к увеличению гармонического типа на 4,7%, в контрольной группе произошло снижение гармонического типа на 9,6%, после ЭСТ и АВС снижение составило 6,5%.

По методике «Индекс жизненного стиля» при первичном тестировании выявлено, что чаще всего использовались такие механизмы защит, как Проекция - у 63,5%, Регрессия - у 28% и Вытеснение, Отрицание - по 12,5%. После гипнотерапии защитные механизмы Отрицание, Реактивное образование стали использоваться чаще. После АВС, ЭСТ и в контрольной группе динамики не отмечалось.

По опроснику Хейма при первичном тестировании преобладали конструктивные стратегии: Оптимизм, Проблемный анализ, Альтруизм, Сохранение апломба. После гипнотерапии стало чаще использоваться Сотрудничество. После ЭСТ, АВС и в контрольной группе использование конструктивных стратегий осталось прежним. После ЭСТ неконструктивная стратегия Покорность уменьшилась, а после АВС уменьшилось - Самообвинение.

Таким образом, гипнотерапия влияет на выбор конструктивных стратегий, АВС и ЭСТ способствуют уменьшению использования неконструктивных стратегий и формированию адекватной внутренней картины болезни.

1063 ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Юсупходжаев Р.В., Ефремушкин Г.Г.

Санаторий «Барнаульский», Барнаул, Россия

Цель работы - изучить влияние гипнотерапии, аудиовизуальной стимуляции (АВС) на аппарате «Вояджер XL» и метода электросонтерапии (ЭСТ) с помощью аппарата “Адаптон - СЛИП” на психологические особенности больных инфарктом миокарда (ИМ) в процессе санаторной реабилитации.

Материал и методы: обследовано 155 мужчин, перенесших ИМ. Крупноочаговый ИМ зарегистрирован у 118 человек, мелкоочаговый - у 37. Психологический статус изучался с помощью опросников «Тип отношения к болезни», Хейма, «Индекса жизненного стиля».

Первичное тестирование проводилось при поступлении, повторное – перед выпиской. 42 пациента посещали гипнотерапию, 31 – проходили ЭСТ, 30 - получали АВС, 52 - контрольная группа. Через 6 месяцев после санатория было обследовано 82 пациентов.

Результаты. При первичном тестировании преобладали эргопатический тип отношения к болезни, который выявлен у 32,9% пациентов, гармонический - у 25,2%, смешанный - у 18,7%. Применение гипнотерапии привело к увеличению гармонического типа на 4,7%, в контрольной группе произошло

Tesis_006_end.indd 445 24.08.2006 22:26:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

снижение гармонического типа на 9,6%, после ЭСТ и АВС снижение составило 6,5%. Через 6 месяцев после ЭСТ гармонический тип выявлен – у 12,5%, после АВС – у 45%, после гипнотерапии – у 25% и в контрольной группе – у 36,4%.

По методике «Индекс жизненного стиля» при первичном тестировании выявлено, что чаще всего использовались такие механизмы защит, как Проекция - у 63,5%, Регрессия - у 28% и Вытеснение, Отрицание - по 12,5%. После гипнотерапии защитные механизмы Отрицание, Реактивное образование стали использоваться чаще. После АВС, ЭСТ и в контрольной группе динамики не отмечалось. Через 6 месяцев во всех группах изменений не произошло.

По опроснику Хейма при первичном тестировании преобладали конструктивные стратегии: Оптимизм, Проблемный анализ, Альтруизм, Сохранение апломба. После гипнотерапии стало чаще использоваться Сотрудничество. После ЭСТ, АВС и в контрольной группе использование конструктивных стратегий осталось прежним. После ЭСТ неконструктивная стратегия Покорность уменьшилась, а после АВС уменьшилось - Самообвинение. Через 6 месяцев после гипнотерапии увеличилось использование неконструктивной стратегии Игнорирование и уменьшилось применение неконструктивной стратегии Отступление. После ЭСТ и АВС динамики не выявлено, в контрольной группе увеличилось использование неконструктивной стратегии Растерянность.

Таким образом, гипнотерапия влияет на выбор конструктивных стратегий, АВС и ЭСТ способствуют уменьшению использования неконструктивных стратегий и формированию адекватной внутренней картины болезни.

1064 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ФЕЛОДИПИНОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Юферова О.В., Мусихина Н.А., Гапон Л.И.

Филиал ГУ НИИК ТНЦ СО РАМН «Тюменский кардиологический центр», Тюмень, Россия

Цель работы: изучение влияния фелодипина и периндоприла в виде монотерапии или в комбинации с гидрохлоротиазидом на суточный профиль артериального давления (АД) и велоэргометрическую пробу (ВЭМП) у больных с мягкой и умеренной артериальной гипертонией (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС), стабильной стенокардией напряжения I и II функционального класса.

Материал и методы: проведено сравнительное исследование у 40 пациентов с мягкой и умеренной АГ в сочетании с хронической формой ИБС. Все пациенты рандомизированы на 2 группы (гр) в зависимости от назначаемых препаратов. Обе гр сопоставимы по среднесуточному (ср) АД, длительности АГ и ИБС. В 1 гр (22 пациента) с ср АД 144/88 назначался фелодипин (плендил, «Астра Зенека», Швеция) в суточной дозе 5-10 мг/сут. , во 2 гр 18 пациентов с ср АД 141/86 принимали периндоприл (престариум, «Сервье», Франция) в суточной дозе 4-8 мг. Продолжительность лечения составила 8 недель. При не достижении целевого уровня АД через 4 недели к лечению добавляли 12,5 мг гидрохлоротиазида. Исходно и через 8 недель проводились суточное мониторирование АД (СМАД) на аппарате АВРМ-04 венгерской фирмы Meditech, ВЭМП с использованием велоэргометра фирмы «Ergoline-900», Германия. При анализе данных СМАД оценивали показатели: ср. систолическое АД (САД) и диастолическое АД (ДАД), индекс времени гипертензии (ИВ) САД и ДАД, индекс площади (ИП) САД и ДАД, двойное произведение (ДП), пульсовое артериальное давление (ПАД), вариабельность (В) САД и ДАД.

Результаты: к концу исследования в 1 гр выбыло 2 человека (отсутствие приверженности к лечению). Нормализация ср АД в 1 гр на монотерапии фелодипином через 4 недели была достигнута у 7 человек (32%), на комбинированной терапии через 8 недель у 11 человек (55%). Во 2 гр достижение целевых уровней ср АД было зарегистрировано у 5 человек (27%) на монотерапии периндоприлом и у 8 человек (44%) на комбинированной терапии. Через 4 недели терапии установлено снижение среднесуточных, дневных и ночных показателей САД и ДАД, среднесуточной и дневной В САД в 1 гр ($p<0,01$). Во 2 гр отмечено уменьшение среднесуточных, дневных и ночных показателей САД, ДП, ИВ и ИП САД ($p<0,01$). Через 8 недель выявлено снижение среднесуточных, дневных и ночных показателей САД и ДАД, ПАД, ДП в обеих группах ($p<0,01$). В 1 гр отмечено уменьшение величины утреннего подъема САД, В САД и ДАД ($p<0,01$), во 2 гр - ИП и ИВ САД и ДАД ($p<0,01$). Через 8 недель в 1 гр уменьшилось количество положительных ВЭМП на 25%, во 2 гр на 12,5% соответственно.

Выводы: таким образом, оба препарата обладают одинаковым гипотензивным эффектом, однако фелодипин оказывает более выраженное влияние на толерантность к ишемии, по данным ВЭМП, у больных АГ в сочетании с ИБС.

1065 МЕДИАТОРЫ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ КАК МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИКСОМАТОЗНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ ПРОЛАБИРУЮЩЕГО МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

Ягода А.В., Гладких Н.Н.

Ставропольская государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель: оценить уровни эндотелина-1 (ЭТ-1), основного фактора роста фибробластов (FGF-b) и интерлейкина-1 (ИЛ-1) у пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК) с учетом наличия эхокардиографических критериев миксоматозной дегенерации.

Материал и методы. Обследовано 59 пациентов (52 мужчины и 29 женщин) с ПМК и внешними признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани (ДСТ) в возрасте от 16 до 32 лет, без сопутствующей патологии. Изолированный ПМК зарегистрирован в 25 случаях, в сочетании с аномально расположенной хордой (АРХ) – в 34. Эхокардиографические признаки миксоматозной дегенерации (I степени) ПМК выявлены в 6 наблюдениях (3 – в группе ПМК, 3 – ПМК в сочетании с АРХ). Степень пролабирования и регургитации ПМК не превышала II. Контрольную группу составили 10 практически здоровых людей, сопоставимых по полу, возрасту, без внешних и эхокардиографических признаков ДСТ.

Уровни ЭТ-1 в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом с использованием наборов «Amersham», FGF-b – «Biosource», ИЛ-1 – «Цитокин». Статистический анализ результатов проводили с помощью критерия Ньюмена-Кейсла.

Результаты. Сравнительная оценка эндотелийзависимых факторов выявила достоверное повышение уровня ЭТ-1 у пациентов с миксоматозной дегенерацией ПМК (3,8±0,7 фмоль/мл) по сравнению с группой без миксоматозного перерождения клапана (1,8±0,3 фмоль/мл) и с контрольными значениями (1,4±0,4 фмоль/мл). У больных без признаков миксоматозной дегенерации (как в случаях изолированного пролапса, так и сочетающегося с АРХ) сывороточный уровень ЭТ-1 находился в пределах нормы ($p>0,05$). Содержание ростового фактора в сыворотке крови у пациентов с ПМК оказалось повышенным (20,3±1,3 пг/мл и 7,9±1,7 пг/мл, $p<0,05$), причем максимальные концентрации определялись при наличии миксоматозной дегенерации (35,6±3,0 пг/мл). Плазменный уровень ИЛ-1 был также более высоким в группе с миксоматозной дегенерацией ПМК (195,0±64,3 пг/мл), чем при отсутствии признаков миксоматоза пролабирующего клапана (33,5±8,0 пг/мл) и в контроле (18,5±2,3 пг/мл).

Tesis_006_end.indd 446 24.08.2006 22:26:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Заключение. Изменения в уровнях ЭТ-1, FGF-b и ИЛ-1β у пациентов с миксоматозной дегенерацией ПМК свидетельствуют о наличии дисфункции эндотелия, характеризующейся увеличением содержания вазоконстрикторных компонентов и FGF-b, способствующих сосудистому ремоделированию и фиброзу. Выявленное в случаях миксоматозного ПМК повышение концентраций изучаемых медиаторов формирует «замкнутый круг» межклеточных взаимодействий и характеризует возможную триггерную роль ИЛ-1β как индуктора синтеза эндотелина, ростовых факторов и ингибитора конститутивной NO-синтетазы у лиц с генетически детерминированным функциональным дефектом эндотелия.

1066 СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Яковлева Л.В., Мелитицкая А.В., Бурангулова А.В., Раянова Р.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Артериальная гипертензия является актуальной проблемой практического здравоохранения. Особую тревогу вызывает распространение артериальной гипертензии среди лиц подросткового возраста. Сочетание артериальной гипертензии с соматической патологией усугубляет ее течение и усложняет подбор адекватной терапии.

Цель исследования: оценить соматический статус детей подросткового возраста с артериальной гипертензией.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 65 больных с синдромом артериальной гипертензии в возрасте от 12 до 17 лет (средний возраст 14,8±0,4 лет), находившихся на стационарном лечении в детском отделении Республиканского кардиологического диспансера, из них 17 девочки (26%) и 48 мальчиков (74%). Диагноз артериальной гипертензии верифицировался в соответствии с рекомендациями для врачей «Диагностика, лечение и профилактика артериальной гипертензии у детей и подростков» (Москва, 2003г.).

Всем больным проводилась полная оценка соматического статуса (ЭКГ, ЭХО-КГ, РЭГ, КИГ, ЭЭГ, УЗИ органов брюшной полости), осмотр узких специалистов (эндокринолога, окулиста, невролога). Проведено анкетирование и индивидуальная беседа со всеми детьми и их родителями.

Результаты исследования: по данным анкетирования отягощенная наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям отмечалась у 41 (63%) детей. Повышенное давление более 1 года регистрировалось у 38 (58%) подростков. Городских жителей было большинство (81%) по отношению к сельским (19%). Сопутствующая соматическая патология выявлялась практически у всех детей. В её структуре ожирение встречалось в 38,5 % случаев, из них больные с гипоталамическим синдромом пубертатного периода 86%, экзогенно-конституциональное ожирение 16%. Заболевания желудочно-кишечного тракта составили 68,3%, из них наиболее часто встречались хронические гастродуодениты и ДЖВП. Малые аномалии развития сердца (пролапс митрального клапана, дополнительные хорды левого желудочка, открытое овальное окно) были выявлены в 53,8% случаев. Неврологические заболевания регистрировались у 49,8% детей подросткового возраста. Чаще диагностировались резидуальная и посттравматическая энцефалопатия, нестабильность шейного отдела позвоночника как следствие натальной травмы. Диффузное увеличение щитовидной железы без нарушения её функции обнаруживалось у 34,6% детей. Встречались заболевания мочевыделительной системы (чаще хронический пиелонефрит) – 19,6%, нарушения сердечного ритма и проводимости – 7,3%, патология костно-мышечной системы – 8,2%, нарушения зрения – 9,3%.

Таким образом, по результатам наших исследований имеет место частое сочетание артериальной гипертензии с соматической патологией, структура которой очень разнообразна.

1067 ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО И БОЛЬШОГО КРУГОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

Яковлев В.В., Загашвили И.В., Маркевич Н.С., Бессонова Н.А., Сотников А.В.

Военно-медицинская академия, 442 Окружной военный клинический госпиталь им. З.П.Соловьева, Санкт-Петербург, Россия

Цель: изучить особенности центральной и легочной гемодинамики у больных острым повторным инфарктом миокарда в первые 48 часов от начала развития инфаркта.

Материалы и методы: в исследование включено 250 больных мужчин в возрасте от 45 до 85 лет. Из них у 140 пациентов был Q-инфаркт миокарда, а у 155 – зарегистрирован осложненный инфаркт миокарда. У 96 больных зарегистрирован передний инфаркт миокарда, а у 47 – задний. Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы наряду с традиционными общепринятыми схемами анализа ЭКГ использовали методику количественной ее оценки, разработанную Ю.Н.Шишмаревым (1981,1982), позволяющую одномоментно оценивать состояние всех звеньев гемодинамики – большой и малый круг кровообращения, энергетику миокарда. Метод основан на факте существования количественной зависимости между величиной, формой потенциала действия и силой сокращения мышечного волокна.

Результаты: у больных с повторным Q-инфарктом выявлены существенные по сравнению с больными инфарктом миокарда без зубца Q снижение ударного и Минутного объема, повышение среднего давления в легочной артерии, увеличение общего периферического и особенно легочного сопротивления, снижение мощности сокращений правого желудочка сердца. У больных с осложненным течением острого повторного инфаркта миокарда наиболее выраженные изменения наблюдались у больных с Q-инфарктом миокарда: достоверное более выраженное снижение ударного и Минутного объемов, повышение среднего давления в легочной артерии, увеличение общего периферического и легочного сопротивления, снижение мощности сокращения правого желудочка сердца. У больных перенесших передний осложненный инфаркт миокарда, нарушение центральной и легочной гемодинамики и энергетики миокарда встречаются чаще и выражены сильнее, чем у больных, перенесших повторный задний инфаркт миокарда.

1068 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Якутина Н.В., Елисеева Л.Н.

КГМУ. Краснодар, Россия

Цель. Изучить влияния симвастатина (Зокор) на микроциркуляторное русло нижних конечностей у больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа и без него.

Методы. Обследовано 98 больных с верифицированными диагнозами ИБС, среди которых 60 человек страдали тяжелой формой сахарного диабета (СД) 2 типа с ампутацией стопы или ее части у 16 больных. Все больные не менее 3 месяцев получали комплексную терапию эналаприлом, амлодипином, при необходимости мононитратами, мексидолом, компенсации сахарного диабета достигали Диабетоном МВ или назначением инсулинотерапии в базис-болюсном режиме. Симвастатин (Зокор, MSD) назначали вместе с подобранной терапией в дозе 20 мг/сутки.

Изменения в системе микроциркуляции (МЦ) нижних конечностей изучали с помощью лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ) на аппарате ЛАКК-01 (НПП «ЛАЗМА», Россия) исходно и через 3 месяца непрерывной терапии.

Tesis_006_end.indd 447 24.08.2006 22:26:28
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Результаты. Установлены выраженные изменения в терминальном отделе системы кровообращения у больных ИБС, которые значительно усугублялись в группе пациентов с СД и достигали наиболее тяжелых степеней у больных с ампутацией стопы или ее части в связи с развитием синдрома диабетической стопы. Нарушения в системе МЦ у больных СД обозначили как дисрегуляторные с реактивным типом ответа на возмущающие воздействия (функциональные пробы).

Включение в комплексную терапию зокора позволило через трехмесячный период выявить положительные сдвиги в терминальном отделе системы кровообращения, проявляющиеся в нормализации объема кровотока, снижении тяжести вазомоторных сдвигов, коррекции соотношений шунтового и нутритивного кровотока, что отражалось клинически в уменьшении трофических нарушений.

Таким образом, проведенные нами исследования микроциркуляторного русла нижних конечностей методом лазерной допплерофлуометрии позволили установить выраженные нарушения, которые значительно нарастают на фоне присоединения СД и прогрессируют с увеличением тяжести и длительности последнего. Дополнительное включение симвастатина (Зокор) в комплексную терапию как больных ИБС, так и пациентов страдающих сахарным диабетом на фоне симптомной ИБС позволяет улучшить функционирование сосудов микроциркуляторного уровня.

Выводы. Для больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом характерен дисрегуляторный тип микроциркуляторного кровотока с ареактивным вариантом реагирования на возмущающие воздействия. Включение статинов в комплексную терапию больных ИБС в сочетании с сахарным диабетом 2 типа позволяет добиться улучшения как исходного базального кровотока в МЦР, так и ответных реакций системы микроциркуляции на возмущающие воздействия.

1069 ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ДЕВОЧЕК 7-8 ЛЕТ

Якушенко М.Н., Эштрекова С.Г.

Кабардино-Балкарский государственный университет, Нальчик, Россия

Целью настоящей работы было выявить динамику нейровегетативной регуляции сердечного ритма у девочек 7-8 лет при проспективном исследовании.

Материал и методы. Под наблюдением находились 26 здоровых девочки в возрасте 7-8 лет, которые были обследованы с интервалом в полгода. Работа выполнена на компьютерном кардиоанализаторе «Анкар 131» с программным обеспечением анализа вариабельности сердечного ритма. Обследование проводилось с 9 до 12 часов в условиях основного обмена с соблюдением требований съема. Для оценки изменений нейрогуморальной регуляции использовали спектральный анализ вариабельности сердечного ритма. Статистическая обработка осуществлялась с применением современного пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Нулевая гипотеза об отсутствии различий проверялась t критерием Стьюдента (для показателей, имеющих нормальное распределение) и критерием Вилкоксона (для параметров, распределения которых отличались от нормального).

Результаты. У девочек 7-8 лет за полгода наблюдалось увеличение уровня нейрогуморальной регуляции, которое характеризовалось статистически значимым ростом общей мощности спектра (TP) ($p<0,001$) и всех спектральных составляющих. Абсолютное достоверное повышение мощностей высокочастотных (HF), низкочастотных (LF) и очень низкочастотны волн (VLF) являющихся маркером активности парасимпатического, симпатического и гуморальнометаболического звеньев регуляции ($p=0,001$; $p=0,008$; $p=0,004$), сопровождалось неоднозначной динамикой их процентного вклада в общую мощность спектра (HF%, LF%, VLF%). На 7,1% выросла доля вагусного влияния ($p=0,011$). Снизились незначительно часть симпатического звена – на 1,6% ($p=0,408$) и статистически значимо доля гуморальнометаболической компоненты – на 5,4% ($p=0,017$). Такая динамика составляющих общей мощности спектра привела к достоверному уменьшению отношения LF/HF ($p=0,012$) и индекса централизации (IC=(HF+LF)/VLF) ($p=0,005$).

Выводы. На основе спектрального анализа вариабельности сердечного ритма у девочек 7-8 лет в динамике выявлено увеличение абсолютного уровня активности регуляторных систем за счет роста всех составляющих компонент. При этом увеличение доли вагусных влияний (HF%) и уменьшение процентного вклада симпатического (LF%) и гуморально-метаболического (VLF%) звеньев регуляции привело к смещению вегетативного баланса в сторону активации автономного (парасимпатического) контура влияния на синусовый ритм (уменьшение LF/HF) и уменьшению степени централизации управления ритмом сердца (снижение IC). Подобные проспективные исследования у детей позволяют определить механизмы возрастных изменений нейрогуморальной регуляции.

1070 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: СТРУКТУРА И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Якушин С.С., Никулина Н.Н., Селезнев С.В.

ГОУ ВПО «РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Росздрава», Рязань, Россия

Цель исследования: определить структуру и влияние на пятилетний прогноз нарушений сердечного ритма и проводимости у больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), проходивших стационарное лечение в условиях Рязанского областного клинического кардиологического диспансера (РОККД).

Материал и методы исследования: проанализировано 229 историй болезни больных с ХСН I-III стадий, находившихся на стационарном лечении в РОККД в 2000 году. Из них 126 мужчин (55%), средний возраст 58,9±10,1 лет, и 103 женщины (45%), средний возраст 64,5±10,4 лет. Тяжесть ХСН на момент госпитализации соответствовала у 75,9% больных I-II функциональному классу (ФК), у 24,1% – III-IV ФК.

Оценивались этиологические факторы. Артериальная гипертензия зарегистрирована у 90% больных, средняя давность заболевания составила 13,7±6,1 года; ИБС: стенокардия – у 90,0%, инфаркт миокарда (ИМ) – у 54,1%. Дилатационная кардиомиопатия и перенесенный миокардит как причины ХСН встречались редко – соответственно в 0,9% и 2,6%.

Оценка состояния больных проводилась дважды: за исходные данные принималось статус больных 5-летней давности (оценивался ретроспективно по историям болезни и др. медицинской документации: физикальные данные, ЭКГ), и состояние через 5-летний интервал (методом телефонных опросов определялась выживаемость/летальность, причины смерти).

Результаты: встречаемость на начало наблюдения трепетания предсердий составила 3,5%, летальность – 50%, пароксизмальной/персистирующей формы фибрилляции предсердий соответственно 10,5% и 20%; перманентной формы фибрилляции предсердий – 11,8% и 50%, блокады правой ножки пучка Гиса – 7% и 22,2%, блокады левой ножки пучка Гиса – 10,5% и 70%, атриовентрикулярной блокады – 4,4% и 40%, частой наджелудочковой экстрасистолии – 9,2% и 75%, желудочковой экстрасистолии высоких градаций по классификации B.Lown, M.Wolf. 18,8% и 39%.

За пятилетний период смертность в исследуемой группе составила 31,9%. В группе больных I-II ФК ХСН летальность составила – 15,9%, III-IV ФК – 74,2%. Основными причинами смерти явились: инфаркт миокарда – 41,7%, острое нарушение

Tesis_006_end.indd 448 24.08.2006 22:26:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

мозгового кровообращения – 16,7%, собственно хроническая сердечная недостаточность – 8,3%, ТЭЛА – 2,8 %, онкологические заболевания – 8,3%, в 23,1% – причины смерти выяснить не удалось.

Выводы: наибольший уровень пятилетней летальности среди больных, госпитализируемых в РОККД, приходится на III-IV ФК ХСН; самой частой причиной смерти больных ХСН явился инфаркт миокарда; наиболее прогностически неблагоприятными нарушениями ритма и проводимости при ХСН явились: трепетание предсердий, перманентная форма фибрилляции предсердий, блокада левой ножки пучка Гиса, частая наджелудочковая экстрасистолия.

1071 ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ

Ялымов А.А., Шехян Г.Г., Задионченко В.С.

МГМСУ, Москва, Россия

Цель исследования изучение роли аторвастатина в составе комплексной терапии больных ОКС.

Материал и методы исследования. В исследование было включено 98 больных, распределенных на 2 сравнимые группы, методом случайной выборки. В первую (основную) группу вошел 41 пациент, средний возраст которых составил 62,2±7,2 года, во вторую – 57 пациентов со средним возрастом 60,9±8,2 года. Пациенты первой группы кроме стандартной терапии получали аторвастатин («Аторис», фирма «КРКА», Словения) в дозе 40 мг/сутки. Изучались показатели липидного спектра плазмы крови, данные суточного мониторирования ЭКГ, динамика состояния микроциркуляции. Регистрировались неблагоприятные исходы и побочные явления у больных ОКС в ходе 30 дневного наблюдения.

Результаты исследования. На фоне месячной терапии аторвастатином (I группа) все пациенты достигли целевых значений ОХС, ХС ЛПНП. Обнаружено достоверное снижение уровня ОХС на 43,5%, ХС ЛПНП на 54,4%, триглицеридов на 26,0%. Значимого влияния препарата на ХС ЛПВП не было.

Количество неблагоприятных исходов, у больных ОКС, за месяц наблюдения оказалась существенно ниже в основной группе. Суммарная частота случаев смерти, рецидивов инфаркта миокарда и ранней постинфарктной стенокардии была ниже на 8,2% в основной группе.

По данным суточного мониторирования ЭКГ общая частота ишемических событий в группе с применением аторвастатина уменьшилась на 23,8% ($p<0,05$), средняя продолжительность приступа ишемии сократилась на 28% ($p<0,05$), продолжительность безболевой ишемии снизилась на 39,4% ($p<0,05$), болевой – на 21,6%, что превышало динамику этих показателей контрольной группы.

У больных, получавших традиционную терапию ОКС, показатель микроциркуляции возрос на 11,6%, в группе получавшей аторвастатин на 29,4%. В первой группе снижается внутрисосудистое сопротивление на 21,4% ($p<0,05$), во второй – на 5% ($p<0,05$), увеличилось (на 39 и 12,3%, соответственно) число больных с нормоциркуляторным гемодинамическим типом.

Выводы. По данным проведенного исследования аторвастатин («Аторис», фирма «КРКА», Словения) в дозе 40 мг/сут. является эффективным препаратом, препятствующим развитию тяжелых ишемических исходов. Аторвастатин с первых дней значительно снижает липидные показатели плазмы крови; уменьшает число эпизодов ишемии и их продолжительность; улучшает микроциркуляцию.

1072 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КАРДИОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Яруллина А.Р., Закирова А.Н., Янбаева С.М.

Республиканский кардиологический диспансер, Уфа, Россия

Цель исследования: оценить клиническую эффективность и переносимость кардиостатина у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) с гиперхолестеринемией.

Материалы и методы: обследовано 30 мужчин (средний возраст - 55±0,6 лет) с уровнем холестерина (ХС), превышающего 5 ммоль/л и ХС липопротеидов низкой плотности (ХСЛПНП), превышающего 3,0 ммоль/л после месячного соблюдения диеты и без приема липиднижающих препаратов. На фоне терапии антиагрегантами, бета-адреноблокаторами или антагонистами кальция, ингибиторами АПФ был добавлен кардиостатин в начальной дозе 20 мг в сутки с последующим титрованием дозы.

Исходно, через 12 и 24 недели терапии кардиостатином оценивался клинический статус больного (оценка функционального класса (ФК) стенокардии, частота ангинозных приступов, количество потребляемого нитроглицерина за неделю), определялись показатели ХС, ХСЛПНП, ХС липопротеидов высокой плотности (ХСЛПВС), триглицеридов (ТГ), проводилось ЭКГ. Оценка толерантности к физической нагрузке по данным велоэргометрии (ВЭМ), оценка динамики показателей глюкозы, креатинина, аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), креатинфосфокиназы (КФК) проводились исходно и через 24 недели лечения.

В исследование включены больные со стабильной стенокардией напряжения 2-3 ФК, с перенесенным ранее инфарктом миокарда (не ранее, чем за 3 месяца) – 21 человек; ИБС, доказанной путем проведения ВЭМ – 3 человека; перенесенной операции аорто-и/или маммарокоронарного шунтирования – 5 человек; операции стентирования одной коронарной артерии – 1 человек.

Результаты: установлено, что длительный прием кардиостатина способствовал снижению частоты ангинозных приступов и количества потребляемого нитроглицерина через 8 недель после начала приема кардиостатина, повышению толерантности к физической нагрузке, оцененной через 24 недели. Достоверно снижались ХС, ХСЛПНП, ТГ через 8 недель с достижением целевого уровня через 24 недели у 70% больных. АСТ, АЛТ и КФК повышались не более чем в 1,5 раза. Повышение дозы кардиостатина до 40 мг в сутки потребовалось у 14 пациентов.

Выводы: результаты длительной терапии с использованием кардиостатина в суточной дозе 20-40 мг в течение 24 недель показали, что кардиостатин эффективно снижает показатели ХС, ХСЛПНП с достижением целевого уровня у 70% больных, безопасен, хорошо переносится и улучшает клиническое течение стенокардии.

1073 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ПЛАВИКС И АСПИРИН ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Яшина Е.С., Заботина А.М., Смурова Е.Л., Кадинская М.И., Азовцев Р.А., Вавилова Т.В., Сироткина О.В.

Санкт-Петербургский Государственный Медицинский Университет им. акад. И.П. Павлова; Петербургский институт ядерной физики им. Б.П. Константинова, Санкт-Петербург, Россия

Чрескожная ангиопластика коронарных артерий является методом выбора в лечении ишемической болезни сердца. Протоколы ведения таких пациентов после операции включают антиагрегант-

Tesis_006_end.indd 449 24.08.2006 22:26:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

ную терапию плавиксом в течение 3-6 месяцев. Имеются сведения о повышенном риске развития сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от генотипов Leu33Pro GP IIIa, C677T MTHFR и G36T P2Y12. Кроме того, предполагается, что носители мутантных аллелей генов GP IIIa и P2Y12 имеют отличную от «дикого» генотипа чувствительность к плавиксу, и данные гены выступают кандидатами для фармакогенетических исследований.

Цель исследования: проанализировать генотипы Leu33Pro GP IIIa, C677T MTHFR, G36T P2Y12 и АДФ-индуцированную агрегацию тромбоцитов у больных, принимающих плавикс после коронарной ангиопластики.

Материалы и методы: в исследование включены 27 больных в возрасте от 51 до 68 лет, которым выполнена ангиопластика коронарных артерий. Все больные после операции принимали плавикс по стандартной схеме в дозе 75 мг/сут. и аспирин 100мг/сут.

АДФ-индуцированная агрегация исследована до операции и на 30 сутки после вмешательства. Доза индукции – 2,5 мМ. Определение аллельных вариантов исследуемых генов проводили методом полимеразной цепной реакции с последующим рестрикционным анализом (ПЦР – ПДРФ).

Результаты: среди пациентов была выявлена высокая частота носительства мутантных аллелей по сравнению с популяцией Северо-Западного региона России – 41%, 55,5%, и 26% против 24%, 45.5% и 22% для Leu33Pro GP IIIa, C677T MTHFR и G36T P2Y12 у пациентов и в контроле, соответственно. Статистически значимым накопление мутантного аллеля было только для Leu33Pro GP IIIa (p=0,05), данная мутация является известным генетическим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Все обследованные пациенты отличались широким диапазоном варьирования значений функциональной активности тромбоцитов, при этом не было выявлено статистически значимых отличий в зависимости от исследуемых генотипов. По результатам анализа АДФ-индуцированной агрегации через 1 месяц приема плавикса и аспирина у 4 пациентов не обнаружено снижения активности тромбоцитов, все эти пациенты были носителями «дикого» генотипа Leu33Pro GP IIIa. Наиболее эффективное снижение функциональной активности тромбоцитов отмечалось у больных с наличием мутантного аллеля GP IIIa. Других закономерностей выявлено не было.

Выводы: несмотря на то, что Leu33Pro GP IIIa является генетическим фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, носители мутантного аллеля более эффективно отвечают на антиагрегантную терапию плавиксом и аспирином после чрескожной ангиопластики коронарных артерий.

1074 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Белолипецкая В.Г., Благодатских С.В.,Суханов Я.В., Бамбышева Е.И., Марцевич С.Ю.

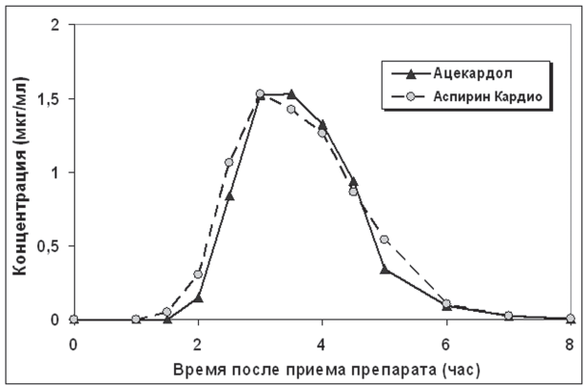
ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов ацетилсалициловой кислоты – таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, Ацекардол (ОАО «Синтез», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом – таблетками, покрытыми кишечнорастворимой оболочкой, Аспирин кардио («Байер АГ», Германия).

В исследование было включено 18 здоровых мужчин и женщин. Исследование проводили открытым, рандомизированным методом по перекрестной схеме. Концентрации изучаемых веществ определяли методом ВЭЖХ с УФ-детектированием ($\gamma_{поглощ}$ = 240 нм).

На рисунке представлены средние фармакокинетические профили ацетилсалициловой кислоты в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 300 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили ацетилсалициловой кислоты очень близки.

Значения фармакокинетических параметров ацетилсалициловой кислоты, полученные при изучении Ацекардола и Аспирина кардио хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация ацетилсалициловой кислоты в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Ацекардола в среднем через 3,5±0,7 ч, а Аспирина кардио – через 3,4±0,7 ч и составила 2,98±0,84 мкг/мл и 3,15±0,93 мкг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-8 при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 3,52±1,16 мкг*ч/мл и 3,80 1,20 мкг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f ацетилсалициловой кислоты при приеме таблеток Ацекардол по отношению к таблеткам Аспирин кардио составила в среднем 95,3±25,2 % (C.I.: 89,1 – 96,4%).



1075 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ФАРМАКОДИНАМИКИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Белолипецкая В.Г., Буркин М.А., Меркулова Е.В., Шишкина М.М., Сергеев А.А., Рожнова С.А., Санакоев Ю.А.

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава» (Москва), ГУ Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток РАМН, Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов амлодипина – таблеток Амлорус (ОАО «Синтез», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом – 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.

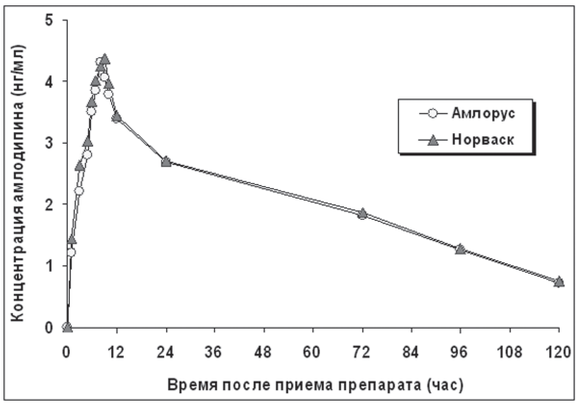
На рисунке представлены средние фармакокинетические профили амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев после однократного перорального приема 10 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили амлодипина очень близки.

Значения фармакокинетических параметров амлодипина, полученные при изучении Амлоруса и Норваска хорошо со-

Tesis_006_end.indd 450 24.08.2006 22:26:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

гласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Амлоруса в среднем через 7,72±1,41 ч, а Норваска – через 7,89±1,28 ч и составила 7,71±2,22 нг/мл и 7,99±2,22 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC_{0-t} при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 372,7±134,0 нг*ч/мл и 392,3±121,3 нг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f амлодипина при приеме таблеток Амлорус по отношению к таблеткам Норваск составила в среднем 94,1±10,5 % (C.I.: 91,9 – 95,4 %).

Прием обоих препаратов вызывал у здоровых добровольцев достоверное снижение систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления по сравнению с исходными значениями.



1076 КАРВЕДИЛОЛ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ПРОТИВОСТОЯНИЕ ИЛИ ПАРТНЕРСТВО

Бондаренко И.З., Шацкая О.А., Кухаренко С.С.. Майоров А.Ю., Табидзе Н.Д., Шестакова М.В., Александров Ан. А.

ГУ Эндокринологический Научный Центр РАМН, Москва, Россия

Использование неселективных бета-адреноблокаторов у лиц с сахарным диабетом связано с рядом проблем. Особое клиническое значение имеет проблема прогностически опасных гипогликемий. Наибольший риск развития этих нежелательных явлений имеет место у больных сахарным диабетом с застойной сердечной недостаточностью.

В настоящей работе была поставлена цель оценить влияние неселективного бета-адреноблокатора карведилола с альфа-блокирующими свойствами на показатели углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа.

Исследование проведено у 13 больных сахарным диабетом 2 типа с наличием недостаточности кровообращения (фракция выброса 39,6±7,21%), вызванной ишемической болезнью сердца. Состояние углеводного обмена оценивалось с помощью уровня гликозилированного гемоглобина и показателей глюкозы крови, полученных при 3-х дневном мониторировании концентрации глюкозы с помощью системы CGMS (Medtronic, США). При анализе результатов мониторирования, расчитывались средние показатели глюкозы крови натощак, средние максимальный и минимальные концентрации глюкозы; количество эпизодов снижения глюкозы крови ниже физиологического уровня (<4,5 ммоль/л); средняя продолжительность эпизодов «гипогликемии» в минутах; количество длительных (>20 минут) эпизодов снижения глюкозы и количество тяжелых гипогликемических эпизодов (глюкоза крови 2,5 ммоль/л). Указанные исследования проводились трехкратно: до назначения карведилола, вовремя приема карведилола (среднее время приема – 55 дней) и после его отмены.

Было обнаружено, что прием карведилола сопровождался статистически достоверным уменьшением количества эпизодов снижения уровня глюкозы крови ниже физиологического уровня; достоверным снижением длительности подобных эпизодов; фактическим исчезновением особо «длительных» эпизодов снижения глюкозы и полным исчезновением эпизодов «тяжелой» гипогликемии. При отмене карведилола нами было отмечено статистически достоверное нарастание продолжительности периодов снижения уровня глюкозы крови ниже физиологического уровня.

Основной вывод: применение неселективного бета-адреноблокатора карведилола с альфа-блокирующими свойствами по поводу недостаточности кровообращения, связанной с наличием ишемической болезни сердца, безопасно у больных сахарным диабетом 2 типа.

1077 ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ, С ИЗБЫТОЧНО ВЫСОКОЙ СПОСОБНОСТЬЮ МИОКАРДА К РАССЛАБЛЕНИЮ В ДИАСТОЛУ

Вебер В.Р., Рубанова МП., Жмайлова С.В., Горицына В.Е.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

В многочисленных исследованиях показано, что наличие выраженных нарушений диастолической функции сердца у больных артериальной гипертензией (АГ) значительно повышает риск развития сердечной недостаточности (СН). В тоже время в литературе имеются указания на прогностически неблагоприятное значение не только низких, но и избыточно высоких значений показателя трансмитрального кровотока, Е/А.

Цель исследования: доказать или опровергнуть предположение о том, что избыточная способность миокарда к расслаблению в диастолу у больных АГ II степени является предиктом развития сердечной недостаточности.

Материал и методы. На протяжении пяти леи наблюдались 76 мужчин от 40 до 60 лет (средний возраст 48,3±1,4), больных АГ II степени (ВОЗ/МОГ 1999), изначально без признаков сердечной недостаточности. В качестве контроля обследованы 23 практически здоровых мужчины, соответствующей возрастной группы (средний возраст 49,1±1,2). В исследовании использован метод допплер-эхокардиографии (за основу взят показатель трансмитрального кровотока - Е/А). Для расчета прогноза развития сердечной недостаточности у больных АГ использовался критерий Kaplan-Meier с определением кумулятивной доли больных АГ, «свободных» от сердечной недостаточности (СН) в течение пятилетнего периода наблюдения.

Результаты исследования показали, что при первичном обследовании у 16,7% мужчин, больных АГ II степени, выявляется избыточно высокая способность миокарда к расслаблению в диастолу, когда Е/А>1,5. В контрольной группе мужчин показатель Е/А составил 1,2±0,06.

Анализ результатов пятилетнего наблюдения за больными по критерию Kaplan-Meier с определением кумулятивной доли больных АГ, «свободных» от сердечной недостаточности показал, что в группе больных АГ мужчин с показателем Е/А трансмитрального кровотока >1,5 в течение 5 лет у всех наблюдаемых вероятно развитие сердечной недостаточности, тогда как в группе мужчин с показателем Е/А трансмитрального кровотока <1,0 развитие в течение 5 лет СН вероятно у 34% больных.

Таким образом, избыточно высокая способность миокарда к расслаблению в диастолу у мужчин, больных АГ II степени, является предиктом развития сердечной недостаточности и имеет неблагоприятное прогностическое значение, чем даже выраженные нарушения диастолической функции левого желудочка, когда Е/А<1,0.

Tesis_006_end.indd 451 24.08.2006 22:26:29
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

1078 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КАНДИДАТНЫЕ ГЕНЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Зотов Д.Д., Ларионова В.И., Ковалев Ю.Р., Козырева А.А., Богданова М.А

Санкт-Петербургская Государственная педиатрическая медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

Показатели суточного профиля артериального давления (АД), получаемые при его суточном мониторировании (СМАД) принято рассматривать как важные самостоятельные факторы, определяющие течение и прогноз артериальной гипертензии (АГ). На значения этих показателей могут влиять как фенотипические моменты и образ жизни пациентов, так и их генетические особенности, характер которых стал предметом настоящего исследования.

Было обследовано 92 пациента (50,5+10,2 лет, 34 мужчины и 58 женщин) с мягкой и умеренной АГ, у которых определялись параметры СМАД и их взаимосвязь с генотипами ангиотензиногена (AGT, M235T), ангиотензин-превращающего фермента (ACE, I/D), бета3 субъединицы G-протеина (GNB3, C825T) и эндотелиальной NO-синтазы (eNOS, 4a/4b). Выбор тестируемых генов отражал представляющиеся наиболее значимыми патогенетические механизмы АГ.

У обследованных лиц не удалось установить достоверных различий ни по частотам генотипов, ни по встречаемости аллелей генов ACE и GNB3 в сравнении с общей европейской популяцией и детской популяцией Санкт-Петербурга. Среди носителей T-аллеля GNB3 и CC-гомозиготами наблюдались достоверные ($p<0,05$) различия в величинах суточного индекса САД (11,6+7,6% против 16,2+8,3%) и ДАД (12,0+8,2% против 20,7+9,1%). Недостаточное ночное снижение АД у носителей T-аллеля было отмечено ранее другими исследователями. Возможно, оно является следствием более высокой функциональной активности G-протеина у этих лиц.

Различия в распространенности генотипов eNOS 4a4b, напротив, представлялись существенными. Частоты генотипов 4a4a и 4a4b у лиц с АГ (4% и 18%) значимо отличались от соответствующих значений для европейской популяции (13% и 46%), а распространенность аллеля 4a составила 13% против 21% в детской популяции Санкт-Петербурга и 36% в общей европейской популяции. Отмечены статистически достоверные ($p<0,05$) различия в величинах вариабельности диастолического АД между носителями аллеля 4a (13,8+2,2 мм рт.ст.) и 4b – гомозиготами (12,6+2,1 мм рт.ст.) eNOS. Эта особенность биоритма АД может быть одним из факторов, обусловливающих отмеченную в литературе высокую частоту инфаркта миокарда среди 4a-носителей, так как известно, что повышение вариабельности АД должно рассматриваться как самостоятельный предиктор сердечно-сосудистых осложнений.

Для гена AGT было отмечено накопление аллеля T (52% против 46%) и генотипа TT (35% против 20%) у лиц с АГ в сравнении с детской популяцией Санкт-Петербурга. Эти данные согласуются с наиболее распространенной точкой зрения, связывающей генотип TT с повышением продукции ангиотензиногена и более высокой частотой АГ. При этом наиболее высокие показатели САД по данным СМАД отмечались у CT-гетерозигот AGT (154,5+12 мм рт.ст. против 150+16 мм рт.ст. в группе CC и 146+8 мм рт.ст. в группе TT). Этот кажущийся парадоксальным факт требует дальнейшего изучения.

1079 АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА, СОДЕРЖАЩЕГО СЕЛЕНОПИРАН

Курашвили Л.В., Ушакова С.В.

МУЗ “Скорая помощь”, Пенза, Россия

Цель исследования - изучение состояния антиоксидантной системы при лечении больных острым инфарктом миокарда (ОИМ) традиционным методом и с включениием витаминно-минерального комплекса, содержащего селенопиран (9-фенил-симметричный октагидроселеноксантен, органическое жирорастворимое соединение селена «Биокор», Россия).

Материал и методы. В основную группу (ОГ), в течение 21 дня получавших базисную терапию (БТ) и витаминно-минеральный комплекс (ВМК), вошли 90 пациентов ОИМ в возрасте от 40 до 72 лет. До и после лечения в плазме крови и эритроцитах определяли концентрацию диеновых конъюгатов (ДК) и малонового диальдегида (МДА), в эритроцитах - активность глутатионредуктазы (ГР), глутатионпероксидазы (ГПО), супероксиддисмутазы (СОД), каталазы, в плазме - содержание восстановленных тиолов, концентрацию общего холестерина (ОХ) и его фракций, концентрацию триглицеридов (ТГ), содержание селена. Рассчитывали частные и общий антиоксидантный индексы (АОИферм, АОИПОЛ, АОИ). Контрольная группа (КГ) состояла из 30 человек, была идентичной по половозрастному составу, и получала только традиционную БТ.

Полученные результаты. Установлено повышение уровня ТГ в крови и изменение распределения холестерина во фракциях липопротеидов: содержание холестерина во фракции ЛПВП снижалось, в ЛПНП и ЛПОНП повышалось, что отличалось от показателей КГ. После лечения у пациентов ОГ с мелкоочаговым и крупноочаговым ОИМ содержание диеновых конъюгатов и малонового диальдегида в эритроцитах снижалось, а в плазме крови концентрация продуктов ПОЛ оставалась высокой. Частный индекс АОИПОЛ в результате комплексной терапии становился ниже исходного уровня у больных мелкоочаговым и крупноочаговым ОИМ, что отличалось от показателей КГ, и оставался на исходном уровне при трансмуральном ОИМ. Активность антиоксидантных ферментов (ГПО, СОД и каталазы) и концентрация восстановленных тиолов плазмы при проведении комплексной терапии с использованием ВМК сохранялись на высоком уровне и обеспечивали эффективную антиоксидантную защиту, что проявлялось в снижении содержания продуктов ПОЛ, особенно при мелкоочаговом и крупноочаговом ИМ. В данной группе больных после лечения наблюдали повышение активности ГР по сравнению с исходными значениями и показателями КГ. Неэффективность антиоксидантной защиты, установленная при трансмуральном ОИМ, заключалась в стойком снижении активности глутатионредуктазы эритроцитов и содержания тиоловых компонентов плазмы.

Выводы: у пациентов к моменту развития ИМ установлено истощение адаптационного потенциала антиоксидантной системы. Подключение к базисной терапии острого инфаркта миокарда витаминно-минерального комплекса, содержащего селенопиран, корригировало процессы ПОЛ на стадии ранней реперфузии путем повышения активности антиокислительных ферментов СОД, ГПО, ГР, сохранения активности каталазы, концентрации восстановленных тиолов при мелкоочаговом и крупноочаговом ОИМ, но не снижало интенсивности процессов ПОЛ при трансмуральном ОИМ.

1080 ЛИПИДНО-ПРОТЕИНОВЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ

Матвеева С.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель исследования - определение взаимосвязей показателей липидного (общий холестерин (ХС), триглицериды (ТГ), ХС липопротеинов (ЛП) высокой, ХС ЛП очень низкой и ХС ЛП низкой плотности) и протеинового (общий белок, альбумины: α1-, α2-, β-, γ-глобулины) у пациентов ишемической болезнью

Tesis_006_end.indd 452 24.08.2006 22:26:30
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

сердца, метаболическим синдромом и наследственной предрасположенностью к сахарному диабету.

Материал и методы: проведено комплексное клиническое, лабораторное и инструментальное обследование 77 больных (46 женщин, 31 мужчины, средний возраст – 54,49±0,93) ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-III функционального класса, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа и наследственной предрасположенностью к сахарному диабету. Статистическую обработку проводили, используя корреляционный анализ с определением критериев Стъюдента-Фишера.

Результаты: средние и максимальные показатели липидного обмена (общий ХС, триглицериды, ХС ЛП высокой, ХС ЛП очень низкой и ХС ЛП низкой плотности) и липидного обмена (общий белок, альбумины: α1-, α2-, β-, γ-глобулины) высоко коррелировали между собой (r≥0,9, P<0,001).

Заключение: максимальные изменения липидного и протеинового обмена взаимосвязаны. Следовательно, высокий липидный обмен сопровождается высоким протеиновым метаболизмом у больных ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-III функционального класса, метаболическим синдромом и наследственной предрасположенностью к сахарному диабету.

1081 МЕХАНИЗМЫ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Матвеева С.А.

ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель исследования - изучение механизмов биотрансформации липидных показателей (холестерин, триглицериды) и интенсивности ацетилирования (степень ацетилирования в крови, суммарная ацетилирующая способность организма) у больных ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом.

Материал и методы. Проведено обследование 190 больных (82 мужчин, 108 женщин, средний возраст 53,05±0,6 г.) ишемической болезнью сердца, стенокардией напряжения I-III функциональных классов, артериальной гипертензией II-III стадии и сахарным диабетом 2 типа, различных форм тяжести.

Результаты. При оценке коэффициента корреляции выявлена средняя (умеренная) взаимосвязь, равная 0,66 (P<0,01), между минимальными концентрациями холестерина (ХС) в крови 3,69±0,19 ммоль/л и степенью ацетилирования в крови 5,63±0,48% и большая (сильная) взаимосвязь, равная 0,76 (P<0,001), между минимальным содержанием ХС 3,69±0,19 ммоль/л и суммарной ацетилирующей способностью организма 18,39±0,91%. Средние показатели ХС 5,61±0,07 ммоль/л и степени ацетилирования в крови 21,13±0,66% находились в большой (сильной) связи 0,99 (P<0,001), а средние значения ХС 5,61±0,07 ммоль/л и суммарной ацетилирующей способности организма имели тесную корреляцию 1,0 (P<0,001). Большая (сильная) связь 0,91 (P<0,001) определялась как между максимальными уровнями ХС 7,83±0,12 ммоль/л и степени ацетилирования в крови 52,85±2,54%, так и максимальными показателями ХС 7,83±0,12 ммоль/л и суммарной ацетилирующей способности организма 75,12±1,53% и составляла 1,0 (P<0,001). При изучении взаимосвязи между минимальным содержанием триглицеридов (ТГ) 0,96±0,05 ммоль/л в крови и степенью ацетилирования в крови 5,63±0,48% обнаружена большая (сильная) корреляция 0,94 (P<0,001), аналогичная зависимость 0,94 (P<0,001) определялась между минимальными значениями ТГ 0,96±0,05 ммоль/л и суммарной ацетилирующей способности организма 18,39±0,91%. Средние концентрации ТГ 2,55±0,07 ммоль/л и степень ацетилирования в крови 21,13±0,66% были взаимосвязаны, коэффициент корреляции составлял 0,98 (P<0,001), также большая (сильная) связь 0,98 (P<0,001) отмечалась между средними показателями ТГ 2,55±0,07 ммоль/л и суммарной ацетилирующей способности организма 41,74±0,94%. Максимальное содержание ТГ 6,86±0,44 ммоль/л и степень ацетилирования в крови 52,85±2,54% находились в большой (сильной) взаимосвязи 0,93 (P<0,001), а максимальные значения ТГ 6,86±0,44 ммоль/л и суммарной ацетилирующей способности организма 75,12±1,53% имели коэффициент корреляции 0,98 (P<0,001).

Заключение. Следовательно, проведенный корреляционный анализ с вероятностью 99% позволяет считать, что основные показатели липидного обмена (ХС, ТГ) и интенсивность ацетилирования (степень ацетилирования в крови, суммарная ацетилирующая способность организма) находятся в тесной взаимосвязи. Полученная закономерность дает возможность оценить интенсивность липидно-энергетических реакций, протекающих как в миокарде, так и организме больных ишемической болезнью сердца и метаболическим синдромом.

1082 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОПЫТ ДКО РОККД)

Прощина Н.В., Матвеева С.А., Лазарев Г.Н., Алексеева О.А., Потапова Е.Л.

РОККД, ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель исследования - анализ результатов 10-летнего проспективного наблюдения больных ишемической болезни сердца после хирургического лечения в условиях диспансерно-консультативного отделения Рязанского областного клинического кардиологического диспансера.

Материалы и методы. Под наблюдением находится 262 больных в возрасте 29-75 лет. Все пациенты ишемической болезни сердца с подозрением на стенозирующий атеросклероз коронарных артерий направляются в РОККД, где им проводится комплексное обследование с последующей коронароангиографией и хирургическим лечением. Ангиопластика и стентирование проведены 225 (85,9%), аортокоронарное шунтирование 37 (14,1%)пациентам.

Программа проспективного наблюдения включала сбор анамнеза, объективное обследование, в том числе с оценкой психологического статуса, лабораторное (общеклинические анализы, липидный, углеводный обмен, ферменты), инструментальные (ЭКГ, ВЭМ-проба, ЭКГ-мониторирование, ЭхоКГ) исследования. Комплекс мероприятий включал диету, ЛФК, медикаментозную терапию, психологическую реабилитацию и др.

Результаты. Проводимое последовательно после хирургической коррекции медикаментозное лечение приводит к значительному улучшению состояния больных: уменьшение функционального класса стенокардии напряжения, по данным ВЭМ-пробы и холтеровского мониторирования, отмечается у 81,4% больных. По показателям ЭхоКГ отмечается тенденция к увеличению фракции выброса у 69,9% пациентов, стабилизация липидного обмена у 72,1%, отказ от курения получен у 55,3%. Количество рестенозов составляет 4%, летальность - 0,9%.

Выводы. Анализ 10-летнего проспективного наблюдения больных ишемической болезни сердца после хирургического лечения (ангиопластика и стентирование коронарных артерий, аортокоронарное шунтирование) по данным диспансерно-консультативного отделения свидетельствует, что в результате оперативного лечения и комплексных реабилитационных мероприятий стабилизируется течение ишемической болезни сердца у большинства больных.

Tesis_006_end.indd 453 24.08.2006 22:26:30
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

1083 НОРМАЛЬНАЯ ГЕОМЕТРИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ВЫРАЖЕННОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КАК ВАРИАНТ ДЕЗАДАПТИВНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Рубанова М.П., Вебер В.Р., Жмайлова С.В., Губская П.М.

Институт медицинского образования Новгородского государственного университета им. Ярослава Мудрого, Великий Новгород, Россия

Изучение процессов ремоделирования сердца при артериальной гипертензии (АГ) является одним из основных вопросов современной кардиологии. Особое значение придается гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) как независимого фактора риска развития сердечно-сосудистых осложнений. Однако, у части больных, несмотря на нагрузку давлением, ГЛЖ не развивается, но имеются выраженные нарушения диастолической функции сердца.

Цель исследования: выявить клинические особенности течения артериальной гипертензии у больных с нормальной геометрией левого желудочка в сочетании с выраженной диастолической дисфункцией.

Материал и методы. Обследовано 36 мужчин, средний возраст 49,61±1,6 и 41 женщина, средний возраст 50,05±1,7, больные АГ II степени (ВОЗ/МОГ 1999). В исследовании использованы методы: эхокардиографии (с расчетом показателей относительной толщины стенок и индекса массы миокарда левого желудочка) и допплер-эхокардиографии (за основу взят показатель трансмитрального кровотока Е/А). Для расчета прогноза развития сердечной недостаточности у больных АГ использовался критерий Kaplan-Meier с определением кумулятивной доли больных АГ, «свободных» от сердечной недостаточности (СН) в течение пятилетнего периода наблюдения.

Результаты исследования показали, что у больных АГ мужчин с выраженными нарушениями диастолической функции левого желудочка (Е/А<1,0) в 44,4% случаев выявляется нормальная геометрия левого желудочка, тогда как у больных АГ женщин – только в 7,7% ($p<0,005$). Нам представляется, что такой тип ремоделирования у мужчин связан с отсутствием компенсаторной гипертрофии кардиомиоцитов, нарастание коллагеновой сети и развитием избыточного фиброзного каркаса сердца. Можно предполагать, что у этих больных будет достаточно быстро развиваться СН.

Исследование прогноза развития СН показал, что кумулятивная доля больных АГ мужчин с нормальной геометрией левого желудочка и выраженными нарушениями диастолической функции левого желудочка (Е/А<1,0), у которых в течение 5 лет вероятность появление признаков СН составит 34%, тогда как в группе больных АГ мужчин без диастолической дисфункции развитие СН в ближайшие 5 лет не прогнозируется.

Таким образом, нормальная геометрия левого желудочка, сочетающаяся с выраженной диастолической дисфункцией у больных АГ является вариантом дезадаптивного ремоделирования сердца, сопровождающимся высоким риском развития сердечной недостаточности.

1084 РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНФАРКТ МИОКАРДА (ПО ДАННЫМ ДКО РОККД)

Спирина В.В., Матвеева С.А., Лазарева Г.Н., Алексеева О.А., Потапова Е.Л.

РОККД, ГОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель исследования - динамическое наблюдение за больными, перенесшими инфаркт миокарда (ИМ).

Материалы и методы: проведено динамическое наблюдение за 191 больным (162 - 84,8% мужчины и 29 - 15,2% женщин). Диагностическая программа включала: тщательный сбор анамнеза, объективное обследование, лабораторное (общеклинические анализы, ферменты, углеводный, липидный), инструментальное (ЭКГ, мониторирование ЭКГ, ЭхоКГ, коронароангиография) исследования, динамическое наблюдение.

Результаты. Первичный ИМ выявлен у 191 (84,5%) пациентов, повторный ИМ у 35 (15,5%). ИМ локализовался в передней стенке левого желудочка – у 130 (57,5%), нижней стенке у 88 (39%) и циркулярный ИМ у 8 (3,5%).Q-ИМ был диагностирован у 145 (64,2%) больных, неQ-ИМ у 81 (35,8%). пациентов. Q-ИМ в передней стенке левого желудочка определялся у 71 (31,4%), нижней стенки у 69 (30,6%), циркулярный у 5 (2,2%); неQ-ИМ передней локализации - у 59 (26,1%), нижней – у 19 (8,4%), циркулярный - у 3 (1,3%). Среди факторов риска ишемической болезни сердца курение наблюдалось в 91 (47,6%) случаев, гиперхолестеринемия - 92 (47,6%). Артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) имела место у 167 (8?,4%), сахарный диабет 2 типа - у 18 (9,4%), ожирение у 36 (18,8%), хроническая обструктивная болезнь легких – у 33 (17,3%) пациентов. У 128 (56,6%) больных выявлялись следующие нарушения ритма: желудочковая экстрасистолия – у 63 (27,9%), пароксизм желудочковой тахикардии – у 2 (0,9%), наджелудочковая экстрасистолия - у 27 (11,9%), фибрилляция предсердий – у 16 (7,1%), трепетание предсердий – у 2 (0,9%), атриовентрикулярная блокада I степени – у 3 (1,3%), блокада левой ножки пучка Гиса – у 11 (4,9%), блокада правой ножки пучка Гиса – у 3 (1,3%). Хроническая аневризма левого желудочка определялась в 25 (11,1%) случаев. Хроническая сердечная недостаточность диагностирована у 191 (84,5%) пациентов.

Реабилитация включала диету, ЛФК, рекомендации офтальмолога, невролога, психотерапевта. Нитраты получали 160 (83,8%), -адреноблокаторы 157 (82,2%), антагонисты кальция 28 (14,7%), ингибиторы АПФ 169 (88,5%), капотен и др.), гиполипидемические средства 167 (87,4%), антиагреганты 197 (103%), диуретики 73 (38,2%). После проведенной коронароангиографии у 92 (48,2%) больных хирургическая коррекция атеросклероза коронарных артерий проведена 13 (14,1%).

Заключение: дифференцированная комплексная терапия в течение 1 года наблюдения привела к стабилизации течения ишемической болезни у большинства больных, повторный ИМ развился в одном случае (0,5%), летальность составила 2 (1,1%). Стабилизация липидного обмена выявлялась у 19 (20,4%), отказ от курения в 30 (15,5%) случаях.

1085 ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА И ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КАК ЗВЕНЬЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Громов А.А., Рабко А.В., Кручинина М.В., Тихонов А.В.

ГУ научно-исследовательский институт терапии Сибирское отделение Российской Академии медицинских наук, Новосибирск, Россия

Цель исследования – выявление и коррекция нарушений гемостаза и воспалительных процессов с позиций первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Материалы и методы. В 2001 г. для внедрения новых технологий снижения сердечно-сосудистой смертности был создан Городской научно-практический Центр профилактики тромбозов. Научным обоснованием послужили данные международного проекта MONICA (1993-1996), в котором принимал участие НИИ терапии СО РАМН. Согласно полученным результатам была выявлена тесная достоверная связь нарушений гемостаза (признаков воспаления, тромбообразования) с показателями смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Разработана система тестов, позволяющая выявлять и проводить направленную лабораторно-контролируемую коррекцию тромбообра-

Tesis_006_end.indd 454 24.08.2006 22:26:30
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

зования и воспалительного процесса у пациентов с факторами риска ИБС.

Результаты. За время деятельности Центра на основе данных методов успешно внедрены две программы: «Диагностика и лечение антифосфолипидного синдрома, тромбозов у больных с ревматологическими заболеваниями», для предотвращения тромбозов и внутрисосудистых осложнений беременности (включающих невынашивание беременности) - «Диагностика, лечение и профилактика фетоплацентарной недостаточности». В результате реализации второй программы при охвате обследованием более 70% беременностей с факторами риска невынашивания и гестоза в г.Новосибирске в 2003 г. достигнуто и стабильно сохраняется снижение детской смертности с 12,1 до 8,3 на 1000 родившихся. В течение 7 лет Центром профилактики тромбозов обследовано более 30 тысяч больных. Центр тесно сотрудничает практически со всеми ЛПУ г.Новосибирска, внедряя принципы первичной и вторичной профилактики.

В настоящее время Центром создана программа, целью которой является снижение смертности населения от сердечно-сосудистых заболеваний на 50%. Программа направлена на создание условий для защиты населения от сердечно-сосудистых катастроф. Она предполагает создание сети организаций, реализующих принципы профилактики, включение новых и классических технологий снижения смертности. Программа ориентирована на изменение социальной среды общества, она требует снижения социального стресса, усиления социальных взаимосвязей. Медицинская часть программы предусматривает коррекцию более 20 факторов риска ИБС – мишеней терапии. Таким образом, возможно на 80% блокировать механизмы, приводящие к развитию ИБС.

Выводы. Создан и успешно работает Городской центр профилактики тромбозов, реализующий пилотный проект первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. Реализация фрагмента проекта способствовала достоверному снижению детской смертности в г.Новосибирске. Цель проекта – снижение сердечно-сосудистой смертности на 50%.

1086 ИММУННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСФУКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННОЙ ПО АТЕРОСКЛЕРОЗУ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Ковалев И.А., Суслова Т.Е., Плотникова И.В., Филиппов Г.П.

ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН, Томск, Россия

Цель исследования: определить состояние эндотелийзависимой вазодилатации и констрикторного компонента сосудистой реактивности периферических артерий у подростков и лиц молодого возраста с отягощенной по атеросклерозу (АС) наследственностью и артериальной гипертензией (АГ). Оценить влияние факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и гуморальных факторов на периферические сосудистые реакций.

Группу наблюдения составили подростки и молодые люди «группы риска» с отягощенной по АС наследственностью (n-87) и эссенциальной АГ (n-91). В контрольную группу вошли 54 человека, сопоставимые по возрасту, с благоприятным семейным анамнезом в отношении АС и АГ.

Для оценки баланса прессорных и депрессорных компонентов сосудистой реактивности использовали эндотелийзависимую вазодилатацию плечевой артерии (ПА) на пробу с гиперемией и вазоконстрикцию на пробе с гипервентиляцией. Оценивались показатели липидного спектра крови; содержание в крови продуктов перекисного окисления липидов, глюкозы, кортизола и фактора Виллебранда; уровень провоспалительных цитокинов в сыворотке крови и супернатантах суточной культуры моноцитов, стимулированных бактериальным липополисахаридом. Продукцию оксида азота моноцитами оценивали по содержанию нитрит-ионов в супернатанте клеточной культуры моноцитов, стимулированных бактериальным липополисахаридом.

Установлено, что 82,9% мужчин с отягощенной по атеросклерозу наследственностью имеют дисфункцию эндотелия, проявляющуюся снижением чувствительности ПА к напряжению сдвига на эндотелии и уменьшением ее вазодилатации при пробе с гиперемией. Степень нарушения эндотелийзависимой вазодилатации наиболее выражена у пациентов с сочетанием факторов риска развития атеросклероза. Установлено, что среди рассмотренных независимых факторов наибольшее влияние на вазодилатацию сосудов в различных группах оказывают: у лиц мужского пола с отягощенной по АС наследственностью – курение, уровень в сыворотке крови ХС ЛПОНП и стимулированная продукция TNF- в культуре моноцитов; у лиц женского пола с отягощенной наследственностью – курение, уровень в сыворотке ХС ЛПНП, избыточная масса тела и уровень систолического артериального давления. У подростков с эссенциальной АГ по мере стабилизации уровня артериального давления достоверно увеличивается уровень фактора Виллебранда и кортизола в крови. Среди пациентов с АГ 26% имели нарушения углеводного обмена.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало участие иммунно-метаболических механизмов и средовых факторов в формирование дисфункции эндотелия уже на ранних стадиях становления АС и АГ. В связи с этим, возможно говорить о некотором пересмотре подходов к проведению профилактических мероприятий в группах высокого риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний.

1087 ПЕРЕДАЮЩАЯСЯ ПО НАСЛЕДСТВУ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

Никулина С.Ю., Шульман В.А., Аксютина Н.В., Безрук А.П., Исаченко О.О., Никулина А.А.

Государственная медицинская академия. Красноярск, Россия

Цель исследования. Установить возможности и закономерности наследования идиопатической фибрилляции предсердий (ФП) в семьях.

Материал и методы. В данное исследование вошли 99 пробандов с ФП (51 женщина и 48 мужчин) и 287 их родственников I, II, III степени родства (169 женщин и 118 мужчин). 72 пробанда с пароксизмальной формой ФП и 27 пробандов с хронической ФП. Всем обследуемым пробандам и их родственникам, помимо клинического осмотра, проводилась электрокардиография, эхокардиография, велоэргометрия, электрофизиологическое исследование, холтеровское мониторирование.

Все обследуемые пробанды были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 49 человек с первичной (идиопатической) ФП, во 2 группу – 50 человек с вторичной формой ФП, обусловленной различными заболеваниями. Средний возраст больных в 1 группе – 49,3+2,2, во второй группе – 59+1,2. Обследовано 140 родственников пробандов 1 группы и 147 родственников пробандов 2 группы.

Частота возникновения ФП в семьях составила 22 больных из 287 родственников (7,66%). При этом все больные были выявлены в семьях пробандов с первичной формой ФП. Вторичное накопление ФП в семьях существенно превышало популяционную частоту заболевания (по данным литературы, H. Kulbertus и соавт, 1982, популяционная частота составила 0,4%), что может свидетельствовать о генетической детерминированности данной патологии. В семьях пробандов наиболее часто ФП выявлялась у родственников I степени родства, и, прежде всего у матерей (43,7%), сестер (28,5%), сыновей (8%). Установлено также, что пациенты 2 группы в сравнении с пациентами 1 группы, чаще жалуются на одышку (52,08% и 26,8%, $p<0,05$), сердцебиение (60,4% и 43,9%, $p<0,05$); дилатация левого предсердия наиболь-

Tesis_006_end.indd 455 24.08.2006 22:26:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

шая во 2 группе (83,4% и 42,5%, p<0,05). У 4 пациентов 1 группы заболевание протекало бессимптомно.

Выводы. Полученные данные могут свидетельствовать о наследственной предрасположенности к развитию идиопатической (первичной) ФП. Течение первичной ФП чаще бывает бессимптомным или малосимптомным в сравнении с вторичной формой заболевания.

1088 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА

Нурдинов Ш.Б., Мамасалиев Н.С., Худоярова Н.К.

Андижанский филиал Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи и Андижанский Государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Проведенные эпидемиологические исследования на представительных выборках (обследованы мужчины и женщины в возрасте 18-70 лет, всего 715 человек) выявили корней проблемы гипертонических кризов (ГК), являющейся основной в современной кардиологии Узбекистана. Так, среди населения Ферганской долины страны проблема ГК носит отчетливый междисциплинарный характер и для ее успешного решения, прежде всего в аспекте профилактики, необходимы организационные структуры, которые предполагают участие кардиолога, врачей общей практики и специалистов институтов здоровье, объединенных в рамках специализированных междисциплинарных программ профилактики атеросклеротической болезни.

В подавляющем большинстве случаев пациенты с ГК обращаются скорую медицинскую помощь (СМП): отмечается повсеместное увеличение случаев вызовов и количество госпитализаций, как осложненной, так и неосложненной формами ГК, что свидетельствуют о необходимости совершенствования догоспитального этапа оказания помощи больным ГК.

Проведенное исследование продемонстрировало эффективность скрининговой профилактики и фармакоэпидемиологического мониторинга при ГК. Четко доказано, что наиболее сложные методы опросной, клинической, инструментальной, лабораторной и в целом - донозологической диагностики должны быть использованы до развития ГК (на уровне популяции).

В целом, установлено, что имеющиеся представления о профилактике ГК требует пересмотра постольку поскольку на современном этапе неизбежно изменяется эпидемиологические взгляды на ГК и кроме того, вопросы профилактики ГК имеют как недостаточное профилактическое обеспечение, так и несовершенную организационную базу. Все это диктует необходимость поиска новых эпидемиолого-профилактических направлений для решения задачи снижения континуума от ГК.

1089 СЕРДЦЕ И ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА: ОТ КОЛЕБА ПАРРИ ДО КРИСТИАНА БЕРНАРА

Александров Ан. А.

ГУ ЭНЦ РАМН, Москва, Россия

Кардиальные симптомы при заболевании щитовидной железы первым описал Колеб Парри в 1786 году, когда накануне Великой Французской Революции появилось много людей, основными симптомами которых являлись сердцебиение, перебои, одышка. Эти симптомы превалировали в картине заболевания и рассматривались как последствия поражения сердца.

История напоминает нам, что поражение щитовидной железы очень часто клинически проявляется как заболевание сердечно-сосудистой системы.

Появление сердечно-сосудистой симптоматики при поражениях щитовидной железы связано с воздействием ее гормонов на миокард и периферическую сосудистую систему. Изменяется сократимость сердца, его размеры, состояние периферического сосудистого русла и циркулирующего объема крови, способствуя развитию артериальной гипертонии, нарушениям ритма и появлению признаков недостаточности кровообращения.

Современная медицина расширила наши представления о взаимосвязи функции щитовидной железы и деятельности сердечно-сосудистой системы. Оказалось, что некоторые современные кардиологические препараты и методы лечения могут существенно изменять функцию щитовидной железы больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. К ним относятся в первую препарат амиодарон и рентгено-контрастные йод-содержащие веществ. Экспериментальные и клинические данные указывают на возможность введения трийодтиронина у больных с нарушением коронарной микроциркуляции. Кроме того, сейчас уже имеются доказательства, что подобная терапия способна улучшить результаты трансплантации сердца, которая с середины 90-х годов XX столетия является реальным методом практической медицины.

1090 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ФАРМАКОДИНАМИКИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ

Писарев В.В., Белолипецкая В.Г., Смирнова Л.Б., Зверков Ю.Б., Кузнецова А.А., Марцевич С.Ю

ФГУ «Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росздрава», НПП «Иммунотех», Москва, Россия

Целью исследования было изучение сравнительной фармакокинетики и биоэквивалетности препаратов амлодипина – таблеток Амлорус (ОАО «Синтез», Россия) в сравнении с зарегистрированным в России аналогом – 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 од-нократного перорального приема 10 мг тестируемого и референсного препаратов. Хорошо видно, что средние фармакокинетические профили амлодипина очень близки.

Значения фармакокинетических параметров амлодипина, полученные при изучении Амлоруса и Норваска хорошо согласовывались с данными литературы и достоверно не отличались между собой. Максимальная концентрация амлодипина в плазме крови здоровых добровольцев достигалась при приеме Амлоруса в среднем через 7,88±1,00 ч, а Норваска – через

Tesis_006_end.indd 456 24.08.2006 22:26:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

8,19±1,18 ч и составила 4,48±1,07 нг/мл и 4,67±0,94 нг/мл соответственно. Средние значения площади под фармакокинетической кривой AUC0-120 при приеме тестируемого и референс-препарата также имели близкие значения: 240,7±72,8 нг*ч/мл и 246,9±73,2 нг*ч/мл соответственно. Степень относительной биологической доступности f амлодипина при приеме таблеток Амлорус по отношению к таблеткам Норваск составила в среднем 96,3±14,8% (C.I.: 89,0–103,7%)

Прием обоих препаратов вызывал у здоровых добровольцев достоверное снижение систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления по сравнению с исходными значениями.

1091 CAYENNE IN THE REGULATION OF ELEVATED ST SEGMENTS

Gabinskiy V., von Peters W., Bogachek M., Gabinskaya L., Gabinskaya I., Gabinskiy R., Gorenshteyn B.

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

It is well known that elevated ST segments indicate that the artery to an area of the heart is blocked, and that the full thickness of the heart muscle is damaged.

Further, in most cases such patients do develop a full-blown heart attack, medically referred to as a Q-wave myocardial infarction. Thus, ST-elevations are normally good indi-cators for aggressive treatments (thrombolytic drugs or angioplasty) to reopen blood ves-sels.

Those patients with chest pain and an EKG showing elevated ST segments or other obvious signs of dangerous blockage usually have heart attacks and are immediately treated accordingly. For the purposes of our study we only accepted those men between the age of 40 and 65 who had either an echo cardiogram showing at least a 15% blockage or an EKG showing elevated ST segments without concomitant chest pain, i.e., non-emergency pa-tients. A total of 18 men were included in the study.

Cayenne pepper is noted for increasing the oxygenation of the heart muscle and also in increasing magnesium resulting in a better regulated heart muscle.

Each man was given a daily dosage of 2 capsules of (100,000 heat units) of cayenne twice a day, one capsule 15 minutes before lunch and one 15 minutes before dinner for 90 days. The average preparation of cayenne is typically between 10,000 to 30,000 heat units so a special preparation of the cayenne was secured.

After the 90 days all of the men reported good to excellent results from the cayenne treatment. ST segments were normalized in 72% of the men as evidenced through EKGs and Echo cardiograms. The EKG/Echo cardiogram showed marked improvement in all of the men and the use of cayenne in prevention and treatment of heart attacks and blockages appears to be warranted.

1092 THE USAGE OF NATTOKINASE IN HEART DISEASE

Gabinskiy V., von Peters W., Bogachek M., Gabinskaya L., Gabinskaya I., Gabinskiy R., Gorenshteyn B.

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

A recent study in the American Heart Journal (American Heart Journal, July 2004;148(1):157-64) those diagnosed with heart failure and following a treatment regimen that includes blood thinners received little or no benefit. Aspirin and warfarin didn't provide the patients with any valuable health benefits, and there did not appear to be any substantial differences of incidences of death, nonfatal heart attacks or nonfatal stroke in the three groups of the study.

In addition, many patients on this regimen suffer from a long list of side effects that include gastrointestinal bleeding and ruptured blood vessels. Worst of all, medications like warfarin and aspirin do little to solve the underlying problem. One only need to look at the facts for proof -- since the introduction of these medicines, there has been no decrease in the number of heart attacks and strokes in the US.

Natto is produced by a fermentation process by adding Bacillus natto, beneficial bacteria, to boiled soybeans. For centuries, it was easily made at home; soybeans were packed in straw (which contained a natural bacillus) then buried for a week in the ground. Today, natto is made by injecting the bacteria. Natto has been a traditional Japanese food for more than 1,000 years.

Our study was comprised of 12 men who had been diagnosed with heart disease. To avoid interaction, no one was taken into the study who was currently on aspirin and/or warfarin therapy. Each man took a 50mg. capsule of commercially available natto twice daily for a period of 3 months.

At the end of the program 40% of the men had ceased to have the symptoms of heart disease, and none could be found. Another 20% of the men had good results with lessening of their symptoms. 15% had some results and 25% had little or no results. No side effects were observed in any of the patients.

It is felt that the introduction of Natto into the therapeutic regimen for heart disease could be a valuable adjunctive or stand-alone therapy. It is also conjectured that with a longer study of 6 to 12 months that the numbers becoming asymptomatic would be much higher.

1093 CONTROLLING ANGINA PECTORIS WITH ZINC GLUCONATE

von Peters W., Gabinskiy V., Bogachek M., Gabinskaya L., Gabinskaya I., Gabinskiy R., Gorenshteyn B.

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

Angina pectoris is the term for chest pain or discomfort due to coronary heart disease (CHT). Angina is a symptom of a condition called myocardial ischemia which occurs when the heart muscle (myocardium) does not enough blood and oxygen as it needs. Typically this occurs because one or more coronary arteries are either narrowed or blocked.

Typical angina symptoms consist of uncomfortable pressure, fullness, squeezing or pain in the center of the chest. The discomfort also may be felt in the neck, jaw, shoulder, back or arm. However, many types of chest discomfort are not related to angina pectoris, for example acid reflux.

This study consisted of a 90 day study of 20 men diagnosed with classical angina pectoris symptomology. Each was given 3 doses of 60 mg oral zinc gluconate lozenges daily, along with restricting smoking to 3 or less cigarettes daily (if the male was a smoker).

Following the 90 days each was interviewed to determine the extent of improvement upon the zinc gluconate regimen. 48% reported cessation of angina symptoms, 23% reported that they were "much improved", and another 18% that they were "improved." 11% reported "little or no improvement."

Tesis_006_end.indd 457 24.08.2006 22:26:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0001 РОЛЬ ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ГОРНЫХ РЕГИОНАХ 9

0002 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ ЭГИЛОКА В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ И ЕГО СОЧЕТАНИЯ С ЭДНИТОМ И ПРЕДУКТАЛОМ МВ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА 9

0003 ВЛИЯНИЕ ЭНАЛАПРИЛА НА РЕГРЕССИЮ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ 9

0004 ВЛИЯНИЕ АЛЛАПИНИНА НА ИНТЕРВАЛ Q-T И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 10

0005 ОТДАЛЕННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 10

0006 ЭКДИСТЕН В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕВМАТИЧЕСКИХ МИОКАРДИТОВ 10

0007 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОПУХОЛЯХ СЕРДЦА 11

0008 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, УРОВЕНЬ МОЛЕКУЛ МЕЖКЛЕТОЧНОЙ АДГЕЗИИ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ КАРВЕДИЛОЛА 11

0009 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛАПИНИНА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 12

0010 ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 12

0011 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРОГНОЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 12

0012 ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ УДАРНО-ВОЛНОВАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 13

0013 МАЛЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ЕЛЕКТИВНОМ СТЕНТИРОВАНИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ. РОЛЬ ИНТЕГРИЛИНА В ПРОФИЛАКТИКЕ МАЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МИОКАРДА 13

0014 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ПОДРОСТКОВ ПРИ ГРУДНОМ СКОЛИОЗЕ 14

0015 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ СКАНИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ В ДОКЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА 14

0016 ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫХ СТЕНОЗОВ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ (ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАБОТЫ НА АППАРАТЕ (SOMATOM SENSATION 64) 15

0017 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА Х У ЛИЦ С НЕБЛАГНОПРИЯТНЫМ РАДИОАНАМНЕЗОМ 15

0018 ОЦЕНКА КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА И БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 16

0019 СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ТЕЧЕНИЕ 1 ГОДА НАБЛЮДЕНИЯ 16

0020 БАЛАНС ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК 16

0021 ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА 17

0022 ЭЗЕТРОЛ И СИМВАСТАТИН В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 17

0023 ОСОБЕННОСТИ ЛИПИД-ТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ИБС И ДИСГОРМОНАЛЬНОЙ МИОКАРДИОСТРОФИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ 18

0024 РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛАЦИЯ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ 18

0025 СТАНДАРТИЗОВАННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕОМАГНИТНОЙ АКТИВНОСТИ 19

0026 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕЖИВШИХ ПЕРВЫЕ СУТКИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 19

0027 ДИАГНОСТИКА И МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КАРДИАЛЬНОЙ АВТОНОМНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ДЕТЕЙ 19

0028 АНЕМИЧЕСКАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ. ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ФЕРРОТЕРАПИИ 20

0029 ПРИМЕНЕНИЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ХРОМОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 20

0030 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕФРОГЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПОЧЕК 21

Tesis_006_end.indd 458 24.08.2006 22:26:31
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0031 СРАВНЕНИЕ СОРБЕНТОВ ДЛЯ АФЕРЕЗА ЛИПИДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 21

0032 ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 22

0033 ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЕРЕТРЕНИРОВАННОСТИ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ СИЛОВЫХ И ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА 22

0034 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ 23

0035 ВЗАИМОЗАВИСИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УРОВНЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ ТЯЖЕСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 23

0036 РАННИЕ ПРИЗНАКИ АТЕРОСКЛЕРОЗА И КОРОНАРНЫЙ РИСК У МОЛОДЫХ КУРЯЩИХ МУЖЧИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО 23

0037 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕТРАПОЛЯРНОЙ ГРУДНОЙ РЕОГРАФИИ ДЛЯ МОНИТОРИНГА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ГИПЕРТЕНЗИИ 24

0038 ИЗМЕНЕНИЕ ВНУТРИКЛЕТОЧНОГО СОДЕРЖАНИЯ ИОНОВ МАГНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ГИПЕРТЕНЗИИ ИНДУЦИРОВАННОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ 24

0039 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И АД ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРИТМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИЧЕСКОМ ПЕРИОДЕ 24

0040 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ЖЕНЩИН И МУЖЧИН 25

0041 ИЗМЕНЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА. 25

0042 АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ III СТЕПЕНИ В СОЧЕТАНИИ С АНОМАЛИЯМИ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ (ЧЕТЫРЕХЛЕТНЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 26

0043 ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОРВАДИНА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 26

0044 ОСОБЕННОСТИ СТРЕСС-РЕАГИРОВАНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИИ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ. 27

0045 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА НА ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ (СМАД) И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА (ВСР) У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. 27

0046 НЕАДЕКВАТНАЯ МАССА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 27

0047 ОЦЕНКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СТРУКТУРЫ И ФУНКЦИИ СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА 28

0048 ПЕРСИСТЕНТНАЯ МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ И ИНФАРКТ МИОКАРДА 28

0049 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ЭКГ У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 29

0050 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ СТАДИИ Q-ВОЛНОВОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ХАРАКТЕРОМ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ 29

0051 ПЕРФУЗИОННЫЕ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ 29

0052 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 30

0053 ВОЗМОЖНОСТИ АНТАГОНИСТА КАЛЬЦИЯ АДАЛАТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ МАЛОГО КРУГА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 30

0054 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ 31

0055 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ КАВИНТОНА И ТЕОНИКОЛА НА МОЗГОВУЮ ГЕМОДИНАМИКУ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 31

0056 АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА N-ЗАМЕЩЕННЫХ АМИНОАМИДОВ И АМИНОЭФИРОВ 31

0057 ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ Лп(а) И ФЕНОТИПА АПО(а) НА КЛИНИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 32

0058 ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИХ СВОЙСТВ МИОКАРДА У ЗДОРОВЫХ ДЕВОЧЕК 32

0059 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЭНАЛАПРИЛАТОМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО КРИЗА 33

0060 ОСОБЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С КАРДИАЛЬНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ 33

0061 ОСОБЕННОСТИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИЕЙ ПО ДАННЫМ ЛАЗЕРНОЙ ДОППЛЕРФЛУОМЕТРИИ 33

0062 ВОЗДЕЙСТВИЕ КСЕНОГЕННОЙ ЦИТОТРАНСПЛАНТАЦИИ НА СОДЕРЖАНИЕ СТРЕСС-БЕЛКОВ В СЕРДЦЕ ПРИ АДРЕНАЛИНОВОМ МИОКАРДИТЕ 34

Tesis_006_end.indd 459 24.08.2006 22:26:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0063 ВЛИЯНИЕ СИЛДЕНАФИЛА НА УРОВЕНЬ ДАВЛЕНИЯ В ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ, БРОНХИАЛЬНУЮ ПРОХОДИМОСТЬ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ 34

0064 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 1 СТАДИИ 35

0065 ПРОТОКОЛ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА 35

0066 ВЛИЯНИЕ МИЛДРОНАТА НА ЭНДОТЕЛИЙ-ЗАВИСИМУЮ ВАЗОДИЛАТАЦИЮ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 36

0067 ОПЫТ РАБОТЫ КАБИНЕТА ЛИПИДНОГО ОБМЕНА 36

0068 ГЕННАЯ ЭКСПРЕССИЯ И ПОПУЛЯЦИЯ РЕЦЕПТОРОВ К ЭНДОТЕЛИНУ-I ИЗМЕНЯЮТСЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТОНИИ, ВЫЗВАННОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОЙ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИЕЙ 36

0069 ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ В КАРДИОЛОГИИ 37

0070 ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 37

0071 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ ЛЕВГО ЖЕЛУДОЧКА 38

0072 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРОКОВ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 38

0073 ПРОАТЕРОГЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ ЛИПИДОВ У ЖЕНЩИН С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ С РАЗЛИЧНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ОСТЕОПОРОЗА 39

0074 ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОСЕЛЕКТИВНОГО ЛИПОФИЛЬНОГО БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРА БЕТАЛОК ЗОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 39

0075 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ 39

0076 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ 40

0077 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ В РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ 40

0078 ВЗАИМОСВЯЗИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА, ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО ГОМЕОСТАЗА И РЕЗУЛЬТАТОВ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 40

0079 ВЛИЯНИЕ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НА СИСТОЛИЧЕСКУЮ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 41

0080 РОЛЬ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ В РАЗВИТИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ МОЛОЖЕ 50 ЛЕТ 41

0081 МЕКСИДОЛ ПОДДЕРЖИВАЕТ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ЦЕПИ МИТОХОНДРИЙ ТКАНЕЙ СЕРДЦА И ПЕЧЕНИ ЖИВОТНЫХ 42

0082 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ У ЖИВОТНЫХ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА 42

0083 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ТРИМЕТАЗИДИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ 43

0084 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ГЕНОТИПА ОКИСЛЕНИЯ НА ФАРМАКОКИНЕТИКУ ЛОЗАРТАНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ 43

0085 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ЛАЦИДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ 44

0086 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ФАРМАКОДИНАМИКИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ 44

0087 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И АПНОЭ СНА 45

0088 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ 45

0089 МЕСТО СУБКЛИНИЧЕСКИХ ТИРЕОТОКСИКОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 45

0090 МЕДИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 46

0091 АНАЛИЗ ПРИЧИН ДЕФЕКТОВ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ И РАННЕМ ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПАХ 46

0092 СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРНОГО ШУН0092 ТИРОВАНИЯ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЦИДИВ СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 46

0093 СВЯЗЬ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ПОПУЛЯЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 47

0094 ХАРАКТЕР РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ВАЗОДИЛАТИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 47

0095 РАЗВИТИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН: СЛУЧАЙНОСТЬ ИЛИ ФАТАЛЬНОСТЬ? 48

Tesis_006_end.indd 460 24.08.2006 22:26:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0096 ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИИ 48

0097 СТРУКТУРА ЛИЧНОСТИ И НЕВРОТИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 49

0098 ВЛИЯНИЕ БЕТА-БЛОКАТОРОВ НА ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ТРАНЗИТОРНОЙ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 49

0099 ЭКЗОТОКСИЧЕСКИЙ ШОК У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ 49

0100 СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИБС С ПОРАЖЕНИЕМ ОСНОВНОГО СТВОЛА ЛЕВОЙ КОРОНАРНОЙ АРТЕРИИ 50

0101 СТЕНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 50

0102 ВОЗМОЖНОСТИ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ АНГИОГЕНЕЗА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 51

0103 ИСПОЛЬЗОВАНЕИ МЕТОДА ПОВЕРХНОСТНОГО ЭКГ-КАРТИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИБС И СОЧЕТАННОЙ СЕРДЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ 51

0104 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫХ АРИТМИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА. АНАЛИЗ РАННИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ 51

0105 ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ РАЗВИТИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ С ИСКУССТВЕННЫМ КРОВООБРАЩЕНИЕМ И НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ 52

0106 КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ СКВИД-МАГНИТОКАРДИОГРАФА 52

0107 НАРУЖНАЯ КОНТРПУЛЬСАЦИЯ. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС 52

0108 ВЕГЕТАТИВНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ДЕВОЧЕК 16-17 ЛЕТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ 53

0109 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 53

0110 СУТОЧНОЕ МОНИТОРИРОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 54

0111 АГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА. ПОКАЗАНЫ ЛИ ДЕЗАГРЕГАНТЫ? 54

0112 РОЛЬ АПОПТОЗА И НЕКРОЗА В ПАТОЛОГИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ ВЛИЯНИЯ НА ПРОЦЕССЫ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 54

0113 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПИРАЗИДОЛА В КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ 55

0114 ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОБ И ИССЛЕДОВАНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА 55

0115 ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ И ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА САНАТОРНО- КУРОРТНОМ ЭТАПЕ 56

0116 КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ 56

0117 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО СТРЕССА НА ЗДОРОВЬЕ В ПОПУЛЯЦИЯХ МОСКВЫ И ПОДМОСКОВЬЯ 56

0118 ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИНЫ АРИТМИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ 57

0119 ВЛИЯНИЕ ЭЗЕТИМИБА В ВИДЕ МОНОТЕРАПИИ И В КОМБИНАЦИИ С СИМВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ У БОЛЬНЫХ КБС С ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ 57

0120 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕЙРОГОРМОНОВ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 58

0121 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОСЕЛЕКТИВНЫХ ПРОЛОНГИРОВАННЫХ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ БЕТАКСОЛОЛА И МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ. 58

0122 СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИОКАРДИАЛЬНОГО ЦИТОПРОТЕКТОРА МИЛДРОНАТА 59

0123 МИТОХОНДРИАЛЬНАЯ ДНК В ДЕТЕРМИНАЦИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПОПУЛЯЦИЯХ АЛТАЙЦЕВ И ЯКУТОВ 59

0124 ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО И ПОЗДНЕГО ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 59

0125 ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БИСОПРОЛОЛА В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 60

Tesis_006_end.indd 461 24.08.2006 22:26:32
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0126 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АД ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ УЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННОЙ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ 60

0127 ПРИЧИНЫ ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА 61

0128 УРОВНИ ГАММА-ГЛЮТАМИЛТРАНСФЕРАЗЫ И ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 61

0129 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ 62

0130 ПОЛОВОЗРАСТНЫЕ ЛИМИТЫ ДИСПЕРСИИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT (QTc) В ОЦЕНКЕ ВРЕМЕННОЙ НЕГОМОГЕННОСТИ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ ПО ДАННЫМ АВТОМАТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА КОРОТКИХ ЗАПИСЕЙ ЭКГ 62

0131 ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ДЕТЕЙ СО СЛАБОСТЬЮ СИНУСОВОГО УЗЛА В РАЗНЫХ ПОЛОВЫХ И ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 62

0132 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ, ПОДВЕРЖЕННЫХ ХРОНИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ СИТУАЦИЯМ 63

0134 ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ МУЖЧИН МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В ДЕБЮТЕ ВЫЯВЛЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 63

0135 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ, ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА ПУЛЬСА: КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ 64

0136 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 64

0137 ВОЗМОЖНОСТИ И ПРЕДЕЛЫ ИНГИБИТОРА АПФ ПЕРИНДОПРИЛА В КОРРЕКЦИИ СНИЖЕННОГО КОРОНАРНОГО И МИОКАРДИАЛЬНОГО РЕЗЕРВОВ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 64

0138 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МИКРОАЛЬБУМИНУРИИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 65

0139 ЛЕЧЕНИЕ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА Х 65

0140 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ТИРЕОТОКСИКОЗА 66

0141 О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА 66

0142 ДИНАМИКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИЕЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИЧЕСКОЙ ПРОБЫ 66

0143 ВЛИЯНИЕ ГРАНДАКСИНА НА ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ И ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПОДРОСТКОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ АСТЕНИЕЙ 67

0144 ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 67

0145 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ КЛОНАЗЕПАМОМ НА НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 68

0146 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ КЛОНАЗЕПАМОМ НА ПАРАМЕТРЫ СМАД И ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ЛАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОЖИЛЫХ 68

0147 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА И МИЛДРОНАТА НА ПЕРФУЗИЮ, МЕТАБОЛИЗМ И СОКРАТИМОСТЬ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХСН 69

0148 АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 69

0149 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 70

0150 СВЯЗЬ СКОРОСТИ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И КОРОНАРНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА ПО ДАННЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 70

0151 ПРОСПЕКТИВНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 70

0152 СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 71

0153 ОСОБЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ 71

0154 РОЛЬ НЕЙРО-ГУМОРАЛЬНЫХ МЕХАНИЗМОВ В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ КРАЙНЕГО СЕВЕРА 72

0155 ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ И АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ 72

0156 ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ОПРОСОВ ПОСЕТИТЕЛЕЙ КАРДИОСАЙТА – ОФИЦИАЛЬНОГО САЙТА ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА КАРДИОЛОГОВ 72

0157 ОЦЕНКА ЭФФЕКТА КАРДИОСТАТИНА НА АГРЕГАЦИЮ ТРОМБОЦИТОВ У РЕЗИСТЕНТНЫХ К АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 73

0158 РОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РАЗВИТИИ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ 73

0159 РОЛЬ ДИЛАТАЦИИ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 74

Tesis_006_end.indd 462 24.08.2006 22:26:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0160	КАРДИАЛЬНАЯ ПАТОЛОГИЯ И СМЕРТЬ ОТ ПНЕВМОНИИ	74
0161	ФАКТОРЫ, СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ПЛАЗМЕННЫЙ УРОВЕНЬ NT-PRO BNP В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	74
0162	ОБЪЕМЗАВИСИМАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ЕЕ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	75
0163	АЛГОРИТМ РАСЧЕТА ГЛОБАЛЬНОГО РИСКА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	75
0164	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ И СИНДРОМА КАХЕКСИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	76
0165	К ВОПРОСУ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ	76
0166	ВЛИЯНИЕ ОКСАЛАТНОЙ НЕФРОПАТИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ	77
0167	ИНФАРКТ МИОКАРДА ПРИ АНОМАЛИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ВИДЕ МИОКАРДИАЛЬНЫХ МОСТОВ	77
0168	ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ	78
0169	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗНЫХ ДОЗ КЛОПИДОГРЕЛЯ В СОЧЕТАНИИ С АСПИРИНОМ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА	78
0170	РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПЫТАНИЯ ТРОМБОВАЗИМА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА	78
0171	ЭКОЛОГИЯ И ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА	79
0172	ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ И ДОГОСПИТАЛЬНАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ	79
0173	ВНЕЗАПНАЯ КОРОНАРНАЯ СМЕРТЬ. ПОЛОВОЙ ДИМОРФИЗМ	79
0174	ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРА γ-БУТИРОБЕТАИНГИДРОКСИЛАЗЫ НА АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ В МИОКАРДЕ КРЫС	80
0175	ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА САМООЦЕНКУ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ	80
0176	ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА НА РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA»)	81
0177	ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ НА САХАР КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА	81
0178	ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ: ВЗГЛЯД ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА	81
0179	РЕПЕРФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА С ЭЛЕВАЦИЕЙ СЕГМЕНТА ST	82
0180	ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ТЕЧЕНИЕМ ИНФАРКТА МИОКАРДА	82
0181	ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИРКАДНОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА	82
0182	ЭФФЕКТ ДИСТАНЦИОННОГО ИШЕМИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ НА АГРЕГАЦИОННУЮ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	83
0183	РЕФРАКТЕРНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛЯТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ	83
0184	ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ СТРАТЕГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА ТЕЧЕНИЕ, ПРОГНОЗ И ЧАСТОТУ ОСЛОЖНЕНИЙ	84
0185	ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР У БОЛЬНЫХ С РАЗВИВШИМСЯ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПО ДАННЫМ 15 ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ	84
0186	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА И НЕКОТОРЫХ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	84
0187	ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ	85
0188	ВЛИЯНИЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ	85
189	ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АССОЦИИРОВАННОЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2	86
0190	АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕНИПРИЛА® В АМБУЛАТОРНОЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	86
0191	ПРИМЕНЕНИЕ КОРТЕКСИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	87

Tesis_006_end.indd 463 24.08.2006 22:26:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0192 РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО И АФФЕКТИВНОГО УРОВНЯ В ГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 87

0193 ЖИЗНЕННОЕ ИСТОЩЕНИЕ И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНСУЛЬТА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA») 88

0194 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ИНФАРКТ МИОКАРДА, ИНСУЛЬТ: РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ВРАЖДЕБНОСТЬ В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA») 88

0195 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 88

0196 ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ ПРОГНОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАРАМЕТРОВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗНЫХ СОЧЕТАНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ 89

0197 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (ХСН) У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ (АТП) 89

0198 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КВАДРОПРИЛА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 90

0199 ВТОРИЧНАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ (ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНАЯ) ПРИ СТЕНОЗЕ КАРОТИДНОЙ БИФУРКАЦИИ: ТЕЧЕНИЕ, ЛЕЧЕНИЕ 90

0200 КОМПЬЮТЕРНАЯ СФИГМОГРАФИЯ И ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ 90

0201 КОМПЬЮТЕРНАЯ СФИГМОГРАФИЯ И КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННЫХ СВОЙСТВ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЭКСТРАСИСТОЛИИ 91

0202 ИНТЕРФЕРОН-γ И АУТОАНТИТЕЛА К КОЛЛАГЕНУ I ТИПА ПРИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 91

0203 ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕНАГРУЗОЧНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА, ОЧАГОВОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА И ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ПОМОЩЬЮ ПОВЕРХНОСТНОГО МНОГОПОЛЮСНОГО ЭЛЕКТР ОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ 92

0204 КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЛИЯНИЯ МНОЖЕСТВА АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ НА РАЗВИТИЕ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 92

0205 ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ 92

0206 ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА С УЧЕТОМ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ 93

0207 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ МАНИФЕСТНОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПОТИРЕОЗА 93

0208 НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КРИЗОВОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОГО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 94

0209 СРАВНЕНИЕ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST (ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО ГОРОДСКОГО КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА 2001, 2005 гг.) 94

0210 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ В КАЧЕСТВЕ ТРОМБОЛИТИКА СТРЕПТОКИНАЗУ И АКТИЛИЗЕ 95

0211 РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ И ЕГО ВЗАИМОСВЯЗЬ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 95

0212 ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА НА ЭТАПАХ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 95

0213 ВОЗМОЖНОСТИ РАСШИРЕННОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА 96

0214 КОМПЛЕКСНАЯ НЕИНВАЗИВНАЯ ОЦЕНКА ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С АНЕВРИЗМОЙ ЛЖ 96

0215 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА 97

0216 НОВЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ КОРРЕКЦИИ 97

0217 ИЗУЧЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ СЕЛЕНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ АНЕМИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ 97

0218 ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОЙТЕРАПИИ «НЕОСЕЛЕНОМ» И СОРБИФЕРОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ АНЕМИЧЕСКОЙ МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ 98

Tesis_006_end.indd 464 24.08.2006 22:26:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0219 СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 98

0220 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИНОНИМО-ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИХ ПОНЯТИЙ «СТЕНОКАРДИИ» В ЗАНЯТИЯХ ПО КАРДИОЛОГИИ 98

0221 ДИНАМИКА ИНДЕКСА НАРУШЕНИЙ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ (ИНЛС) МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА (ЛЖ) У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ (ТЛАП) КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ 99

0222 ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ 99

0223 ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СН) У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ 100

0224 ДИНАМИКА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ (ТЛАП) КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ 100

0225 ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (СН) У ПАЦИЕНТОВ, ПОДВЕРГШИХСЯ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКЕ (ТЛАП) КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ 101

0226 НАРУШЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ – ЗВЕНО ПАТОГЕНЕЗА АЛКОГОЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 101

0227 ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОГЛОБИНА КРОВИ И ОБМЕНА ЖЕЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ СО СТЕНОКАРДИЕЙ БЕЗ СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНЕМИИ 102

0228 ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОЕ СОПРЯЖЕНИЕ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ ДО И ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ДВУХКАМЕРНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИО-СТИМУЛЯТОРА У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 102

0229 МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ МЕТОД ОПТИМИЗАЦИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 103

0230 РЕСПИРАТОРНАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 103

0231 СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИЯ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 103

0232 НЕБИВОЛОЛ В ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 104

0233 БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II-III ФК 104

0234 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ МЕРА СИНХРОНИЗОВАННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СИСТЕМ 105

0235 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 105

0236 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ИНРАОКУЛЯРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И РЕОЛОГИИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 105

0237 ЗАВИСИТ ЛИ АСПИРИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОТ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ? 106

0238 ИНКОРПОРАЦИЯ 137Cs И ПАТОЛОГИЯ МИОКАРДА 106

0239 ОЦЕНКА СРЕДНЕСУТОЧНЫХ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ С НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 107

0240 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 107

0241 ЛИПИДКОРРИГИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ АЛЛИКОРА У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ 108

0242 ОЦЕНКА СТЕПЕНИ АКТИВИРОВАННОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И СПОСОБ ЕЕ ПОЛНОЙ КОРРЕКЦИИ 108

0243 НАРУШЕНИЯ СНА И РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИИ МУЖЧИН 25-64 ЛЕТ (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA») 109

0244 ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОСТИ СОХРАНЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПОСЛЕ КАРДИОВЕРСИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИИ: РОЛЬ СОПУТСВУЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 109

0245 КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ ДЛИТЕЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ 109

0246 НАРУШЕНИЯ МЕТАБОЛИЗМА ГЛЮКОЗЫ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НЕ СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 110

0247 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ С ДЕПРЕССИЕЙ СЕГМЕНТА ST- ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ У МУЖЧИН И У ЖЕНЩИН 110

0248 ЧАСТОТА МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЛЕТАЛЬНЫЙ ИСХОД У БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ 110

Tesis_006_end.indd 465 24.08.2006 22:26:33
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0249 ПОИСК ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК КАК ОРГАНА-МИШЕНИ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ II СТЕПЕНИ 111

0250 ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСНОВ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ ПО ПОЛИМОРФИЗМУ ГЕНОВ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ 111

0251 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ, КОДИРУЮЩИХ КОМПОНЕНТЫ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 112

0252 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 112

0253 ВЛИЯНИЕ АГОНИСТОВ АНГИОТЕНЗИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ГИПЕРТРОФИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 113

0254 МОДУЛЯЦИЯ ФИЗИЧЕСКИМИ ТРЕНИРОВКАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ И АДАПТАЦИИ К СТРЕССУ (ПРОДОЛЖЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ) 113

0255 ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИНГА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ 113

0256 РЕЗИСТЕНТНЫЕ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ, ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ) 114

0257 ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ 114

0258 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 114

0259 СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРОМБОЭМБОЛИИ ВЕТВЕЙ ЛЁГОЧНОЙ АРТЕРИИ 115

0260 КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ОСЛОЖНЕННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 115

0261 ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ И ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ТОМСКЕ. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ 115

0262 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НА ФОНЕ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 116

0263 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 116

0264 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА 117

0265 НОВЫЙ АЛЛЕЛЬНЫЙ ВАРИАНТ T-4661C В 5'ФЛАНКИРУЮЩЕЙ ОБЛАСТИ ГЕНА ABCA1 117

0266 ВЛИЯНИЕ ТРОМБО АСС 50 НА ПОКАЗАТЕЛИ НАГРУЗОЧНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ У ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И РЕЗИСТЕНТНЫХ К АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 118

0267 УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ КРОВИ И АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА У БОЛЬНЫХ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА 118

0268 ВЛИЯНИЕ НЕБИВОЛОЛА НА ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 118

0269 ВЛИЯНИЕ ТРИМЕТАЗИДИНА НА АПОПТОЗ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ ФЕНОТИП У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА И ЗАСТОЙНОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 119

0270 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЛИПИДНЫХ И ПЛЕЙОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ РАННЕЙ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРОМ ГМГ-КоА-РЕДУКТАЗЫ РОЗУВАСТАТИНОМ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО И ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДОВ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 119

0271 ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ И СИСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОМОЩЬЮ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ 119

0272 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕРАПАМИЛА И АТЕНОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ПО ДАННЫМ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ 120

0273 РОЛЬ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОРЕОЛОГИИ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ 120

0274 КЛИНИЧЕСКАЯ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 121

0275 СТРАТИФИКАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ 121

0276 ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У НОРМОТЕНЗИВНЫХ ЛИЦ 122

0277 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И СОСУДОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 122

0278 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ПОЛОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ НЕКОМПАКТНЫМ МИОКАРДОМ И ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 122

Tesis_006_end.indd 466 24.08.2006 22:26:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0279 ЗНАЧЕНИЕ КОМПЛЕКСА НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ МАММАРОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 123

0280 МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕКАРСТЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ ВЫЕЗДНЫМИ БРИГАДАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 123

0281 ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ОБЪЁМА ГИДРОТОРАКСА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ 124

0282 ВОЗДЕЙСТВИЕ БЛОКАТОРОВ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА И ИНГИБИТОРОВ АПФ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗОНЫ ПОСТИНФАРКТНОГО КАРДИОСКЛЕРОЗА 124

0283 ДИСФУНКЦИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПРИЕМЕ АМИОДАРОНА У БОЛЬНЫХ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 125

0284 ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОЛИПРЕЛА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С «ГИПЕРТОНИЕЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ» ПРИ РАЗНЫХ РЕЖИМАХ НАЗНАЧЕНИЯ 125

0285 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: ШТРИХИ К ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ПОРТРЕТУ 125

0286 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ВРАЧАМИ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СТАРШЕ 55 ЛЕТ 126

0287 МАРКЁРЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ СЕМЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 126

0288 ИНСУЛИН И МОЧЕВАЯ КИСЛОТА КАК ФАКТОРЫ РИСКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ СЕМЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ 127

0289 К ВОПРОСУ О РАЗМЕРНОСТИ РАСЧЁТНОГО ИНТЕРВАЛА Q-T С УЧЕТОМ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ 127

0290 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО ФЕНОМЕНА БРУГАДА СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 128

0291 ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ «ЭПСИЛОН» ВОЛНЫ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 128

0292 ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА Q-T СРЕДИ МУЖЧИН ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В ГОРОДСКУЮ ПОЛИКЛИНИКУ 128

0293 ДИАГНОСТИКА ИШЕМИИ МИОКАРДА НА ФОНЕ БЛОКАДЫ ЛЕВОЙ НОЖКИ ПУЧКА ГИСА 129

0294 ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА С ПОМОЩЬЮ СТРЕСС-ЭХОКАРДИОГРАФИИ С ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ 129

0295 СТРУКТУРА СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И ДИСЛИПИДЕМИИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ 130

0296 ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ГИПОТИРЕОЗА АТЕРОГЕННАЯ ДИСЛИПИДЕМИЯ В СОЧЕТАНИИ С АГ ВОЗМОЖНО ПОТЕНЦИРУЕТ РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА. НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД БИОАДАПТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ 130

0297 ОЦЕНКА СУММАРНОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ФАТАЛЬНЫХ СОБЫТИЙ ССЗ НА 10-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ АТОМНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ 131

0298 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИАПФ БЕРЛИПРИЛА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ 131

0299 ВЛИЯНИЕ КАРВЕДИЛОЛА И ОРНИТИНА НА КЛИНИЧЕСКИЕ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ, БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ИБС С ХСН В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ 131

0300 СОЧЕТАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЭЗЕТИМИБА И СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИБС С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЙ 132

0301 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНДОЛАПРИЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ СРЕДНЕГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА 132

0302 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЭНАЛАПРИЛА НА ПРОЦЕССЫ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ПРОГНОЗ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 133

0303 АССОЦИИРОВАНОСТЬ ПОЛИОРГАННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 133

0304 ВЛИЯНИЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ НА СОСТОЯНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ 133

0305 ИНФАРКТ МИОКАРДА, ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ И ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 134

0306 ОСОБЕННОСТИ ПУЛЬСОВОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 134

0307 ПРИЧИНЫ ПОЧЕЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 134

0308 ТИПИРОВАНИЕ МОЛОДЫХ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПО ВИЗУАЛЬНОЙ ОЦЕНКЕ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 135

Tesis_006_end.indd 467 24.08.2006 22:26:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0309 ВЕГЕТАТИВНЫЙ ДИСБАЛАНС И АРИТМИИ СЕРДЦА ПРИ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИИ 135

0310 СУТОЧНЫЙ БИФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЕЕ ДИСРЕГУЛЯЦИИ 135

0311 ЦИРКАДНАЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА И ДАВЛЕНИЯ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 136

0312 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ НА РАННИХ ЭТАПАХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 136

0313 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ДИСПЛАСТИКОЗАВИСИМАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ГИПОСПАДИИ 136

0314 ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ КОРОНАРНЫМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ В ГРУППАХ МУЖЧИН С МЯГКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И НОРМАЛЬНЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ (ДАННЫЕ ПЯТИЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ) 137

0315 ВЛИЯНИЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ 137

0316 СВЯЗЬ ЛИПОПРОТЕИДА(а) И НИЗКМОЛЕКУЛЯРНОГО ФЕНОТИПА АПОБЕЛКА(а) С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 138

0317 ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МОКСОНИДИНА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 138

0318 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ СРЕДИ ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ, СТРАДАЮЩИХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 138

0319 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ 139

0320 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ СКОЛИОЗОМ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ 139

0321 ВЛИЯНИЕ ФИКСИРОВАННОЙ КОМБИНАЦИИ ФОЗИНОПРИЛА И ГИДРОХЛОРТИАЗИДА НА ОФФИСНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И УРОВЕНЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА, Е-СЕЛЕКТИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 140

0322 ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 140

0323 ЭФЕКТИВНОСТЬ ТРЕНИРОВОК В БАССЕЙНЕ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОЙ РЕАКЦИИ В АКТИВНОЙ ОРТОПРОБЕ 141

0324 ВЛИЯНИЕ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ЛИЦ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ 141

0325 ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АНГИО/МИОГЕНЕЗ В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 142

0326 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 142

0327 ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИЛОПИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УМЕРЕННОЙ И ТЯЖЁЛОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 142

0328 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ И БЕРЛИПРИЛОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 143

0329 ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МИТРАЛЬНАЯ РЕГУРГИТАЦИЯ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 143

0330 МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ДЕЗОРГАНИЗАЦИЯ ПРИ ОСТРЫХ ЛЕЙКОЗАХ И ЕЕ РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ АТЕРОСКЛЕРОЗА 143

0331 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ КЛАПАНОВ СЕРДЦА 144

0332 ЛИМФОЦИТАРНО-ТРОМБОЦИТАРНАЯ АДГЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 144

0333 НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД КАК ПОКАЗАТЕЛЬ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА 144

0334 ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ГИПОТАЛАМО-ВЕРТЕБРОГЕННЫМ КАРДИАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ 145

0335 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В СОСТАВЕ СТАНДАРТНОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 145

0336 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ АМЛОДИПИНА ПРИ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН 146

0337 МОЗГОВОЙ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКИЙ ПЕПТИД ЯВЛЯЕТСЯ ПРЕДИКТОРОМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ 146

0338 ОПЫТ ДОГОСПИТАЛЬНОЙ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА В УСЛОВИЯХ КАРДИОРЕАНИМАЦИОННОЙ БРИГАДЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 146

Tesis_006_end.indd 468 24.08.2006 22:26:34
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0339 ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭПИЗОДОВ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА И ОСОБЕННОСТЕЙ ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 147

0340 МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ОЖИРЕНИЕ У ПОДРОСТКОВ 147

0341 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ-КАНДИДАТОВ И ИХ ВКЛАД В РАЗВИТИЕ ИБС У МУЖЧИН 148

0342 ВЛИЯНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕВОТИРОКСИНОМ БОЛЬНЫХ СУБКЛИНИЧЕСКИМ ГИПОТИРЕОЗОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА 148

0343 ПСИХО-ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПРОСТАТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЦА 149

0344 ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 149

0345 КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН 149

0346 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 150

0347 ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПРО- И ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ПРОСПЕКТИВНОМ НАБЛЮДЕНИИ 150

0348 ИММУНОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 151

0349 ВАЗОАКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕКОТОРЫХ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 151

0350 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 152

0351 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ ИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ СЕГМЕНТА ST 152

0352 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ И ЛИПОРОТЕИДОВ КРОВИ НАТОЩАК И ПОСЛЕ ЖИРОВОЙ НАГРУЗКИ У БОЛЬНЫХ КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ 152

0353 ВЛИЯНИЕ АМЛОДИПИНА НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 152

0354 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ СКРИНИНГОВОЙ МУЛЬТИДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 153

0355 ОСОБЕННОСТИ ДИСЛИПИДЕМИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 153

0356 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ МОНОТЕРАПИИ ЛИЗИНОТОНОМ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 154

0357 ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 154

0358 ПОКАЗАТЕЛИ ХОЛТЕРОВСКОГО ЭКГ-МОНИТОРИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕТАЛОКОМ-ЗОК 154

0359 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕЙ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ЦИТОПРОТЕКЦИИ ПО ДАННЫМ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ 155

0360 ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА УЛУЧШАЕТ ИХ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПРОГНОЗ 155

0361 ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ 156

0362 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ЛОВАСТАТИНОМ, СПИРУЛИНОМ А ТАКЖЕ ИХ КОМБИНАЦИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ 156

0363 НОЛИПРЕЛ В КОРРЕКЦИИ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ у больных мягкой и умеренной артериальной гипертонией 157

0364 ИНДЕКСЫ Р-ВОЛНЫ И ИНТЕРВАЛА PQ ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАДИОГРАММЫ И ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ КАК ПОКАЗАТЕЛИ ИЗМЕНЕНИЯ СКОРОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ СИНУСОВОГО ИМПУЛЬСА У БОЛЬНЫХ ИБС С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 157

0365 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У МАШИНИСТОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД 157

0366 ПОКАЗАТЕЛИ КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ ИНТЕРЛЕЙКИНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ПОКРЫТИЯ СТЕНТА 158

0367 ФАКТОРЫ РИСКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ЗУБОЧЕЛЮСТНЫМИ АНОМАЛИЯМИ 158

0368 ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У УРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ 158

0369 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ФАКТОРОВ РИСКА У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АТОМНОЙ ЭЛЕКТРОСТАНЦИИ, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 159

Tesis_006_end.indd 469 24.08.2006 22:26:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0370 АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА КРАЙНЕМ СЕВЕРЕ 159

0371 ЧАСТОТА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ 160

0372 ИЗМЕНЕНИЯ ИНДЕКСА НАРУШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОЙ СОКРАТИМОСТИ (ИНЛС) МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ПОДВЕРГШИХСЯ КОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ НА ФОНЕ ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОПРОТЕКТОРАМИ МИЛДРОНАТ И ПРЕДУКТАЛ МВ 160

0373 ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 160

0374 С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК И СКОРОСТЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 161

0375 СОСТОЯНИЕ АНТИЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТА (АЭИ) У БОЛЬНЫХ С Q ФОРМИРУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 161

0376 ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГУМОРАЛЬНОГО ЗВЕНА ИММУННИТЕТА (АЭИ) У БОЛЬНЫХ С Q ФОРМИРУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (ИМ) И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИСХОДОМ ЗАБОЛЕВАНИЯ 162

0377 НЕОТЛОЖНАЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ 162

0378 УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ БАЛЛОННОЙ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКИ СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 162

0379 ВЗАИМОСВЯЗИ СТРУКТУРНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ, ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 163

0380 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КАЛЬЦИЙ-РЕГУЛИРУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ПАРАЩИТОВИДНЫХ ЖЕЛЕЗ 163

0381 АНТИАНГИНАЛЬНАЯ И АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ АНТАГОНИСТАМИ КАЛЬЦИЯ ДИГИДРОПИРИДИНОВОГО И НЕДИГИДРОПИРИДИНОВОГО РЯДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 164

0382 ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 164

0383 ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА И РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ АОРТОКОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 165

0384 ЦА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПОДЪЕМА АД И ГРУППЫ РИСКА 165

0385 КОРРЕКЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЛЕГОЧНОМ СЕРДЦЕ 165

0386 ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ В СВЯЗИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АТОРВАСТАТИНА 166

0387 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ, ДЕПРЕССИЯ И ПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ В ПОПУЛЯЦИИ МЕГАПОЛИСА 166

0388 ВЛИЯНИЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АЛЬТЕПЛАЗОЙ И СТРЕПТОКИНАЗОЙ НА УРОВЕНЬ ФИБРИНОГЕНА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 167

0389 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ АРТЕРИЙ ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТРАЦИКЛИНОВЫХ АНТИБИОТИКОВ 167

0390 ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 168

0391 ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЛОЗАП ПЛЮС 168

0392 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У ВЕТЕРАНОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ В КРАСНОДАРЕ: ИЗМЕНЕНИЯ, ПРОИЗОШЕДШИЕ С 2000 ПО 2005 ГОД 168

0393 ВЛИЯНИЕ ОМЕГА-3 ЖИРНЫХ КИСЛОТ, РОЗУВАСТАТИНА И ПЕРИНДОПРИЛА НА ПРОТИВОРЕЦИДИВНУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 169

0394 ВЛИЯНИЕ ПЕКТИНА НА ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 169

0395 ИММУННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ 170

0396 К ВОПРОСУ О СПЕКТРЕ ГЕТЕРОФИЛЬНЫХ АНТИКАРДИАЛЬНЫХ АНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ С ВИРУСНЫМИ И БАКТЕРИАЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ 170

0397 ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА ПРИ ГИПРТРОФИЧЕСКИХ КАРДИОМИОПАТИЯХ И ВТОРИЧНЫХ ГИПЕРТРОФИЯХ МИОКАРДА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 170

0398 КОРРЕКЦИЯ ГИПОКСИИ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 171

0399 МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ ПЕДАГОГОВ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ШКОЛ г.МОСКВЫ 171

Tesis_006_end.indd 470 24.08.2006 22:26:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0400 ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В АСПЕКТЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ ПО КАРДИАЛЬНОМУ ТИПУ И РАННИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИБС 172

0401 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИБС У МОЛОДЫХ 172

0402 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 2 С ПОМОЩЬЮ ТЕРАПИИ АЛЬФА-ЛИПОЕВОЙ КИСЛОТОЙ 173

0403 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА 173

0405 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПОСТЧЕРНОБЫЛЬСКОМ ПЕРИОДЕ: КЛИНИКА, ПОВРЕЖДЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ, ПРОГНОЗ 173

0406 ПРОФИЛАКТИКА ФАТАЛЬНЫХ ТРОМБОЗОВ И ТРОМБОЭМБОЛИЙ ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 174

0407 ТРАНСФОРМАЦИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИАРИТМИИ В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕЖИМА ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ 174

0408 ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕАКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКОВ СЕРДЦА ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ ПРОГРАММЫ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 175

0409 ТЕРАПИЯ АСПИРИНОМ ВОССТАНАВЛИВАЕТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ К АРАХИДОНОВОЙ КИСЛОТЕ У 26% БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 175

0410 КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 176

0411 ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 176

0412 ВОЗМОЖНОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЙ КОНТРАСТИРОВАННОЙ МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОЦЕНКИ НАСОСНОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА И СОСТОЯНИЯ КРОВОТОКА В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ 176

0413 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МОНО- И КОМБИНИРОВАННОЙ АНГИОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 177

0414 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ 177

0415 АКТУАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И НОРМАЛИЗАЦИИ ПАТОЛОГИИ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ, ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 178

0416 ДЕЙСТВИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА НА АНТИКОАГУЛЯНТНУЮ АКТИВНОСТЬ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКИЙ ПОТЕНЦИАЛ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 178

0417 ОЦЕНКА АДАПТАЦИОННОГО РЕЗЕРВА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЦА НА ОСНОВЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА 179

0418 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ПАТОЛОГИЯ В АССОЦИАЦИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ 179

0419 ОЦЕНКА РЕГИОНАРНОЙ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО И ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ КОРОНАРНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ 180

0420 ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫМ И ПОВТОРНЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 180

0421 ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА АНКЕТЫ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ» 180

0422 ПРИЧИНЫ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ НЕКЛАПАННОГО ГЕНЕЗА 181

0423 ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА 181

0424 ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕХАНИЗМОВ ЕЕ РАЗВИТИЯ 182

0425 ОПЫТ ЧРЕСКОЖНЫХ КОРОНАРНЫХ ИНТЕРВЕНЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 182

0426 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST, ОПЫТ ИНТЕРВЕНЦИОННОГО ЛЕЧЕНИЯ 182

0427 ПРЕРВАННЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПРИ РЕПЕРФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ 183

0428 МНОГОФАКТОРНЫЙ ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ ДЕФОРМИРУЕМОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ 183

0429 ВИНПОЦЕТИН В ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАЗВИТИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ К НИТРАТАМ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ II ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА 184

Tesis_006_end.indd 471 24.08.2006 22:26:35
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0430 АДГЕЗИВНО-АГРЕГАЦИОННЫЕ СВОЙСТВА ЛЕЙКОЦИТОВ И УРОВЕНЬ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭНДОТЕЛИОЦИТОВ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ИСХОДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 184

0431 ЭВОЛЮЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ 184

0432 РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В СТАЦИОНАРНОМ И ОТДЕЛЕННОМ ПЕРИОДАХ ПО ДАННЫМ 8-ЛЕТНЕГО НАБЛЮДЕНИЯ 185

0433 ПРИМЕНЕНИЕ РАМИПРИЛА В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 185

0434 ЦИРКАДНЫЙ ИНДЕКС ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ КАК ПРЕДИКТОР СЕРДЕЧНО СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 186

0435 «ЭФФЕКТ БЕЛОГО ХАЛАТА» У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 186

0436 СОСТОЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА, КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ И НЕЙРОВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 186

0437 ИЗМЕНЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНДАПАМИДОМ 187

0438 POST-REST РЕАКЦИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО МИОКАРДА ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ОБРАБОТКИ АМИОДАРОНОМ 187

0439 ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 188

0440 ДИНАМИКА ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН МОСКВЫ 30-64 ЛЕТ ЗА 20-ЛЕТНИЙ ПЕРИОД 188

0441 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ УЧАСТИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЛИКЛИНИК В ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПО КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 188

0442 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНОГОФАКТОРНОГО АНАЛИЗА ДЛЯ ПРЕДСКАЗАНИЯ ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА 189

0443 ВНУТРИСОСУДИСТОЕ АУТОРОЗЕТКООБРАЗОВАНИЕ И СОСТОЯНИЕ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ФОНЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ 189

0444 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 190

0445 МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ МАКРОСОСУДИСТЫХ РАЗВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ В ПЕРВОМ ДЕТСТВЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ИХ ВЕТВЛЕНИЙ 190

0446 АНГИОАРХИТЕКТОНИКА АРТЕРИАЛЬНОГО СУБЭПИКАРДИАЛЬНОГО РУСЛА СЕРДЦА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ВЕТВЛЕНИЙ ВЕНЕЧНЫХ АРТЕРИЙ 191

0447 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА A(−290)G ГЕНА CYP3A4 С НЕЛИПИДНЫМ ДЕЙСТВИЕМ АТОРВАСТАТИНА 191

0448 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА C(−186)T ГЕНА APOE С ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИМ ЭФФЕКТОМ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 191

0449 ДЕГЕНЕРАТИВНЫЙ АОРТАЛЬНЫЙ СТЕНОЗ, КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА 192

0450 АНТИАРИТМИЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ МИЛДРОНАТА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 192

0451 АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 1997-2005 гг 193

0452 ИЗУЧЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИИ МЕЖДУ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЕЙ И НАРУШЕНИЯМИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 193

0453 ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕНИЯ МАРКЕРОВ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИИ НА ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ 194

0454 ТУБЕРКУЛЁЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИКАРДА 194

0455 ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ГЕОМЕТРИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АССОЦИАЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ И САХАРНОГО ДИАБЕТА 194

0456 ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПРИ СТЕНОКАРДИИ 195

0457 НАРУШЕНИЯ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО СИНДРОМА 195

0457 СВЯЗЬ СКОРОСТНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ МИОКАРДА У С УРОВНЕМ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 196

0458 ВЛИЯНИЕ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ 196

0459 СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПРИ БОЛЕЗНЯХ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ 196

0460 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПОДРОСТКОВ МУЖСКОГО ПОЛА С РАЗЛИЧНЫМИ РОСТО-ВЕСОВЫМИ СООТНОШЕНИЯМИ С ПОГРАНИЧНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 197

Tesis_006_end.indd 472 24.08.2006 22:26:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0461 ^{31}Р ЯМР-СПЕКТРОСКОПИЯ, МЕТОД ДИЭЛЕКТРОФОРЕЗА ЭРИТРОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ С АРИТМИЯМИ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 197

0462 ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ХРОНОПУНКТУРЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ I–II СТЕПЕНИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 198

0463 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ВОЗМОЖНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ 198

0464 СОСТОЯНИЕ МАГИСТРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА 199

0465 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА ПО ДАННЫМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 199

0466 КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ БИОМЕТРИИ ПОЧЕК И ЭХОКАРДИОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 199

0467 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ СРЕДИ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНИКОВ, РАБОТАЮЩИХ В ЗОНЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА 200

0468 АССОЦИАЦИЯ ТОЛЩИНЫ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИЯ И АТЕРОСКЛЕРОЗА ОБЩИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 200

0469 ДЕТЕРМИНАНТЫ СУТОЧНЫХ КОЛЕБАНИЙ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ЖЕСТКОСТИ В ПОПУЛЯЦИИ НОВОСИБИРСКА 201

0470 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭПРОСАРТАНА И ЭНАЛАПРИЛА ВЛИЯНИЯ НА РЕГРЕСС ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У РАБОТНИКОВ ПОДВИЖНОГО СОСТАВА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 201

0471 ВЛИЯНИЕ ЭПРОСАРТАНА НА СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У РАБОТНИКОВ ПОДВИЖНОГО СОСТАВА, СТРАДАЮЩИХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 202

0472 ЗНАЧЕНИЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В СОКРАЩЕНИИ СРОКОВ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ 202

0473 ВЛИЯНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА МЕТИЛЕНТЕТРАГИДРОФОЛАТРЕДУКТАЗЫ (MTHFR) НА РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 202

0474 ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРНО-МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МЕМРАН ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ИБС 203

0475 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БАЛЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 203

0476 ОТДАЛЕННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ СЕРДЕЧНОЙ РЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 204

0477 МИОКАРДИАЛЬНАЯ ДИССИНХРОНИЯ ПРИ ОСТРОМ Q-ВОЛНОВОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 204

0478 ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ В УСЛОВИЯХ КОНСУЛЬТАТИВНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ОТДЕЛЕНИЯ 204

0479 ПРЕИМУЩЕСТВО ТКАНЕВОЙ МИОКАРДИАЛЬНОЙ ДОППЛЕРОВСКОЙ ЭХОКАРДИОГРАФИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 205

0480 ПЕРСОНАЛЬНАЯ ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ КАРДИОЛОГИЯ ПЕРВЫЕ ИТОГИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА 205

0481 ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ КИСЛОРОДОТЕРАПИИ НА УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 206

0482 К ВОПРОСУ О ПРОГНОЗИРОВАНИИ РАЗРЫВА СЕРДЦА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 206

0483 ДИНАМИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ, ПРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 206

0484 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРСИМПАТИКОТОНИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 207

0485 ОСОБЕННОСТИ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ Q-ВОЛНОВЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ПОЗДНЕЙ ГОСПИТАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ 207

0486 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕКСИДОЛА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 208

0487 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 208

0488 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АСКОЛОНГА У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ 208

0489 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА В СОЧЕТАНИИ С РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ 209

Tesis_006_end.indd 473 24.08.2006 22:26:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0490 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ (АГ) В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 209

0491 ВЛИЯНИЕ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ У ЖЕНЩИН С ХИРУРГИЧЕСКОЙ МЕНОПАУЗОЙ 210

0492 ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ КАРВЕДИЛОЛА НА ФУНКЦИЮ ГЕМОСТАЗА И ПРОХОДИМОСТЬ ВЕНОЗНОГО КОЛЛЕКТОРА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 210

0493 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА ПРИ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЯХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 211

0494 ФАРМАКОГЕНЕТИКА ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 211

0495 ВЛИЯНИЕ ЛЕВОСИМЕНДАНА НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНОГО ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 211

0496 КОРРЕКЦИЯ ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИИ – ОДИН ИЗ ПЛЕОТРОПНЫХ ЭФФЕКТОВ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 212

0497 ЭФФЕКТЫ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СОСУДОДВИГАТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОСТИНФАРКТНЫХ БОЛЬНЫХ 212

0498 ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 212

0499 ГОМОЦИСТЕИН И ПРОЦЕССЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 213

0500 МАРКЕТИНГОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ КАК ЗАЛОГ ПОЛНОЦЕННОЙ РЕАЛИЗАЦИИ ПРИОРИТЕТНОГО НАЦИОНАЛЬНОГО ПРОЕКТА В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ) 213

0501 ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ДЛИТЕЛЬНОГО, РЕГУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА СУДОРЕМОНТНОМ ЗАВОДЕ ПРИМОРСКОГО КРАЯ 214

0502 РУТИННАЯ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ 214

0503 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ИНГИБИТОРАМИ АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА НА УЛУЧШЕНИЕ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 214

0504 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НЕМАССИВНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ И ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ 215

0505 ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 215

0506 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 216

0507 РОЛЬ НОЛИПРЕЛА И ОБУЧЕНИЯ В «ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ» В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ВЛИЯНИЕ НА СНИЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В ОТКРЫТОЙ МНОГОЦЕНТРОВОЙ ПРОСПЕКТИВНОЙ ПРОГРАММЕ «НОКТЮРН» У ПАЦИЕНТОВ-УЧАСТНИКОВ В Г. А 216

0508 АНАЛИЗ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 216

0509 КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНЫЙ БАРОРЕЦЕПТОРНЫЙ РЕФЛЕКС ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 217

0510 МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЕ ПОТОКА КРОВИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 217

0511 ДИЛАТАЦИОННАЯ КАРДИОМИОПАТИЯ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПРОЦЕССА РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА 218

0512 О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ ВКЛЮЧЕНИЯ ГИПОКСЕМИЧЕСКОЙ ПРОБЫ ШТАНГЕ-ГЕНЧА В ПРОТОКОЛ ПОЛИФУНКЦИОНАЛЬНОГО ХОЛТЕРОВСКОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ 218

0513 СРАВНЕНИЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ И КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ 218

0514 АКТИВНОСТЬ РЕНИН-АНГИОТЕНЗИН-АЛЬДОСТЕРОНОВОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ ПЕРВИЧНЫМ Q-ОБРАЗУЮЩИМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 219

0515 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОСЛЕ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ИЛИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ 219

0516 ГИРУДОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 220

0517 ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ СЕРДЦА 220

0518 НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 220

0519 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДОГОСПИТАЛЬНОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА С ПОДЪЕМОМ СЕГМЕНТА ST 221

Tesis_006_end.indd 474 24.08.2006 22:26:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0520 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СПИНОГО МОЗГА И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ. 221

0521 СРАВНЕНИЕ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ПРАВОГО И ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА, КАК СПОСОБ ДАГНОСТИКИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 222

0522 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО И ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКОВ У БОЛЬНЫХ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ И ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ 222

0523 ПАТОЛОГИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА 222

0524 УКОРОЧЕНИЕ ИНТЕРВАЛА PR, ДВУНАПРАВЛЕННАЯ ЖЕЛУДОЧКОВАЯ ТАХИКАРДИЯ И БРАДИКАРДИЯ – КЛИНИКО-ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЙ СИНДРОМ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ВНЕЗАПНОЙ АРИТМОГЕННОЙ СМЕРТИ 223

0525 ТЕНДЕНЦИИ ВО ВНЕГОСПИТАТАЛЬНОЙ ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ДО 45 ЛЕТ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ 223

0526 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 223

0527 ВСЕМИРНЫЙ ВЕБ-СИМПОЗИУМ ПО СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОБМЕНА НАУЧНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ И ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ КАРДИОЛОГОВ 224

0528 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КЛОПИДОГРЕЛЯ В СОЧЕТАНИИ С АСПИРИНОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ С ПОДЬЕМОМ СЕГМЕНТА ST. 224

0529 ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПОДВЕРЖЕННОСТИ К СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ 225

0530 ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 225

0531 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИЛДРОНАТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 225

0532 ВРЕМЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 226

0533 ИССЛЕДОВАНИЕ СТРУКТУРЫ КРОВОТОКА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 226

0534 КАРДИОРЕНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 227

0535 ОСОБЕННОСТИ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ПОВТОРНЫХ ИНФАРКТАХ МИОКАРДА (ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУЧАЙ-КОНТРОЛЬ) 227

0536 ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕХОДЯЩЕЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЧРЕСКОЖНЫЕ КОРОНАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, В СРОКИ 6-9 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ 227

0537 КОНТРОЛЬ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПОПУЛЯЦИИ: СОВРЕМЕННЫЕ ТРЕНДЫ 228

0538 ДЕТЕРМИНАНТЫ ХАРАКТЕРИСТИК ЖЕСТКОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ И ОТРАЖЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ

0539 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГПЕРТЕНЗИИ, АССОЦИИРОВАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 229

0540 НАРУШЕНИЕ КАРДИОПУЛЬМОНАЛЬНОГО БАРОРЕФЛЕКСА-РАННИЙ МАРКЕР ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИП 1 229

0541 ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕМЕЙНОЙ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ 229

0542 РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА β_1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ МЕТОПРОЛОЛОМ CR\XL БЕТАЛОКОМ ЗОК 230

0543 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 230

0544 ОЦЕНКА ВАЗОПРОТЕКТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ И КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПИРАПРИЛА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 1 И 2 СТЕПЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 231

0545 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНЬЮ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ БЕНАЗЕПРИЛОМ 231

0546 БЕССИМПТОМНАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА И НАРУШЕНИЕ РИТМА СЕРДЦА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ И АД 231

0547 СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 232

0548 ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 232

0549 АТЕРОСКЛЕРОЗ БРЮШНОЙ АОРТЫ И СОННЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ОЖИРЕНИИ И В СОЧЕТАНИИ ЕГО С ДРУГИМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 233

0550 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КРИЗОВОГО ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ. 233

Tesis_006_end.indd 475 24.08.2006 22:26:36
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0551 К ВОПРОСУ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ МОНОТЕРАПИЕЙ СИОФОРОМ И В ЕГО СОЧЕТАНИИ С БЕРЛИПРИЛОМ 5 233

0552 ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С ОСТЕОПОРОЗОМ 234

0553 ОЦЕНКА АРИТМИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСК ОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИБС 234

0554 КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 235

0555 ВЛИЯНИЕ ЛИЗИНОПРИЛА (ДАПРИЛА) НА РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ 235

0556 АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ПОЗИТИВНЫЙ ИН-ФАРКТ МИОКАРДА 235

0557 ПРИМЕНЕНИЕ ЛИПТОНОРМА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИБС И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 236

0558 ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 236

0559 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ ADRB1, CYP1A1, CYP1A2 и CYP2D6 С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТЕРАПИИ БЕТАКСОЛОЛОМ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 237

0560 ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА 237

0561 КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В ДИАГНОСТИКЕ СЕРДЕЧНЫХ АРИТМИЙ 238

0562 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СТЕНОКАРДИИ 238

0563 ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У СПОРТСМЕНОВ 239

0564 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДОВ ТРОМБОЗА УШКА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ГЕМОРРАГИЧЕС-КИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ВАРФАРИН 239

0565 ВЗАИМОСВЯЗИ ВЕГЕТАТИВНОГО И МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 239

0566 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 240

0567 ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА: СИСТЕМНОСТЬ И МУЛЬТИФОКАЛЬНОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ АТЕРОТРОМБОЗЕ 240

0568 ЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ МЕТЕОПАТИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 241

0569 О ГЕНЕЗЕ ПОТЕНЦИАЛА ПОКОЯ СОКРАТИТЕЛЬНОГО МИОКАРДА И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ТКАНИ СЕРДЦА 241

0570 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СД ТИПА 2 В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 242

0571 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ, ЧАСТОТА НОВЫХ СЛУЧАЕВ «ОПРЕДЕЛЕННОГО» ИНФАРКТА МИОКАРДА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ СРЕДИ МУЖЧИН 242

0572 РИЗНАКИ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММ СРЕДИ МУЖЧИН И ПОКАЗАТЕЛИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ, ЧАСТОТЫ НОВЫХ СЛУЧАЕВ, ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QT 243

0573 СОСУДИСТАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ И НЕИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 243

0574 РОЛЬ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ АСИНЕРГИИ В ФОРМИРОВАНИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА 243

0575 ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ЭТАНОЛА 244

0576 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АТОРВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ 244

0577 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМЕХАНИЧЕСКОГО АСИНХРОНИЗМА МИОКАРДА НА ДИНАМИКУ МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА 245

0578 ВЗАИМОСВЯЗЬ УРОВНЯ МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ГОРМОНА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИУ БОЛЬНЫХ ИБС ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АОРТО-КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ 245

0579 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ДИСЛИПИДЕМИЯ: ВОЗМОЖНОСТИ СТАТИНОВ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ 245

Tesis_006_end.indd 476 24.08.2006 22:26:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0580 АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ЭНЗИКС У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 246

0581 ВЗАИМОСВЯЗЬ ТЯЖЕСТИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ СУТОЧНОЙ ДИНАМИКИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 246

0582 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 247

0583 ВЗАИМОСВЯЗЬ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ЭКГ ПОТЕНЦИАЛА И МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 247

0584 ИССЛЕДОВАНИЕ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ОСНОВ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ ПО ПОЛИМОРФИЗМУ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ 248

0585 АССОЦИАЦИЯ ГЕНОВ ЦИТОКИНОВОЙ СЕТИ С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ВНЕЗАПНОЙ КАРДИАЛЬНОЙ СМЕРТИ 248

0586 ГИПЕРТЕНЗИЯ У ЖИТЕЛЕЙ НОВОСИБИРСКА 45-69 ЛЕТ 248

0587 ИЗМЕНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, В РЕЗУЛЬТАТЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗНЫХ ПРОГРАММ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ 249

0588 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА ИМПАЗА В ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 249

0589 ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ЭНДОТЕЛИАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 250

0590 СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ 250

0591 ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ К АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 251

0592 СОСТОЯНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 251

0593 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II КАНДЕСАРТАНА У БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 251

0594 ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАТОРА РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕЗИНА II КАНДЕСАРТАНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С ФИБРИЛЛЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 252

0595 ИШЕМИЧЕСКОЕ ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 252

0596 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ 253

0597 К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТРОМБОЦИТАРНЫХ ТРОМБОЗОВ В КРОВЕНОСНЫХ СОСУДАХ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 253

0598 ДИНАМИКА РАЗЛИЧНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЛАСТИЧНОСТИ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА ФОНЕ МОНОТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ 253

0599 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА 254

0600 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ РИТМА СЕРДЦА У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЗНЬЮ СЕРДЦА И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ 254

0601 ВЛИЯНИЕ ОБЪЕМА ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ ТКАНИ НА УРОВЕНЬ ТЕСТОСТЕРОНА У МУЖЧИН С ИБС 255

0602 Эффективность и безопасность применения дилатренда у больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) 255

0603 ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ К ЛЕЧЕНИЮ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ЕЕ ПОВЫШЕНИЕ 255

0604 ИЗУЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ ЭФФЕКТОВ РОЗУВАСТАТИНА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ДИСЛИПИДЕМИЕЙ 256

0605 ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СОДЕРЖАНИЕ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В ЛЕЧЕНИИ АТОРВАСТАТИНА 256

0606 МОЗГОВОЙ КРОВОТОК И СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НОРМОДИПИНОМ И КАВИНТОНОМ-ФОРТЕ 257

0607 СОСТОЯНИЕ ЛЕГОЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ЧАСТОТА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 257

0608 ВНЕСЕРДЕЧНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ 257

0609 ЧАСТОТА ОБНАРУЖЕНИЯ АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ: СВЯЗЬ С ПОЛОМ И КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ 258

Tesis_006_end.indd 477 24.08.2006 22:26:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0610 ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ЗАЩИТНОЙ СИСТЕМЫ HSP70 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЁГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ 258

0611 РОЛЬ ЭХОКАРДИОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ СЕРДЦА ПРИ СИСТЕМНЫХ ВАСКУЛИТАХ 259

0612 АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ С ПОЛИМОРФНЫМ МАРКЕРОМ С(–1947)А ГЕНА HMGCR У БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ 259

0613 МИНИМИЗАЦИЯ КСЕНОБИОТИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 260

0614 СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ 260

0615 СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С РАЗЛИЧНЫМ ПОРОГОМ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ 261

0616 РОЛЬ КАРДИОЛОГА В РАБОТЕ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 261

0617 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ТЕСТАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ И МИОГЕННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ НА ФОНЕ ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК 261

0618 СОСТОЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГИПОТЕНЗИВНОГО ЭФФЕКТА ФИЗИЧЕСКИХ ТРЕНИРОВОК 262

0619 ИЗУЧЕНИЕ КОРОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ВАСКУЛИТАМИ МЕТОДОМ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА 262

0620 ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО И ОБЩЕТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЙ 263

0621 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА СРЕДИ ЭТНИЧЕСКИХ РУССКИХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В МОСКВЕ 263

0622 РОЛЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ИЗМЕНЕНИИ ФИЗИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СУСТАВОВ В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ 264

0623 КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЛИПОФИЛЬНЫХ β–адреноблокаторов МЕТОДОМ КАПИЛЛЯРНОГО ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 264

0624 АНТИАРИТМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФЕНОМЕНА ИШЕМИЧЕСКОГО ПРЕКОНДИЦИОНИРОВАНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 264

0625 НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ СИНДРОМЕ РАННЕЙ РЕПОЛЯРИЗАЦИИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ, МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ 265

0626 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ: ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В ВОЗНИКНОВЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ У УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 265

0627 НАРУШЕНИЕ ПОСТРАНСЛЯЦИОННОЙ МОДИФИКАЦИИ КОЛЛАГЕНА КАК ПРИЧИНА ДЕСТАБИЛИЗАЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ВОСПАЛЕНИИ 265

0628 ИСХОДЫ ОСТРОГО ПЕРИОДА НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИИ 266

0629 ОЦЕНКА СКОРОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПУЛЬСОВОЙ ВОЛНЫ И ИНДЕКСА CAVI У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 1-2 СТЕПЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 266

0630 ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТУРБУЛЕНТНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ЛЕВО- И ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ В ОЦЕНКЕ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 267

0631 РОЛЬ ЭНДОТЕЛИНА-1 В ПРОГРЕССИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЕГО АГРЕССИИ 267

0632 ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ И УТЯЖЕЛЕНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ СОСТОЯНИЙ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 268

0633 МЕДИЦИНСКИЙ МОНИТОРИНГ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ ЛЕТНЫХ ПРОФЕССИЙ 268

0634 ПОРАЖЕНИЕ ОРГАНОВ – МИШЕНЕЙУ РАБОТНИКОВ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 268

0635 ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКИХТРЕНИРОВОК У ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 269

0636 метод эффективной многофакторной коррекции стресс-индуцированной артериальной гипертонии У РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД 269

0637 СНИЖЕНИЕ ЧАСТОТЫ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ НА ФОНЕ ПРИЕМАКОРДАРОНА У БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЦА В ЗАВИСИМОСТИ ОТВЕЛИЧИНЫ СКОРОСТИ Na+-Li+- ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА 270

0638 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПРЕСТАРИУМА И ЛОЗАРТАНА НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ДИСФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПЕРЕНЕСШИХQ ИНФАРКТ МИОКАРДА 270

0639 РИСК-СТРАТИФИКАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА 271

Tesis_006_end.indd 478 24.08.2006 22:26:37
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0640 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНФОРМАТИЗАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ КАРДИНЕТ-ОНЛАЙН ДЛЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПОЛИКЛИНИКЕ И НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ 271

0641 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 271

0642 ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ЕГО КОРРЕКЦИЯ УБОЛЬНЫХ, ПОДВЕРГШИХСЯ АОРТОКОРОНАРНОМУ ШУНТИРОВАНИЮ 272

0643 ОЦЕНКА ВНУТРИСОСУДИСТОЙ АКТИВАЦИИ ТРОМБОЦИТОВ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ 272

0644 АНАЛИЗ ГЕНЕТИЧЕСКОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К КРОВОТОЧИВОСТИ НА ФОНЕ ПРИЕМА ВАРФАРИНА У ПАЦИЕНТОВ С ИСКУССТВЕННЫМИ КЛАПАНАМИ СЕРДЦА 273

0645 СОСТОЯНИЕ КОМПЕНСАЦИИ ТИРЕОИДНОЙ ФУНКЦИИ И АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ 273

0646 ВЛИЯНИЕ ПРЕДЫНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ НА ТЕЧЕНИЕ ГОСПИТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 274

0647 О РОЛИ ВИРУСОВ ВПАТОГЕНЕЗЕ ВИРУСНОГО (ИНФЕКЦИОННО-ИММУННОГО) МИОКАРДИТА И РАЗВИТИИ ДКМП 274

0648 ЦИТОТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ФАКТОРА НЕКРОЗА ОПУХОЛИ АЛЬФА И ИНТРФЕРОНА АЛЬФА И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ МИОКАРДИТОМ 274

0649 ЗНАЧЕНИЕ ЦИТОКИНОГО ДИСБАЛАНСА В РАЗВИТИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО МИОКАРДИТА 275

0650 РОЛЬ КАТАЛИТИЧЕСКИХ АУТОАНТИТЕЛ С ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ К КАРДИОМИОЗИНУ В ПАТОГЕНЕЗЕ МИОКАРДИТА 276

0651 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕЙРОСЕТЕВЫХ КЛАССИФИКАТОРОВ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ЭФФЕКТА ОСНОВНЫХ КЛАССОВ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ИБС 276

0652 СТРУКТУРА АРТЕРИАЛЬНЫХ ГИПЕРТЕНЗИЙ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ СЕНИЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ 277

0653 ВЛИЯНИЕ ДНЕВНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ НА МИКРОЦИРКУЛЯЦИЮ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 277

0654 АННЕКСИН–5 – МАРКЕР ВЫРАЖЕННОСТИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК НА ДОКЛИНИЧЕСКОЙ СТАДИИ РАЗВИТИЯ АТЕРОСКЛЕРОЗА 277

0655 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ НА ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХИНФАРКТОМ МИОКАРДА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 278

0656 АМИОДАРОН ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 278

0657 НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 279

0658 ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ СТАЦИОНАРОВ РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ 279

0659 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СОКРАТИМОСТИ СЕРДЦА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ ИУ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОММИОКАРДА 279

0660 АНАЛИЗ ВКЛАДА ГЕНОВ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА В ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К ИШЕМИЧЕСКОМУ ИНСУЛЬТУ У ЯКУТОВ 280

0661 СКОРОСТЬ ДВИЖЕНИЯ МИОКАРДА В ОБЛАСТИ ПРЕДСЕРДНО-ЖЕЛУДОЧКОВОГО СОЕДИНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 280

0662 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ТЕРАГЕРЦОВОГО ДИАПАЗОНА НА ЧАСТОТАХ МОЛЕКУЛЯРНОГО СПЕКТРА ОКСИДА АЗОТА НА СОСТОЯНИЕ КОАГУЛЯЦИОННОГО ГЕМОСТАЗА И СИСТЕМУ ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 280

0663 КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОАО САНАТОРИЙ «МЕТАЛЛУРГ» 281

0664 ДИСПЛАСТИЧЕСКОЕ СЕРДЦЕ ПРИ СИСТЕМНОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 281

0665 НАСЛЕДСТВЕННО-ОБУСЛОВЛЕННАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ: МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ В КЛИНИКЕ И ЭКСПЕРИМЕНТЕ 281

0666 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОГО ПРОФИЛЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В РАМКАХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА 282

0667 МЕЖОТДЕЛЕНЧЕСКАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПО ДАННЫМ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ 282

0668 ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНЫХ ВЕЛОТРЕНИРОВОК ПО МЕТОДИКЕ СВОБОДНОГО ВЫБОРА НАГРУЗКИ НА ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕИНФАРКТА МИОКАРДА 283

0669 РАННЯЯ ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ПАЦИЕНТОВ МОЛОДОГО И СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА 283

Tesis_006_end.indd 479 24.08.2006 22:26:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0670 РЕЗУЛЬТАТЫ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ С ПОМОЩЬЮ СТЕНТОВ С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 284

0671 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМПЛАНТИРУЕМОГО КАРДИОВЕРТЕРА – ДЕФИБРИЛЛЯТОРА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ) 284

0672 УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭНДОТЕЛИЙЗАВИСИМЫХ ВАЗОМОТОРНЫХ РЕАКЦИЙ И СТРУКТУРЫ СОСУДИСТОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ ИБС 285

0673 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 285

0674 ИНГИБИТОРЫ АПФ В ЛЕЧЕНИИ ИБС: РЕЗУЛЬТАТЫ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 285

0675 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛЕРИША 286

0676 ПОСТИНФАРКТНОЕ РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПОСЛЕ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИВ ОСТРОМ ПЕРИОДЕИНФАРКТА МИОКАРДА 286

0677 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИЛДРОНАТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 286

0678 АНТИАРИТМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛАПИНИНА С БИСОПРОЛОЛОМВ ПЕРВЫЕ СУТКИ ОСТРОГО «Q» ИНФАРКТА МИОКАРДА. 287

0679 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТИТРОМБОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ КЛОПИДОГРЕЛЕМ ПРИ ОКС БЕЗ ЭЛЕВАЦИИ S-T 287

0680 СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ И ЧАСТОТА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА 287

0681 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ИШЕМИЗИРОВАННОГО МИОКАРДА ПРИ РЕПЕРФУЗИИ 288

0682 ВЛИЯНИЕ ДОНОРОВ NO НА КОРОНАРНУЮ, СОКРАТИТЕЛЬНУЮ И НАСОСНУЮ ФУНКЦИЮ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ 288

0683 АМБУЛАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИЗМЕРЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИСКРЫТОЙ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ 289

0684 СУБДЕПРЕССИЯ У МУЖЧИН, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И АССОЦИИРОВАННЫЕ ФАКТОРЫ 289

0685 ЭНТЕРОВИРУС И ИБС: ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ 289

0686 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ МОДИФИЦИРУЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У БОЛЬНЫХИБС, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 290

0687 АНТИКАРДИАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА 290

0688 ВЫДЕЛЕНИЕ ИНФОРМАТИВНЫХ ПРИЗНАКОВ ПРИ СРАВНЕНИИ МАГНИТОКАРДИОГРАММ ЗДОРОВЫХ ОБСЛЕДУЕМЫХ И ПАЦИЕНТОВ ИБС 291

0689 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 291

0690 КОНЦЕНТРАЦИЯ МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ Q-ИНФАРКТАХ МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И БЕЗ НЕГО 291

0691 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЛАЕНТНОСТИК ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 292

0692 СИСТОЛИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ТИПОВ 292

0693 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ КВИНАПРИЛОМ И ГИПОТИАЗИДОМ У БОЛЬНЫХ С МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 292

0694 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВПРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 293

0695 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬФОЗИНОПРИЛАИ МЕТОПРОЛОЛАВЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХАРТЕРИАЛЬНОЙГИПЕРТОНИЕЙВСОЧЕТАНИИ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРХОЛЕСТЕРИНЕМИЕЙ 293

0696 НЕИНВАЗИВНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РЕСТЕНОЗА ПОСЛЕ ЧТКА ПРИ ПОМОЩИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ 294

0697 СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА ВНЕЗАПНОЙ СЕРДЕЧНОЙ СМЕРТИ У БОЛЬНЫХ ИБСИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ, ПАРАМЕТРОВ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА ИДИНАМИКИ ИНТЕРВАЛА QT 294

0698 АДРЕНОМЕДУЛИН И ТАУРИН СНИЖАЮТ КАРДИОТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ФТОРА 295

0699 ЭФФЕКТИВНОСТЬЭНДОКАРДИАЛЬНОЙ ПРОЦЕДУРЫ «ЛАБИРИНТ» 295

0700 БИОМЕХАНИЧЕСКИЕИ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ОНТОГЕНЕЗА И ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ЕГО ПАТОЛОГИИ 295

0701 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ПРИ ЕЕ СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ 296

Tesis_006_end.indd 480 24.08.2006 22:26:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0702 ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В ЦЕНТРЕ ГРУДНОЙ ХИРУРГИИ 296

0703 АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ РЕНТГЕНХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЗА 2003-05 ГГ. 297

0704 ВОЗМОЖНОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ 297

0705 НАШ ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ 298

0706 СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ СТЕНТОВ -НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

0707 БАЛЛОННАЯ ВАЛЬВУЛОПЛАСТИКА КЛАПАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 299

0708 НАШ ОПЫТПРОВЕДЕНИЯ СПИРТОВОЙ АБЛАЦИИ ПЕРВОЙ СЕПТАЛЬНОЙ ВЕТВИ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 299

0709 НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕНТИРОВАНИЯ БИФУРКАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 299

0710 ПРИМЕНЕНИЕ ОПЕРАТИВНОЙ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ 300

0711 ОЦЕНКА ПЕРСОНАЛЬНОГО РИСКА ФАТАЛЬНЫХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В ПЕВИЧНОМ ЗВЕНЕ 300

0712 КОРРЕКЦИЯ ОКСИДАНТНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 301

0713 ЭПРОСАРТАН И ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 301

0714 СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ И ПАРАМЕТРЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АМЛОДИПИНОМ 302

0715 ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 302

0716 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 303

0717 ВЕЛИЧИНА ФРАКЦИИ ВЫБРОСА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЛИЦ БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ: СВЯЗЬ С ВОЗРАСТОМ БОЛЬНЫХ И КРИТЕРИЯМИ ОЦЕНКИ 303

0718 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ АТ1-РЕЦЕПТОРОВ К АНГИОТЕНЗИНУ IIИ ИНГИБИТОРОВ АПФ В ТЕРАПИИ РЕЗИДУАЛЬНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 303

0719 БЕРЕМЕННЫМ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОМБИНИРОВАННУЮ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНУЮ ТЕРАПИЮ 304

0720 ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА СОДЕРЖАНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ И ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 304

0721 ИЗМЕНЕНИЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ЖИРНО-КИСЛОТНОГО СОСТАВА ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ИБС В СОЧЕТАНИИ С АГ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К ГИПОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ 305

0722 СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 305

0723 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ АБДОМИНАЛЬНОГО ТИПА ОЖИРЕНИЯ У ЛИЦ С НАРУШЕННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ К УГЛЕВОДАМ 306

0724 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПТОНОРМА ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ 306

0725 СВЯЗЬ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ГИПЕРЛИПИДЕМИИ СГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХС ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ (тХПН), ПОЛУЧАЮЩИХАМБУЛАТОРНЫЙ ПРОГРАММНЫЙГЕМОДИАЛИЗ 306

0726 РЕГУЛЯЦИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 307

0727 ОКИСЛЕННО МОДИФИЦИРОВАННЫЙ ФИБРИНОГЕН ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 307

0728 АКТИВНОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ 308

0729 ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ 308

0730 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС И ЛИЦ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ 309

0731 КАЛЬЦИФИКАЦИЯАОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА И КОСТНЫЙ ОБМЕН У БОЛЬНЫХ КАЛЬЦИНИРОВАННЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО ГЕНЕЗА 309

0732 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ГИПЕРТРОФИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 309

0733 ФОСФОЛИПИДНЫЙ СПЕКТР МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛУВАСТАТИНОМ 310

Tesis_006_end.indd 481 24.08.2006 22:26:38
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0734 ИЗМЕНЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ И ФУНКЦИИ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ (ХСН) 310

0735 ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 311

0736 ПРИМЕНЕНИЕ ПИРАЗИДОЛА ПРИ ДЕПРЕССИЯХ ВКАРДИОЛОГИИ 311

0737 ДИНАМИКА ФАРМАКОТЕРАПИИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST В САРАТОВЕ НА ПРИМЕРЕ МУНИЦИПАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ 312

0738 ВЛИЯНИЕ ГИПОКСЕНА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 312

0739 ВЛИЯНИЕ МЕКСИКОРА НА ТОЛЕРАНТНОСТЬ К ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ 312

0740 ВКЛАД АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНОВ ABCA1 И PON1 В РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА АРТЕРИЙ 313

0741 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ. 313

0742 ОЦЕНКА ГЛОБАЛЬНОЙ И СЕГМЕНТАРНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ТАХИАРИТМИЯМИ В РАННИЕ СРОКИ ПОСЛЕ КАТЕТЕРНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВЕДЕНИЯ ПО ДАННЫМ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОЙ ДОППЛЕРЭХОКАРДИОГ 314

0743 ДИНАМИКАПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО И УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ АЛЛЕЛЯМИ ГЕНА TNF-□ 314

0744 СОСТОЯНИЕ КАРОТИДНЫХ АРТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПЕЧЕНИ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 314

0745 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУРОГАТНОГО МЕТОДА ОПРЕ ДЕЛЕНИЯ ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ В РАБОТЕ ПРАКТИКУЮЩЕГО КАРДИОЛОГА 315

0746 РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ И СТЕНТИРОВАНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С ИБС 315

0747 ПРИМЕНЕНИЕ КОНКОРА У БОЛЬНЫХ С СОХРАНЕННЫМ СИНУСОВЫМ РИТМОМ И МАЛОСИМПТОМНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОСЛЕ ИМПЛАНТАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯТОРА В РЕЖИМЕ VVI 316

0748 ВЛИЯНИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ 316

0749 КОМПОЗИТНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА 317

0750 РОЛЬ ЭХОКГ В ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВООБРАЗОВАНИЙ СЕРДЦА 317

0751 ВЛИЯНИЕ ПРОГРАММНОЙ ТЕРАПИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КАРВЕДИЛОЛА НА СОСТОЯНИЕ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 317

0752 ЗНАЧЕНИЕ ЭКГ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 318

0753 ВЗАИМОСВЯЗЬ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ПОЧЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЗНАЧЕНИЕ GNB3 C825T ПОЛИМОРФИЗМА 318

0754 ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ ЭНДОТЕЛИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ НА ВАЗОКОНСТРИКЦИЮ, ИНДУЦИРОВАННУЮ ЭНДОТЕЛИНОМ-1, В КАПИЛЛЯРНОМ КРОВОТОКЕ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И ВЗАИМОСВЯЗЬ С GNB3 C825T ПОЛИМОРФИЗМОМ 319

0755 НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСУДИСТО–ТРОМБОЦИТАРНОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ УКСУСНОЙ КИСЛОТОЙ 319

0756 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СКОРОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК РЕПОЛЯРИЗАЦИИ МИОКАРДА ЖЕЛУДОЧКОВ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ И БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 319

0757 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ НИБЕНТАНА И АМИОДАРОНА В КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЫМЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ 320

0758 САХАРОСНИЖАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ И СРЕДНИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 320

0759 ГИПЕРТРОФИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА: ОТ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДО ИСХОДА 321

0760 РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО 321

0761 ВЛИЯНИЕ ВИРУСНОЙ И ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 321

0762 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИЛДРОНАТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА НА САНАТОРНОМ ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ 322

0763 УРЕЖЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И АНТИИШЕМИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ β- АДРЕНОБЛОКАТОРОВ 322

0765 ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БЕТАКСОЛОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 323

Tesis_006_end.indd 482 24.08.2006 22:26:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0765-а ПРИМЕНЕНИЕ ИНГИБИТОРА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ЛИЗИНОПРИЛА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 323

0766 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОРЕСИНХРОНИЗИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТЬАТОЧНОСТЬЮ И НАРУШЕНИЕМ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ 324

0767 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПОВТОРНЫМИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯМИ 324

0768 КЛИНИЧЕСКИЕ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ЖЕНЩИН 324

0769 ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ПО ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ КУРСОВ НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХСН II–IV ФК 325

0770 ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ 325

0771 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 326

0772 НАРУШЕНИЕ ПРОВОДИМОСТИ И РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ОТРАВЛЕНИЕМ СПИРТАМИ 326

0773 ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ЖИРНЫХ КИСЛОТ С ПОКАЗАТЕЛЯМИ ЛИПИДНОГО ПРОФИЛЯ КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОННЫХ АРТЕРИЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 326

0774 ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ 327

0775 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ И РОЗУВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА И С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 327

0776 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ АТОРВАСТАТИНОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ ПОСТПРАНДИАЛЬНОЙ ЛИПЕМИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С ГИПЕРЛИПИДЕМИЕЙ 328

0777 СООТНОШЕНИЕ УРОВНЕЙ ИНТЕРЛЕЙКИНА-1, ФАКТОРА ВИЛЛЕБРАНДА И ФИБРИНОГЕНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ПЕРИОД МЕНОПАУЗЫ 328

0778 СКРИНИНГ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА 328

0779 ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО- СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОЙ СТАДИИ ЛАЙМ-БОРРЕЛИОЗА 329

0780 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЦА И ДИСПЕРСИЯ ИНТЕРВАЛОВ QT И JT ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, СОЧЕТАЮЩЕЙСЯ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА 329

0781 ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ДИУРЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ 329

0782 ХРОНИЧЕСКАЯ ОДЫШКА У КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ЭТИОЛОГИЯ 330

0783 НАГРУЗОЧНЫЙ ТЕСТ С ГАЗОВЫМ АНАЛИЗОМ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОДЫШКОЙ НЕЯСНОГО ГЕНЕ ЗА 330

0784 ЭФФЕКТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕДОСТАТИНА НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 331

0785 ЭФФЕКТЫ РАННЕГО ПРИМЕНЕНИЯ СИМВАСТАТИНА НА ПРОГНОЗ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 331

0786 ВЛИЯНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 331

0787 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОПАФЕНОНА В КУПИРОВАНИИ ПАРОКСИЗМА ФИБРИЛЛЯЦИЙ ПРЕДСЕРДИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА В СОЧЕТАНИИ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 332

0788 КОМПОНЕНТЫ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА И ИХ СВЯЗЬ С ФАКТОРАМИ РИСКА РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ 332

0789 ВЛИЯНИЕ ПОСТОЯННОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОСТИМУЛЯЦИИ НА ДИСФУНКЦИЮ ЭНДОТЕЛИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕ- И ПОСТМЕНОПАУЗЕ СТРАДАЮЩИХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 333

0790 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕЦИДИВ СТЕНОКАРДИИ ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ 333

0791 ТЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ДИСФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 334

0792 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИЛДРОНАТА И ПРЕДУКТАЛА МВ 334

0793 ВОЗМОЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ МЕХАНИЗМОВ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИИ 334

0794 СТРАТЕГИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БОЛЬНЫХ, ПРОШЕДШИХ БОЕВЫЕ ДЕЙСТВИЯ 335

0795 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЛИЯНИЯ НЕБИВОЛОЛА НА СОДЕРЖАНИЕ 2,3-ДИФОСФОГЛИЦЕРАТА В ЭРИТРОЦИТАХ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 335

0796 ФАКТОРЫ РЕЦИДИВА СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДЕНИЯ 336

Tesis_006_end.indd 483 24.08.2006 22:26:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0797 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВАЗОМОТОРНУЮ ФУНКЦИЮ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 336

0798 ИЗМЕНЕНИЯ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА 337

0799 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОЦЕССОВ ФАЗОВОГО ПЕРЕХОДА ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 337

0800 ОСОБЕННОСТИ ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПЛАЗМЫ КРОВИ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 337

0801 ОСОБЕННОСТИ НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 338

0802 ДИНАМИКА УРОВНЕЙ БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ И МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ ИБС НА ФОНЕ НАГРУЗОЧНОЙ ПРОБЫ И БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ 338

0803 ЭФФЕКТИВНОСТЬ 16-НЕДЕЛЬНОЙ МОНОТЕРАПИИ ТЕЛМИСАРТАНОМ У БОЛЬНЫХ МЯГКОЙ И УМЕРЕННОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 339

0804 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕЛМИСАРТАНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА. 339

0805 ВЛИЯНИЕ НОВЫХ ДОНОРОВ ОКСИДА АЗОТА НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ НОРМОТЕНЗИВНЫХ КРЫС 339

0806 СОДЕРЖАНИЕ ФНО-α В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ 340

0807 ВЛИЯНИЕ НОЧНОЙ СМЕНЫ РАБОТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 340

0808 СОСТОЯНИЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ У ЖЕНЩИН С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 341

0809 СОКРАТИТЕЛЬНАЯ ФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ И БОЛЬНЫХ БЕЗ ЗНАЧИТЕЛЬНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И ЛЕГКИХ 341

0810 ФАРМАКОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЕРАПАМИЛА SR У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 341

0811 ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЯ НА ФУНКЦИЮ ПОЧЕК У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ВЫСОКОГО РИСКА 342

0812 РАСШИРЕНИЕ ДИАПАЗОНА ПРИМЕНЕНИЯ ШЕСТИМИНУТНОГО ТЕСТА ХОДЬБЫ 342

0813 ВОЗМОЖНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 343

0814 ВЗАИМОСВЯЗЬ PlA1/A2 ПОЛИМОРФИЗМА ГЛИКОПРОТЕИНА IIIa С АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТЬЮ ТРОМБОЦИТОВ И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТАГОНИСТАМ ГЛИКОПРОТЕИНА IIb/IIIa 343

0815 ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗМОЖНОСТИ МОДИФИКАЦИИ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ИНДАПАМИДА 344

0816 НОВЫЕ КОМПОЗИЦИИ ИНГИБИТОРОВ АПФ И ИХ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ 344

0817 СТРУКТУРА КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН В КЛИМАКСЕ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА 344

0818 ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПРЕДГИПЕРТОНИИ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА ВО ВРЕМЯ СЕССИИ 345

0819 КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ И ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА 345

0820 ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ БЕЗ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST НА ЭКГ: ИЗМЕНЕНИЯ ФАКТОРА ФОН ВИЛЛЕБРАНДА У БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ АСПИРИН И ГЕПАРИН 346

0821 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИНТЕНСИВНОСТЬ КУРЕНИЯ В ОТКРЫТОЙ МУЖСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ ТЮМЕНИ ПРИ НАЛИЧИИ И ОТСУТСТВИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 346

0823 КРАТКОСРОЧНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИМВАСТАТИНА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ: ИЗМЕНЕНИЕ ЛИПИДОВ, МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ СЕРДЦА 346

0823a КРАТКОСРОЧНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СИМВАСТАТИНА НЕ ПРЕДОТВРАТИЛО ПОВЫШЕНИЕ N-ТЕРМИНАЛЬНОГО МОЗГОВОГО НАТРИЙУРЕТИЧЕСКОГО ПЕПТИДА У БОЛЬНЫХ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ 347

0824 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ 347

0825 ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ 348

0826 ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИИТОМ ТАКАЯСУ 348

0827 СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 348

0828 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА – ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ВЕТЕРАНОВ СПОРТА 349

Tesis_006_end.indd 484 24.08.2006 22:26:39
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0829 ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ИНДЕКС МАССЫ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛИЦ 349

0830 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 350

0831 ДЕПРЕССИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 350

0832 ДИНАМИКА 6-МИНУТНОГО ТЕСТА ХОДЬБЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ 350

0833 АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПЕРЕНЕСЕННЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 351

0834 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА ПРОГРЕССИРОВАНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО АОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА 351

0835 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ СИМВАСТАТИНОМ НА УРОВЕНЬ ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЬНОГО С-РЕКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ АОРТАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ 352

0836 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ КОРРЕКЦИИ РАССТРОЙСТВ ГЕМОДИНАМИКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 352

0837 КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРЕПАРАТАМИ ГРУППЫ НИТРАТОВ И ИНГИБИТОРОВ АПФ 352

0838 ПРОТЕКТОРНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕТА-БЛОКАТОРА БЕТАЛОК-ЗОК У ПАЦИЕНТОВ С ЧАСТЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 353

0839 О СОЧЕТАННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КАРДИАЛЬНОЙ И РЕСПИРАТОРНОЙ СИСТЕМ И СИНДРОМОВ ИХ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 353

0840 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК – ПРЕДИКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ 354

0841 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПО ДАННЫМ КОРОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ГУЗ ВОКБ № 1 ЗА 2004-2005 ГОДЫ 354

0842 ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ МЕЖДУ ДИНАМИКОЙ С-РАКТИВНОГО БЕЛКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 355

0843 НОВЫЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЗВЕНЕ 355

0844 ОСОБЕННОСТИ ПОСТИНФАРКТНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q 356

0845 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОГО АМБУЛАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИНДОПРИЛОМ И КАРВЕДИЛОЛОМ БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА БЕЗ ЗУБЦА Q 356

0846 НАРУШЕНИЕ СИСТОЛИЧЕСКОЙ И ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ 356

0847 МНОГОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ВОЛОС ЖЕНЩИН С АТЕРОГЕННЫМИ ДИСЛИПОПРОТЕИДЕМИЯМИ В КЛИМАКТЕРИИ 357

0848 ПРОАРИТМОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛИЯ В ДИАЛИЗНОЙ ЖИДКОСТИ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 357

0849 ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БЕРЕМЕННЫХ С СИНДРОМОМ «ГИПЕРТОНИИ БЕЛОГО ХАЛАТА» 357

0850 СНИЖЕНИЕ РЕПЕРФУЗИОННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ МИОЦИТОВ ИЗОЛИРОВАННОГО СЕРДЦА КРЫСЫ 358

0851 ПРИМЕНЕНИЕ МИЛДРОНАТА В КОМПЛЕКСЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РИТМА У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ 358

0852 ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ 359

0853 КОНТРОЛЬ НАД МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ КАК МЕТОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 359

0854 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ МЫШЕЧНОГО СТАТУСА И КЛИНИКО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА 360

0855 ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕДУДОЧКА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ И ЧЕРЕЗ ГОД 360

0856 ПАССИВНЫЕ ТРЕНИРОВКИ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У ПОЖИЛЫХ (ПАТРИАРХ): ДИЗАЙН И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 360

0857 РЕАКЦИЯ НА ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПРОБЫ СРЕДИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 361

0858 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС) НА ОСНОВЕ АНАЛИЗА ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ. 361

Tesis_006_end.indd 485 24.08.2006 22:26:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0859 ВЛИЯНИЕ ПРЕПАРАТА КЛОПИДОГРЕЛЬ (ПЛАВИКС) НА ЭКСПРЕССИЮ ПОВЕРХНОСТНЫХ МАРКЕРОВ ЛИМФОЦИТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ (ОКС). 362

0860 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МИЛДРОНАТОМ И ПЛАВИКСОМ. 362

0861 ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ПРИОБРЕТЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 363

0862 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ЭЛЕКТРОКАРДиОГРАФИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ 363

0863 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ ЛОЗАРТАНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ 364

0864 ДЕПРЕССИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА, КЛИНИКО-СОМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ, ВЛИЯНИЕ НА ПРОГНОЗ 364

0865 БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА И СОСТОЯНИЕ КОРОНАРНОГО РУСЛА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 365

0866 ИНФАРКТ МИОКАРДА: ТРОМБОЛИЗИС И ОТДАЛЕННАЯ ЛЕТАЛЬНОСТЬ 365

0867 ИНФАРКТ МИОКАРДА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЧИН СМЕРТИ ПРИ ТРОМБОЛИЗИСЕ И БЕЗ ЕГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ 365

0868 МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ И УРОВЕНЬ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНА У ПАЦИЕНТОВ БЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 366

0869 ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА ЖЕНЩИН В КЛИМАКТЕРИИ НА ЧАСТОТУ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА 366

0870 ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЧРЕЗМЕРНОМ НАПРЯЖЕНИИ У ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ 367

0871 СРП И ФНО-α ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ФОРМЕ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 367

0872 ВЛИЯНИЕ АНЕМИИ НА ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 368

0873 ВЛИЯНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА НА ТРОМБОЦИТАРНОЕ ЗВЕНО СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 368

0874 ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 368

0875 ВАЗОАКТИВНЫЕ СУБСТАНЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ 369

0876 ЧАСТОТА ГИПЕРИНСУЛИНЕМИИ/ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НА РАЗНЫХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 369

0877 ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У ДЕТЕЙ 370

0878 ПОЗДНИЕ ПОТЕНЦИАЛЫ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА РАЗНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В ВЕЙВЛЕТ ПРЕДСТАВЛЕНИИ 370

0879 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ГЕНОВ ПРО- И ПРОТИВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 371

0880 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ СРЕДИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ 15 - 75 ЛЕТ 371

0881 ПОРАЖЕНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА СЕРДЦА ПРИ АРТРИТАХ СТРЕПТОКОККОВОЙ ЭТИОЛОГИИ 371

0882 ОСОБЕННОСТИ СУТОЧНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ПАЦИЕНТОВ ИЗ ГРУППЫ ВЫСОКОГО НОРМАЛЬНОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ 372

0883 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ МАССЫ ТЕЛА 372

0884 МНОГОЛЕТНЯЯ МНОГОФАКТОРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 373

0885 АНТИИШЕМИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 373

0886 ЭФФЕКТИВНОСТЬ КАРДИОПРОТЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ИНСУЛИННЕЗАВИСИМЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 373

0887 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАЛАПРИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОБИЛИАРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 374

0888 ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ 374

0889 ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ В СОЧЕТАНИИ С СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ И ДИЛАТАЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 375

0890 ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ С НАЛИЧИЕМ И ОТСУТСТВИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 375

Tesis_006_end.indd 486 24.08.2006 22:26:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0891 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИНТЕРВАЛОВ QT И JT У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПО ДАННЫМ ЭКГ И ПРЕКАРДИАЛЬНОЙ ЭЛЕКТРОКАРДИОТОПОГРАФИИ 375

0892 ПРОГНОЗ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С НАЛИЧИЕМ И БЕЗ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА 376

0893 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА 376

0894 ЧАСТОТА И ВАРИАНТЫ АНАТОМИЧЕСКИХ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ СЕРДЦА 376

0895 СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА 377

0896 ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ У ПАЦИЕНТОВ С МАЛЫМИ АНОМАЛИЯМИ СЕРДЦА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФЕНО- И ГЕНОТИПИЧЕСКИХ МАРКЕРАХ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ 377

0897 КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ЛЕЧЕНИЯ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА 378

0898 ПОКАЗАТЕЛИ ВОСПАЛЕНИЯ И ФАКТ СЕРОПОЗИТИВНОСТИ К ХЛАМИДИЯМ У БОЛЬНЫХ ИБС ПРИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 378

0899 АНАЛИЗ АССОЦИАЦИЙ ПОЛИМОРФНОГО МАРКЕРА -572G/C ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-6 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА И ВНЕЗАПНОЙ СМЕРТИ 378

0900 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА 10 И РИСК РАЗВИТИЯ ИНФАРКТА МИОКАРДА В ПОПУЛЯЦИЯХ РУССКИХ И ТАТАР 379

0901 ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛЕЙКОЗАМИ 379

0902 СТРЕСС ЭХОКАРДИОГРАФИЯ С ДВОЙНЫМ СТРЕСС АГЕНТОМ (ЧРЕСПИЩЕВОДНАЯ КАРДИОСТИМУЛЯЦИЯ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ И ДИПИРИДАМОЛОВАЯ ПРОБА) В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ 380

0903 ВЫЯВЛЕНИЕ ЛАКТАТ- И ПИРУВАТ-АЦИДОЗА В КАЧЕСТВЕ КРИТЕРИЯ ОЦЕНКИ ВЫРАЖЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С МИОКАРДИОДИСТРОФИЕЙ 380

0904 ДИНАМИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИЕМА НЕГРУСТИНА В ПОСТИНФАРКТНОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 381

0905 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ, СВЯЗАННАЯ С ФИЗИЧЕСКИМИ НАГРУЗКАМИ 381

0906 МЕТОД ПОВЕРХНОСТНОГО ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОГО КАРТИРОВАНИЯ В ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА С ПРИЗНАКАМИ РАЗДЕЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ 381

0907 СРАВНИТЕЛЬНОЕ ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, СТАНДАРТНОЙ ТЕРАПИИ И ЕЕ СОЧЕТАНИЯ С ПРЕДУКТАЛОМ мв И ЭДНИТОМ 382

0908 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 382

0909 ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСМУРАЛЬНЫЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА, ПО ДАННЫМ ЭХОКАРДИОГРАФИИ 383

0910 ВЛИЯНИЕ СИМВАСТАТИНА НА С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК У ЖЕНЩИН С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ 383

0911 ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ХАНТЫ – МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРЕ 383

0912 ОРГАНИЗАЦИЯ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ КАРДИОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, В ХАНТЫ – МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ – ЮГРА 384

0913 ХАРАКТЕРИСТИКА АНЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 384

0914 МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ 385

0915 СТАТИСТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА МОНИТОРИНГА В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 385

0916 СИСТЕМНЫЙ АНАЛИЗ В ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 385

0917 ПРИМЕНЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ В КАРДИОЛОГИИ 386

0918 ПОВЫШЕННОЕ ПИТАНИЕ В РАЗВИТИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 386

0919 МЕТОД КОНЕЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ В РЕШЕНИИ ОБРАТНОЙ ЗАДАЧИ КАРДИОЛОГИИ 387

0920 ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМДАКСА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПЕРИОДА ИНФАРКТА МИОКАРДА 387

0921 ПРИМЕНЕНИЕ НИБЕНТАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ 387

0922 ВЛИЯНИЕ ГЕЛИОФИЗИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ НА ЧЕЛОВЕКА 388

0923 ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ АВТОМАТИЗИРОВАННОГО КОМПЛЕКСА ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ В КАРДИОЛОГИИ 388

0924 КАНОНИЧЕСКИЙ КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ В ОЦЕНКЕ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА 389

0925 МЕСТО МЕКСИДОЛА В ТЕРАПИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ 389

Tesis_006_end.indd 487 24.08.2006 22:26:40
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0926 ВЛИЯНИЕ ОКСИГЕНОТЕРАПИИ НА ТЕЧЕНИЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ РЕПЕРФУЗИИ 389

0927 ОПЫТ РАБОТЫ РАЙОННОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА – ЭФФЕКТИВНОСТЬ И КАЧЕСТВО 390

0928 ВЫЖИВАЕМОСТЬ И ТЕМПЫ РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ И ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАЦИЮ ТУННЕЛИРОВАНИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 390

0929 СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У РЕКОНВАЛЕСЦЕНТОВ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКОЙ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ 391

0930 РОЛЬ ЭРИТРОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА 391

0931 НАРУЖНЫЕ АВТОМАТИЧЕСКИЕ КАРДИОВЕРТЕРЫ-ДЕФИБРИЛЛЯТОРЫ: НОВЫЙ СТАНДАРТ В КУПИРОВАНИИ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ НАРУШЕНИЯХ РИТМА В КАРДИОЛОГИЧЕСКОМ БЛОКЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ? 392

0932 НОВЫЕ ДАННЫЕ О НАРУШЕНИИ БИОМЕХАНИКИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 392

0933 ГИПЕРГОМОЦИСТЕИНЕМИЯ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА 393

0934 ВЛИЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА 393

0935 ВЛИЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НА ВЫРАЖЕННОСТЬ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА 393

0936 ВЗАИМОСВЯЗИ АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ И ИНСУЛИНГЛЮКОЗНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК У ЗДОРОВЫХ ЖЕНЩИН И БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С УЧЕТОМ ВОЗРАСТА И УРОВНЕЙ ЭСТРАДИОЛА И ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА 394

0937 ОСОБЕННОСТИ АНТИ- И ПРООКСИДАНТНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЯИЧНИКОВ 394

0938 ГЕМОДИНАМИКА КАПИЛЛЯРНОГО КРОВОТОКА В ЭПОНИХИИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПРОБАХ 395

0939 УРОВЕНЬ Д-ДИМЕРА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ АТЕРОТРОМБОЗА 395

0940 КОРРЕЛЯЦИЯ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНОГО РУСЛА, ДИСПЕРСИИ ИНТЕРВАЛА QT И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ИШЕМИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ИБС С ЭПИЗОДАМИ БЕЗБОЛЕВОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА 396

0941 ЭТАПНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 396

0942 ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ НА ГЕМОДИНАМИКУ БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 397

0943 ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРОНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ И ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ 397

0944 ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР – СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 397

0945 ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ 398

0946 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРОПАФЕНОНОМ В СОЧЕТАНИИ С ЛИЗИНОПРИЛОМ ПРИ СОХРАНЕНИ СИНУСОВОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 398

0947 Изменение показателей газового обмена у больных с артериальной гипертензией при лечении Нифекардом XL 398

0948 ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИИ ПОЧЕК СО СКОРОСТЬЮ УТРЕННЕГО ПОДЪЕМА АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У МУЖЧИН С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ 399

0949 СОСТОЯНИЕ РИТМА СЕРДЦА НА ЭТАПЕ РАННЕЙ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА 399

0950 ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА НА СОСТОЯНИЕ РИТМА СЕРДЦА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА 400

0951 ЖЕНСКИЙ ИНФАРКТ МИОКАРДА В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ 400

0952 ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ НА МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ДИАСТОЛИЧЕСКУЮ ФУНКЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ 401

0953 ВОЗМОЖНОСТЬ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПОСРЕДСТВОМ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ ЗДОРОВЬЯ 401

0954 ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ И СПЕЦИФИЧНОСТЬ ТРЕДМИЛ-ТЕСТА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ОЦЕНКЕ ДИНАМИКИ ДИСПЕРСИИ КОРРИГИРОВАННОГО ИНТЕРВАЛА QTc 401

0955 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ Q-ИНФАРКТ МИОКАРДА, НА ФОНЕ РАЗНЫХ СОЧЕТАНИЙ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ 402

Tesis_006_end.indd 488 24.08.2006 22:26:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0956 ЭКСПРЕССИЯ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ и С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ СО СТАБИЛЬНОЙ И НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 402

0957 ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ КАРВЕДИЛОЛОМ НА ПОКАЗАТЕЛИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 403

0958 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СВЯЗЬ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ МАРКЕРАМИ 403

0959 ОРГАНОПРОТЕКТИВНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕБИВОЛОЛА У БОЛЬНЫХ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С УЧЕТОМ I/D ПОЛИМОРИЗМА ГЕНА АНГИОТЕНЗИН-ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА 404

0960 ДИАСТОЛИЧЕСКАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ЖЕСТКОСТЬ СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 404

0961 РОЛЬ ИМПУЛЬСНО-ВОЛНОВОГО ТКАНЕВОГО ДОППЛЕРА В ОЦЕНКЕ НАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИБС С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С РАЗЛИЧНОЙ ФРАКЦИЕЙ ВЫБРОСА 404

0962 НЕБИВОЛОЛ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 405

0963 ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ТАХИАРИТМИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРОКСИЗМАЛЬНЫМИ ФОРМАМИ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ ПОСЛЕ ПРОЦЕДУРЫ РАДИОЧАСТОТНОЙ ИЗОЛЯЦИИ УСТЬЕВ ЛЕГОЧНЫХ ВЕН 405

0964 ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТЕНТИРОВАНИЯ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК КОСТНОГО МОЗГА В ПОЧЕЧНЫЕ И ПОЗВОНОЧНЫЕ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК ДЛИТЕЛЬНОСТЬЮ БОЛЕЕ ДЕСЯТИ ЛЕТ 406

0965 ВЛИЯНИЕ НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ПОКАЗАТЕЛИ ТЕСТА С ШЕСТИМИНУТНОЙ ХОДЬБОЙ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 406

0966 ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ДО ЛЕЧЕНИЯ 406

0967 ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ АНГИОТЕНЗИНОГЕНА И БЕТА-1-АДРЕНОРЕЦЕПТОРА С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТИ Na+/Li+- ПРОТИВОТРАНСПОРТА В МЕМБРАНЕ ЭРИТРОЦИТА 407

0968 ВЗАИМОСВЯЗЬ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ГЕНОТИПОВ СО СТЕПЕНЬЮ НОЧНОГО СНИЖЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 407

0969 ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С ГИПЕРТРОФИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 408

0970 АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ МАРКЕРОВ ГЕНОВ AGT И ADRB1 С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ МЕТОПРОЛОЛА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И РАЗЛИЧНОЙ СКОРОСТЬЮ ПРОТИВОТРАНСПОРТА ИОНОВ Na^+ И Li^+ В МЕМБРАНАХ ЭРИТРОЦИТОВ 408

0971 ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ КАБАРДИНО-БАЛКАРИИ 408

0972 ВРОЖДЕННЫЕ КАРДИОПАТИИ У ДЕТЕЙ ТОКСИКОМАНОВ 409

0973 ВЛИЯНИЕ КОАКСИЛА НА СТЕПЕНЬ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ И ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 409

0974 ПРООКСИДАНТНЫЕ И АНТИОКСИДАНТНЫЕ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ВЛИЯНИЕ СТАТИНОВ НА ОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС 410

0975 ОРТОСТАТИЧЕСКАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ 410

0976 ОПТИМИЗАЦИЯ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НЕБИВОЛОЛА 410

0977 СОСУДИСТЫЙ ПАТТЕРН ПРЕДГИПЕРТОНИИ 411

0978 ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ДЛЯ ОТБОРА БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА АНГИОПЛАСТИКУ, СТЕНТИРОВАНИЕ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И КОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ 411

0979 ПРОПАФЕНОН И СОТАЛОЛ: СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ОРТОДРОМНОЙ ТАХИКАРДИЕЙ НА ФОНЕ СКРЫТОГО WPW-СИНДРОМА 412

0980 ДИНАМИКА ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНУСОВОГО УЗЛА И АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО СОЕДИНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ АВ-УЗЛОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛАЦИИ 412

0981 ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ: ОСОБЕННОСТИ СИМПАТИЧЕСКИХ И ПАРАСИМПАТИЧЕСКИХ ВЛИЯНИЙ НА МИОКАРД 412

0982 ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОНКОР КОР В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ПРИОБРЕТЕННЫМИ МИТРАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА 413

0983 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ ПО КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ САНАТОРИЯ 413

0984 ДИНАМИКА ЛИПИДОКИСЛЯЮЩИХ АНТИТЕЛ К CHLAMYDIA PNEUMONIAE У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОД ВЛИЯНИЕМ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ 414

Tesis_006_end.indd 489 24.08.2006 22:26:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

0985 ЭФФЕКТИВНОСТЬ АМЛОДИПИНА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ 414

0986 ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 414

0987 ТРАНЗИТОРНАЯ СТРЕССОВАЯ ГИПЕРГЛИКЕМИЯ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST 415

0988 ВОЗРАСТНАЯ ДИНАМИКА ВЗАИМОСВЯЗИ КАРДИОПАРАМЕТРОВ У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ШЕСТИ ЛЕТ ЖИЗНИ 415

0989 ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ СКЛЕРОДЕРМИИ 416

0990 ВЛИЯНИЕ ИНГИБИТОРОВ АПФ НА ОСТРОФАЗОВЫЙ ОТВЕТ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 416

0991 РОЛЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА В ТЕЧЕНИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА. 417

0992 ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ АМИОДАРОНИНДУЦИРОВАННОЙ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 417

0993 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ИЗВИТОСТЬ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ КАК ЧАСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ СИСТЕМНОГО ПРОЦЕССА 417

0994 ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА. 418

0995 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДИСФУНКЦИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ 418

0996 ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНГИБИТОРОВ АНГИОТЕНЗИНПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА В ЛЕЧЕНИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕРИКАРДА 419

0997 ГИПЕРТРОФИЯ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, ИМЕЮЩИХ АНАМНЕЗ ИНТЕНСИВНЫХ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК 419

0998 СОДЕРЖАНИЕ НЕКОТОРЫХ ПРО- И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЛИЦ С ГИПЕРБЕТАЛИПИДЕМИЕЙ 420

0999 ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ 420

1000 ЧАСТОТА СОЧЕТАНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРИМОРСКОГО ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН. 420

1001 АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ ПРИЧИН СМЕРТИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 421

1002 МАССА МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА С РАЗЛИЧНЫМ СОСТОЯНИЕМ КОРОНАРНОГО РУСЛА 421

1003 РАННЕЕ НАЗНАЧЕНИЕ СТАТИНОВ СНИЖАЕТ УРОВЕНЬ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ЧАСТОТУ ПОСТИНФАРКТНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 421

1004 ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 422

1005 НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕАНИМАЦИОННЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ 422

1006 ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ – РАННИЙ МАРКЕР ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ 423

1007 ИЗМЕНЕНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ ПО ДАННЫМ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕР-ЭХОКАРДИОГРАФИИ В СОЧЕТАНИИ С ИЗОМЕТРИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ 423

1008 РОЛЬ ГРАНУЛОЦИТАРНОГО КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩЕГО ФАКТОРА В РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 423

1009 ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЛЕТАЛЬНЫМ ИСХОДОМ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ 424

1010 УРОВНИ ПРЕДНАГРУЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ НА ОСНОВЕ НЕИНВАЗИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ 424

1011 ПАЦИЕНТЫ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМА СЕГМЕНТА ST ОТДЕЛЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ КАРДИОЛОГИИ 425

1012 ОСТРОФАЗНЫЙ БЕЛОК ГАПТОГЛОБИН – ПРЕДИКТОР НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 425

1013 КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА PLGF, МАРКЕРА НЕОАНГИОГЕНЕЗА, У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 426

1014 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ПОВЫШЕННЫХ УРОВНЕЙ АССОЦИИРОВАННОГО С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИНА ПЛАЗМЫ PAPP-A У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 426

1015 СИМВАСТАТИН СНИЖАЕТ УРОВНИ РАСТВОРИМОГО ЛИГАНДА CD40L И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ИБС 426

Tesis_006_end.indd 490 24.08.2006 22:26:41
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

1016 ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ЛИГАНДА CD40L У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ИБС 427

1017 ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ЛИГАНДА CD40L У БОЛЬНЫХ ИБС 427

1018 АТЕРОТРОМБОЗ: АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛЕНИЯ И ЭНДОГЕННОЙ ДЕСТРУКЦИИ У БОЛЬНЫХ ИБС 427

1019 ПРЕДИКТОР ЭНДОГЕННОЙ ДЕСТРУКЦИИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ БЛЯШКИ АССОЦИИРОВАННЫЙ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПРОТЕИН ПЛАЗМЫ PAPP-A У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 428

1020 НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА – ФАКТОР РИСКА ОСТРЫХ КОРОНАРНЫХ СОБЫТИЙ. 428

1021 ЗНАЧЕНИЕ ТКАНЕВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ МИОКАРДА В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ЛОКАЛЬНОЙ И ГЛОБАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ НА ГЕМОДИАЛИЗЕ 428

1022 ЗАВИСИМОСТЬ НЕКОТОРЫХ КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОТ СОСТОЯНИЯ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 429

1023 ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 429

1024 КОРОНАРНАЯ АНГИОПЛАСТИКА ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИИ И СТЕНОЗЕ АРТЕРИИ-ДОНОРА 430

1025 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРНОЙ АНГИОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА 430

1026 ЧАСТОТНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ ИНТЕРВАЛА QT В НОРМЕ И ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА 430

1027 ДИНАМИКА СИМПАТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ, ПЕРФУЗИИ И СОКРАТИМОСТИ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ НАБЛЮДЕНИИ 431

1028 ВЗАИМОСВЯЗЬ СОСТАВЛЯЮЩИХ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА X В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ 431

1029 ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2 432

1030 АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА АТЕРОСКЛЕРОЗА У ЖЕНЩИН-СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ 432

1031 МЕДИЦИНСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У СОТРУДНИКОВ ПРАВООХРАНИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ 432

1032 ПОКАЗАТЕЛИ СПЕКТРАЛЬНОГО АНАЛИЗА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 433

1033 ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ НА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ 433

1034 СОСТОЯНИЕ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СТЕНОКАРДИЕЙ 434

1035 НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА И СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИЕЙ ХПН 434

1036 ОСОБЕННОСТИ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННЫХ КАРТ ЖЕЛУДОЧКОВОГО КОМПЛЕКСА И ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 434

1037 НАДЖЕЛУДОЧКОВЫЕ АРИТМИИ И ПАРАМЕТРЫ СПЕКТРАЛЬНО-ВРЕМЕННЫХ КАРТ ПРЕДСЕРДНОГО КОМПЛЕКСА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 435

1038 СВЯЗЬ КОМПЛЕКСА ИНТИМА-МЕДИА ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ С ТЯЖЕСТЬЮ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГИПЕРТРОФИЕЙ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА 435

1039 ФАКТОРЫ РИСКА ТИРЕОТОКСИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ 436

1040 ВОЗМОЖНОСТИ ИНТЕРНЕТ – ТЕХНОЛОГИЙ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ 436

1041 СВЯЗЬ ИНДЕКСОВ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ И УРОВНЕЙ РАСТВОРИМОЙ ФОРМЫ ЛИГАНДА CD40L И МАРКЕРОВ ВОСПАЛЕНИЯ В КРОВИ 436

1042 ВСПОМОГАТЕЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ РЕЗЕКЦИИ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПО МЕТОДИКЕ V.DOR 437

1043 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА 437

1044 ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ БАЛЛОННОЙ КОНТРПУЛЬСАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ ПЕРЕД КОРОНАРНЫМ ШУНТИРОВАНИЕМ 438

1045 РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ К ЭКСТРЕМАЛЬНЫМ УСЛОВИЯМ ЗАПОЛЯРЬЯ 438

1046 СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ С ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ 438

1047 ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА ПРИ ТЕРАПИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ЕСТЕСТВЕННОГО КЛИМАКСА 439

Tesis_006_end.indd 491 24.08.2006 22:26:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

1048 ВЗАИМОСВЯЗЬ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И ОРТОСТАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА 439

1049 ОСОБЕННОСТИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ УДАРНОГО ОБЪЕМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ДИНАМИКА ПОД ВЛИЯНИЕМ ТЕРАПИИ ЭПРОСАРТАНОМ И МЕТОПРОЛОЛОМ 440

1050 НАРУШЕНИЯ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ И ИХ КОРРЕКЦИЯ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ НЕБИВОЛОЛОМ 440

1051 ОЦЕНКА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ 441

1052 ПРОФИЛАКТИКА КАРДИАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА КАРОТИДНОЙ ЭНДАРТЕРЭКТОМИИ С ПОМОЩЬЮ НЕБИВОЛОЛА 441

1053 ФАКТОРЫ РИСКА У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ 441

1054 ГИПОТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 442

1055 НАСКОЛЬКО ИНФОРМАЦИЯ О БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ КОРОНАРНЫМИ СИДРОМАМИ, ПРЕДОСТАВЛЯЕМАЯ В ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИСТР, СООТВЕТСТВУЕТ РЕАЛЬНОСТИ? ОПЫТ МОСКОВСКОЙ ГОРОДСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 29 442

1056 МНОГОФАКТОРНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННОГО ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ БЕЗ ПОДЪЕМОВ СЕГМЕНТА ST С УЧАСТИЕМ СЕРДЕЧНОГО БЕЛКА, СВЯЗЫВАЮЩЕГО ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ 443

1057 ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОГО ЗНАЧЕНИЯ ИНДЕКСА TIMI У ВСЕХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ, ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ОБЫЧНУЮ РОССИЙСКУЮ БОЛЬНИЦУ 443

1058 СПЕКТРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ДЕТЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИСХОДНОГО ВЕГЕТАТИВНОГО ТОНУСА 443

1059 ЭЛЕКТРОМИОГРАФИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ ПРИ СОЧЕТАНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА 444

1060 СУТОЧНАЯ ЭКСКРЕКЦИЯ КАТЕХОЛАМИНОВ И ПЛАЗМЕННАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ АЛЬДОСТЕРОНА В ПОЗДНЕЙ СТАДИИ ИНФАРКТА МИОКАРДА, ВЗАИМОСВЯЗЬ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПРОЦЕССА 444

1061 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СТАТИНАМИ У ПАЦИЕНТОВ СО СТАБИЛЬНОЙ ФОРМОЙ ИБС В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕСТЕНОЗА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ 445

1062 ВЛИЯНИЕ ГИПНОТЕРАПИИ, АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ И ЭЛЕКТРОСОНТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 445

1063 ТИП ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ, КОПИНГ-СТРАТЕГИИ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 445

1064 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ФЕЛОДИПИНОМ И ПЕРИНДОПРИЛОМ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА 446

1065 МЕДИАТОРЫ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ КАК МАРКЕРЫ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С МИКСОМАТОЗНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИЕЙ ПРОЛАБИРУЮЩЕГО МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА 446

1066 СОЧЕТАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА 447

1067 ГЕМОДИНАМИКА МАЛОГО И БОЛЬШОГО КРУГОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА 447

1068 МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИМВАСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА СОЧЕТАННОЙ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 447

1069 ИЗМЕНЕНИЯ НЕЙРОГУМОРАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ПРОСПЕКТИВНОМ ИССЛЕДОВАНИИ У ДЕВОЧЕК 7-8 ЛЕТ 448

1070 НАРУШЕНИЯ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: СТРУКТУРА И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ 448

1071 ВЛИЯНИЕ АТОРВАСТАТИНА НА ПОКАЗАТеЛИ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА, МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ И СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ 449

1072 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ КАРДИОСТАТИНА У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА 449

1073 ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ТРОМБОЗОВ И ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ ТРОМБОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ, ПРИНИМАЮЩИХ ПЛАВИКС И АСПИРИН ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ 449

1074 ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ ПРЕПАРАТОВ АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ 450

Tesis_006_end.indd 492 24.08.2006 22:26:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

1075	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ФАРМАКОДИНАМИКИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	450
1076	КАРВЕДИЛОЛ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ПРОТИВОСТОЯНИЕ ИЛИ ПАРТНЕРСТВО	451
1077	ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ, С ИЗБЫТОЧНО ВЫСОКОЙ СПОСОБНОСТЬЮ МИОКАРДА К РАССЛАБЛЕНИЮ В ДИАСТОЛУ	451
1078	СУТОЧНЫЙ ПРОФИЛЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И КАНДИДАТНЫЕ ГЕНЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	452
1079	АНТИОКСИДАНТНАЯ ЗАЩИТА ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ С ВКЛЮЧЕНИЕМ ВИТАМИННО-МИНЕРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА, СОДЕРЖАЩЕГО СЕЛЕНОПИРАН	452
1080	ЛИПИДНО-ПРОТЕИНОВЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА, МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К САХАРНОМУ ДИАБЕТУ	452
1081	МЕХАНИЗМЫ БИОТРАНСФОРМАЦИИ ЛИПИДОВ У ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	453
1082	АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОСПЕКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО ЛЕЧЕНИЯ (ОПЫТ ДКО РОККД)	453
1083	НОРМАЛЬНАЯ ГЕОМЕТРИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА С ВЫРАЖЕННОЙ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ КАК ВАРИАНТ ДЕЗАДАПТИВНОГО РЕМОДЕЛИРОВАНИЯ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	454
1084	РЕЗУЛЬТАТЫ ДИНАМИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНФАРКТ МИОКАРДА (ПО ДАННЫМ ДКО РОККД)	454
1085	ВЫЯВЛЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГЕМОСТАЗА И ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КАК ЗВЕНЬЯ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	454
1086	ИММУННО-МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДИСФУКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ПОДРОСТКОВ И ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С ОТЯГОЩЕННОЙ ПО АТЕРОСКЛЕРОЗУ НАСЛЕДСТВЕННОСТЬЮ И АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	455
1087	ПЕРЕДАЮЩАЯСЯ ПО НАСЛЕДСТВУ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ	455
1088	СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА	456
1089	СЕРДЦЕ И ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА: ОТ КОЛЕБА ПАРРИ ДО КРИСТИАНА БЕРНАРА	456
1090	ИЗУЧЕНИЕ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ФАРМАКОКИНЕТИКИ И ФАРМАКОДИНАМИКИ ПРЕПАРАТОВ АМЛОДИПИНА У ЗДОРОВЫХ ДОБРОВОЛЬЦЕВ ДВОЙНЫМ СЛЕПЫМ РАНДОМИЗИРОВАННЫМ ПЕРЕКРЕСТНЫМ МЕТОДОМ	456
1091	CAYENNE IN THE REGULATION OF ELEVATED ST SEGMENTS	457
1092	THE USAGE OF NATTOKINASE IN HEART DISEASE	457
1093	CONTROLLING ANGINA PECTORIS WITH ZINC GLUCONATE	457

Tesis_006_end.indd 493 24.08.2006 22:26:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Абдулаева М.А. 81
Абдулкадырова З.О. 9
Абдуллаев А.А. 249; 382; 402; 89; 9
Абдуллаев А.Х. 253
Абдуллаев Т.А 10; 10; 10; 12; 83
Абдуллаева Г.Ж. 139; 403; 9
Абдуллин М. Р. 124
Абдулпатахов Д.Д. 9
Абдулпатахов М.М. 168
Абдумаджидов Х.А. 11
Абдюкова Э.Р. 11
Абелевич Д.И. 78
Абельдяев Д.В. 371
Абидова Д.Э. 12
Абрамова Г.Н. 164
Абрамова Е.А. 171
Абсеитова С.Р. 12; 13
Абугов С.А. 13
Авакян Э.И. 330
АвакянЗарандия Э.И. 13; 148
Авдеев А.В. 321
Аверков О.В. 346
Аветисов И.В. 279
Аветисова Т.Б. 279
Авзалетдинова А.Р. 391
Авилов Д.А. 123
Аврам Г.Х. 260
Автандилов А.Г. 139; 14; 197; 66; 67
Агаларова Л.С. 382; 402
Агафонов А.В. 210; 316; 317
Агафонова В.С. 306
Агафонова Т.Ю. 14
Агеева Т.С. 215
Агурина Н.В. 15
Адамова И.Ю. 21
Адашева Т.В. 231
Адельгужина А.Х. 248
Адерихо А. К. 173
Адерихо К. Н. 174; 15
Азарин О.Г. 354
Азизова О.А. 191; 259
Азовцев Р.А. 449
Айдарова В.А. 16
Аймагамбетов Е. М. 374
Айнабай А. М. 159
Акинина А.В. 145
Акименко В.Б. 16
Акимова Е.В. 176; 346
Акимова О.А. 102
Акимочкина А.Г. 16
Акишбая М.О. 17
Аксенова А.В. 371
Аксенова Т.Н. 17; 455
Акулёнок А.В. 184
Акчурин Р.С. 32
Аламдарова И.И. 18
Алдошин С.М. 288; 339
Алдушина К.А. 440
Алеев В.В. 18; 295
Алейник О.Н. 133; 134
Александров Ан. А. 451; 456
Александров С.А. 19
Александров С.С. 19
Александрова С.А. 97
Алексеев Д.В. 19
Алексеева О.А. 453; 454
Алекян Б.Г 50
Алехин М. Н. 303
Алешкин В.А. 416; 417
Алиева Д.З. 20
Алиева М.Г. 116; 165; 168; 270
Алиева Н.А. 20
Алиева Ф.С. 406
Алимбаев Е.А. 67
Алимова Е.А. 240; 425; 426; 428; 428
Алимова Е.В. 427
Алимова И.Л. 19
Алимова Л.Б. 13
Алиханов Б.А. 172
Алтынбаева Г. Р. 21
Алтынбаева Г.Т. 251
Алтынова Е.В. 21
Алшибая М.М. 52
Алыменко М.А. 123
Алыменко М.А. 276
Альбеева З. Р. 149; 22
Аль-Обади И.С. 22
Аль-Шарджаби Р.А.М 50
Аляви А.Л. 253
Аляпкина Е.М. 308
Амбоян А.С. 31; 116; 165; 270
Амелина О.В. 23
Аминева Н.В. 23; 327; 54
АминеваН.В. 331
Амирбегишвили И.М. 70
Ангелина М.А. 23
Андреев А.Н. 160; 358; 366
Андреева М.Г. 211
Андронов Е.В. 178
Андросова О.В. 24
Андрющенко И.В. 66
Аникин В.В. 24; 25
Анисимова А.В. 25
Анисимова О.К. 14
Аничков Д.А. 371
Анненкова Г.В. 108
Ансимова О.М. 414
Антипина В.В. 315
Антипина Н.С. 26
Антипов Г.Н 37; 317
Антипова А.А. 440
Антонов А.Р. 293; 281
Антонов Д.А. 92
Антонова Е.С. 26; 312; 312
Антонченко И.В. 18; 295; 324
Антропова О.Н. 201; 202; 268; 269; 27; 75
Апанова О.И. 27;
Арабидзе Г.Г. 221
Аракелянц А.А. 102; 27; 28
Арболишвили Г.Н. 45
Аргунова М.О. 66
Ардашев В.М. 162
Арзамасцев Е.В. 31
Арзуманова А.С. 261
Арипов М.А. 50
Аристов И.В. 385
Арлеевский И.П. 270; 28; 390
Артюков А.А. 301
Артюхина Т.В. 51
Арутюнов Э.В. 137; 139; 194; 333; 336; 46; 77; 85
Архипов М.В. 183; 214
Архипова Н.Ю. 216
Архипова С.Л. 218
Аршин Е.В. 410
Асанов М. А. 374
Асанова Ж.И. 29
Аскарова А.Н. 211
Асланиди И.П 142; 51
Асриянц Л.С. 153; 29; 444
Астафьева О.В. 29
Астахова З.Т. 30; 352
Атаева З.Н. 116; 165; 270; 31
Атаманова М.А. 102
Атрощенко Е.С. 316
Атрощенко И.Е. 31
Аттаева М.Ж. 434; 435;
Аттаулаханова Д.М 239
Афанасьев С.А. 187; 310; 423
Афанасьева Е.Ю. 31
Афанасьева М.И. 32
Афанасьева О.И. 138; 21; 32; 280
Ахмедова Д.А. 116; 165; 270; 31
Ахметзянова Э.Х. 21
Ахунова С.Ю. 223
Ацканова Б. Л. 32
Ачкасова В.В. 277
Бабаян И.С. 152
Бабенко Н.И. 236
Бабина Т.Д. 228
Бабич Ю.А. 177
Бабунова Н.Б. 236; 263
Бабушкина Г.В. 286; 59
Багдасарян И.О. 223
Бадина Л.К. 33
Бадмаева Б.В. 44
Бадтиева В.А. 33
Бадуев Б.К. 34
Бажухина И.Ф. 72
Байбанова А.Б. 91
Байбурсян Е.Д. 199
Байда А.В. 304; 305
Байдаулетова З.С. 13
Байдер Л.М. 42
Байдина О.И. 324; 360; 361
Байрамукова М.Х. 52
Бакаев Р.Г. 356
Бакиров А.Б. 391
Бакиров Т.С. 197
Бакулина И.А. 250; 251
Бакунова О.А. 134
Бакшеев В.И. 186; 34; 35; 35
Бакшеева Е.В. 340; 93
Балабаева А.Б. 12
Баланова Ю.А. 188; 371
Балахонова М.В. 311
Балина В.А. 74
Балуда М.В. 36
Балыкова Л.П. 36
Балякина Е.В. 36
Бамбышева Е.И. 364; 450
Банзелюк Е.Н. 356; 92
Баннаев И.Ф. 277
Баранов В.А. 315
Баранов В.В. 395; 37; 92
Баранович В.Ю. 102
Барбухатти К.О. 261; 296; 317; 37; 38; 38
Барменкова А.В. 39
Барт Б.Я. 39
Бартош Л.А. 40
Бартош Ф.Л. 40
Барышникова М. В. 40
Басараб Ю.С. 51
Басова Е.А. 424
Баталин В.А. 112; 282
Баталина М.В. 112; 41
Баталов Р.Е. 18; 295
Батанина И.А. 342
Батурина М.В. 135
Баум В.А. 307
Баум О.В. 247
Баум С.Р. 307
Бахарова Л. 247
Бахматова Ю.А. 282
Бахметьева Т.А. 235; 345; 353
Бахтияров З. А. 157
Бачурина О.А. 172
Бегенова М.Т. 33
Бедрицкий С.А. 220
Безденежных А.В. 360; 361; 41
Безрук А.П. 455
Безручко Б.П. 105
Бейсенов К. Т. 158
Бекбулатова Р.Ш. 403; 9
Бектурова С.А. 33
Бекчиу Е.А. 100; 101; 99
Белаш С.А. 38
Белая О.Л. 42
Беленикина Я.А. 378; 42
Беленков Ю.Н. 338
Беленкова С.В. 354
Белов В.Н. 180; 181
Белова Е. А. 180; 181
Белокрылова М.Ф. 86
Белокрылова М.Ф. 87; 92
Белолипецкая В.Г. 364; 43; 43; 44; 44; 450; 450; 456

Tesis_006_end.indd 494 24.08.2006 22:26:42
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Белолипецкий Н.А. 364; 43
Белоногов Д.В. 196; 204
Белоусов Ю.Б. 230
Белоусова Т.Б. 201; 27
Белоцерковский З.Б. 349
Белошапкина Г.А. 268
Белый В.С. 273
Белявский Е.А. 45
Беляева И.Е. 235
Беляева Л.М. 127
Беляева О.Л. 260
Беневоленская Г.Ф. 32
Берг М.Д. 411
Бердина Т.Е. 368
Бердинских С.Г. 113; 203
Бердников С.В. 73; 118
Березенко Е.А. 326
Березин М.В. 45
Березина А.М. 253
Беренштейн Н.В. 163
Береснева В.Л. 141
Береснева С.Н. 140; 141
Берестенникова Л.Н. 366;417;418; 46
Беришвили И.И. 51
Беспалов А.А. 162
Бессонова М.И. 392
Бессонова Н.А. 447
Бешенцева И.М. 282
Бикбова Н.М. 152
Бисюк Ю.В. 46
Благодатских С.В. 450
Благосклонная Я.В 195
Бледнова А.Ю. 138
Бобров А.В. 430
Бобров В.И. 344
Бобровская Л.А. 272
Бобырев С.Е. 137; 139; 16; 194; 218; 333; 336; 46; 77; 85
Богатырев С.Н. 47
Богачев Р.С. 47
Богачев Я.Р. 180
Богданов Д.В. 423
Богданова И.А. 421; 422
Богданова Л.С. 220
Богданова М.А 452
Богородская С.Л. 34
Богоявленская О.В. 48
Бодрикова В.В. 169
Бодров М.Б. 105
Боева Н.А. 233
Боева О.И. 49; 48
Бойко Е.В. 49; 319
Бойкова И.В. 103
Бойкова И.О. 49
Бокерия Л.А. 142; 50; 50; 51; 51; 51; 52; 52; 52; 96
Бокерия О.Л. 52
Бокк А.А. 97
Болдырев С.Ю. 38
Болевич С.Б. 237
Болевич С.Б. 393
Болова А.А. 53
Болотова Н.И. 285
Болотова Н.И. 329
Бондарева З.Г. 130; 292; 394
Бондарева И.Н 54; 53
Бондаренко И.З. 451
Бондаренко Л.А. 318
Борзенкова Г.А. 91
Борисова Е.Я. 31
Борисова Л.В. 269; 27
Боровик О.В. 105
Боровков Н.Н. 331; 54
Боровский Г.Б. 34
Бородина Г.Н. 295
Бородихина О.Н. 54
Бороздин А.В. 307; 378; 42
Борозинец А.Ю. 55
Борозинец Е.В. 55
Бортникова В.Н. 357
Боряк А.М. 125
Бос Э. 406
Ботова С.Н. 55
Бочарова А.В. 56
Бочкарева Е.В. 208
Брагина А.Е. 398
Брагинская Н.М. 233
Бражник В.А. 236
Брандт А.И. 289
Британов А.Н. 56
Бровкин А.Н. 191; 236; 237; 259; 263
Брыгина Н.А. 320
Брыткова Я.В. 57
Бубнова В.С. 423
Бубнова М.Г. 152
Бубнова М.Г. 57
Бувальцев В.И. 435
Бугаев Г.Д. 315
Бугримова М.А. 324; 58
Буданова В.А. 207; 58
Будников Е.Ю. 280
Буженица С.И. 59
Бузиашвили Ю.И. 50
Буйкин С.В. 59
Буланова Н.А. 294
Булатова О.И. 59
Булахова Е.Ю. 60; 61
Булытова Ю.М. 239
Бунькин И.Ю. 389
Буракова С.В. 61
Бурангулова А.В. 447; 62
Буранов Х.Д. 11
Буркин М.А. 44; 450
Бурлака А.Н. 319; 62
Бурлуцкая А.В. 62
Бурляй Н.В. 177
Бурмистрова Е.К. 63
Бурмистрова Л.Ф. 163; 164
Бурсиков А.В. 63
Бусалаева Е. И. 64
Бухвалова Л.П. 90
Бухтояров А.Ю. 297; 298; 298; 299
Буяк М.А. 159
Быстров В.И. 102
Быстрова А.А. 173; 195; 72
Быстрова М.М. 289
Быстрых О.А. 363
Вавилов В.Н. 313; 117
Вавилова Т.В. 449
Вавилова Т.П. 306; 80
Вайсберг А.Р. 64
Вакина Т.Н. 438
Валеева В.И. 141
Валикулова Ф.Ю. 142
Варламова Е.А. 203
Варонель В.Л. 289
Вартанова О.А. 405; 64
Варюшкина Е.В 360
Василенко В.М. 434; 435
Василенко М.М. 227
Василец Л.М. 192; 367; 378
Васильев А.П. 66
Васильев В.Б. 229
Васильев Д.В. 67
Васильева Д.А. 151; 65
Васильева Е.Ю. 278; 224; 311; 65
Васильева Н.П. 64
Васильева Н.В. 229; 66
Васильева О.А. 253
Васильева С.Н. 66; 67
Васнев А.В. 291; 52
Васюк Ю.А. 224; 69; 69; 70
Васюков С.С. 68
Ватутин Н.Т. 167
Ваулин Н.А. 346; 347
Вахромеева М.Н. 51; 69
Вачёв А.Н. 441; 90
Вашева Ж.И. 177
Вдовенко С.В. 111; 70
Вебер В.Р. 451; 454
Вебер Э.Е. 293
Веденьева В.В. 155; 65
Вейцман И.А. 193
Велижанин С.И. 71
Велижанина И.А. 70
Великанов И.И. 145
Велинкевич А.Д. 237; 393; 393
Вербовская Н.В. 71
Веревкин Е.Г. 321
Верещагин Е.И. 78
Верхошапова Н.Н. 141
Вершинина А.М. 293; 72
Веселова В.С. 406
Веселовская Н.Г. 75
Ветошкин А.С. 438
Ветрилэ С.Т. 139; 14
Викентьев В.В. 36
Винник Т.В. 72
Виноградов В.Ф. 19
Виноградова Д.В. 92
Виноградова О.А 93; 282
Витковский Ю.А. 144;
Витько Н.К. 69
Вихирева О.В. 72
Вихман Е.А. 281; 281
Виценя М.В. 395
Вицукаев В.В. 437; 438
Вишневский В.И. 118; 73
Власова И.В. 360; 41
Власова С.А. 420
Власянц Е.А. 133
Вогман И.С. 399
Водолажский Ю.Л. 245
Воевода М.И. 193; 308
Вождаева З.И. 129
Волков А.М. 308
Волков В.С 75
Волков И.В. 307
Волкова А. Р. 148
Волкова Н.Н. 73; 74
Волкова О.А. 353; 74
Волкова С.Ю. 74
Волкова Э. Г. 306
Волкова Э.Г. 227
Волковская И.В. 142
Волколуп О.С. 297; 298; 299
Волов Н.А. 184; 185; 219; 220
Волошин В.И. 247
Волынец О.В. 420
Воробьев А.Н. 76
Воробьев Р.И. 75; 76
Воробьева Е.Н. 269; 75
Воробьева Е.П. 304
Воробьева Ю.А. 260
Ворожцова И.Н. 367
Воронина М.А. 356
Воронина Н.В. 137; 139; 194; 218; 333; 336; 46; 77; 85
Воронько О.Е. 236; 263
Ворошнин О.М. 247
Восканян Ю.Э. 77
Востокова А.А. 142; 445; 78
Вострякова О.В. 177
Вощинская Н.В. 415
Выгодин В.А. 256
Вышлов Е.В. 78
Габинский Я.Л. 167; 400; 406; 79
Габрусенко С.А. 338
Гаверова Ю.Г. 80
Гаврилов Д.В. 202
Гаврилова Е.И. 160
Гаврилова Н.Е. 80
Гавришева Н.А. 265
Гагулин И.В. 109; 81; 88; 88
Гадаев А.Г. 403
Гадельшина Р.Х. 225
Гаджиев А.Н. 81
Гаджиев Г.Э. 9;
Гаджиева З.Г. 81
Гаджикулиев А.С. 382; 402
Газарян Г.А. 152; 82
Гайдукова Н.И. 286; 435; 82
Гакова Е.И. 346
Галактионова М.Ю. 82
Галимзянов Д.М. 360
Галимзянов Д.М. 360
Галимова А.Х. 212
Галицин П.В. 45
Галкина Ю.Е. 269; 366; 418

Tesis_006_end.indd 495 24.08.2006 22:26:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Галлямов Н.В. 83
Галяви Р.А. 45
Галявич А. С. 421
Галявич А.С. 130; 216; 326
Гамзаева Д.М. 89
Ганеева Л.А. 28
Ганиев Т.Г. 84
Ганиева Н.П. 83
Ганкин М.И. 174
Ганкин М.И. 292
Гапон Л.И 85; 111; 113; 26; 282; 293; 340; 438; 446; 70; 72; 85
Гаранин А.А. 441
Гарбузова О.Г. 137; 139; 194; 218; 333; 336; 46; 77; 85
Гарганеева А.А. 335
Гарганеева Н.П. 367; 433; 86; 86; 87; 87; 92
Гарипов Р.Ш. 223
Гафаров В.В. 109; 81; 88
Гафарова А.В. 88
Гафурова З.Р. 150; 88
Гафурова Р.М. 249; 382; 402; 89; 9
Гелис Л.Г. 232
Гендлин Г.Е. 310; 89
Генералов В.М. 197
Генерозов Э.В. 148
Георгиев Г.П. 51
Герасимова А.С. 231; 266; 90
Герасимова Н.И. 70
Гераскина Л.А. 399; 400
Германов А.В. 441; 90; 91
Германова И.К. 199
Германова О.А. 90
Гизатулина Т.П. 251; 252
Гиляревский С.Р. 351; 352;
Гиривенко А.В. 378
Гиривенко А.И. 307; 42
Гладких А.С. 324; 324
Гладких Н.Н. 446; 91
Глазкова Е.А. 306; 398
Глазунов А.Б. 356; 356; 356; 92;
Глебов Н.О. 27
Глотов А.С. 37; 92
Глотова М.Е. 125; 125
Глухих В.С. 164
Глухова В.Л. 129
Глущенко Т.Э. 86; 92
Говорин А.В. 49; 144; 149; 319; 340; 93; 97; 98; 210
Говоруха О.А. 206
Гоголевская И.К. 230
Годунова В.Г. 383
Голева С.В. 129
Голиков А.П. 94
Головатенко И.С. 279
Головачева Т.В. 280; 390
Головенкин С.Е. 94; 95
Головин В.А. 179
Головской Б.В. 349; 420
Голубев А.Д. 95
Голубенко М.В. 59
Голубков В.И. 229
Голухова Е.З. 142; 291; 50; 52; 95; 96; 97
Гольберг Я.С. 97
Гончаревич М.Ф. 113
Гончаров П.Н. 437
Гончаров П.Н. 98
Гончаров С.А. 158
Гончарова Е.В. 97; 98
Горбанёв Е.А. 98
Горбатенко Е.А. 196
Горбатенко Е.А. 204
Горбатовский Я.А. 377
Горбенко П.И. 182; 183; 214
Горбунов В.М. 289
Горбунова Т.Ю. 196; 204
Гордеев И.Г. 100; 101; 160; 184; 185; 219; 99
Гордеев О.Л. 101
Горицына В.Е. 451
Горлицкая О.В. 223
Горовиц Э.С. 321
Горохов А.Г. 203
Горохова В.Г. 203
Горохова С.Г. 102
Горохова С.Г. 27; 28
Гофман Я.Б. 103
Грацианский Н.А. 346; 347; 442; 443
Грачев В.Г. 214
Грачев С.П. 103
Григорьева А.М. 114
Григорьева Н.Ю. 103; 104; 104
Григорян З.Э. 134
Гриднев В.И. 105; 179; 300
Гриднев В.И. 355
Гринштейн И.Ю. 106
Гринштейн Ю.И. 71; 105; 106; 174; 292
Грицук А.И. 106
Грицук Н.А 106
Гришаева Е.Е. 107; 40
Гришин О.В. 78
Гришина А.А. 79
Гришина Л.В. 313; 322
Грищенко Е.В. 107
Громнацкий Н.И. 108; 108; 261; 262; 283; 233
Громов А.А. 197
Громов А.А. 454
Громова Е.А. 109; 81; 88; 88
Громова О.А. 239
Гросу А.А. 110; 109
Грунченко М.Н. 431
Грязнов А.В. 111
Губаев К.И. 111; 112
Губанова Т.Г. 112
Губарева И.В. 199
Губич С.Г. 105
Губская П.М. 454
Гультяева Е.П. 113
Гультяева Е.П. 203; 85
Гуляев В.Г. 113
Гуляева О.В. 113
Гуляева С.Ф. 113
Гуничева Е.А. 113
Гуревич В.С. 383
Гуревич М.А. 114
Гуревич О.В. 115
Гурижева М. 435
Гурфинкель Ю.И. 115
Гурченок А.Г. 115; 266
Гусейнова Р.К. 116; 165; 270; 31
Гутнева Л.В. 226
Гэн Хайшу 185
Давид Л.А. 110
Давидович П. 406
Давыдкин И.Л. 441
Давыдова М.В. 151
Дайбанырова Л.В. 425; 427; 428
Даниленко В.Ю. 215
Дворецкая М.С. 285; 329
Девяткин А.А. 397
Дегтерева О.А. 277; 29; 428
Дегтярева Е.А. 170
Дедов Д.В. 157
Дедюхина М.Э. 331
Деев А.Д. 188; 289; 371; 56
Дезорцева С.П. 116
Демакова Н.Л. 244
Демидова О.А. 142
Демин А.А. 117
Демина Е. П. 117
Демина Е.П. 313
Демьяненко О.В. 118; 73
Демьянкова Ю.О. 118; 375
Денисова Д.В. 147; 228
Денисова И.Д. 118
Денисова Т.П. 226; 227; 337; 337
Деревянко Т.И. 136
Джаиани Н.А. 119
Джанашия П.Х 120; 119; 120; 242; 273; 286; 320; 435
Джанибекова А. Р. 135
Джаруллаев Р.З. 121; 122
Джатдоева Л.М. 241
Джунисов Т.Б. 12
Дзизинский А.А. 122; 205
Диакону Н.В. 110
Димов А.С. 353; 74
Дмитриева А.А. 279
Дмитриева О.А. 21
Добровольский А.Б. 175; 239; 395
Добронравов В.А. 29; 428
Довгалевский П.Я. 226; 227; 300; 401; 414; 62
Довгалюк Ю.В. 218; 45
Долецкий А.В. 330
Домницкая Т.М. 122; 123
Доний Е.А. 204; 314; 70
Донская А.А. 281
Дора С.В 148
Дорогова И.В. 40
Дорогова И.В. 40
Дородных И.А. 123
Дорофеев В.И. 332; 333
Дорофеева Н.П. 279
Дорош Ж.В. 315
Дорфман Е.Б. 124
Досмагамбетова Р.С. 379
Драпкина О.М 206; 73; 74
Дрёмина Н.Н. 124
Дрижд А.А. 33
Дробижев М.Ю. 56
Дробышева В.П. 117
Дробышева Е.С. 125
Дроздецкий С.И. 125; 126
Дроздова А.И. 223
Дубовик Н.В. 126; 127
Дубовой И.И. 23
Дубоделова А.В. 215
Дуданов И.П. 202
Дударева А.В. 219
Дульский В.А. 127; 128; 242; 243
Думлер А.А. 279
Дупляков Д.В. 129
Дурбанов С.А. 226
Дыскин Ю.А. 224
Дыхнэ Е.Т. 130
Дьякова Т.А. 399
Дьячков В.А. 441
Дьячкова О.Н. 378
ДьячковаРехтина Н.Н. 130
Дюсембаев Е.Е. 382
Дюсьмикеева Н.Б. 118
Дятлова Н.Н. 131
Евграфова О.А. 196
Евдокимов Ф.А. 133; 416; 417
Евдокимова А.Г. 132; 131; 131; 306
Евдокимова М.А. 200
Евсевьева М.Е. 134; 135; 133; 136; 77
Евстифеева С.Е. 137
Евсюков В.В. 137; 139; 16; 194; 218; 333; 336; 46; 77; 85
Евтушенко А.В. 187
Еганян Р.А. 171
Егорова А.Е. 103
Егорова Е.А. 395
Ежов М.В. 138; 32; 327; 328
Екижанова Б.Т. 383
Екимова Ю.С. 109; 88
Елисеева Л.Н. 138; 447
Елисеева М.Р. 139; 403; 9
Елисеева Н.А. 56

Tesis_006_end.indd 496 24.08.2006 22:26:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Емельяненко В.М. 139
Емельянова Е.В. 161; 162
Еналдиева Р.В. 139; 14; 197
Еникеев Д.Е. 250
Еникеев Д.Т. 251
Еникеева З.Р. 140
Енина Т.Н. 140; 141
Епифанова Е.С. 254
Ердакова Т.К. 141
Еремеева М.В. 142; 51
Еременко Е. Ю. 142
Еремина Н.В. 123
Ермакова О.В. 208
Ермакова Т. А. 258; 368
Ермолина В.Я. 142
Ермолина В.Я. 78
Ерофеева С.Б. 230
Ерохина М.Г. 122
Ерченкова В.Е. 143
Есипович И. Д. 227
Есипович И.Д. 180
Ефимова Е.В. 86
Ефремушкин Г.Г. 16; 187; 283; 325; 397; 445; 445
Жезлова А.В. 43
Желнов В.В. 143
Желобов В.Г. 143
Желтовский Ю.В. 144
Жеребцова А.Г. 92
Жеребцова С.В. 144
Жержова А.Ю. 111; 26;
Жерлицина Е.А. 144
Жерлицина Л.И. 145; 241
Животягина Н.А. 335
Жидких Н.С. 320
Жидкова Д.А 89
Жижелев Е.В. 95
ЖижелевЮ.В. 95
Жильцова О.П. 217
Жильцова Т.М. 92
Жиров И.В. 145; 146
Жмайлова С.В. 451; 454
Жмырко Е. 138
Жук М.Ю. 146
Жукова И.В. 216
Жукова О.Ю. 154
Жуколенко Л.В. 131
Журавлева А.Н. 342
Журавлева О.И. 147
Журавская Н.Т. 180
Журих Е.О. 139; 14; 197
Заботина А.М. 343; 449
Завалихина Т.В. 95
Заварушкина Е.Н. 73
Завгородний В.Н. 437; 438
Заводчиков А.А. 264
Завьялова Л.Г. 147
Загатина А.В. 180
Загашвили И.В. 447
Задионченко В.С. 231; 258; 440; 449
Зайкина А. 13; 148
Зайнуллина Д.А 148
Зайнуллина Л.К 148
Зайцев Д.Н. 149; 93
Зайцева Т.А. 292
Закарян Н.В. 50
Закиров Н.У. 207; 444
Закирова А.Н. 149; 22; 11; 111; 112; 118; 140; 149; 150; 151; 248; 371; 378; 379; 449; 88
Закирова Н.Э. 149; 150; 151
Заливако Т.Н. 420
Замяткина О.В. 151; 65
Заподовников С.К.335
Зарбуева Ю.А. 117
Зарипова З.А. 289
Затейщиков Д.А. 200; 236; 191; 237; 259; 263; 323; 419; 152
Захаров И.В. 152; 82
Захарова В.Л. 245
Захарчук Н.В. 257
Захарьян И.И. 173; 195; 72
Зацепина Л.Н. 331
Зверева В.В. 313; 43; 44; 456
Звягинцева А.В. 385; 386; 387; 388; 389
Зейнапур А.А. 152; 57
Земляницкая Т.В. 268
Землянская М.М. 152
Зенин Д. М. 153; 222; 348
Зимарин Г.И. 46
Зиновьев А.В. 318
Зиновьева Н.П. 56
Зинченко В.К. 206
Зиявутдинов Ж. 444
Зияева А.В. 153
Зокиров Н.У. 153
Зотов Д.Д. 452
Зотова Л.А. 154
Зотова Л.М. 175
Зубанов Н.Я. 133; 416
Зубарев М.А. 154; 279
Зубеева Г.Н. 154
Зубова О.А. 187; 397
Зуев С.В. 155
Зуева Л.П. 248
Зуева О.Н. 155
Зуфаров М.М. 411
Зырянов И.П. 196; 203; 204; 423; 70
Зяблов Ю.И. 115; 266; 86
Зяблова Е.И. 15
Ибатов А.Д. 155; 156
Ибатова О.В. 155
Ибрагимова Г.Ф. 170
Иваницкий Э.А. 174
Иванов А.П. 157
Иванов В. 295
Иванов Г.Г. 294
Иванов К.М. 124; 157; 419; 444
Иванов К.И. 271
Иванов П.А. 158
Иванов С.В. 228
Иванова В.М. 156
Иванова Д.А. 354
Иванова И.В. 157; 301
Иванова М.В. 147
Иванова С.В. 70
Иванченко Е.Ю. 64
Ивахненко И.В. 206
Ивашкин В.Т. 206
Иващенко Т.Э. 289; 37; 92
Иващенко Ю.Ю. 158
Ивлиев С.В. 105
Игликов А. А. 158; 159; 374
Игнатова Ю.В. 258
Игнатьев И.В. 239; 43
Игольникова Е.Ф. 382; 383
Иевлева Г.И. 159
Изварина О.А. 24
Измайлова О.В. 401; 160
Изможерова Н.В. 366; 357
Икромов И.А. 10
Ильина Е.В. 119
Ильина Е.Е. 100; 160; 184; 185; 185; 99
Ильина Л.Н. 32
Ильичева О.Е. 160
Ильченко М. В. 192
Илюхин В.В. 12
Илюхин О.В. 161
Иосава И. К. 58
Ипатов А.И. 161; 162
Ипатов П.В. 162; 61
Исабекова Н.Б. 270
Исаков Ф.В. 320
Исакова Н.Н. 206
Исаченко О.О. 455
Искандаров Ф.А. 162
Искендеров Б.Г. 163; 163; 164
Исламова У.А. 382; 402; 89; 9
Ишенин Ю.М. 390
Ишмурзин Г.П. 211
Ишутина Н.П. 164
Кабанова Т.Г. 114
Каган И.Б. 165
Кадинская М.И. 449
Кадохова Л.Р. 17
Казакова Т.В. 309
Казаковцева М.В. 165
Казаку В.И 109
Казанбиев Н.К. 116; 165; 270; 31
Казанова Л.Р. 369
Казанцева Л.В. 163
Казанцева М.О. 166
Казымбет П.К. 159
Какучая Т.Т. 52
Калакутский Л.И. 212
Калашникова Е.А. 134; 135
Калдаре Л.Д. 110
Калев О.Ф. 166; 39; 421; 234
Калимуллина Д.Х. 391
Калинин В.В. 387
Калинина А.М. 401; 171
Калинина А.М. 188
Калинина С.Г. 167
Калинкин А.М. 222; 222
Калинкина Н.В. 167
Каллаева А.Н. 168; 270; 356; 356; 9
Калмыкова В.И. 42
Калмыкова М.А. 442
Калуга А.С. 393
Камалов Г.М. 421; 216
Камбегова А.А. 138
Каменева Т.Р. 26
Каменева Т.Р. 312
Камилова Ф.Х. 429
Канин М.Ф. 65
Канкасова Ю.В. 168
Канорский С.Г. 168; 169; 169
Кантемирова М.Г. 170
Капачинская Л.Г. 216
Капишникова О.В. 243
Капланова Т.И. 390
Каплунова В.Ю 170
Капралова Л.И. 48
Капустина А.В 188; 80
Карабалиева С.К. 171; 351
Караваев А.С. 105
Карамнова Н.С. 171; 401
Карамова И.М. 111; 112; 118; 371
Карапетян Л.В. 172
Караськов А.М. 172
Карданова О.А. 341
Карманова И.В. 63
Каронова Т.Л. 173
Карпов Р.С. 194
Карпова Н.Ю. 173; 309
Карпунина Н.С. 321
Картель М.М. 174
Карченова Е.В. 174
Касаева З.В. 30
Касаткина Е.Е. 250
Касимцева Т.А. 174
Кассирский Г.И. 175
Кастанаян А.А. 279
Каткова Л.А. 319; 62
Каткова О.В. 175
Катруха А.Г. 196; 443
Каулина Е.М. 126
Качесова А.А. 365
Кашанская О.К. 167
Кащеева Е.А. 48; 49
Каюмова М.М. 176
Кеворкова Ю.Г. 207; 29
Керефова З.Ш. 176
Керн Н.С. 383
Кетова Т.Н. 176
Ким И.Г. 374; 89
Ким Н.В. 155; 156
Киняйкин М.Ф. 363
Киреев С.В. 188
Кириченко Л.Л. 177
Кириченко О.В. 133
Киричкова Г.А. 434
Киричук В.Ф. 178; 280
Кирпикова М.Н. 234
Кирсанов С.П. 226
Киселев А.Р. 105; 179; 300; 355
Киселев С.Л. 51
Киселева Г.И. 199; 235

Tesis_006_end.indd 497 24.08.2006 22:26:43
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Киселева Е.В. 359
Киселева Н.Л. 439
Киселева О.М. 302
Киселевич Я.В. 321
Киценко Л.С. 172
Клейнер С.Л. 348
Кленин С.М. 395
Клестер Е.Б. 179
Климентьева Т.К. 335
Климовский С.Д. 82
Клокова Е.С. 180; 227
Клочков В.А. 414
Клыков Л.Л. 100; 101; 99
Клюжев В.М. 162
Князюк О.О. 396
Кобер Д.В. 180; 47
Кобец В. 295
Кобякова О.В. 360
Ковалев И.А. 455
Ковалев С.А. 180; 181
Ковалев Ю.Р. 452
Коваленко Е.В. 131
Коваль А.Н. 106
Кованов В.Н. 181
Коврижкин А.А. 102
Кодин А.В. 45
Кожевников А.А. 315
Кожемова И.С. 356
Кожухов М.А. 422
Козий А.В 182; 267; 334
Козиолова Н.А. 291
Козлов С.В. 182; 183; 214
Козлов С.Г. 284
Козлова Л.В. 19
Козловская С.П. 184
Козловский В.И. 183; 184
Козулина Е.В. 160; 366
Козырева А.А. 452
Козырева В.А. 60
Кокорева Л.В. 334
Кокорин В.А. 184; 185; 219; 220
Кокорин И.А. 185
Кокурина Е.В. 208
Кокшагина Н.В. 23
Колесникова Т.И. 25
Колова М.А. 104
Коломоец Н.М. 186; 34; 35
Колоскова Н.В. 234
Колосов Б.В. 45
Колунин Г.В. 196; 204; 204; 405; 412
Комаров А.Л. 395
Комарова И.С. 143
Комарова Н.А. 166
Комиссаренко И.А. 186
Комиссарова С.М. 186; 342
Комолятова В.Н. 223; 224
Конакбаева Р.Д. 158; 374; 229; 66
Кондакова Г.Б 187; 397
Кондакова Н.В. 269
Кондратова Н.В. 314
Кондратьев А.И. 188
Кондратьева Д.С. 187
Кондрашин С.А. 262
Коник В.А. 103
Коновалова О.А. 182; 267; 334
Кононов Ю.Н. 281
Кононова А.М. 206
Коношкова Р.Л. 277
Константинов В.В. 188; 371; 80
Константинов В.О. 229
Концевая А.В. 188
Коняхин А.Ю. 26; 294; 312; 80
Копица Н.П. 189; 294
Копченов И. И. 132
Копылов Ф.Ю. 233
Кореннова О.Ю. 60
Корж Д.А. 297; 298; 299
Коржова Н.Н. 340; 84
Коричкина Л.Н. 189
Корнеева О.Н. 190
Корнилов А.А. 276
Корнилов Л.Я. 218
Корнилова Н.В. 345
Коробкеев А.А. 190; 191
Коровин А.А. 192
Коровина О.А. 170
Королев Б.Е. 192
Королева Е.Б. 142; 445; 78
Королева О.С. 191; 259
Корольченко Л.В. 344
Короткина Е.В. 292
Корочина И.Э. 282
Корочкин И.М. 396
Корягина Н.А. 192
Корякин А.М. 377
Косарева Л.А. 40
Косачева Н.Б. 316
Космачева Е.Д. 317; 296
Костина К.С. 193
Кострикин А.А. 423
Костромин А.Н. 143
Костюченко Г.И. 193
Косяк А.А. 321
Котаева Е.А. 146
Котельников А.И. 288; 339
Котельников В.Н. 194; 46
Котельникова А.Н. 180
Котельникова Р.А. 288; 339
Котова М.А. 104
Кочетов А.Г. 384
Кочетова Е.В. 426; 427; 428; 428; 210
Кочладзе Н.Г. 97
Кочмашева В.В. 194
Кошельская О.А. 194
Кошкина Е.В. 196
Кравченко А.Я. 195
Кравчук С.В. 159
Красильникова Е.И. 101; 173; 195; 229; 72
Краснолобов А.Г. 42
Красносельский М.Я. 196
Кратнов А.Е. 118
Кратнов А.Е. 375
Крейнина М.В. 133; 417
Кремнева Л.В. 355
Креницкий А.П. 280
Кривилева С.П. 301
Кривоногов Н.Г. 215
Кривошапкин П.Б. 315
Кривошеев О.Г. 259; 262; 348
Криночкин Д.В. 111; 196; 204; 314; 423; 70
Кром И. Л. 196
Кропачева Е.С. 239
Круберг Л.К. 296
Кругликова А.В. 234
Круглова М.В. 291; 51; 52; 96
Круглова Н.Е. 278
Круглый В.М. 174
Крупа Т.М. 201
Крутиков А.Н. 381
Крутовцев И.А. 139; 14; 197
Кручинина М.В. 197; 454
Крылатов А.В. 423; 40
Крылова Н.С. 119; 120
Крюков Н.Н 198; 199; 235
Крячкова Т.В. 187; 397
Кувырдина Н.О. 131
Кугаевская Е.В. 420
Куделькина Н.А. 200
Кудрявцева И.В. 225
Кудряшова О.Ю. 200
Кудуткина М.И. 115
Кузелин Ю.Л. 246
Кузин В.М. 25
Кузнецов А.А. 201; 257
Кузнецов В.А. 196; 203; 204; 264; 314; 346; 392; 423; 70; 71
Кузнецов М.И. 395
Кузнецова А.А. 44; 456
Кузнецова Е.В. 155; 156; 96
Кузнецова Е.И 202; 201
Кузнецова Е.С. 33
Кузнецова Л.И. 280
Кузнецова Л.П. 220
Кузнецова Т.В. 321
Кузнецова Т.Н. 40
Кузнецова Т.Ю. 202
Кузнецова Э.Э. 203
Кузник Б.И. 144
Кузьмин В.П. 204
Кузьмина И.М. 426; 427; 436
Куклин С.Г. 122; 205
Куклина М.Д. 205; 330
Кукушкин С.К. 308
Кукушкин С.К. 309
Кулаков Ю.В. 206
Кулакова А.В. 206
Кулешов А.А. 139; 14
Кулиджанов А.Ю. 198
Кулиева Г.Р. 256
Куликова Е.В. 217
Кулинченко Н.А. 162
Куличенко Л.Л 206
Кулишова Т.В. 20
Кулмагамбетов И.Р. 373
Кульчицкая Д.Б. 33
Кулюцин А.В. 207; 58
Куприянова О.Г. 324; 58
Куприянова О.О. 122
Куратев А.Л. 303
Курашвили Л.В. 452
Курбанов Н.А. 10; 83
Курбанов Р.Д. 153; 207; 29; 429; 429
Куренков Е.Л. 238
Курий О.Я. 379
Курилович С.А. 197
Курильская Т.Е. 34
Курицына С.И. 233
Курлянская Е.К. 316
Курнаев А.В. 421
Курнаев А.В. 422
Куроптева З.В. 42
Курочкина С.Д. 208
Курылева Т.А. 223
Курьянов П.С. 117; 313
Кусаев В.В. 105
Кухаренко С.С.. 451
Куц А.В. 144
Куценогий К.П. 357
Кучеренко Н.В. 255
Кучеренко О.Д. 208
Кучерявая Н.Г. 208
Кушхова Т.К. 413
Лабарткава Л.З. 209
Лавлинский С.Н. 328; 329
Лавренова Н.Ю. 36
Лаврентьев А.В. 341
Лагунина Л.Е. 158
Лагута П.С. 175
Ладыгина Е.Ю. 422
Лазарев А.В. 398
Лазарев Г.Н. 453
Лазарев И.П. 136
Лазарева Г.Н. 454
Лазарева Е.В. 220; 319; 62
Лазарева Н.В. 108
Лазарева О.А. 209
Лазебный П.А. 297; 298; 299
Ланин С.Н. 105
Лапицкая И.В. 201
Лаппо О.Г. 305
Лапуть К.Н. 304
Ларева Н.В. 210
Ларина В.Н. 39
Ларина Т.А. 397
Ларина Ю.В. 210; 317
Ларионова В.И. 452
Ларюшина Е.М. 229
Латогуз И.К. 208
Латогуз С.И. 211
Латфуллин И.А. 211; 370
Лебедев А.Б. 181; 69
Лебедев П.А. 212; 213
Лебедева А.Ю. 100; 101; 184; 185; 219; 99
Лебедева О.И. 303; 341
Лебединский В.Ю. 295
Левашов С.Ю. 306; 227
Левин А.В. 198; 204; 213

Tesis_006_end.indd 498 24.08.2006 22:26:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Легкошкурова Н.М. 75
Лежнина О.Ю. 190; 191
Лейтес И.В. 181
Лельчук И.Н. 188; 80
Леонова М.В. 230
Леонтьева И.В. 380
Леушина Г.И. 141
Лещинский Л.А. 285
Либензон Р.Т. 214; 218
Липовецкий Б.М. 229
Липченко А.А. 182; 183; 214
Лисин А.Е. 94
Литвин А.Ю. 45
Литвин О.В. 189
Литвицкий П.Ф. 361; 362; 362
Лиферов Р.А. 307; 347
Лифинская К.В. 422
Лифшиц Г.И. 214
Лиханов И.Д. 144
Лихачева Н.А. 316
Лишманов Ю.Б. 215
Лишута А.С. 215
Лобанова А.С. 226
Логачева И.В. 113; 157; 166; 216; 301
Логунов О.В. 380
Локтионова И.В 238
Ломтева С.П. 216
Лопатин Ю.М 285; 329
Лотфуллина А.Ш. 216
Лохина Т.В. 163; 164
Лузина Е.В. 210
Лузина М.В. 392
Лукава М.Г. 98
Лукашкин М.А. 142; 51
Лукьянов М.М. 94
Лукьянов В.Ф. 217
Лукьянов П.А 301; 410
Лупанов В.П. 137
Лупач Н.М. 301; 410
Лутай А.В. 218; 45
Лыкасова Е.А. 264
Лынник Л.В. 279
Лысова Н.Л. 241
Лышова О.В. 218
Любченко Т.В. 332
Любчук И.В. 137; 139; 16; 194; 218; 333; 46; 77; 85
Люсов В.А. 100; 101; 160; 184; 185; 219; 219; 220; 99
Лядов К.В. 220
Лякишев А.А. 138
Ляльченко И.Ф. 280
Лямина Н.П. 220; 336
Лямина С.В. 336
Ляс М.Н. 273
Лясковский К.О. 297; 298; 299
Магдеев Р.М. 221; 312
Магдеева Н.И. 40
Магнитский А.В. 103
Магомедов А.З. 116; 165; 270; 31
Магомедов М.А. 113
Магомедова Н.М. 95
Мазалов К.В. 445
Мазовецкий С.А. 221
Мазур В.В. 222
Мазур Е.С. 222
Мазуров А.В. 343
Майбородин А.В. 280
Майоров А.Ю. 451
Макаренко В.Н. 97
Макаров Л.М. 223; 224
Макарова В.Л. 153; 222
Макарова В.Г. 42
Макарова В.Л. 348
Макарова Л.И. 281
Макарычева О.В. 224
Макеев В.В. 316
Макеева Е.В. 184
Макеева М.А. 105
Макеева О.А. 225
Маколкин В.И. 339
Максименко Д.Ю. 149
Максименя М.В. 158
Максимов Н.И. 168; 246; 265; 281; 331
Максютова Л.Ф. 225
Максютова С.С. 225; 401
Макуха С.П. 324
Макухин В.В. 226; 375
Малинова Л.И. 226; 227; 337; 337
Малофеева Н.С. 199
Малых Г.А. 281
Малыхина О.П. 227
Маль Г.С. 123; 276; 422
Мальгина М.П. 227; 180
Малютина С.К. 200; 201; 228; 248; 321; 47
Малюченко Н.Г. 229; 66
Мамасалиев Н.С. 265; 456
Мамедова Л.Э. 370
Мамонтов О.В. 229
Мамушкина А.В. 377
Мандельштам М.Ю. 229
Манешина О.А. 230
Маношкина Е.М. 308; 309
Мансуров А.М. 287
Мансурова Е.А. 195
Манукян А.В. 341; 342
Манхаева Б.Б. 419
Мараховская И.Л. 306; 398
Маргазин В.А. 264
Мареев В.Ю. 45
Маркевич Н.С. 447
Маркина И.Л. 268
Марков А.П. 231
Марков В.А. 311; 78
Маркова Е.В. 386; 388; 389
Маркова О.Г. 284
Маркова Т.В. 388
Мартюшов С.И. 193
Марцевич С.Ю 456; 450
Марченко Е.А. 216
Маршева О.В. 148
Масенко В.П. 338; 346; 347
Масленников А.Б. 229
Масленникова О.М. 253
Масляева Л.В. 230
Матвеев В.В. 398
Матвеев О.Н. 16
Матвеева С.А. 452; 453; 454
Матлатипов М.Р. 11
Матросова И.Б. 231; 266; 90
Матюшков Н.С. 184
Махакова Г.Ч. 139
Махмутходжаев С. А. 341; 368
Мацак В.В. 431
Мациевич М.В. 231
Мачильская О.В. 233
Мачхин И.Н. 124
Маянская С.Д. 293
Медведев В.В. 232; 231; 233
Медведев В.Э. 233
Медведев И.Н. 108
Медведев М.Ф. 386; 389
Медведева В.Н. 231; 233
Медведева Е.А. 232; 441
Медведева М.В. 196
Медведева Ю.Н. 344
Мелитицкая А.В. 447
Мелкова Н.В. 279
Мелькина О.Е. 152; 57
Мельчинская Е.Н. 233
Мендукшева Ю.Е. 234
Меншутина М.А. 277
Мерай И. 27
Мердиян И.Н. 234
Мерзляков В.Ю. 51
Мерзляков В.Ю. 52
Меркулова Е.В. 44; 450
Меркулова И.Н. 430; 431
Меркулова Н.К. 381
Меркушева И.А. 353; 74
Меркушова И.М. 430
Мигунова С.Г. 36
Милевская И.В. 235
Миллер О.Н. 235; 345; 353
Милованова Е.В. 235; 384
Милешкина Л.И. 118
Минайчева Л.И. 225
Минаков Э.В. 180; 181; 236
Минин С.М. 324
Минина Л.А. 97
Минина Л.А. 98
Минкин С.Р. 144; 289
Минушкина Л.О. 200; 236; 237; 263; 323; 419; 159
Мироненко И.В. 36
Мироненко С.П. 172
Миронов В.А. 238
Миронов М.В. 238
Миронова О.П. 237; 393
Миронова Т.Ф. 238; 238
Мирсаева Г.Х. 391
Митрохин Н.М. 344
Михайлов А.В. 82
Михайлова А.В. 239; 349
Михайлова Е.В. 398; 64
Михеева Ю.А. 239
Михель С.Д. 268
Мишин А.В. 384
Мишина И.Е. 239
Мишланов В.Ю. 240
Мишнев О.Д. 241
Мкртчян В.А. 172
Мкртчян Р.И. 241
Мкртчян Р.И. 241
Мнускина М.М. 144
Могутова И.С. 264
Могутова П.А. 242
Моднова О.П. 206
Мозерова Е.М. 242; 243
Мозжухина Е.В. 123
Моисеева Р.А. 421; 422
Мокеев А.Г. 243
Молдованова Л.М. 206
Молостова О.Ю. 244; 326
Молчанов А.А. 244; 326; 397
Морару И. 295
Мордвинова Н.И. 92
Мордик А.И. 306
Морова Н.А. 244
Мороз-Водолажская Н.Н. 245
Морозова А.А. 328
Морозова Е.А. 444
Морозова Л.А. 318
Морозова Т.Е. 245; 246
Мосин Л.М. 30
Моторыкин В.М. 383
Мотошина Н.Н. 363
Мошкова Н.К. 356
Мравян С.Р. 114
Мрочек А.Г. 304; 309
Мультановский Б.Л. 246; 285
Мурзина Т.А. 149
Мурина Е.А. 289
Мурлычев С.Н. 279
Муромкина А.В. 247
Муромцева Г.А. 247
Муртазов А.М 432
Мусин Н.О. 67
Мусихина Н.А. 446
Мустафина О.Е. 111; 112; 248; 371; 378; 379
Мустафина С.В. 248
Муталипов Х.М. 249; 402; 89
Муталов А.Г. 62
Муталова Э.Г. 225; 249; 250; 251
Мутиева Л.М. 135; 136
Муха А.В. 437
Мухамадиев И.С. 240
Мухаматулина Д.М. 251; 252
Мухамедов Р.С. 139
Мухаметшина Г.А. 252
Муханов О.А 170
Мухетдинова Г.А. 368
Мухортов В.В. 220
Мухтарова А.Н. 66
Мушта И.В. 380

Tesis_006_end.indd 499 24.08.2006 22:26:44
Process Cyan Process Magenta Process Yellow Process Black

Мякишева С.А. 293
Мясоедова Е.Е. 253
Нагаева Г.А. 10
Нагирная И.Я. 234
Наджар М. 425
Наджимитдинов С.Т.253
Назаренко В.А. 119; 120
Назарова О.А. 234; 247; 253
Найданова Т.А. 254; 406
Найманн Ю.И. 267
Найманова З.Н. 135; 136
Налетова Е.Г. 254
Налетова Т.Д. 254
Наседкина Т.В. 92
Насибуллин Т.Р. 111; 112; 248; 248; 378; 379
Настрадин О.В. 255
Насыров.Ш.Н. 255
Наумов В.Г. 138; 327; 328
Наумова Е.А 107; 255
Нахрацкая О.И. 279
Небиеридзе Д.В. 256
Невзорова В.А. 255; 257; 291; 332
Недоступ А.В. 68
Недошивин А.О. 180
Недошивин А.О. 227
Некрасов А.А. 257
Некрасова Н.И. 258; 368
Некрасова Н.В. 257
Некрутенко Л.А. 143; 210; 317
Немировский В.Б. 57
Немкова Л.М. 234
Нестеренко Е.В. 394
Нестеренко О.И. 231; 258; 440
Нестеров Ю.И. 209; 53
Нефедова Л.В. 318
Нечаев С.В. 259
Нечунаева Е.В. 75
Нигматуллина А.Э.249; 401
Нижельский С.А. 226
Низовцева О.А. 362
Никитин А.Г. 191; 191; 236; 237; 259; 263
Никитин Ю.П. 228; 248
Никитина Т.Г. 50
Никишин А.Г. 287
Николаев К.Ю. 214
Николаев Н.А. 260
Николаева А.А. 214
Николаева И.Е. 118
Николаева Л.И. 234
Николаева Т.Я. 280
Николаевский Е.Н.260
Николенко С.А. 119; 120
Никулина А.А. 455
Никулина Н.Н. 448
Никулина С.Ю. 455
Нилова С.А. 261
Нильдибаева Ф. У. 158
Нихаева О.А. 261; 38
Новиков А.К. 361; 362; 362
Новиков В.А. 261; 262
Новикова А.Л. 216
Новикова Л.И. 416; 417
Новикова Н.А. 56
Новикова О.В. 161; 162
Новокшенова И.В. 243; 243
Новоселецкая Т.А. 345
Новоселова О.С. 406
Новосельцев С.Л. 183
Ноев Д.Д. 262
Нолль Е.С. 263
Носиков В.В. 191; 236; 237; 259; 263
Носкова А.С. 264
Носкова Т.С. 264
Носов В.П. 54
Нохрина О.Ю. 264
Нургалиева С.Ю. 265
Нурдинов Ш.Б. 265; 456
Нуритдинова С.К. 253
Образцова Г.И. 92
Овчинникова О.А. 265
Овчинникова Т.И. 444
Огмрцян Л.С. 119; 120
Ожегов А.М. 113
Окороков В.Г. 398
Округин С.А. 115; 266; Олейник Е.А. 430
Олейник С.И. 341
Олейников В.Э. 207; 266; 58; 90
Олейникова Н.В. 171
Оленская Т.Л. 183
Олесин А.И 182; 267; 334
Олферьев А.М. 256
Ольбинская Л.И. 215; 267
Ольхин В. А. 132
Ольховская Е.А. 268
Омельяненко М.Г. 188
Онищенко П.И. 268
Опалинская И. В. 64
Оранский И.Е. 400; 79
Орехова Н.В. 134; 135
Орлов В.А 115; 351; 352
Орлова Л.А. 204
Орлова Н.В. 133; 416; 417
Орлова О.В. 426
Осетрова Н.Б. 105; 292
Осипова И.В. 269; 20; 201; 202; 268; 269; 27; 350; 409; 75
Ослопов В.Н. 270; 407; 408; 48
Ослопова Ю.В. 270
Османова А.В. 116; 165; 168; 270; 31
Османова Н.А. 116
Островский Ю.П. 232
Охотина Е.Н. 271
Оцокова П.Д. 249
Ощепкова Е.В. 137; 271
Павленко Е.П. 271
Павликова Е.П. 27
Павлов А.В. 196; 204
Павлова Л.А. 271
Павлова О.В. 272
Павлова Т.В. 272; 273
Павловский В.Ф. 289
Пагаева Ф.П. 273
Пак А.В. 197
Пак Ю.А. 264; 274
Палеев Н.Р. 274; 274; 275
Палеев Ф.Н. 274; 275; 276
Пальчикова Т.И. 276
Пальшина А.М. 277
Памукчи С.В. 136
Панасенко Л.П. 279
Панина И.Ю. 277
Панова Е.И. 278
Панова Т.В. 268
Пантюхина Н.А. 285
Панченко Г.В. 151
Панченко Е.П. 175; 239
Панченко Е.П. 395
Панченкова Е.А. 177
Паншева Е.Л. 278
Паняева В.Л. 279
Паняева В.Л. 279
Парандей О.Р. 279
Парфенов М.Г. 280
Парфенова Т.М. 94
Пархонюк Е.В. 158; 280
Паршина С.С. 280
Патарая С.А. 303
Патрушев Л.И. 239
Пахомова Л.В. 118
Пахомова Т.Р. 281
Паша С.П. 262
Пелло Е.В. 201
Перевалова Н.Г. 210
Перевозчикова О.С. 301
Перевозчикова Т.В.201; 202
Перегудов М.С. 135
Перекальская М.А.281
Перепелкина Н.Б 212
Перова Н.В 57
Перчаткин В.А. 310
Петелина Т.И. 282
Петерс З.Г. 282
Петренко Т.А. 283
Петрий В.В. 339
Петрик Е.А. 82
Петров А.Г. 285
Петров В.И. 285
Петров М.А. 253
Петрова В.Д. 280
Петрова Г.Д. 283
Петрова Е.П. 271
Петрова И.Р. 315
Петрова К.Н. 284
Петрова М.М. 434
Петрова М.Н. 284
Петровская Д.В. 286
Петровская М.Е. 186
Петухов И.В. 183
Петухова И.Л. 23
Петюнина О.В. 189
Пешкова Н.С. 286
Пивень А.И. 153; 222
Пилюшин В.И. 286
Пирназаров М.М 287
Писарев В.В. 43; 44; 456
Писаренко О.И. 288; 339; 358
Пискунов Д.В. 173
Пискунов М.В. 91
Пискунов С.А. 234
Пичко Г.А. 260
Пищухина О.В. 134
Плаксин С.А. 321
Платонов Д.Ю. 289
Платонова Е.В. 289
Платонова О.Е. 314
Плескачев С.А. 279
Плеханов И.Г. 324
Плоткин В.Я. 144; 289
Плотникова И.В. 257; 455
Плюснин А.В. 113; 204
Плясунов А.А. 397
Поваляева Р.А. 212
Поворинский А.А. 290
Погода Т.В. 148
Погонченкова И.В.258; 440
Погосова Н.В. 350; 409
Погребенкова В.В. 225; 59
Погребняков В.Ю. 144
Подковыркин В.В. 417
Подольская А.А. 211
Подушинская Н.М. 136
Подушинский А.Ю. 133; 136
Подщеколдина О.О. 43
Позднякова О.А. 296
Покровская Е.В. 346
Покровский С.Н. 138; 21; 32
Покушалов Е.А. 405
Полковникова Т.Г. 85
Полняков С.В. 157
Половов С.Ф. 16
Положенцев А.Е. 419
Полонская Я.В. 308
Полтавская М.Г. 205; 330
Полумисков В.Ю. 94
Полунина Н.В. 103
Поляев Б.А. 103
Поляков И.С. 317
Полякова Е.Б. 290
Полякова И.П. 291; 51; 52; 96
Полякова Э.С. 51
Полянская Е.А. 291
Помогалова О.Г. 291
Пономарева И.А. 285
Пономарева Н.Н. 292
Пономаренко В.И. 105
Пономаренко С. В.292
Попелышева А.Э. 292
Попов А.А. 160; 357; 366
Попов В.В. 294; 189
Попов И.В. 409
Попов Л.А. 247
Попов С.В. 18; 187; 295; 324;

Tesis_006_end.indd 500 24.08.2006 22:26:44
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

423
Попова А.А. 293
Попова Е.Ю. 102
Попова Л.А. 87
Попова О.Е. 216
Попова С.Н. 293
Попова Т.А. 360
Попович И. 295
Попович М. 295
Поповская Ю.В. 236
Попонина Т.М. 263
Поправко Е.М. 295
Породенко Н.В. 296
Порохня Е.В. 279
Порханов В.А. 296; 297; 298; 299; 317
Поршина Т.Г. 168
Поселюгина О.Б. 75
Посненкова О.М. 105; 179; 300; 355
Потапов В.Н 410; 301
Потапова Е.Л. 453; 454
Потапова Е.С. 255; 256
Потеряева О.Н. 147
Потешкина Н.Г. 242
Потиевский Б.Г. 268
Похлебаева О.Ф. 420
Почепцова Л.В. 301
Починка И.Г. 55
Праскурничий Е.А. 302; 323
Прекина В.И. 302; 303
Преловская Г.Ю. 152
Преображенская И.Н. 186
Преображенский Д.В. 258; 303; 341; 368; 58
Привалова Е.В. 303
Природова О.Ф. 426; 427; 428; 436
Пристром А.М. 304
Пристром М.С. 304; 305
Провоторов В.М. 125
Прокопьев М.В. 144
Прокудина М.Н. 227; 180
Просяник В.И. 340; 93
Просяникова О.Н. 182; 334
Протасов К.В. 122
Прохоров М.Д. 105
Процкий И.А. 305
Прощина Н.В. 453
Пузырев В.П. 225; 59
Пулатов С.Ф. 29
Пушкарев Г.С. 176; 346
Пушкарева Н.В. 306
Пушкарева С.Ю. 306; 398
Пушкина А.В. 306
Пушникова М.А. 74
Пчелина С.Н. 117; 229; 313
Пчелинцев В.П. 307; 378; 42
Рабко А.В. 197; 454
Рагино Ю.И. 307; 308
Рагозина В.В. 74
Радаева И.Ю. 179; 355
Радзевич А.Э. 132; 131; 26; 294; 312; 312;
294
Радионов В.В. 94; 95
Раева Т.В. 164
Раздобреева И.И. 308; 309
Разинкин С.М. 33
Раков А.Л. 384
Раковский М.Е. 319
Рафеенкова В.С. 47
Рахмонов Т.Ш. 287
Рашид М.А. 173; 309
Раянова Р.Р. 447
Ребеко Е.С. 310
Реброва Т.Ю. 310
Редкобородая А.А. 438
Редухина М.И. 229
Резник Е.В. 310
Резцов Р.Ю. 311
Репин А.Н. 311
Рехтина Л.В. 130
Решетько О.В. 221; 312
Рзаев Ф.Г. 405
Родионов Б.А. 312
Родионов Б.А. 26
Родионова Л.В. 255; 256
Родыгина Т.И. 117; 313
Рождественская Е.Д. 165
Рожина Е.Ю. 313
Рожкова М.И. 314
Рожнова С.А. 43; 44; 450
Розанов В.Б. 247
Розанов Д.В. 328; 329
Ройтберг Г.Е. 314; 315
Роккина С.А. 75
Романенко Т.С. 188
Романова А.А. 310
Романова В.С. 288; 339
Романова Т.А. 315
Романова Т.О. 25
Романовский Д.В. 316
Ронзин А.В 316
Россейкин Е.В. 317; 37; 38
Россоха О.А. 317
Рубанова М.П. 454; 451
Рубеш И.П. 210; 317
Рудакова Л.Е. 318
Руднев Д.В. 94
Руженцова У.Ю. 318; 319
Рузов В.И. 320
Руммо В.Е. 184
Румянцев А.Ш. 277; 277
Рунихина Н.К. 39
Рунович А.А. 203; 34
Русенко Н.И. 33
Русских Н.В. 202
Русских О.В. 321
Рустямова З.Я. 250
Руцкина Е.А. 319; 49
Руяткин Д.С. 394
Руяткина Л.А. 394
Рыбак О.К. 319; 62
Рыбалко В.И. 133
Рыбчинская И. И. 419
Рыжкова В.М. 414
Рыжова Т.В. 320
Рыкалина Н.А. 320; 368
Рыльская Е.А. 218
Рыльчикова Л.И. 421; 422
Рымар О.Д. 248
Рычков А.Ю. 176; 405; 412
Рюмина И.А. 173; 195
Рябиков А.Н. 228; 248; 321
Рябинина Е.Н. 41
Рябов А.Е. 441; 423
Рябыш Е.В 395
Рямзина И.Н. 313; 321; 322
Ряузова Е.Г. 92
Сабанчиева Х.А. 29
Сабянина Е.Н. 251; 252
Савватеев К.Л. 322
Саввина Г.Р. 284
Савельева Е.Г. 323
Савельева Е.С. 237
Савельева Н.Ю. 111; 26
Савельева С.А. 302; 323
Савенкова Г.М. 324
Савина Н.М. 324; 324; 58
Савинецкая Г.А 148
Савицкая Е.Ю. 200
Савченко А.А. 106
Савченко А.П. 284
Савченко Е.А. 106
Савченко Т.И. 357
Савчук Т.Е. 355
Сагитова В.В. 349
Садовский Е.В. 307
Садреева Д.С. 198
Садыкова Г.А. 253
Сазанова И Ю. 325
Сазанова И.Ю. 244
Саитгареев Р.Ш. 363; 437; 438; 98
Сайгитов Р.Т. 325
Сайкина А.С. 326
Сайфутдинов Р.Г. 252; 83
Сакович В.А. 71; 106
Сакович Т.В. 244; 326
Саламатина Л.В. 159
Салахова Л.Р. 326
Сальманов А.А. 248; 248; 378
Сальцева М.Т. 23; 327; 331; 54
Самирханова Г.А. 391
Самко А.Н. 137
Самойленко Е.Ю. 327; 328
Самойленко Л.Е. 430; 431
Самойлов М.А. 203
Самородская И.В. 52
Самохин А.Г. 328
Самоходская Л.М. 202
Самоявчева С.В. 303
Санакоев Ю.А. 43; 44; 450
Сандугей А.В. 328; 329
Санина Н.А. 288; 339
Санина Н.П. 362
Сапожникова И.Е. 329
Сапрыкин И.П. 285
Сапрыкин И.П. 329
Саркисова Э.А. 13; 330
Сасикова М.М. 434
Саттаров Ш.З. 249
Сафин И. Н. 28
Сафиулова И.А. 331
Сафронова В.В. 331
Светлакова Л.П. 129
Свиридов И.Н. 423
Свистунов О.П. 75
Севериненко Р.М. 257; 332
Севрук Т.В. 232
Седов В.П 404; 259
Сеидова Г.Б. 332; 333
Сейидов В.Г. 137; 139; 16; 194; 218; 333; 336; 46; 77; 85
Сейсембеков Т. З. 159; 373
Селезнёв Е.И. 441
Селезнев С.В. 448
Селезнева И.П. 366
Селиванова Г.Б. 120; 273; 334
Селявина О.Н. 307; 378
Семаева Е.В. 308
Семененков И.И. 305
Семенкова Г.Г. 334
Семенкова Е.Н. 259; 262; 348
Семёнова А.Е. 338
Семенова Е.В 182; 267; 334
Семёнова Н.Е. 335
Семенова С.В. 335
Семенович Н.И. 17
Семенок Ю.В. 363
Семенцов В.К. 336
Семке В.Я. 86
Семухин М.В. 203; 423; 70
Сендецкая С.А. 431
Сентюрина Э.В. 226
Сенчихин В.Н. 220; 336
Сенякович Н.И. 305
Сергеев А.А. 450; 43; 44
Сергеев М.Н. 338
Сергеева Е.Г. 195; 72
Сергеева О.В. 135
Сергеева Ю.В. 337
СергееваКондраченко М.Ю. 337
Сергиенко В.Б. 431
Сергиенко И.В. 327; 328; 338
Сергиенко Т.Н. 78
Сергушкина Н.Г. 339
Серебрякова Л.И. 288
Серебрякова Л.И. 339
Серебрякова О.В. 340; 93; 314
Середа Т.В. 340; 85
Середенко Н.Н. 240
Середицкая Ж.Е. 108
Сернов Л.Н. 344; 344
Серов Р.А. 51
Сибекова Т.В. 341
Сивцева А.И. 356
Сидоренко Б.А. 258; 341; 368; 236; 263; 324; 58
Сидоренко Г.И. 342
Сидоренкова Н.Б. 341; 342
Сизова Ж.М. 343
Сизова Т.П. 444
Силютина М.В. 386; 389
Симоненко Г.В. 226; 337; 47

Tesis_006_end.indd 501 24.08.2006 22:26:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Симонова Г.И. 147; 228; 248; 321
Синицына М.Г. 341
Синкевич Д.А. 122
Сиротина Г.В. 124
Сироткина О.В. 343; 449
Сирунянц А.А. 138
Скачилова С.Я. 344; 344
Скворцова А.В. 421; 422
Скибицкая С.В. 344
Скибицкий В.В 439; 296; 344; 345
Склярова Л.В 109; 110
Скориченко В.В. 365
Скоробогатова Н.А. 382
Скрыпник Д.В. 65
Скуратова М.А. 273
Скурихина О.Н. 345; 353
Славина Н.Н. 346
Слетков Н.А. 77
Слободяник В.В. 437; 438; 98
Смазнов В.Ю. 346
Сметанина И.Н. 346; 347
Смирнов А.В. 277
Смирнов А.В. 29; 428
Смирнова Е.А. 347; 348; 313
Смирнова Л.Б. 43; 44; 456
Смирнова М.Д. 397
Смирнова Н.А. 220
Смирнова Т.А. 86
Смитиенко И.О. 348
Смоленская О.Г 222; 153; 348; 406
Смоленский А.В. 349
Смурова Е.Л. 449
Соболев А.А. 329; 349
Соболев В.А. 349; 353; 74
Соболева Е.В. 212; 213; 350
Соколов А.А. 295; 324
Соколов А.М. 306
Соколов И.М. 171; 351
Соколов С.Ф. 430
Соколова Л.А. 142; 23; 290; 338; 372
Соколова Н.А. 319; 49
Соколова О.А. 365
Соколова Я.В. 350
Солдатов Е.С. 398
Солдатова О.А. 441
Солпов А.В. 144
Солуянов А.Е. 351; 352
Соплевенко А.А. 30
Соплевенко А.В. 352
Сорока Н. В. 317
Сорокина Ю.А. 199
Соснова Ю.Г. 204
Сотников А.В. 447
Спижовый В.Н. 18
Спирина В.В. 454
Спицын А.П. 113
Спорова О.Е. 354
Срожидинова Н.З. 139; 9
Стадник М.Л. 279
Стажадзе Л.Л. 94
Станкевич В.И. 342
Старикова Н.Н. 279
Старичков С.А. 235; 345; 353
Старкова Л.А. 286; 359
Староверов И.И. 395
Старовойтова А.В. 353; 74
Старченко Т.Г. 230
Старых В.Г. 172
Стаферов А.В. 50
Стаферов А.В. 50
Стаценко Е.М. 152
Стаценко М.Е. 152; 206; 354; 381
Степанов А.В. 101
Стерлигов А.А. 119; 120
Стерхов А.А. 331
Стеценко Т. М. 303
Столетова И.О. 139; 197
Сторожаков Г.И. 310
Стрекалова Л.Ф. 251
Стрелецкая Г.Н. 354
Стрельцова Н.Н. 66
Стригина О.В. 261
Стрижаков Л.А. 259; 262; 348
Стронгин Л.Г. 278; 55
Струбовщикова Е.В. 97
Струихин Г.А. 355
Струнина А.Н. 105; 179; 300; 355
Струтынский А.В. 356; 92
Стрюк Р.И. 196; 268; 357
Стрюк Р.И. 57
Стрюкова О.Ю. 357
Студнева И.М. 288; 358
Стуров О.А. 389
Субботина Л.В. 321
Субботина Н.А. 358; 359
Субраков Г.Е. 235; 345; 353
Субханова Р.Р. 255
Суворов В.А. 152
Суворова А.А. 359
Суворова А.В. 370
Суворова И.А. 93
Судомоина М.А. 280
Сулимов В.А. 13
Султанова Р.З. 12
Султанова Р.М. 225
Сумин А.Н. 360; 361; 41
Сумский М.А. 279
Суркова Е.А. 441
Сурнакова Н.Е. 361; 362
Сускова В.С. 363
Суслов С.А. 153; 222; 348
Суслова Т.Е. 455
Сутоцкий А.С. 105
Суханов Я.В. 364; 44; 450
Суханова Г.И. 363; 410
Сухарева Е.Ю. 331
Сыркин А.Л. 13; 148; 205; 330; 404
Сыромятникова Л.И.154
Сырцова М.В. 365
Сысуенкова Е.В. 129
Сытник Н.В. 219
Сычев А.В. 45
Сычев Д.А. 239; 43
Табидзе Н.Д. 451
Тавровская Т.В. 365; 366; 417
Тагильцева Н.В. 160; 357; 366
Тазина С.Я. 114
Такулова М.М. 16
Такулова Т.З. 16
Таминова И.Ф. 367
Тараканова Т.Д. 415
Тарасова О.А. 367
Тарзиманова А.И. 398
Тарловская Е.И. 165; 329
Тарловский А.К 329
Тармонова Л.Ю. 320; 368; 414
Тармонова Л.Ю. 415
Тарханова И.Ю. 368
Тарыкина Е.В. 258; 341; 368
Татаркин А.А. 369
Татаркина Н.Д. 369
Татищева Ю.А. 229
Творогова М.Г. 327; 328
Теблоев К.И 221
Телицына О.Ю. 367
Телкова И.Л. 369
Темиркулов М.А. 12
Темиров А.П. 320
Теммоева Л.А. 370
Тепляков А.Т. 209; 53
Тептин Г.М. 370
Терентьев В.П. 55
Терешина О.В. 441; 91
Терешонок О.Н. 105
Терещенко О.И. 131
Терещенко С.Н. 119; 145; 146; 384
Тетенев Ф.Ф. 215
Тетерин Ю.С. 63
Тетюхина Ю.С. 132
Тимашева Я.Р. 371
Тимофеев А.В. 269; 365; 366; 417; 418
Тимофеев В.Т. 371
Тимофеева Т.Н. 188; 371; 80
Тимошин А.А. 358
Титаева Е.В. 395
Титей Е.А. 386; 387; 388; 389
Титков И.В. 430
Титова Ю.Ф. 199
Тихова Л.В. 155
Тихомирова О.С. 229
Тихонов А.В. 454
Тихонов П.П. 372
Тихонова В.М. 317
Тихонова Н.В. 420
Ткачева О.Н. 239
Тогузова З.А. 30; 352
Тодосийчук В.В. 264; 71
Тожиев М.С. 372; 373
Тойева Г.Е. 13
Толеубеков К.К. 158; 374; 373
Томашевская Ю.А. 231; 266; 90
Томилина Н.А 89; 374
Томина Е.И. 140
Томова А.В. 131
Трегубов В.Г. 226; 375
Третьяков Б.В. 357
Третьяков С.В. 118; 375
Тригулова Р.Х. 376
Трисветова Е.Л. 377
Трифонов И.Р. 443
Тронина О.А 89
Троснова А.П. 233
Трофимова Н.И. 284
Трошева О.Н. 170
Трошкина Н.А. 377
Трубушкина Я.М. 377
Трунина Т.П. 378; 42
Трунова Е.С. 399; 400
Трусов О.Д. 241
Туаева И.Б. 30
Туев А.В. 143; 192; 313; 322; 378; 410
Туктарова И.А. 248; 248; 378; 379
Туликов М.В. 426
Тулякова Г.Х. 248; 248; 378; 379
Туник В.Ф. 250
Тупикин В.Д. 280
Тупикин Р.С. 297; 298; 299
Тургунова Л.Г. 379; 382; 383
Турсунова Г.Ф. 34; 35; 35; 380
Турушев В.В. 319
Тусупбекова К.Т. 382
Тутельман К.М. 380
Тухтамурадова Г.У. 153; 207; 29
Тучин В.В. 226; 337; 337
Тучкова О. В. 157
Тышкевич С.Н. 317; 38
Тыщенко И.А. 381
Тыщенко О.Г. 56
Тюрина М.В. 260; 381
Тютиков В.В. 244; 326
Увайсова К.У. 186
Уваров А.В. 220
Углов Е.С. 118; 375
Угнич К.А. 381
Удовиченко И.А. 363
Узенбаева Ф.В. 253
Уланова М.А. 327
Улитин А.О. 235
Умаханова З.А. 382; 9
Умбеталина Н.С. 373; 379; 382; 383
Уразгильдеева С.А. 383
УрановаЕ. В. 294
Урванцева И.А. 235; 36; 383; 384
Усачев А.А. 297; 298; 299
Усачёв А.А. 299
Ускач Т.М. 384
Усков В.В. 385; 386; 387; 388;

Tesis_006_end.indd 502 24.08.2006 22:26:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

389; 385
Ускова А.Н. 204
Усолкин К.М. 75
Успенская О.В. 146
Устинова И.Б. 232
Устьянцева И.М. 41
Утениязова Х.К. 444
Ухолкина Г.Б. 389
Ушакова С.В. 452
Ушакова Т.И. 315; 390
Фаворова О.О. 280
Фадин Б.В. 406
Фаздалов Р.К. 390
Фазлыев М.М. 391
Фазлыева Р.М. 225; 368; 391
Файзуллина Д.Р. 48
Файзуллина З.И. 11
Файнгольд И.И. 288; 339
Фанаков А.В. 392
Фаррахова Ф.И. 225; 401
Фатенков В.Н. 392
Фатенков О.В. 392
Федин А.И. 237; 393; 393
Федорова В.И. 68
Федорова Е.Л. 394
Федорова И.В. 231
Федорович А.А. 395
Федорченко А.Н. 15; 296; 297; 298; 299
Федосеева О.С. 396
Федосеева С.Ф. 444
Федоткина Ю.А. 395
Федотова А.В. 237; 393
Федотова Л.А. 216
Федулаев Ю.Н. 396
Федюнина Е.Ю. 82
Федянин В.И. 388; 389
Федянина Я.В. 386; 388; 389
Фендрикова А.В. 345
Феночка О.Н. 102
Фиалковский В.И. 396
Филатов Д.Н. 45
Филатова Е.А. 169
Филиппов Г.П. 455
Филиппова М.П. 303
Филиппова Т.В. 397; 397
Филонова Н.Ю. 78
Фильчук Е.В. 420
Фильшина В.Л. 371
Фисун А.Я. 16
Фицева Н.С. 418
Фицева Н.С. 417
Фокина Е.Г. 182; 183; 214
Фокина К.С. 375
Фокина О.А. 397
Фомин А.Н. 264
Фомина В.А. 306; 398
Фомина В.М. 36
Фомина И.Г 398; 152; 365; 398; 399
Фонякин А.В. 399; 400
Форстер О.В. 158
Францев И.А. 136
Фрейдлина М.С. 400; 406; 79
Фрид С.А. 225; 401
Фридман Л.М. 401
Фролов В.В. 363
Фунтова Т.Е. 401
Фурман Н.В. 221; 312; 401

Хабаров А.В. 322
Хабибуллина Л.И. 338
Хабчабов Р.Г. 249; 402; 89
Хадзегова А.Б. 69; 70
Хазипова Л.Г. 401
Халдеев С.П. 320
Халиулина О.В. 295
Халмухамедова С.М. 402; 403
Хамидуллаева Г.А 403; 139; 404
Хамитов Ф.Ф. 435
Хамуев Я.П. 404
Ханина А.Я. 125
Хапаев Б.А. 405
Харац В.Е. 196; 204; 314; 405; 412
Харитонова Е.С. 327
Харитонова О.А. 86
Харламов А.Н. 406
Харламова У.В. 406
Хасаев А.Ш. 20; 406; 81
Хасанов Н.Р. 407; 408; 408
Хасанова З.Б. 280
Хасанова И.В. 225
Хаспекова С.Г. 343
Хатохова М.О. 408
Хацкель С.Б. 409
Химочко А.А. 409
Химочко Н.А. 409
Хирманов В.Н. 381
Хлудеева Е.А. 301; 410
Хлынова О.В. 410
Хмелевская О.Н. 206
Хмельницкий О.К. 229; 72
Ховаев Ю.А. 411
Ховаева Я.Б. 349; 411
Ходунов В.В. 317
Холмогоров Н.А. 396
Холодкова Н.Б. 258; 440
Хорева М.А. 75
Хорошаева Е.В. 11
Хорошаева Р.А. 411
Хорькова Н.Ю. 314; 412
Хохлова О.И. 41
Хохлова Ю.А. 412
Хрипун А.В. 55
Хрипунова И.Г. 413
Хрусталев О.А. 328; 329
Хуако М.Ш 138
Хубулава Г.Г. 260
Худоярова Н.К. 456
Худоярова П.К. 265
Хуранов М.М. 413
Хуранова Л.М. 413
Хуртова О.Е. 441
Хуснутдинова Э.К 378; 248
Царенко П.Г. 354
Цеденова Е.А. 219
Цицилашвили М.Ю. 170
Цкитишвили О.В. 288; 339
Цуркану В.И. 110
Цымбал А.А. 178
Чазов Е.И. 288; 339
Чазова И.Е. 45
Чалык Н.Е. 414
Чанкина О.В. 357
Чебан Л. 295
Чебан Н. 295
Чеботарева Г.Е. 95
Чемезов С. В. 124
Чепкий Д. А. 82
Червоткина Л.А. 113
Червякова Н.В. 427
Червякова Н.В. 427
Черешнев В.А. 420
Черкасов Н.С. 223
Черкасова М.В. 155; 156
Черникова И.В. 286; 97
Чернов В.М. 28
Чернова О.А. 28
Черных Т.М. 414
Чернышев С.Д. 406
Чернышева Е.В. 368; 415
Чернышева Е.В. 415
Чернышева О.Г. 331
Чернышов В.Н. 415
Чернявский А.М. 172; 308
Чигогидзе Н.А. 142
Чижевская И.Д. 416
Чилашвили М.А. 173
Чимерева Т.Р. 226
Чирва Т.А. 375
Чиркин В.И. 442
Чочаева М.Ж. 176
Чугунова О.В. 73
Чудакова Д.А. 236
Чудакова Д.А. 263
Чудакова И.В. 152
Чукаева И.И. 133; 416; 417
Чукович З. 51
Чукович З.Р. 96
Чумакова Г.А 418; 417; 181; 272; 286; 292; 359; 417; 418; 45
Чумакова Н. С. 419
Чумакова О.С. 263; 419
Чунтыжева М.М. 169; 169
Чупрова С.Н. 223
Чурганова Л.Ю. 259
Чуркина Т.В. 357

Шабалков Э.А. 392
Шабардина С.В. 285
Шабров А.В. 267
Шаврин А.П. 420
Шаго О.Н. 420
Шайманова Л.О. 403
Шакирзянов Р. Г. 270
Шакиров М.М. 197
Шакирова Р. М. 421
Шалаев С.В. 140
Шалаев С.В. 141; 251; 252; 355; 74
Шалыгина Е.Н. 421
Шальнев В.И. 422
Шальнев В И. 421
Шамуров Ю.С. 238
Шамьюнов М.Р. 401
Шанаурина Н.В. 140
Шанаурина Н.В. 141
Шанин П.В. 422
Шапкова Е.А. 229; 72
Шаповаленко Т.В. 220
Шаповалова Е.П. 203
Шапотайло А.Д. 354
Шапошник И.И. 423
Шапошникова А.И. 378
Шарапов Н.У. 411
Шарафилова Н.В. 383
Шаргина С.С. 105
Шардин С.А. 254
Шардина Л.А. 254
Шардина Л.А. 406
Шарова В.Г. 155; 65
Шархун О.О. 315
Шахматов С.Г. 321
Шахов В.П. 423
Шахова Е.Б. 116
Шахова М.Г. 423
Шахова Т.В. 187
Шацкая О.А. 451
Шварц Ю.Г. 158; 255; 280
Шварцман А.Л. 117; 313
Шевченко А.О 426; 241; 425; 426; 427; 428; 436
Шевченко Е.В. 418
Шевченко Е.Г. 15
Шевченко И.И. 424; 424; 425
Шевченко Н.М. 320
Шевченко О.В. 105
Шевченко О.П. 17; 241; 302; 323; 425; 426; 427; 428; 436
Шевякова Е.В. 428
Шейдина А.М. 117; 313
Шек А.Б. 429
Шелгаев Н.Ю. 423
Шелестова И.А. 317
Шестаков А.Е. 236; 263
Шестакова М.В. 451
Шестерня П.А. 95
Шестов Д.Б. 373
Шехян Г.Г. 449
Шибаева Т.М. 163
Шик М.В. 143
Шиленок В.А. 262; 261
Шилина Н.Н. 381
Шилко Ю.В. 165
Шилов А.М. 103
Шилова Е.В. 344
Шилова Е.В. 344
Шипулин В.М. 187
Шитиков И.В. 430
Шитов В.Н. 430; 431
Шишина Р. Н. 258
Шишкина М.М. 44; 450
Шкапо В.Л. 230; 431

Tesis_006_end.indd 503 24.08.2006 22:26:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black

Шкарина Т.Ю. 233
Шкляева Л. Н 432
Школьник Е.Л. 69
Школьникова М.А. 290
Шлык С.В. 279
Шляхто Е.В. 195
Шляхто Е.В. 229; 265; 72
Шмат З. А. 187
Шматков М.Г. 297; 298; 299
Шматова С.С. 401
Шогенов А.Г. 432
Шогенов З.С. 286; 320; 435
Шогенов З.С. 82
Шогенова А.Б. 432
Шоикиемова Д.У. 57
Шойхет Я.Н. 179
Шорников С.Б. 205; 330
Шорова М.Б. 433
Шостак Н.А. 103; 173; 309; 371
Шпектор А.В. 278; 224; 311; 65
Штарик С.Ю. 434; 86; 87
Штегман А.Г. 434
Штегман О.А. 434
Штонда М.В. 304
Шугушев З.Х. 434
Шугушев Х.Х. 434; 435
Шульга А.П. 435; 82
Шульгина В.Ю. 436
Шульженко В.С. 288; 358
Шулькина С.Г. 436
Шульман В.А. 455; 94; 95
Шумаков Д.В. 436; 437; 438; 98
Шумков К.В. 51
Шуркевич Н.П. 438
Шурыгин М.Г. 124
Шустов С.Б. 260
Шутемова Е.А. 234
Шутов А.М 438; 163; 368; 415
Шухардина Е.Л. 439
Щеглова Е.В. 48; 49
Щекотов В.В. 432; 439; 440; 95
Щендригин И.Н. 77
Щикота А.М. 258; 440
Щукин Ю.В. 441
Щуплецова В.А. 74
Эзиляева М.Р. 116; 165; 270; 31
Эктова Л.А. 423
Эльгардт И.А. 157
Эльгаров А.А. 176; 29; 341; 432; 442
Эльгарова Л.В. 441
Эльгарова Р.М. 442
Эрлих А.Д. 442; 443
Эфендиева М.Т. 33
Эштрекова С.Г. 443; 448
Юдаева Ю.А. 444
Юдина Г.Н. 378
Юдина Н.В. 164
Юдина О.А. 376
Юлдашев Н.П. 207; 444
Юрьева С.В. 142; 445
Юсупходжаев Р.В. 445
Юферова О.В. 446
Юшук Е.Н. 69; 70
Яворская Т.Н. 420
Ягода А.В. 446; 48; 49
Ядров М.Е. 173
Якимова Н.С. 174
Яковлев В.А. 192
Яковлев В.В. 447
Яковлев М.Ю. 161; 162
Яковлева Л.В. 447
Якутина Н.В. 447
Якушенко М.Н. 448
Якушин С.С. 347; 448
Ялымов А.А. 449
Янбаева С.М. 449
Янкина Т.И. 95
Ярков В.И. 235; 383; 384
Яруллина А.Р. 150; 449
Яшина Е.С. 449
Bobak M. 228
Bogachek M. 457
Bogachek M. 457
Gabinskaya I. 457
Gorenshteyn B. 457
Gorenshteyn B. 457
Hansson G.K. 265
Petyaev I. 414
Robertson A.K.L. 265
von Peters W. 457

Tesis_006_end.indd 504 24.08.2006 22:26:45
Process CyanProcess MagentaProcess YellowProcess Black